

Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis

Psychosocial Rehabilitation Programs in Community Attention for People with Psychosis

Juan González Cases y Abelardo Rodríguez González
Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid-España

Resumen. Este artículo pretende presentar los principales programas de rehabilitación psicosocial enfocados hacia la mejora de la calidad de vida, autonomía, integración social y manejo de la enfermedad en personas que padecen un trastorno mental grave y duradero, en especial esquizofrenia. Además se señalarán algunas consideraciones metodológicas sobre la aplicación de dichos programas, sus elementos esenciales y la importancia de implementar programas e intervenciones que tengan cierto aval de eficacia y utilidad.

Palabras clave: rehabilitación psicosocial, psicosis, trastorno mental grave.

Abstract. This article aims to present the main psychosocial rehabilitation programs focused towards the improvement of life quality standards, autonomy, social integration and handling of the illness for people who suffer a severe enduring mental disorder, particularly schizophrenia. In addition, some methodological considerations will be pointed out about the application of such programs, their main elements and the importance of the implementation of programs and interventions which can have some guarantee of efficiency and utility.

Key words: psychosocial rehabilitation, psychosis, severe mental disorders.

Introducción

La rehabilitación psicosocial nace en la década de los 70 en países de nuestro entorno y los Estados Unidos de América, y en los 80 en nuestro estado, con un objetivo en principio sencillo: *“instrumentar técnicas que hagan posible una vida lo más normal, con la mejor calidad de vida posible, a pacientes mentales crónicos, cuya enfermedad ha ocasionado limitaciones o falta de habilidades para el desempeño de sus actividades sociales (discapacidades) y consecuentemente desventajas (minusvalías) en ese desempeño. El objetivo no es la “curación” (...); el objetivo es devolver o procurar habilidades sociales a los pacientes y la dignidad de la persona enferma,*

que los pacientes mentales cuya enfermedad cursa con discapacidad y cronicidad, logren la completa ciudadanía política, jurídica, civil y económica”. (Desviat, 2010).

Durante estas tres décadas se ha ido implantando un conjunto de programas e intervenciones de rehabilitación psicosocial que se han ido configurando en torno a las siguientes variables o circunstancias:

- Las personas con un trastorno mental grave (TMG en adelante), por ejemplo con psicosis, han de vivir en la comunidad. El señalar la comunidad como el espacio donde las personas con TMG deben desenvolverse ha determinado un conjunto de programas substancialmente diferente de los que serían de aplicación si estas personas estuvieran en instituciones custodiales. Son diferentes las competencias necesarias para desenvolverse en un ambiente nor-

La correspondencia sobre este artículo dirigirla a Centro de Rehabilitación Psicosocial. C/ Pablo Coronel, 18. 28802 Alcalá de Henares (Spain). Correo electrónico: jgcases@gruppoexter.com

malizado y comunitario a las competencias necesarias para desenvolverse en una institución asilar.

- La orientación de los programas de rehabilitación psicosocial hacia el desarrollo de competencias personales y el trabajo sobre el entorno de los afectados más que hacia la eliminación de los síntomas del trastorno o la “curación” de la supuesta enfermedad mental.
- El auge de la práctica clínica basada en pruebas y el consiguiente surgimiento de guías de práctica clínica dentro del campo de la salud y de la que no ha podido, a pesar de algunas resistencias infantiles, abstraerse la salud mental. Así, aun reconociendo las peculiaridades de la asistencia en salud mental respecto a otras especialidades sanitarias y las dificultades para poder validar con el mismo “patrón de oro” que otras intervenciones sanitarias las referidas a las intervenciones rehabilitadoras y psicosociales, ha ido sedimentando un grupo de programas de rehabilitación psicosocial con un cierto aval de eficacia y eficiencia.
- Las limitaciones y escasos resultados mostrados por los tratamientos farmacológicos en la recuperación de las personas con psicosis y todo ello a pesar de los ingentes esfuerzos dedicados en su investigación, desarrollo y especialmente *marketing* (González y Pérez, 2007). A pesar de las expectativas que se creaban cada vez que se producía el lanzamiento comercial de un nuevo fármaco, circunstancia sorprendentemente bastante frecuente, la realidad ha ido confirmando que las intervenciones de rehabilitación psicosocial no sólo se mostraban como indiscutiblemente complementarias a las farmacológicas sino que resultaban potenciadoras de la adherencia al tratamiento biológico y en algunas ocasiones, y no precisamente infrecuentes, el único posible tratamiento al rechazar la persona con TMG la toma de fármacos.
- La creación y desarrollo de recursos y servicios específicos de rehabilitación psicosocial para personas con TMG que han ido consolidando programas de rehabilitación como una prestación disponible dentro de las redes de atención socio-sanitaria públicas.

A pesar de los indiscutibles avances en el desarrollo de programas de rehabilitación en las últimas décadas, aun su diseminación y consolidación es insuficiente. Varios hechos explican esta situación:

- El avance de los enfoques biologicistas en la concepción y explicación de la enfermedad mental, desde los cuales se apuesta por un abordaje de la enfermedad mental restringido casi en exclusiva a los aspectos bioquímicos.
- La prácticamente ausencia en el currículo académico de las disciplinas relacionadas con la rehabilitación psicosocial de temas o asignaturas sobre intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave.
- La resistencia de los profesionales y de los sistemas de atención para la implementación de programas de rehabilitación e intervención psicosocial. A modo de ejemplo baste citar el famoso y por otro lado desalentador informe PORT (*Schizophrenia Patient Outcomes Research Team*) que ya en el año 1998 recogía los tratamientos farmacológicos y psicosociales contrastados para el abordaje de la esquizofrenia y paradójicamente su escasa implantación en la práctica clínica (Lehman y Steinwachs, 1998a, 1998b). Más de una década después, aún existiendo un cuerpo aún mayor de evidencias y por tanto mayor grado de recomendación para la aplicación de ciertos tratamientos psicosociales en la esquizofrenia, su aplicación rutinaria y generalizada no ha mejorado sustancialmente (Dixon et al., 2010; Kreyenbuhl, Buchanan, Dickerson y Dixon, 2010).

Consideraciones metodológicas para el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial en psicosis

La primera consideración sobre programas de rehabilitación psicosocial hace referencia a las áreas que deben abordar los programas. Teniendo en cuenta que el objetivo de la rehabilitación psicosocial en psicosis es la mejora de la autonomía, la calidad de vida y la integración social de las personas afectadas, la decisión de qué programas son pertinentes

vendrá determinada por su mayor o menor relación para la consecución de dichos objetivos. Así, los programas deberán atender a algún aspecto de los que se podría denominar “áreas vitales” o “*áreas o parcelas de funcionamiento que contemplan los distintos ámbitos donde las personas tienen que desenvolverse para tener una vida adaptada y normalizada*” (Fernández, Fernández, González y Orviz, 2002). Programas de rehabilitación psicosocial que no ayuden a la consecución de objetivos relacionados con las áreas vitales no deberían ser considerados como tales. Esta consideración situaría fuera de la rehabilitación psicosocial aquellos programas o intervenciones que atiendan a lo ocupacional, al entretenimiento sin más, al hacer por hacer.

Delimitada la batería de programas que serían propios de la rehabilitación psicosocial habría que hacer una segunda consideración y es que a una persona concreta con psicosis o TMG sólo se deberían aplicar aquellos programas o intervenciones que realmente necesite para su desenvolvimiento autónomo e integrado en la comunidad. Es por ello que antes de la aplicación de cualquier intervención se hace ineludible una evaluación funcional previa del sujeto y de su entorno para determinar los objetivos individualizados a conseguir y por consiguiente las intervenciones que presuponemos pueden ayudar a la persona afectada a conseguir sus objetivos.

Señalar también que un programa de rehabilitación psicosocial es importante por si solo pero que sus resultados se potencian y refuerzan cuando forma parte de un conjunto de programas e intervenciones globales que atienden a las diferentes necesidades psicosociales de las personas afectadas con un trastorno mental grave como es la psicosis. Los diferentes programas no deben ser compartimentos estancos sino que deben estar intercomunicados de tal forma que las habilidades que se están aprendiendo en un programa puedan ser practicadas y reforzadas en el resto de los programas de rehabilitación en los que participe el sujeto. Por ejemplo si en un programa de habilidades sociales se está trabajando el inicio de conversación, esta habilidad debe ser reforzada cuando la persona esté también participando en otros programas diferentes.

Las últimas consideraciones se refieren a la aplicación y metodología de los programas de rehabilitación.

En primer lugar habría que señalar que los programas de rehabilitación psicosocial pueden implementarse tanto en formato individual o grupal. La decisión de aplicar un formato u otro vendrá determinada por:

- La mejor conveniencia para la consecución de los objetivos individuales de la persona.
- La mejor conveniencia para la consecución de los objetivos propios del programa.
- La disponibilidad del servicio o recurso para poder combinar ambos formatos.
- La disponibilidad de usuarios para conformar o no un grupo homogéneo en cuanto al nivel de capacidad, comprensión y dificultades comunes que van a intentar solventar el programa de rehabilitación.

Ambos formatos de intervención, grupal o individual, no son excluyentes sino que en muchos casos son complementarias. Así, a modo de ejemplo, una persona puede participar en un programa en grupo de entrenamiento en habilidades sociales y simultáneamente recibir apoyo y sobreentrenamiento a nivel individual en esta misma área.

Los programas de rehabilitación psicosocial tienen una orientación hacia la competencia. Es decir a sumar en el repertorio conductual del sujeto habilidades y competencias que se han mostrado como importantes para la consecución de sus objetivos de autonomía e integración. En vez de centrar el foco en la eliminación de déficit, los programas de rehabilitación van a enfocarse hacia la dotación de competencias que hagan cada vez más invisible la discapacidad.

Los principios metodológicos que sustentan los programas de rehabilitación son los derivados de los principios del aprendizaje y la modificación de conducta, sin embargo, algunas peculiaridades que se presentan con frecuencia en la psicosis y en los TMG, requieren algunas adaptaciones de dichos principios. Las peculiaridades más habitualmente observadas serían:

- La sintomatología presente: ideas delirantes, alucinaciones, apatía, alogia, lenguaje desorganizado, alto nivel de ansiedad, etc.
- La evaluación, generalmente desfavorable, que la propia persona con psicosis hace de su grado de competencias y habilidades.

- Los déficits en el procesamiento de la información, especialmente en el nivel atencional.
- La falta de estrategias y hábitos intelectuales.
- La carencia de contenidos culturales y habilidades básicas.
- La ausencia de hábitos de trabajo en grupo.
- Un estilo de refuerzo predominantemente basado en refuerzos negativos e inmediatos, con muchas dificultades para operar con refuerzos diferidos.

Por todo lo anterior podrían señalarse algunas recomendaciones metodológicas que pueden facilitar el desarrollo de los aprendizajes derivados de los programas de rehabilitación psicosocial:

- Siendo lo habitual combinar diferentes métodos de aprendizaje, los más eficaces parecen ser aquellos que están sustentados en la práctica repetida por parte del sujeto de la habilidad a implementar.
- En habilidades complejas o con sujetos con alto grado de deterioro puede ser aconsejable la graduación del aprendizaje y la aplicación de las técnicas de moldeamiento.
- Aún siendo la individualización una característica que todo proceso de aprendizaje debe considerar, en el caso de personas con psicosis la individualización se hace imprescindible para un adecuado desarrollo de los procesos de rehabilitación. Así, incluso cuando los programas de rehabilitación psicosocial se desarrollen en formato grupal, los responsables de su implementación deberán tener la suficiente pericia como para adaptar el formato grupal a los intereses, objetivos y capacidades particulares de todos y cada uno de los miembros del grupo.
- Asumiendo el modelo de competencia "*el técnico no trata de resolver los problemas al ciudadano, sino que tiene el empeño profesional de facilitarle los recursos teóricos y técnicos para que desarrolle un equipamiento de competencia*" (Costa y López, 1982). Así se debe favorecer que la persona afectada desarrolle sus propias habilidades para analizar su comportamiento y operar autónomamente sobre él. Las técnicas de resolución de problemas suele ser una metodología muy utilizada en los diferentes programas de rehabilitación psicosocial.
- El desarrollo de programas de rehabilitación serán más efectivos si se promueve la participación activa de los usuarios en ellos. Ofrecer información, motivar, ajustar las intervenciones a los objetivos particulares de las personas, mostrar los avances que se van produciendo y ofertar contextos donde los propios afectados puedan mostrar sus opiniones y expectativas de cambio a los profesionales, pueden ser algunas recomendaciones que ayuden a una implicación activa y efectiva en los procesos de rehabilitación.
- Las sesiones de entrenamiento en los programas de rehabilitación con personas afectadas de psicosis:
 - Suelen tener una frecuencia de 1 ó 2 sesiones a la semana con una duración en torno a los 60 minutos.
 - Cuando el programa se realiza en grupo, éste no ha de ser muy numeroso, siendo entre 6 y 8 componentes un número adecuado para su desarrollo. Esta cifra será ajustada en función de las características del grupo, así, un grupo con personas con alto deterioro, con dificultades cognitivas importantes o con un nivel sociocultural bajo deberá ser más reducido en el número de sus integrantes.
 - Las sesiones de entrenamiento suelen seguir el siguiente esquema:
 1. Repaso de las tareas acordadas en la sesión anterior.
 2. Repaso de los temas vistos en la sesión anterior.
 3. Presentación de los contenidos de la sesión actual.
 4. Modelado.
 5. Ensayo de conducta (*Role playing*). Cada asistente a la sesión deberá como norma general realizar al menos un ensayo
 6. Feedback.
 7. Tareas para la próxima sesión individualizadas para cada uno de los asistentes
 - Si la persona o personas del grupo presenta déficits cognitivos básicos, las sesiones deberán ser más cortas, las instrucciones más sencillas, los ejercicios más variados y la pre-

sentación de la información más esquemática.

- La generalización de lo aprendido en los programas de rehabilitación a los contextos naturales de la persona es un proceso que debe ser planificado y considerado esencial para el buen hacer en rehabilitación. Algunas recomendaciones básicas para su consecución serían:
 - Realizar entrenamientos lo más realistas posibles y adaptados a las características específicas del sujeto y su entorno.
 - Asegurarse que las habilidades y competencias que el sujeto va a ejercitar en su contexto sean exitosas, es decir adecuadas y reforzadas en su medio natural.
 - No finalizar los programas de rehabilitación de forma brusca sino ir reduciendo las sesiones paulatinamente.
 - Asignar tareas para la práctica en el entorno natural entre sesión y sesión del programa.
 - Informar y entrenar a personas del entorno del usuario para que refuercen las competencias que el sujeto está intentando poner en marcha.
 - Utilizar en los programas de rehabilitación refuerzos semejantes a los que el sujeto va a recibir en su medio.
 - Ir modificando los patrones de refuerzo, desde el refuerzo continuo hacia el intermitente, desde el refuerzo inmediato al demorado y del refuerzo externo al interno.

Tras varias décadas desarrollando programas de rehabilitación psicosocial en personas con TMG y sus familiares, con probada eficacia en muchos de ellos, se están empezando a señalar los elementos comunes o esenciales que aparecen en dichos programas. Así, siguiendo a Fenton y Schooler (2000) se han podido identificar las siguientes características comunes que aparecen sistemáticamente en aquellos programas de rehabilitación que se han mostrado eficaces:

- Énfasis en la educación acerca del trastorno: origen, evolución, tratamiento, etc.
- Relación entre el profesional y el afectado sustentada en la sinceridad, confianza y cercanía.
- Enmarque en el modelo de vulnerabilidad-afrontamiento al estrés y de “recuperación”.

- Trabajo para fortalecer los recursos de afrontamiento propios del usuario.
- Movilización de todos los apoyos disponibles.
- Visión de los familiares como aliados.
- Individualización de las intervenciones.
- Consideración de las preferencias y metas propias del usuario y de la familia como elementos centrales del tratamiento.

Programas de rehabilitación psicosocial

Se comentan a continuación aquellos programas e intervenciones en rehabilitación psicosocial en el TMG que han demostrado su pertinencia o aparecen como recomendados en las principales guías de práctica clínica (NICE 2003, 2005; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2005; Sociedad Española de Psiquiatría, 2000; American Psychiatric Association, 2004; Canadian Psychiatric Association, 2005; San Emeterio et al., 2003).

Programa de habilidades sociales

Justificación: una consecuencia muy frecuente al padecer una psicosis es la pérdida de la red social y la presencia de un déficit en la competencia y en las habilidades sociales. Estas dificultades colocan a la persona en una situación de aislamiento, mayor riesgo de recaídas y menor funcionamiento e integración social (Lieberman, DeRisi y Mueser, 1989).

Siguiendo a Bellack, Mueser, Gingerich, y Agresta (2004) los diferentes programas de habilidades sociales asumen las siguientes premisas:

- La competencia social está compuesta de una serie de componentes/habilidades.
- Estas habilidades son o pueden ser aprendidas.
- La disfunción social ocurre cuando:
 - Las conductas requeridas no están presentes en el repertorio conductual de la persona.
 - Las conductas requeridas no son usadas en el momento adecuado.

- La persona ejecuta conductas socialmente inadecuadas.
- La disfunción social puede ser corregidas con el entrenamiento de habilidades.

Objetivo: los programas de habilidades sociales pretenden mejorar las competencias y habilidades relacionadas con la interacción social a través de procesos estructurados de entrenamiento y aprendizaje de habilidades específicas a los diferentes contextos y situaciones en las que se desenvuelve el sujeto.

Componentes: Generalmente los diferentes programas de habilidades sociales para personas con psicosis trabajan sobre uno o varios de los siguientes componentes en función de los déficits que plantean los sujetos de entrenamiento:

- Repertorios de comunicación verbales, no verbales y paralingüísticos: mirada, postura, gestos, distancia, sonrisa, latencia de respuesta, volumen, tono, vocalización, hacer preguntas, pedir información, etc.
- Habilidades de recepción y percepción social: necesarias para atender y percibir adecuadamente la información social relevante en las situaciones: identificar a personas, reconocer deseos, sentimientos y estados en los interlocutores, etc.
- Habilidades de conversación: iniciar, mantener, cambiar de tema y cerrar conversaciones.
- Habilidades asertivas: críticas, expresión y defensa de opiniones, defensa de los derechos, decir no, pedir favores, etc.
- Expresión de emociones positivas y negativas.
- Resolución de problemas interpersonales.
- Habilidades instrumentales para la mejora del funcionamiento de la vida cotidiana: habilidades sociales para pedir información, comprar, utilizar recursos comunitarios, obtener un empleo, etc.

Metodología: los programas de habilidades sociales utilizan una metodología estructurada de aprendizaje con prácticas conductuales de diferentes habilidades contextualizadas a situaciones interpersonales específicas y con tareas para la práctica en la vida cotidiana.

Aunque el programa se puede realizar en un formato individual, es frecuente su desarrollo en gru-

pos de 5 a 10 personas con dos profesionales a cargo de su desarrollo. La frecuencia de sesiones suele ser de 1 ó 2 a la semana y la duración de cada una de unos 60-90 minutos. Se suelen combinar sesiones de entrenamiento en los dispositivos con sesiones de entrenamiento en contextos naturales. La duración del programa debe ser larga, al menos 6 meses, para que se puedan percibir cambios y se asienten los aprendizajes. Aunque la generalización de los aprendizajes es un objetivo que se aborda a lo largo de todo el programa, las últimas sesiones suelen dedicarse en exclusiva al asentamiento de las habilidades en la vida cotidiana de los participantes. Los objetivos, características y contextos individuales de cada participante determinarán qué habilidades concretas se entrenarán en el programa.

Programa de psicoeducación y prevención de recaídas

Justificación: las personas que sufren un trastorno psicótico presentan con frecuencia una mala adherencia al tratamiento y además, en muchos casos, este trastorno cursa con recaídas periódicas que se alternan con periodos de remisión completa o parcial. Al igual que en otros problemas de salud crónicos o agudos la información de la que disponga el paciente sobre la enfermedad y las pautas y consejos para su afrontamiento mejorará sustancialmente el seguimiento de los tratamientos y por ende el curso o pronóstico de la enfermedad. Los modelos psicoeducativos (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986; Falloon, Boyd y McGill, 1984.; Liberman, 1993) se apoyan en la Teoría de la Vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977; Nuechterlein y Dawson, 1984) y en el Enfoque Educativo, según el cual el proporcionar información sobre la enfermedad favorece el desarrollo de actitudes favorables hacia la misma, propone el desarrollo de habilidades específicas para la adherencia a los tratamientos, la comunicación eficaz con el sistema socio-sanitario y el conocimiento de la enfermedad.

Objetivos: aumentar el conocimiento sobre la enfermedad y las competencias necesarias para su manejo adecuado.

Componentes: los programas psicoeducativos se articulan en torno a los siguientes módulos:

- Psicoeducación sobre la enfermedad: enmarcado en la Teoría de la vulnerabilidad a la psicosis se abordan todos los aspectos relacionados con la enfermedad: causa, pronóstico, síntomas, factores de riesgo de recaídas, factores protectores, tratamientos farmacológicos, tratamientos psicosociales, modelo de recuperación, etc.
- Prevención de recaídas: modelos de recaídas, factores de riesgo y protectores, pródromos y plan de prevención y resolución de recaídas.
- Habilidades de manejo y autonomía: se abordan todos los temas relacionados con la competencia y autonomía en el seguimiento del tratamiento: autonomía en la toma, renovación y manejo de la medicación, habilidades de comunicación con los profesionales de la salud, etc.

Metodología: los programas de psicoeducación y prevención de recaída utilizan dos tipos de metodologías complementarias: el enfoque educativo para abordar los aspectos relacionados con la información y el enfoque del aprendizaje con prácticas conductuales para los temas relacionados con las habilidades. El programa puede ser desarrollado en formato individual o grupal. Este último se suele organizar en sesiones semanales de 45 a 60 minutos, con 5 a 10 participantes y con una duración del programa de 4 a 6 meses. Los contenidos informativos se plantean en base a discusiones y diálogos entre los miembros del grupo más que como lecciones “magistrales” del profesional. Se suele utilizar material de apoyo como prospectos de medicamentos, lecturas técnicas, videos, testimonios de usuarios recuperados, etc.

En los temas relacionados con la adquisición de habilidades para la autonomía en el manejo de la medicación, se hace imprescindible la estrecha coordinación y trabajo conjunto con la familia, en cuanto que ésta debe ir traspasando progresivamente la responsabilidad sobre la medicación hacia al usuario.

Programa de autocontrol y manejo de la ansiedad

Justificación: dos serían las razones por las que este programa aparece como pertinente para el abordaje psicosocial de la personas con psicosis:

- Las interferencias y malestar que la ansiedad produce en el funcionamiento cotidiano y que tiene como consecuencia las dificultades que muchas personas con psicosis manifiestan para poder integrarse en la comunidad o para poder configurar una red de apoyo.
- El mayor riesgo de recaída que según el modelo de vulnerabilidad a la psicosis presentan las personas con capacidades de afrontamiento reducido. Según este modelo las recaídas psicóticas se producirían cuando en un momento determinado los factores estresantes desbordan la capacidad de afrontamiento de la persona vulnerable a la psicosis.

Objetivos: que la persona con psicosis sea capaz de identificar aquellas situaciones que le producen ansiedad, aprenda a manejarla de forma competente y se fortalezca su motivación para afrontar nuevas situaciones cotidianas.

Contenidos: en primer lugar se suelen abordar contenidos informativos referidos al concepto de ansiedad, sus aspectos contextuales y las diferentes respuestas que los sujetos emiten antes una situación ansiógena. Posteriormente se explican y practican diferentes técnicas de control de la activación fisiológica (respiración y relajación muscular), mejora de la autoestima, reestructuración cognitiva y afrontamiento de pensamientos negativos.

Metodología: las sesiones del programa suelen durar en torno a los 60 minutos y la frecuencia de 1 ó 2 a la semana. Su duración es larga para poder ir asentando y practicando en la vida diaria las diferentes técnicas que se aprenden en el programa. Se utilizan técnicas cognitivo-conductuales similares a las aplicadas en otro tipo de trastornos, ofreciendo un amplio abanico de instrumentos terapéuticos (técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, control de impulsos, solución de problemas y manejo de la autoestima). La finalidad a largo plazo es que el uso de las técnicas facilite el funcionamiento del individuo en el entorno personal y social inmediato.

Programa de rehabilitación cognitiva

Justificación: el deterioro en el funcionamiento cognitivo es muy frecuente en personas afectadas de

psicosis. Se estima que entre el 60 y el 80% de los pacientes presentan estos déficits y que además muestra correlaciones más altas con el pronóstico de la enfermedad que los propios síntomas psicóticos (López, Florit y González, 2010). Además de su alta correlación con la evolución de la enfermedad, el mejor o peor funcionamiento cognitivo va a tener una clara influencia en la capacidad para poder adquirir otras competencias o habilidades y por ende en un mejor o peor desempeño e integración social.

Siguiendo a Nuechterlein y cols (2004) los déficits en el funcionamiento cognitivo de las personas con psicosis se pueden descomponer en las siguientes ocho dimensiones: velocidad de procesamiento, atención/vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje verbal y memoria, aprendizaje visual y memoria, razonamiento y solución de problemas, comprensión verbal y cognición social.

Objetivos: mejorar el funcionamiento cognitivo de la persona a través de la restauración de las funciones cognitivas deterioradas, la compensación de las funciones perdidas y la optimización de las funciones conservadas. Dicha mejora deberá traducirse y orientarse hacia un mejor funcionamiento psicossocial y una mayor calidad de vida.

Contenidos: todos los programas de rehabilitación cognitiva hacen especial hincapié en la necesidad de realizar una evaluación cognitiva pormenorizada y una planificación individualizada del proceso de intervención. Fruto de esa evaluación y planificación se abordarán uno o varios de los siguientes contenidos:

- Atención: sostenida, dividida, alternante, control atencional, concentración, etc.
- Memoria: memoria de trabajo, semántica, verbal, etc.
- Funciones ejecutivas: mejora de la capacidad para organizar/planificar secuencias de conducta y orientarla hacia la consecución de los objetivos deseados. Se abordan temas relacionados con la selección y ejecución de planes, control del tiempo, resolución de problemas, control de la conducta, etc.
- Cognición social: según Penn, Corrigan, Bentall y Racenstein (1997) la cognición social se refiere a las operaciones mentales subyacentes a las interacciones sociales y que incluyen

la habilidad y capacidad humana para percibir las intenciones y disposiciones de los demás. Los contenidos referidos a la cognición social serían: habilidades para la percepción de emociones y sentimientos en los demás, estilos atribucionales, conclusiones, etc. Al estar estos contenidos muy relacionados con la competencia social, también pueden ser abordados en los programas de habilidades sociales.

Metodología: como se comentaba anteriormente la evaluación de las capacidades cognitivas es indispensable para una planificación de la intervención. Existen numerosas pruebas estandarizadas para ello, siendo la batería MATRICS (Green, Olivier, Crawley, Penny Silverstein, 2005) una de las más utilizadas en la actualidad. La intervención en formato individual permite un abordaje óptimo de los aspectos cognitivos aunque también es posible su realización en formato grupal pero prestando especial atención a la homogeneidad de los participantes y a la individualización de las tareas. Los programas de rehabilitación cognitiva en grupo pueden ser diseñados “a medida” de sus participantes ya que existe abundante material disponible para el abordaje de los diferentes componentes del funcionamiento cognitivo. Es importante que el grupo no sea numeroso (entre 5 y 8 personas), con al menos una sesión semanal (preferiblemente 2) y con una duración entre 45 y 90 minutos en función de las capacidades de los participantes. Las tareas diseñadas para aplicar en el programas han de estar graduadas en complejidad creciente y en carga emocional progresivamente mayor.

Desde hace unos años están disponibles también programas específicos de rehabilitación cognitiva, siendo los más difundidos: *Integrated psychological treatment for schizophrenic patients (IPT)* (Roder, Brenner, Hodel, y Kienzle, 1996) (siendo este un programa más amplio de rehabilitación integral, sí contempla en dos de sus subprogramas (“diferenciación cognitiva” y “percepción social) un procedimiento estructurado de trabajo sobre procesos cognitivos); *Cognitive enhancement Therapy (CET)* (Hogarty y Flesher, 1999); *Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia (CRT)* (Wykes y Reeder, 2005); *Attention Shaping* (Menditto, Baldwin, O’Neal y Beck, 1991); *Cognitive Adaptation*

Training (CAT) (Velligan, Mahurin, True, Lefton y Flores, 1996); programas de rehabilitación cognitiva por ordenador (GRADIOR, REHACOM, etc),

Programa de psicoeducación de familias

Justificación: los programas de intervención con familias tienen una larga tradición en la rehabilitación psicosocial de personas con TMG. Su nacimiento y desarrollo ha estado motivado por la conjugación de varios factores:

- Los procesos de reforma psiquiátrica han supuesto que un importante número de personas con psicosis vivan con sus familias.
- Muchas de las familias ejercen funciones de cuidado y por tanto necesitan información, consejo y apoyo para favorecer el mejor clima de convivencia posible.
- Ciertas pautas de relación y comunicación dentro de la familia tiene correlación con una mayor probabilidad de recaída del familiar con psicosis.
- Los familiares no son sujetos pasivos en los procesos de rehabilitación de su familiar con un TMG. Su participación e implicación activa favorece una más pronta y mejor recuperación de la persona afectada de psicosis.

Objetivos: que los familiares mejoren su competencia, habilidad e implicación adecuada en el proceso de rehabilitación de su familiar con psicosis. Objetivos secundarios al anterior serían disminuir la carga emocional en los familiares, aumentar la sensación de control, reducir el estigma y mejorar la calidad de vida de toda la familia en su conjunto.

Contenidos: existen diferentes modelos o programas de intervención familiar pero con mayor o menor peso todos abordan los siguientes contenidos:

- Psicoeducación sobre la enfermedad: al amparo de la Teoría de la Vulnerabilidad se ofrece a las familias información sobre las causas, síntomas, evolución, crisis, tratamientos y recursos de atención.
- Ayuda práctica en mejora de las habilidades de comunicación, resolución de problemas y problemas cotidianos de la convivencia.
- Intercambio y apoyo emocional.

Metodología: los programas de intervención familiar pueden ser llevados a cabo en el domicilio familiar o en cualquier recurso de atención especializada (Centro de Salud Mental, de rehabilitación, Unidad de Hospitalización, etc.). La imprescindible intervención familiar individual suele ser complementada con programas psicoeducativos en grupo, con sesiones en torno a los 90 minutos, frecuencia semanal, duración no inferior a 6 meses y con 5 a 10 participantes. En los programas de familias suele ser recomendable:

- Permitir, sin que la situación llegue a desbordarse, la descarga e intercambio emocional en los familiares.
- Crear un clima de confianza y colaboración con los profesionales.
- No culpabilizar a los familiares de ser la causa de la enfermedad.
- Favorecer la participación y el intercambio de experiencias entre los familiares.

Otros programas de rehabilitación psicosocial

- Programa de autocuidados y actividades de la vida diaria (AVD): pretenden mejorar la higiene y el aspecto personal; el manejo en la vivienda; los hábitos de salud, alimentación y sueño; etc. La peculiaridad e intimidad de muchos de los temas que se abordan en este programa hacen recomendable un formato individual, aunque algunos conceptos generales pueden ser tratados en grupo.
- Programa de ocio y tiempo libre: este programa pretende favorecer la práctica de actividades normalizadas de ocio y tiempo libre en el entorno socio-comunitario de la persona. No se pretende “ocupar” el tiempo de ocio de las personas con TMG con actividades programadas y supervisadas por los profesionales. Se trataría de capacitar a la persona con TMG para que pueda utilizar su tiempo libre en la comunidad de la forma más integrada, autónoma y normalizada posible.
- Programa de integración comunitaria: el objetivo de este programa es la mejora del funcionamiento en el uso de los diferentes recursos y

servicios de la comunidad. Se abordarían aspectos relacionados con el manejo de los medios de transporte, orientación espacial, entidades bancarias, manejo del dinero, oficinas de correos, recursos comunitarios, etc. Los entrenamientos para el desarrollo de las habilidades de integración comunitaria se realizarán principalmente en el entorno real.

- Programa de inserción laboral: pretende mejorar las competencias de la persona para el acceso y mantenimiento en el mercado laboral. Se contemplan los siguientes contenidos: orienta-

ción vocacional, habilidades para buscar y responder adecuadamente a ofertas de trabajo, hábitos básicos de trabajo, habilidades sociales en el entorno laboral, etc. La formación o capacitación profesional se articulará principalmente a través de los recursos normalizados formativos laborales que existan en la comunidad siendo función de los programas de rehabilitación el preparar a la persona para que pueda acceder y rentabilizar estos recursos. En la medida de lo posible se promoverá la inserción en empleos ordinarios.

Extended Summary

Psychosocial rehabilitation has been reinforced over the last decades as an indispensable assistance in the social-sanitary network for people who suffer a severe mental disorder such as psychosis. Psychosocial rehabilitation not only operates alone but is also an intervention that complements other types of more traditional approach, such as pharmacological ones. Since the nineteen-eighties a series of rehabilitation programs have been implemented and strengthened with specific methodology for their development that has led to these programs being highly recommended in the main clinical guidelines as an approach to severe mental disorders.

Taking into account that the aim of psychosocial rehabilitation of people with psychosis is that they may live with the highest possible degrees of autonomy, integration and life quality, psychosocial rehabilitation programs must work at the different levels that are involved in integration into the community. Psychosocial integration operates therefore with the individual but also with and into the community. Community and autonomy are the references that all rehabilitation programs have.

Before the application of any rehabilitation program, three issues should be considered:

1. The functional evaluation of the person and his/her environment. This is a prerequisite for developing an individualized rehabilitation plan that contemplates some objectives to achieve and also the means or skills required to reach them. Nobody should participate in a rehabilitation program that has not previously been planned and evaluated.

2. Any program of psychosocial intervention will achieve better results when it combines as a part of a wide set of complementary programs and interventions that take into account the totality of the person, his/her environment and different biological and social needs. The family of a person with an SMD is also the main point of psychosocial rehabilitation programs, as they are a key element in the subject's environment,
3. Psychosocial rehabilitation programs for people with a severe mental disorder must be oriented towards competence, learning, autonomy and the normalized social integration of the person.

For the development of psychosocial rehabilitation programs for people with a severe mental disorder, our methodology must take into account, and be derived from, the very characteristics of their problem (symptomatic, reinforcement patterns, cognitive shortfalls, self-esteem, lack of habits, and so on).

- Application of learning strategy skills based on behavioral practice and application of modeling and moulding techniques.
- Favoring the active participation and competence of the individual.
- Session framing. Adapting the information, practice and tasks to be done between sessions to the individual characteristics of intervention.
- Programming the learning processes to include generalization of what is learnt to the natural environment of the individual.
- Rehabilitation processes are of an extended

duration. Short-term results should not be expected, so the intervention must always be accompanied by an explanation of expected benefits and their relation with the individualized rehabilitation plan for the person.

The *rehabilitation programs* that have proved to be useful as an approach to psychosis and which are recommended in the main clinic practice guides are:

- **Social skills programs:** intended to improve the competences and skills related to social interaction through structured processes of training and learning of specific skills in the different contexts in which the individual lives. The normal components would be: verbal, non-verbal and paralinguistic communication, social reception and perception, conversation skills, assertive skills, positive and negative emotional expression, resolutions of interpersonal problems, skills for improving daily routine. These types of programs should be developed on a group basis.
- **Psychoeducation program and prevention of relapses:** the objective is to increase knowledge about the illness and the necessary skills for dealing with it adequately. The contents of the approach are: psychoeducation about the illness, framed by the theory of vulnerability of psychosis, relapse prevention, and autonomy handling skills in the taking and getting of medication. A participatory methodology should be used, and the contents approached in relation with the experiences and interest of the participants.
- **Self-control program and anxiety management:** Aimed at enabling a person with psychosis to identify those situations that can provoke anxiety and to learn how to handle them competently, and to reinforce his/her motivation to face new daily situations. Some theoretical contents are normally approached relating to anxiety, learning of different physiological activation control techniques, improvement of self-esteem, cognitive restructuring and confrontation of negative thoughts.
- **Cognitive rehabilitation program:** Aimed at improving a person's cognitive functioning through restoration of deteriorated cognitive functions, compensation for lost functions and/or optimization of preserved functions. Such improvement must be put towards better psychosocial functioning and a higher life quality. All cognitive rehabilitation programs emphasize the need for a cognitive evaluation that can be set out in detail and an individualized planning of the intervention process. The contents which should normally be dealt with are: attention, memory, executive functions, social cognition (also approached in social skills programs). Although programs can be designed and tailored, there are structured packets of cognitive rehabilitation available.
- **Family psychoeducation program:** the objective is for families to be able to improve their competence, ability and adequate involvement in the rehabilitation process of their relative with psychosis. Secondary objectives should also be to take away the emotional load on the family, to increase their control sensation, to reduce stigma and to improve the whole family life. In these types of programs three big areas are involved: psychoeducation of the illness, emotional support, practical help in the communication skills, problem-solving and daily coexistence problems. A duration of more than six months in programs of family psychoeducation has been proved to explain the success of these types of programs.
- **Self-care program and daily life activities:** Intended to improve hygiene, personal appearance, housekeeping, healthy habits, eating and sleeping patterns, and so on. A framework of individual intervention appears to be appropriate for addressing the contents of this program.
- **Leisure and free time program:** This program aims to promote the practice of leisure and free time activities in the individual's social community environment. These types of programs should be far from leisure occupational type activities and focus on the development of competences for establishing social networks.
- **Community integration program:** The objective of this program is the improvement in the

usage of the different services and resources available from the community. Some aspects should be treated like the use of public transport, spatial orientation, banking organizations, money manipulation, post offices, community resources, and so on. Intervention in natural contexts has proved to be more useful for community integration competences.

- **Work insertion program:** This aims to improve the ability of the person to get access to and maintain a position in the job market. The following contents are considered: vocational orientation, skills for searching and responding appropriately to job offers, basic working habits, social skills in the working environment, and so on. Training and professional preparation will mainly take place using the normal professional learning resources available within the community.

Referencias

- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986). *Schizophrenia and the family*. Nueva York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia*. Second Edition. (<http://www.guideline.gov/>).
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S. y Agresta, J. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia. A Step-by Step Guide*. Second Edition. New York: Ed. Guilford Press.
- Canadian Psychiatric Association (2005). Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (13 Suppl 1), 7S-57S.
- Costa, M., López, E. (1982). La psicología comunitaria: un nuevo paradigma. *Papeles del Psicólogo*, 2, 17-22.
- Desviat Muñoz, M. (2010) El devenir de la reforma psiquiátrica. En Pastor A, Blanco A, Navarro D. (coords.) *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Dixon, L., Dickerson, F., Bellack, A.S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R.W., Lehman, A., Tenhula, W.N., Calmes, C., Pasillas, R.M., Peer, J. y Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48-70.
- Fallon, I., Boyd, J.L. y McGill, C.W. (1984). *Family Care of Schizophrenics*. Nueva York: Guilford Press.
- Fenton, W.S., Schooler, N.R. (2000). Evidence-Based Psychosocial Treatment for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26,1-3.
- Fernández Blanco, J.I., Fernández y Fernández, J., González Cases, J., Orviz García, S. (2002). Consideraciones sobre el plan individualizado de rehabilitación de personas con trastornos mentales crónicos. *Revista de la AMRP*, 8 (14), 5-9.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez. M. (2007). *La invención de trastornos mentales: ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- Green, M.F., Olivier, B., Crawley, J.N., Penn, D.L. y Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia new approaches conference. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 882-7.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.
- Hogarty, Q.E. y Flesher, S. (1999). Practice Principles of Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 693-708.
- Kreyenbuhl, J., Buchanan, R.W., Dickerson, F.B., Dixon, L.B. (2010) The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009 Schizophrenia Bulletin Advance Access published on December 2, 2009. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 94-103.
- Lehman, A.F., Steinwachs, D.M. and the coinvestigators of the PORT project (1998a). Translating

- research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 1-10.
- Lehman, A.F. y Steinwachs, D.M. (1998b). Pattern of Usual Care for Schizophrenia: Initial Results From the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 11-20.
- Liberman, R.P., DeRisi, W.J. y Mueser, K.T. (1989). *Social skills. Training for Psychiatric Patients*. Nueva York: Pergamon Press.
- Liberman, R.P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca (edición original, 1988).
- López Luengo, B., Florit Robles, A. y González Andrade, A. (2010). Rehabilitación del funcionamiento cognitivo. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (coords.) *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid: Editorial Síntesis.
- McEvoy, J., Scheifler, P.L. y Frances, A. (1999). The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (supp 11), 1-83.
- Menditto, A.A., Baldwin, L.J., O'Neal, L.G. y Beck, N.C. (1991). Social learning procedures for increasing attention and improving basic skills in severely regressed institutionalized patients. *Journal Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 265-269.
- NICE, National Collaborating Centre for Mental Health. (2003). *Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care*. London: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists.
- NICE (2005). *Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; NICE Clinical Guideline.
- NICE (2006). *Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. Nice Clinical Guideline*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2009). *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; NICE Clinical Guideline, 82.
- Nuechterlein, K.H. y Dawson, M.E. (1984). A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenia episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- Nuechterlein, K.H., Barch, D.M., Gold, J.M., Goldberg, T.E., Green, M.F. y Heaton, R.K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72, 29-39.
- Penn, D.L., Corrigan, P.W., Bentall, R.P. y Racenstein, J. (1997). Social Cognition in Schizophrenia *Psychological Bulletin*, 12, 114-132
- Roder, V., Brenner, H. D., Hodel, B., y Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia (Integrated therapy for schizophrenia)*. Barcelona: Ariel.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2005). Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 1-30. Review.
- San Emeterio, M., Aymerich, M., Faus, G., Guillamón, I., Illa, J.M., Lalucat, L.L., Martínez, C., Sánchez, I., Teixidó, M. (2003). *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión breve para la aplicación en la práctica clínica*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- Sociedad Española de Psiquiatría S.E.P. (2000) *Consenso Español de Expertos para recomendaciones de actuación en el tratamiento de la esquizofrenia*. SEP, 1-54.
- Treatment of schizophrenia. (1996). The Expert Consensus Panel for Schizophrenia. *Journal Clinical Psychiatry*, 57 (Suppl 12B), 3-58.
- Velligan, D.I., Mahurin, R.K., True, J.E., Lefton, R.S. y Flores C.V. (1996). Preliminary evaluation of cognitive adaptation training to compensate for cognitive deficit in schizophrenia. *American Psychiatric Association*, 47, 415-417.

Wykes, T. y Reeder, C. (2005). *Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia: Theory and practice*. New York: Routledge.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Manuscrito recibido: 21/09/2010

Revisión recibida: 30/09/2010

Manuscrito aceptado: 04/10/2010