

INTERVENCION EN ESQUIZOFRENIA: UNA APROXIMACION CONDUCTUAL A LA REHABILITACION PSICOSOCIAL

RESUMEN

En este artículo se plantea la importancia de la Rehabilitación Psicosocial en el tratamiento de los trastornos esquizofrénicos resistentes. Se analiza el estado actual de la Rehabilitación Psicosocial recogiendo algunas de las aportaciones más relevantes respecto a dicho enfoque.

Se enumeran los principios básicos de la Rehabilitación Psicosocial que, a nuestro entender, resumen los aspectos teóricos más sobresalientes. Se incluye un esquema de la metodología de trabajo, haciendo especial énfasis en la evaluación funcional de los problemas.

PALABRAS CLAVE

Vulnerabilidad. Esquizofrenia. Rehabilitación Psicosocial. Evaluación Funcional. Entrenamiento en habilidades.

Elena Aznar Avendaño, Angeles Berlanga Adell,
Cristina Gómez García*

Clara I. Marín Ferreiro,
Fernando A. Mínguez Gallego**

1. INTRODUCCION

Una de las aproximaciones más prometedoras en el tratamiento de los trastornos esquizofrénicos es la perspectiva de la Rehabilitación Psicosocial. A partir de la formulación de modelos multifactoriales explicativos del trastorno, va siendo desplazado el concepto de «cro-

nicidad» para ser sustituido por el de «vulnerabilidad permanente» (Zubin y Spring, 1977) (Zubin et al., 1983) (Zubin, 1986, 1987) (Sánchez y Ruiz Vargas, 1987). Este cambio conceptual amplía considerablemente el horizonte en intervención de sujetos con trastornos esquizofrénicos. Se abandona la visión de la esquizofrenia como un trastorno irreversible y degenerativo, cuyo único tratamiento posible lo constituía la farmacología, y se aboga por un enfoque multifactorial que incluya factores biológicos, psicológicos y sociales, y unas intervenciones centradas en prevenir recaídas, dotar de habilidades a los sujetos e intervenir en el ambiente en el que éste se encuentra (familia, comunidad, etc.).

Pretendemos plantear la perspectiva de Rehabilitación Psicosocial analizando su estado actual y las aportaciones de distintos autores (Anthony, Minkoff, Farkas, etc.), con el fin de clarificar algunas confusiones que se han derivado de la aplicación práctica de los modelos.

2. UN ENFOQUE ACTUAL EN REHABILITACION PSICOSOCIAL

El surgimiento de la Rehabilitación Psicosocial se desencadena, merced a los cambios de valores y creencias de la sociedad del momento, y como consecuencia de la probada ineficacia del sistema de Salud Mental tradicional para dar respuesta a los problemas psiquiátricos. Desde este nuevo enfoque se plantea la necesidad de trabajar con los individuos en su medio, potenciando su reinserción en la comunidad a la que pertenecen y permitiendo, de esta forma, su desinstitucionalización.

Pero el concepto de Rehabilitación Psicosocial, lejos de tener un significado único en su aplicación, se caracteriza a lo largo de su desarrollo, por haber sido abordado de forma muy distinta, dependiendo del país o comunidad donde se haya implantado. Según Fernández et al. (1990), «la Rehabilitación Psicosocial es un concepto complejo que engloba muchos aspectos diferentes. Esta complejidad puede conducir, como así ha sido en muchos casos, a errores en su definición, al tomar algunos de sus componentes como sinónimos del término».

La confusión respecto al concepto ha contribuido en gran medida a que su aplicación haya sido en muchas ocasiones ineficaz o sus resultados inferiores a los esperados. Es comprensible, por tanto, que algunos profesionales se cuestionen su eficacia y aboguen por una vuelta a sistemas de Salud Mental más tradicionales. Según Anthony (1983), «la mala utilización del término rehabilitación puede hacer pensar a los administradores y políticos que la intervención reha-

bilitadora ocurre, cuando de hecho, sólo existe de nombre. Por ello, si estas intervenciones que sólo tienen rehabilitación en el nombre son inefectivas, el concepto de rehabilitación puede ser asociado con programas inefectivos y abandonado antes de ser realmente probado».

De esta situación, se desprende la conveniencia de revisar las distintas concepciones de Rehabilitación Psicosocial planteadas erróneamente, con el fin de cuestionar hasta qué punto el fallo se debe al modelo o los malentendidos derivados de la confusión del término.

En muchas ocasiones la Rehabilitación Psicosocial ha sido entendida como el tratamiento de los individuos en la comunidad, es decir, el simple hecho de cambiar el lugar donde son atendidos se concibe como la acción que, por sí sola debe facilitar la rehabilitación. «El trasladar a una persona con problemas psiquiátricos a un ambiente no institucional no es un método o un programa de rehabilitación, es sólo un escalón preparatorio» (Anthony, 1977). El mero traslado de una persona con trastornos psiquiátricos de un ambiente institucional a su comunidad, no puede extenderse como rehabilitación, sino como el *passo previo* necesario para aplicar programas de Rehabilitación Psiquiátrica.

Otra concepción limitada del término rehabilitación, directamente relacionada con la anterior, pretende asimilarla con la disminución de control sobre el usuario. Se concibe como rehabilitador el hecho de trasladar al sujeto de un ambiente con alto grado de control (hospital) a otro con menor control (tratamiento ambulatorio). Se plantea, del mismo modo, que cambiando un único factor, el grado de control, la rehabilitación se produce de forma automática. Resulta evidente que, en el transcurso del proceso rehabilitador, el grado de control sobre el sujeto debe seguir una curva descendente, pero la reducción del control va a depender de la eficacia de la rehabilitación. Es decir, resulta erróneo considerar el

* Psicólogas.

** Estudiantes de 5.º curso de Psicología en prácticas.

CENTRO DE TRABAJO:
Asociación de Familiares de Enfermos Mentales (A.F.E.M.).

* Agradecemos la colaboración del Grupo EXTER (Madrid).

grado de control como *un agente causal* en la rehabilitación, pues es un *resultado* del proceso.

Otra de las formas de entender la rehabilitación, es aquella que considera su resultado como la eliminación de síntomas o conductas problemáticas. Por lo tanto, los sujetos estarían rehabilitados cuando no presentaran una sintomatología clínica o cuando los problemas previos a la consulta del profesional hubiesen desaparecido. Sin embargo, «la reducción de la incomodidad del cliente y de su ambiente no lleva a una mejora de sus habilidades» (Anthony, W. A.; Cohen, M. R. y Cohen, B. F., 1983) (Rogers, S. E. et al., 1988) (Anthony, W. A. et al., 1984).

De todos modos, rehabilitar tampoco significa entrenar habilidades; cierto es que en el proceso rehabilitador resulta relevante dicho entrenamiento, pero

es imprescindible que las habilidades entrenadas sean *funcionalmente significativas*. Es decir, no se debe entrenar habilidades en general, sino aquellas que son *necesarias y útiles* al sujeto para desenvolverse en su medio. Una tendencia muy generalizada en rehabilitación consiste en estructurar paquetes terapéuticos standard y aplicarlos indiscriminadamente a todos los usuarios del centro rehabilitador. De esta forma, se olvida la importancia de la evaluación como instrumento para determinar, tanto las habilidades que el ambiente demanda al sujeto, como las propias habilidades que posee y precisa. Dentro del proceso de rehabilitación, el entrenamiento de habilidades es un paso metodológicamente posterior a la evaluación; es evidente que para saber qué habilidades tenemos que entrenar, resulta necesario conocer por un lado las que el sujeto emplea con eficacia, y por

otro las que le demanda el medio en el que tiene que vivir. Autores como Minkoff (1987) afirman que es erróneo «pensar que hacemos rehabilitación al entrenar habilidades según las normas sociales y entorno del propio profesional, y no en función de las características del entorno de cada usuario».

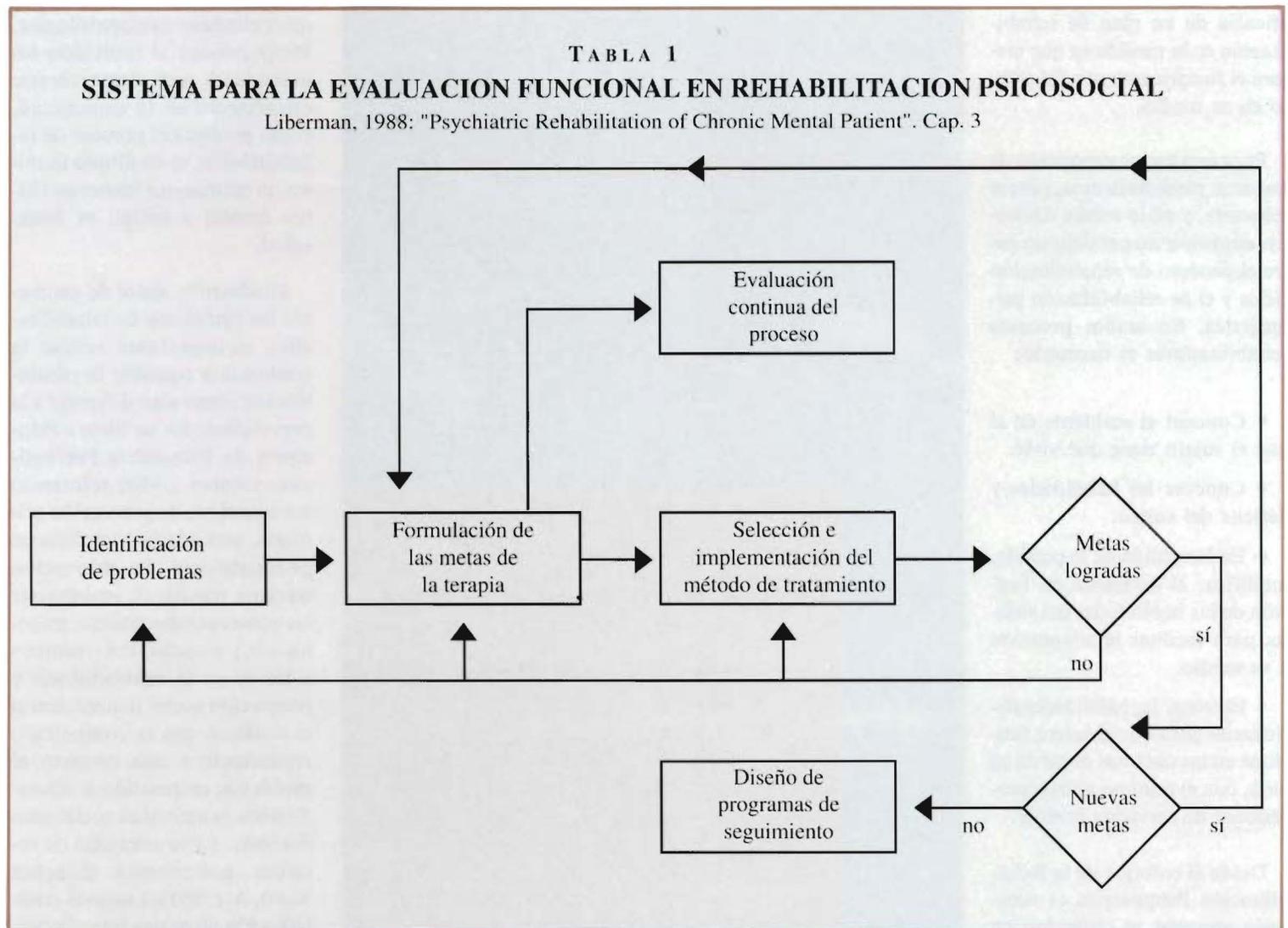
DEFINICION Y PRINCIPIOS DE LA REHABILITACION PSICOSOCIAL

Entendemos por Rehabilitación Psicosocial «el dotar a las personas con incapacidades de las habilidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con los menos apoyos de servicios y profesionales posibles» (Anthony, W. A.; 1977) (Farkas, M. et al.; 1988) (Rogers, S. E. et al.; 1988) (Lavender, A.; 1987) (Lieberman,

R. P.; 1988) (Farkas, M. y Anthony, W. A.; 1982, 1989) (Fernández et al.; 1990).

A partir de esta definición se deduce que el objeto del proceso rehabilitador no es la eliminación de síntomas, sino la adquisición de habilidades que permitan al individuo permanecer en su comunidad, preservando su calidad de vida: «entendiendo la habilidad como una conducta observable, medible y enseñable» (Anthony, W. A.; 1977).

Además, «las intervenciones intra y extrahospitalarias que siguen al diagnóstico psiquiátrico tienen poco impacto en el resultado de la rehabilitación» (Anthony, W. A. et al.; 1972, 1981). Más que centrarnos en el diagnóstico clínico tradicional, cuando pretendemos hacer Rehabilitación Psicosocial, tendremos que atender a las habilidades que el sujeto tiene y a las que



necesita adquirir para desenvolverse adecuadamente en una comunidad determinada; esto implica utilizar un diagnóstico de rehabilitación. «El resultado de un diagnóstico de rehabilitación es una evaluación que integra el punto de vista del profesional y del usuario, para identificar aquellas habilidades específicas en las que el usuario debe ser entrenado. En esencia, el diagnóstico de rehabilitación culmina en un plan de tratamiento» (Anthony, W. A.; 1977).

Se presentan, entonces, como factores muy relevantes en el diseño de los planes de rehabilitación, la valoración de las características de la comunidad en la que el sujeto va a vivir, así como la determinación de las habilidades presentes en el sujeto. Ambos factores permitirán reconocer las habilidades que son necesarias para un funcionamiento adecuado en su comunidad. Por lo tanto, se evaluará la eficacia de un plan de rehabilitación en la medida en que mejore el funcionamiento del sujeto en su medio.

Para una mejor exposición de nuestros planteamientos, parece relevante, y así lo señala Anthony, establecer un paralelismo entre el proceso de rehabilitación física y el de rehabilitación psiquiátrica. En ambos procesos rehabilitadores es necesario:

- Conocer el ambiente en el que el sujeto tiene que vivir.
- Conocer las habilidades y déficits del sujeto.
- En la medida de lo posible, modificar el ambiente en función de las habilidades del sujeto, para facilitar la adaptación a su medio.
- Entrenar las habilidades deficitarias para que el sujeto funcione en las distintas áreas de su vida, con el mínimo apoyo profesional de servicios posible.

Desde el enfoque de la Rehabilitación Psiquiátrica es necesario entrenar al individuo en



las habilidades funcionalmente relevantes, no quitarle los síntomas, y medir de forma observable si esto se produce, no los cambios psicodinámicos de la personalidad (por ejemplo, la rehabilitación física no intenta probar o modificar las causas de la hemiplejía) (Anthony, W. A.; 1977).

Por otra parte, y como ya hemos apuntado anteriormente, se utiliza con frecuencia como criterio de rehabilitación, la eliminación de síntomas. De esta forma, se postula que la reducción de la enfermedad implica el aumento de la salud. Ya la O.M.S., en 1946, definía la Salud como «estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias». Según esta definición, y salvando las críticas que ha recibido desde distintas perspectivas, cuando la sintomatología remite, no podemos hablar de recuperación de la salud, sino simplemente de desaparición de determinadas psicopatologías. Proporcionar al individuo las habilidades para desenvolverse eficazmente en la comunidad, como persigüe el proceso de rehabilitación, es en último término, proporcionar bienestar físico, mental y social, es decir, salud.

Finalmente, antes de enumerar los principios de rehabilitación, es importante señalar la tendencia a concebir la rehabilitación como algo diferente a la prevención. En su libro «Principios de Psiquiatría Preventiva», Caplan (1964) reformuló los conceptos de prevención primaria, secundaria y terciaria en psicopatología. La prevención terciaria trataría de «minimizar las consecuencias (físicas, psicológicas y sociales) del trastorno a través de la *rehabilitación* y *reinserción* social (manteniendo el contacto con la comunidad, reeducando a ésta respecto al problema, entrenando al afectado para la actividad social productiva...) y la evitación de recaídas posteriores» (Sánchez Vidal, A.; 1991). Luego la rehabilitación no es una intervención

aislada, sino la estrategia de prevención misma en un tercer nivel. En esta línea hay que destacar la doble implicación de la rehabilitación en prevención: por un lado se previene el deterioro y las recaídas, y por otro se previene la aparición de trastornos en las personas que rodean al sujeto (familiares, amigos, etc.). La Rehabilitación Psicosocial es, por tanto, una acción preventiva que hay que potenciar (Anthony, W. A.; 1977).

Como resumen de lo anteriormente expuesto, consideramos oportuno citar los principios de la Rehabilitación Psicosocial recogidos por Anthony (1982, 1983):

- El compromiso del cliente es necesario en todas las fases del proceso rehabilitador.

- Las habilidades que se enseñan son específicas para la situación, por tanto se debe tender a realizar los entrenamientos en el medio natural y a planificar la generalización, pues ésta no ocurre por sí sola.

- Cada cliente debe tener metas individualizadas.

- La reducción de la incomodidad del cliente y de su ambiente no lleva automáticamente a una mejora en sus habilidades.

- Lo restrictivo de un ambiente debe estar en función, tanto de las características de dicho ambiente, como de las del propio cliente.

- Una dependencia aumentada en el cliente puede producir su mejor funcionamiento.

- Las expectativas positivas y la esperanza en la rehabilitación son un ingrediente esencial de la Rehabilitación Psiquiátrica.

- Implicar al consumidor en la política y planificación de servicios.

Además, Fernández et al. (1990) añaden los siguientes:

- La adaptación de los servicios de Rehabilitación Psicosocial al contexto socioeconómico y cultural donde éstos van a ser desarrollados.

- El trabajo enfocado en equipo, con delimitación de funciones y canales de información adecuados.

- La coordinación de los diferentes equipos que intervienen. Es decir, el consenso en cuanto a objetivos generales en rehabilitación y en cuanto a objetivos específicos de un determinado usuario; el trasvase adecuado de información a través de canales reglamentados y la especificación de las funciones de cada equipo y de cada profesional.

- La evaluación de resultados observables y la utilización de esos resultados para el ajuste de objetivos e intervenciones.

METODOLOGIA EN REHABILITACION PSICOSOCIAL

El método de trabajo en Rehabilitación Psiquiátrica, que se desprende de la concepción anteriormente expuesta, queda estructurado por Anthony en tres fases sucesivas e indispensables:

1.ª Fase: Diagnóstico de rehabilitación. Esta fase incluiría, por una parte, el desarrollo de un objetivo de rehabilitación general, y por otra, la evaluación de las habilidades del cliente y de los recursos del entorno, determinando lo que es necesario para el éxito en el medio elegido.

El desarrollo del objetivo de rehabilitación general implicaría el acuerdo entre el profesional y el usuario respecto al lugar donde éste intenta vivir, trabajar y educarse.

La evaluación funcional dará como resultado la determinación de las habilidades presentes y deficitarias en el sujeto y las

modificaciones que en función de ellas deberán realizarse en el ambiente.

2.ª Fase: Plan de rehabilitación. A partir de la información diagnóstica se establecen metas e intervenciones en cuanto al desarrollo de habilidades y de apoyos y recursos. El plan debe especificar: la prioridad de metas, la intervención más apropiada para llevar a cabo cada meta, y la secuencia y el personal responsable de ponerlo en práctica.

3.ª Fase: Intervención rehabilitadora. La intervención debe ir orientada, por un lado al desarrollo de habilidades del sujeto y, por otro, al desarrollo de recursos que apoyen al cliente.

Respecto al desarrollo de habilidades, se deberá entrenar a los clientes en el uso de las habilidades necesarias para maximizar la eficacia en su medio. Esto se llevará a cabo con una programación planificada en la que, por un lado, se enseñarán habilidades que no conocen, con un entrenamiento directo de las mismas, y por otro lado perfeccionando las que se conocen pero que emplean de forma inadecuada.

En cuanto al desarrollo de recursos, es preciso buscar aquellos que apoyen al sujeto en el ambiente elegido. Como estrategias a seguir se muestran relevantes la coordinación de recursos para poner en contacto al cliente con los servicios adecuados, y la creación de nuevos recursos.

Lieberman, en 1988, propone un esquema de trabajo para la evaluación funcional en rehabilitación (ver tabla 1).

3. CONCLUSIONES

El enfoque de la Rehabilitación Psicosocial nos parece una aproximación holística y operativa en el abordaje de los trastornos esquizofrénicos persistentes.

Consideramos una aportación valiosa la introducción del concepto de vulnerabilidad por las posibilidades teóricas y prácticas que nos ofrece.

La Rehabilitación Psicosocial es un término muy complejo que posibilita con frecuencia reduccionismos que llevan a intervenciones incompletas e ineficaces.

Creemos que es preciso que los profesionales de la Salud Mental contemplen la Rehabilitación Psicosocial como una aproximación compleja que implica a distintos profesionales y equipos. Nos parece una aportación muy válida y clarificadora el paralelismo establecido por Anthony entre rehabilitación física y rehabilitación psicosocial; de este modo contamos con un esquema operativo de trabajo.

Es importante no olvidar la relevancia del ambiente del sujeto cuando hacemos Rehabilitación Psicosocial, puesto que las habilidades no se entrenan en el vacío, sino en un sujeto concreto que tiene que vivir en una comunidad concreta.

La evaluación funcional es el único instrumento metodológico válido para conseguir los objetivos de la Rehabilitación Psicosocial.

Como conclusión final, consideramos significativas las palabras de Anthony (1977), cuando dice que el estado actual de la Rehabilitación Psicosocial es «el desarrollo de ambientes psiquiátricos no tradicionales para el uso de técnicas psiquiátricas tradicionales llevadas a cabo por personal entrenado de forma tradicional». Desde nuestra perspectiva, sería necesario plantear una concepción de Rehabilitación Psicosocial en esos «ambientes psiquiátricos» no tradicionales llevada a cabo por personal con formación acorde con esta metodología de trabajo, formación que debe contemplarse desde ahora mismo en los profesionales que deban abordar este tema.

BIBLIOGRAFIA

- ANTHONY, W. A. (1977): «Psychological Rehabilitation. A concept in Need of a Method». *American Psychologist*. Vol. 32, n.º 8, pp. 658-662.
- ANTHONY, W. A. (1979): «The principles of Psychiatric Rehabilitation». *Human Resource Development Press Inc.* Massachusetts.
- ANTHONY, W. A.; COHEN, M. R. y COHEN, B. F. (1983): «Philosophy Treatment process, and principles of the psychiatric rehabilitation approach». *New Directions in Mental Health*, número 17, pp. 67-69.
- ANTHONY et al. (1984): *Psychiatric Rehabilitation*. En TALBOT, J. A. (E. D.): «The chronic mental patient. Five years later». *Grune & Stratton Inc.* Orlando.
- BACHRACH, L. L. (1984): *Principles of Planning for Chronic Psychiatric Patients: A synthesis*. En TALBOT, J. A. (E. D.): «The Chronic Mental Patient. Five years later». *Grune & Stratton Inc.* Orlando, pp. 165-182.
- CAPLAN, G. (1964): «Principles of Preventive Psychiatry. N. Y. Basic Book». *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires. Paidós (1979).
- FARKAS, M. y ANTHONY, W. A. (1982): «The development of the rehabilitation model as a response to the short comings of the deinstitutionalization movement». *Monografía*, n.º 1. Univ. Boston.
- FARKAS, M.; COHEN, M. R. y NEMOC, P. B. (1988): *Psychiatric Rehabilitation Programs: Putting concepts into practice Community Mental Health Journal*, n.º 24 (1), pp. 7-21.
- FARKAS, M. et al. (1989): *Psychiatric Rehabilitation: The approach and its programs*. En FARKAS, M. y ANTHONY, W. A. (eds.): «Psychiatric Rehabilitation Programs. Putting theory into practice». *The John Hopkins University Press*. Baltimore y London, pp. 1-27.
- FERNÁNDEZ AGUIRRE, M. V.; GONZÁLEZ CASES, J. y GUERRERO MERCHÁN, M. (1990): «La rehabilitación psicosocial: Un modelo de intervención». *Análisis y Modificación de Conducta*. Vol. 16, n.º 50.
- FERNÁNDEZ LÓPEZ DE OCHOA, E. y VÁZQUEZ VALVERDE, C. (1989): «Modelo de vulnerabili-



- dad y esquizofrenia». *Monografías de Psiquiatría*. Vol. 1, n.º 1.
- LAVENDER, A. (1987): «The measurement of the quality of care in the Psychiatric Rehabilitation settings. Development of the model standars questionnaires». *Behavioral Psychotherapy*, número 15, pp. 201-214.
- LIBERMAN, R. P. (1988): «Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients». *American Psychiatric Press*.
- LIBERMAN, R. P. y KUENHUL, T. G. (1988): «Functional Assessment». *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*, cap. 3.
- MINKOFF, K. (1987): «Beyond deinstitutionalization: A new ideology for the Postinstitutional Era». *Hospital and Community Psychiatry*, n.º 38 (4), páginas 945-950.
- NUECHTERLEIN, K. H. y DAWSON, M. E. (1985): «A heuristic vulnerability / stress model of schizophrenic episodes». *Schizophrenia Bulletin*, n.º 10, pp. 300-312.
- ROGERS, S. E. et al. (1988): «Psychiatric Rehabilitation as the preferred response to the needs of individuals with severe psychiatric disability». *Rehabilitation Psychology*, n.º 33 (1), pp. 5-14.
- SÁNCHEZ VIDAL, A. (1991): *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención*.
- SÁNCHEZ, P. y RUIZ VARGAS, J. M. (1987): *Vulnerabilidad a la esquizofrenia*. En J. M. RUIZ VARGAS (ed.): «Esquizofrenia: Un enfoque cognitivo». *Madrid Alianza*, pp. 289-320.
- ZUBIN, J. y SPRING, B. (1977): «Vulnerability: A new view of schizophrenia». *Journal of Abnormal Psychology*, n.º 86, páginas 103-126.
- ZUBIN, J. (1986): *Implications of the vulnerability model for D.S.M. IV*. En MILLON, T. y KLERMAN, G. (eds.): «Contemporary issues in psychopathology». *N. Y. Guilford Press*.
- ZUBIN, J. (1987): *Possible implications of the vulnerability hypothesis for the psychosocial management of schizophrenia*. En: STRAUSS, J. S.; BOKER, W. y BRENNER, H. D. (eds.): «Psychosocial treatment of schizophrenia». *Toronto Hans Huber Publishers*.