



FACULTAD DE EDUCACIÓN DE PALENCIA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

**ENFERMEDAD MENTAL Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.
EL “RECOVERY” UN NUEVO PROPÓSITO DE
INTERVENCIÓN.
EL PAPEL DE LA EDUCACIÓN SOCIAL.**

TRABAJO FIN DE GRADO
GRADO EN EDUCACIÓN SOCIAL

AUTOR/A: FÁTIMA CONDE GÓMEZ

TUTOR/A: JUDITH QUINTANO NIETO

Palencia.

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.	3
2.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN.	3
2.2 DIAGNÓSTICOS.....	6
2.2.1. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.....	6
2.2.2 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	7
2.2.3 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	8
3. DE LOS ANTIGUOS MODELOS MANICOMIALES A LOS ACTUALES MODELOS COMUNITARIOS.....	9
4. LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	13
4.1 DEFINICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO.....	14
4.2 EL MODELO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.....	18
4.3 ÁREAS DE INTERVENCIÓN.....	22
5. LA RECUPERACIÓN (“RECOVERY”) UN NUEVO PROPÓSITO DE INTERVENCIÓN.....	23
5.1 CONCEPTO DE RECUPERACIÓN (“RECOVERY”)	25
5.2 EL ENFOQUE DE RECUPERACIÓN (“RECOVERY”).....	25
6. EDUCACIÓN SOCIAL Y SALUD MENTAL. EL PROFESIONAL DE LA EDUCACIÓN SOCIAL DESDE EL MODELO DE RECUPERACIÓN.	35
6.1 PEDAGOGÍA SOCIAL Y EDUCACIÓN SOCIAL.....	35
6.2 EL PROFESIONAL DE LA EDUCACIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL.....	37
6.3 INTERVENCIÓN DEL EDUCADOR/A SOCIAL DESDE EL MODELO DE RECUPERACIÓN.....	39
6.4 A MODO DE CONCLUSIÓN.....	42
7. LAS COMPETENCIAS DEL GRADO DE EDUCACIÓN SOCIAL EN EL TRABAJO HACIA LA RECUPERACIÓN.....	43
8. CONCLUSIÓN DEL TRABAJO FINAL DE GRADO.	50
9. BIBLIOGRAFÍA.....	53
10. ANEXOS.	55

1. INTRODUCCIÓN.

“La esquizofrenia es una enfermedad del cerebro crónica, grave e incapacitante”
Afirmaciones de este tipo son habitualmente escuchadas en nuestra sociedad, incluso desde los propios profesionales del ámbito psiquiátrico o incluso desde los propios pacientes.

El peso de las etiquetas tan estigmatizantes, que la persona diagnosticada de enfermedad mental viene arrastrando, ha supuesto un aislamiento social injusto.

Recibir un diagnóstico en estos términos no tiene que ser nada fácil. La sensación de confusión al no entender qué te está pasando, el sentimiento de angustia, de inseguridad y de falta de control se añaden a la rabia porque tus vivencias no siempre son comprendidas por tu propio entorno, que se empeña en que la persona asuma un nuevo rol de enfermo. Si analizamos la literatura más tradicional, esta situación descrita resulta poco esperanzadora. La categoría de enfermo mental se asocia al fracaso vital y al deterioro gradual del funcionamiento a nivel social, ya que conlleva la incapacidad para trabajar y para llevar una vida normalizada.

“Resultaría de mayor utilidad ver la salud mental de cada persona como una historia única y en continuo desarrollo, que está profundamente influenciada por las experiencias sociales” (May, 2005).

Desde esta afirmación, y desde otras similares, queremos centrar nuestra mirada, a través de la literatura más actual, sobre procesos de recuperación.

En un primer análisis iremos profundizando sobre la evolución de la atención a las personas diagnosticadas de enfermedad mental, donde la disciplina de la Educación Social empezará a cobrar sentido, cuando la enfermedad empieza a verse no sólo como una problemática biológica, sino también de índole psicosocial.

El estigma de la sociedad, y el autoestigma de las propias personas con enfermedad mental, convencidas de su falta de capacidad, atentan contra la dignidad y frustran los deseos de poder llevar una vida con sentido, más allá de su enfermedad.

En dicho trabajo queremos romper con esta brecha, dando a conocer un nuevo concepto que es el de recuperación, “recovery”, que viene a dar fuerza desde una visión optimista a las intervenciones rehabilitadoras dentro de la comunidad.

Desde este nuevo paradigma o espíritu crítico del “recovery”, tras estudiar lo que supone el concepto, vamos a analizar cuál sería el papel del educador o educadora social, desde este nuevo abordaje.

El trabajo que presentamos nos aporta como profesionales de la educación social una nueva mirada hacia la enfermedad mental que suponga un cambio de actitud en nuestra forma de pensar y de hacer.

Quedará justificada la labor del profesional de la educación social dentro de los equipos multidisciplinares que trabajan en los distintos dispositivos de salud mental, desde una perspectiva social y pedagógica que se hace cargo de un colectivo en riesgo de marginación a través de intervenciones socioeducativas que promuevan cambios.

Con el afán de dar sentido y disponer de elementos que orienten nuestra práctica educativa apostaremos por el modelo de recuperación. Un paradigma que abre una vía de pensamiento crítico, a través de las experiencias narradas en primera persona sobre procesos de recuperación.

La herramienta fundamental para promover el cambio en las personas con enfermedad mental, sería el acompañamiento terapéutico, por el cual el profesional de la educación social en el marco del diálogo y del establecimiento de un clima emocional adecuado posibilite el crecimiento y la evolución de cada persona. A través de la creación de un vínculo terapéutico tratará de despertar y recuperar el deseo del otro de ser protagonista de su proyecto de vida.

2. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.

2.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN.

La población objeto de nuestro trabajo, y por tanto, de nuestra intervención psicosocial, engloba a todas aquellas personas diagnosticadas de enfermedad mental. La enfermedad mental abarca diversas patologías como pueden ser la esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad y otros. Cualquiera de ellas desencadena una problemática compleja por la sintomatología que genera, la cual conlleva, en muchos

casos, una disrupción en el funcionamiento psicosocial y, por tanto, se pueden ver afectas algunas capacidades, en función de la duración y evolución de dicha enfermedad.

Así podemos desglosar las características de la enfermedad mental que van a influir en el grado de discapacidad, en el pronóstico y, en definitiva, en el tipo de intervención psicosocial a realizar:

1. Diagnóstico y síntomas clínicos:

La sintomatología de la enfermedad mental presenta gran variabilidad. Ésta varía de un individuo a otro e incluso en el mismo individuo (en función del momento de la evolución).

Los síntomas pueden ser positivos, como alucinaciones y delirios, o negativos como apatía, anhedonia, embotamiento afectivo etc. Todos ellos van a influir en el funcionamiento psicosocial del sujeto.

Algunos de los síntomas más frecuentes se desarrollan posteriormente en este trabajo, en el apartado de diagnóstico.

2. Evolución de la enfermedad y duración de la misma:

Las personas con enfermedad mental comparten una sintomatología común aunque en cada individuo se manifiesta de diferente manera por la influencia e interacción de factores biológicos, psicológicos o sociales que concurren en la historia vital de cada uno. En su evolución también tiene una gran implicación el grado de apoyo o de atención que se reciba del entorno.

El curso clínico de la enfermedad mental, el grado de discapacidad y la gravedad de la misma también es variable, tratándose muchas veces de enfermedades que se han cronificado, o que tienen larga duración. No obstante, se pueden observar varios patrones temporales:

-Personas con episodio psicótico aislado con remisión completa de los síntomas y posterior nivel de funcionamiento óptimo que permite llevar una vida independiente e integrada.

-Personas con episodios críticos recurrentes y periódicos que conllevan un deterioro en su funcionamiento y que necesitan una atención, tratamiento farmacológico,

psicoterápico y de rehabilitación psicosocial de forma continua. Atención, tratamiento y supervisión que serán de mayor intensidad cuanto más grave y discapacitante sea la enfermedad.

Aunque existan estas diferencias podríamos señalar, en muchos casos, algunas características comunes.

CARACTERÍSTICAS COMUNES :

- ✓ Vulnerabilidad al estrés: Son especialmente vulnerables al estrés.
- ✓ Muchos de ellos presentan déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- ✓ Dificultades para interactuar socialmente.
- ✓ Sentimiento de dependencia, de indefensión y vulnerabilidad al necesitar de apoyos para manejarse en su vida cotidiana.
- ✓ Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral.

De acuerdo a las posibles dificultades que puedan presentar podemos señalar las necesidades más comunes que tienen.

NECESIDADES COMUNES :

- ❖ Atención y tratamiento de la salud mental. Necesidad de adecuados procesos diagnósticos y tratamiento psiquiátrico.
- ❖ Atención en crisis: En situación de crisis ayudar a la estabilización del paciente. Valorar la posibilidad de ingreso hospitalario.
- ❖ Apoyo a la integración social. Necesidad de programas de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir capacidades y habilidades para vivir dentro de la comunidad.
- ❖ Apoyos en la integración en el mundo laboral. Necesidad de programas de rehabilitación laboral que le ayuden a la inserción en lo laboral.
- ❖ Alojamiento y atención residencial comunitaria. Necesidad de alternativas de vivienda y atención residencia.
- ❖ Apoyo económico. Cubrir sus necesidades económicas mínimas.
- ❖ Protección y defensa de sus derechos. Necesidad de proteger sus derechos.
- ❖ Apoyo a los familiares. Necesidad de apoyar, cuidar y asesorar a las familias.

2.2 DIAGNÓSTICOS.

En la actualidad, generalmente, para establecer diagnósticos se manejan los criterios de clasificación internacional como el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría) o la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En este apartado haremos un repaso de los diagnósticos que se dan más comúnmente en el trabajo en Rehabilitación psicosocial.

2.2.1. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

A. ESQUIZOFRENIA

El término de esquizofrenia fue introducido por Bleuler en el año 1911. Progresivamente sustituyó al término de demencia precoz de Krapelin.

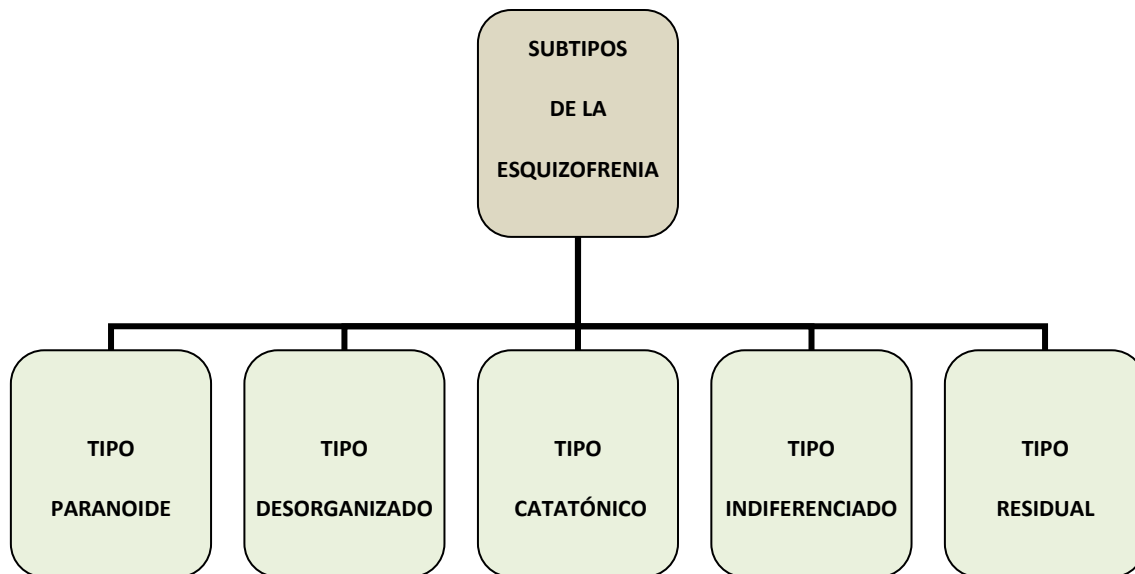
La esquizofrenia se diagnostica según unos criterios recogidos en el DSM-IV (ver tabla 1 en anexos)

En la actualidad se desconoce la etiología de la esquizofrenia. Durante el siglo XX existió un debate entre quienes la consideraban un trastorno orgánico del cerebro y los que pensaba que era secundaria a los efectos del ambiente sobre la personalidad. La mayoría de los expertos la considera un trastorno en el que múltiples causas pueden dar lugar a diversos tipos clínicos. Encontrar una causa única, necesaria y suficiente es muy raro en los trastornos mentales y es más probable que para explicar las causas se necesiten modelos multifactoriales.

Los estudios de la OMS han confirmado la distribución universal de la esquizofrenia en todas las regiones geográficas, sociedades y etnias. Se ha calculado que la tasa de incidencia es de entre 0,2 y 0,6 por 1000 habitantes y es similar en varones y mujeres.

La tasa de prevalencia puntual es de entre 3 y 8 por mil habitantes y la prevalencia vital, es decir, riesgo de padecer la enfermedad a lo largo de la vida es de un 1%.

Dentro de la esquizofrenia existen diferentes tipos de esquizofrenia según la sintomatología que presenta en el momento de la evaluación. (ver cuadro explicativo de los subtipos de esquizofrenia en tabla 2 en anexos).



B. OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Hay ciertos trastornos psicóticos que pueden confundirse con el diagnóstico de esquizofrenia, pero que por su curso y sintomatología presentan diferencias con este diagnóstico. (Ver clasificación de otros tipos trastornos psicóticos en tabla 3 en anexos)

2.2.2 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

La afectividad representa el conjunto de estados y pasiones del ánimo que el individuo vive de forma personal y subjetiva, que trascienden su personalidad y conducta, especialmente en su capacidad de comunicación y que, por lo general, se distribuyen entre dos polos: depresión, que es la inhibición del estado de ánimo y la manía que es la exaltación del estado de ánimo.

Normotimia o eutimia sería el estado anímico normal o intermedio y el más deseado.

Los trastornos del estado de ánimo pueden ser desde depresivos a maníacos o mixtos, que oscilan entre un polo y otro, es decir bipolares o maniaco depresivos.

Algunos estudios demuestran que la herencia del trastorno bipolar tipo I es evidente porque alrededor del 50% de pacientes con este trastorno tiene, por lo menos, un progenitor con un trastorno del estado de ánimo, más a menudo trastorno depresivo mayor. La probabilidad de que algún hijo tenga un trastorno del estado del ánimo es del 25% si alguno de los progenitores presenta trastorno bipolar tipo I, y del 50 al 75% si ambos progenitores tienen trastorno bipolar tipo I.

Es evidente que, en lo relacionado con las emociones, entran en juego diversos factores psicosociales: edad, sexo, temperamento, relaciones sociales, familia, nivel socioeconómico, experiencias, incluso distorsiones cognoscitivas relacionadas con la personalidad. (Ver tipos de trastornos del estado del ánimo en tabla 4 en anexos).

2.2.3 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La OMS define el trastorno de personalidad como “patrones de conducta inadaptados, profundamente arraigados, que casi siempre se reconocen en la etapa de la adolescencia, y continúan durante la mayor parte de la vida adulta, aunque frecuentemente se hacen menos obvios en la edad media o la vejez. La personalidad es anormal, ya sea en el equilibrio de sus componentes, su expresión o en el aspecto total. A causa de esta desviación el paciente sufre o hace sufrir a otros, y hay un efecto adverso sobre el individuo o la sociedad”.

Existe la creencia de que hay un origen multifactorial debido a factores neurobiológicos, factores del desarrollo temprano y a factores socioculturales.

En referencia a los factores biológicos, se cree que el trastorno antisocial de la personalidad o el trastorno límite se deben a una vulnerabilidad biológica hereditaria o a una susceptibilidad genética en la relación con las influencias ambientales.

Con respecto a los factores del desarrollo, las investigaciones se centran en los malos tratos infantiles, pérdida de la figura con más apego y experiencias traumáticas precoces.

Los factores socioculturales que predisponen a tener un trastorno de la personalidad son, por ejemplo, modos de vida donde se potencia el aislamiento social, la carga laboral, cambios de trabajo, así como la inmigración etc.

Las respuestas maladaptativas pueden ser debidas al nivel de ansiedad producido por factores estresantes que hacen que se tengan conductas alteradas.

Los factores estresantes pueden ser psicológicos o socioculturales. Con respecto a los primeros se cree que los niveles de ansiedad prolongada o intensa, junto con una capacidad de afrontamiento limitada, producen problemas relacionales. En lo que atañe a los factores estresantes socioculturales, se incide en la inestabilidad familiar,

provocada por una pérdida de un sistema de apoyo significativo. (Ver clasificación de trastornos de personalidad en tabla 5 en anexos)

3. DE LOS ANTIGUOS MODELOS MANICOMIALES A LOS ACTUALES MODELOS COMUNITARIOS.

Las personas con enfermedad mental a lo largo de la historia han sufrido verdaderos problemas de discriminación y marginación social.

Hasta hace pocas décadas el único modelo de atención que se contemplaba para este colectivo era el internamiento en centros psiquiátricos, lo que venían siendo antiguos “manicomios”. Las personas que padecían una enfermedad mental eran internadas durante largos periodos de tiempo o incluso para toda la vida.

La atención que se daba en estas instituciones u hospitales psiquiátricos tenía como únicos objetivos ofrecer la custodia de estas personas y darles asilo alejándoles de las urbes, ya que se les consideraba como una amenaza social.

Por lo general estos centros de internamiento no ofrecían las condiciones más adecuadas para sus pacientes ya que estaban desprovistos de medios higiénicos y terapéuticos.

Se caracterizaban por ser grandes construcciones situadas fuera de las ciudades y que estaban masificadas. La asistencia sanitaria y psiquiátrica era muy deficitaria debido a la miseria y marginación con procedimientos coercitivos y escasez de medios. No existía una atención personalizada y de calidad.

Las consecuencias de esta atención hacían que las personas sufrieran un grave aislamiento social, un deterioro a nivel personal y una cronificación de su enfermedad mental.

Muchos libros de autores como Foucault en *Historia de la locura en la Época Clásica*, Goffman en su libro *Internados*, Álvarez en *Miserables y locos* reflejan, y coinciden, en su crítica al sistema tradicional de internamiento de las personas con enfermedad mental en manicomios, considerando este modelo como antiterapéutico.

Era impensable que las personas que salían de los manicomios lo hicieran sin haber sufrido un gran deterioro personal, el cual se añadía a su patología psiquiátrica por la que habían accedido al mismo. Lejos de una mejora de su salud y más aún de la

posibilidad de una reinserción social, los efectos del manicomio sobre las personas tenían que ver con el deterioro personal físico y psíquico, con la enfermedad, el empobrecimiento y la miseria.

Se trataba de lugares absolutamente inconcebibles en cualquier otra especialidad hospitalaria. Habitaciones repletas de camas, sin más mobiliario, donde se comparte la ropa, donde no hay privacidad, ni en los lugares más íntimos, donde las ventanas son pequeñas y tienen rejas etc. Pero esta deshumanización no sólo se da en lo material, sino también en lo terapéutico, con intervenciones espontáneas que derivaban claramente hacia el deterioro personal y la cronificación psicopatológica.

Los internos padecían problemas artificiales debido al sistema organizativo de estos centros consistente en jerarquías irracionales, falta de medios, personal no formado con una metodología de trabajo coercitiva y de represión.

Los pacientes que anhelaban y buscaban la emancipación, reacción sana de cualquiera que se viera en semejante situación, eran reprimidos por la institución, que interpretaba dicha pretensión como dentro de los rasgos patológicos del paciente.

Todos estos acontecimientos infaustos fueron parte del día a día de las personas con enfermedad mental recluidas en este tipo de instituciones durante aquellos años. (Guinea Roca, 1997)

La legislación vigente hasta mediados de los años 40 sobre los enfermos mentales tenía un carácter punitivo hacia ellos y de protección hacia la sociedad que adjudicaba conductas agresivas a este colectivo.

Pero afortunadamente este modelo de intervención, con el paso de los años, ha ido evolucionando y mejorando así, de forma significativa, la atención a las personas con enfermedad mental.

Con los nuevos modelos de intervención se comienza a tener más en cuenta factores psicológicos y sociales, imprescindibles a la hora de emplear estrategias terapéuticas. A nivel farmacológico se consigue más eficacia en los tratamientos. Las nuevas generaciones de psiquiatras, los cambios políticos, sociales y culturales así como el asociacionismo y los movimientos de lucha por los derechos humanos, han sido factores determinantes para transformar la situación y la atención de este colectivo.

Uno de los principales impulsos para transformar la atención a las personas con enfermedad mental, en particular, y la atención a la salud mental, en general, fue la Reforma Psiquiátrica. Estas políticas de transformación psiquiátrica se vinieron dando en los años 60 y 70 en países como EEUU, Francia, Inglaterra e Italia. En España, esta reforma se va desarrollando a lo largo de los años 80. Existe un giro de planteamientos centrados en un nuevo modelo de atención psiquiátrica que tenga lugar dentro de la comunidad evitando así la exclusión, marginación e institucionalización de los pacientes. (Desviat, 1995)

En los años 50 y 70 comienza a hacerse presente la idea de centrar el trabajo con los enfermos mentales en la comunidad. En EEUU y en Inglaterra se empieza a reconvertir la atención hospitalaria psiquiátrica. El modelo de comunidad terapéutica, cuyo pionero fue Maxwell Jones, se hace más presente.

La salida de enfermos mentales de los hospitales psiquiátricos también fue posible gracias a que, a finales de los 50, se comienzan a utilizar los primeros fármacos antipsicóticos que permiten un mejor abordaje de la sintomatología.

En este cambio de paradigma en la atención psiquiátrica, que venimos describiendo, existe un hecho destacable: el desarrollo del movimiento de la salud mental comunitaria, que tiene uno de sus primeros momentos en EEUU, en 1963, tras el discurso del presidente John F. Kennedy, en el que reclama y propone un “enfoque nuevo y atrevido” para la resolución de los nuevos problemas planteados por la salud mental ante la administración gubernamental. Esto derivó en la creación de centros de salud mental comunitarios. Se llegó a la conclusión, por un lado, de que la reclusión de los enfermos mentales en centros psiquiátricos asistenciales atentaba contra la libertad y dignidad personal. Y por otro lado, se vio que resultaba menos costosa la creación de centros de salud mental comunitarios que la creación de macro instituciones psiquiátricas.

En los diferentes países que tiene lugar esta reforma psiquiátrica las experiencias de atención comunitaria llevadas a cabo son muy diversas y no siempre acertadas, pero podemos marcar unos elementos comunes a todas ellas para conceptualizar la ideología que supuso la Reforma Psiquiátrica:

-Devolver a la atención hospitalaria psiquiátrica su papel terapéutico, incluso suprimirla como única alternativa, quedando convertido en complemento terapéutico dentro de una red de recursos comunitarios.

-La creación de dispositivos comunitarios alternativos que atiendan las necesidades de las personas con enfermedad mental dentro de la comunidad para evitar la institucionalización.

Desde este enfoque la atención abarcaría la prevención, la atención y la rehabilitación dentro de un modelo multidimensional que tenga en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

En España la Reforma tardó en llegar. Hasta mediados de los ochenta no se inicia el proceso de transformación a la psiquiatría comunitaria con “El informe de la comisión ministerial para la Reforma Psiquiátrica” (Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1985). Este informe marcó las directrices de este nuevo modelo que se reflejaron explícitamente en la Ley General de Sanidad de 1986, en el artículo 20 capítulo 3º de la Salud Mental, donde se reconoce la atención psiquiátrica en el ámbito comunitario. Se puntuaba que la hospitalización, siempre que sea necesaria, se llevará a cabo dentro de las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. Y se desarrollarían servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una atención integral buscando la coordinación con los servicios sociales.

En este apartado podemos vislumbrar el giro tan significativo que supuso la reforma psiquiátrica en España a la hora de entender la atención a las personas diagnosticadas de una enfermedad mental. Este cambio sustancial se ha ido traduciendo en pequeñas acciones que, a lo largo de los años, han ido transformando la atención a este colectivo, tras un injusto y claro propósito de aislamiento y una falta de sentido terapéutico de las intervenciones profesionales previas.

La educación social no había nacido como disciplina cuando llegó la reforma psiquiátrica, pero, ante este cambio de paradigma, ya se hacía evidente la necesidad de profesionales que respondieran ante una población en riesgo de exclusión social e inadaptación, y que, con una clara intencionalidad, llevaran a cabo estrategias que consiguieran implicar a las personas en el contexto social con el fin de conseguir su reinserción y bienestar.

4. LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

La rehabilitación psicosocial empieza a ver la luz por dos cuestiones claramente relacionadas entre sí; por un lado, como vimos en el anterior apartado, el cambio en las políticas psiquiátricas hacia a un modelo comunitario y, por otro, las características y necesidades comunes de este colectivo. Ambas vienen a justificar el sentido de la rehabilitación psicosocial. La intención de reinserción de esta población no cabe abordarla fuera del contexto social. En este apartado profundizaremos en la evolución y el concepto de la rehabilitación psicosocial.

Como ya venimos anticipando, las necesidades y la problemática de las personas con enfermedad mental son muchas y muy complejas. Se desborda el sistema psiquiátrico-sanitario pero no podemos olvidar su repercusión en el ámbito social. Las personas con enfermedad mental presentan dificultades y déficit en lo referente a la autonomía psicosocial, por lo que podemos afirmar que, a nivel social, están en desventaja. Problemáticas como el desempleo, la pobreza, la vivienda, la discriminación y el estigma hacia las personas con enfermedad mental hacen que esta población sufra mayor riesgo de exclusión social.

Es en este punto cuando se detecta la necesidad de establecer un modelo de atención integral en la comunidad que no sólo responda a una problemática psiquiátrica sino que dé respuesta a las dificultades psicosociales que tiene esta población con el fin de evitar situaciones de deterioro y marginación y con la pretensión de dar oportunidades reales para su rehabilitación y funcionamiento normalizado.

Con este objetivo resulta evidente poner el empeño en articular una red coordinada de servicios y recursos comunitarios que den una respuesta integral y de calidad a las personas que padecen enfermedad mental.

Uno de los primeros antecedentes históricos de este nuevo modelo se sitúa en el Instituto Nacional de la Salud Mental de EEUU que introduce el concepto de “Sistema de Apoyo o Soporte Comunitario”. Este sistema sirve como referencia ya que plantea promover y desarrollar, a nivel local, un sistema coordinado de programas, servicios y recursos que atiendan de manera integral las necesidades de este colectivo y potencien sus capacidades, sin que sea necesario excluirlos de la comunidad. Se busca así su mantenimiento y su mayor autonomía dentro de la misma. Se entrenan las capacidades

sociales y laborales. En este ámbito, en parte, es donde surge la rehabilitación como instrumento de atención.

Según este concepto los elementos de intervención que han de configurar un sistema de soporte comunitario comprensivo serían: (Rodríguez, 1997)

- Identificación, detección y captación de la población enferma mental crónica.
- Atención y Tratamiento de salud mental.
- Atención en crisis y hospitalización.
- Alojamiento y atención residencial.
- Apoyo económico.
- Apoyo social: autoayuda y apoyo mutuo.
- Educación y apoyo a las familias.
- Rehabilitación psicosocial.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mercado de trabajo.
- Protección legal y defensa de sus derechos.
- Monitorización y seguimiento individualizado en la comunidad.

En nuestro contexto, este modelo de atención comunitaria integral exigía una clara coordinación y colaboración entre los servicios de salud mental (consultas externas, hospitalización, hospitales de día etc.) y entre los servicios sociales, tanto generales como especializados, para atender las necesidades concretas de estas personas. Sin olvidar la coordinación con el resto de sistemas de servicios como, por ejemplo, el de formación y empleo.

La rehabilitación no sólo suponía realizar programas aislados o la creación de recursos específicos sino que, hablar de rehabilitación, significaba la construcción de un sistema vertebrado de soporte comunitario en el que hubiera una coherencia entre todos los servicios implicados en la atención a las personas con enfermedad mental (hospitales, centros de salud mental, centros de rehabilitación, alojamientos protegidos etc.) Cada uno de estos servicios, pese a sus funciones específicas, no tendría sentido de forma aislada sin una coordinación entre dispositivos, ya que hablamos de la necesidad de una labor rehabilitadora desde una atención integral de la persona dentro de la comunidad.

4.1 DEFINICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO.

La Rehabilitación Psicosocial es un campo de intervención relativamente nuevo, dentro de la atención comunitaria, que sigue evolucionando con una cada vez más clara y eficaz metodología de intervención.

Empezar a hablar de un modelo comunitario suponía alejarse de estrategias basadas en la institucionalización y reclusión asilar, en las que el concepto de rehabilitación tenía un carácter residual y secundario de laborterapia y actividades meramente ocupacionales. (Sarraceno y Montero, 1993)

Por tanto antes de hablar de psiquiatría comunitaria, podemos situar los inicios del concepto de rehabilitación en el siglo XIX, donde en los hospitales o instituciones psiquiátricas existían terapias moralistas que, sin una base teórica firme y clara, sino más bien basadas en la buena fe, el voluntarismo y el sentido común, centraban sus intervenciones en diversas actividades lúdicas y ocupacionales, buscando como objetivo que las personas con trastorno mental recuperaran de forma racional el control de su conducta.

A mediados del siglo XX es cuando surge el concepto de rehabilitación psicosocial, gracias a la creación de leyes que reconocen los derechos de los enfermos mentales. En un primer momento surge la necesidad de dar una atención rehabilitadora y de entrenamiento dentro del ámbito hospitalario. Posteriormente se impulsan procesos de desinstitucionalización y de atención psiquiátrica comunitaria. Es aquí cuando cobra importancia la rehabilitación psicosocial como modelo de intervención para ayudar a los pacientes internados en hospitales psiquiátricos a reinsertarse en la sociedad. También persigue dar cobertura a las personas con enfermedad mental para mantenerlos en la comunidad otorgándoles los apoyos necesarios para conseguir una mayor autonomía y calidad de vida.

Esta reforma psiquiátrica dio lugar al surgimiento de la rehabilitación psicosocial gracias a factores determinantes como: (Rodríguez, 1997)

- Las demandas y necesidades que supone el proceso de desinstitucionalización y reinsertación comunitaria para los pacientes crónicos.
- El énfasis de los nuevos modelos de atención en salud mental en el mantenimiento e integración de los enfermos crónicos en el entorno social.
- Las discapacidades y el déficit en el funcionamiento psicosocial generado y/o asociado a las enfermedades mentales, que dificultan el manejo autónomo y la integración comunitaria de las personas que las padecen.

- Las limitaciones de los tratamientos psicofarmacológicos y la escasa eficacia de los abordajes psicoterapéuticos tradicionales.
- La extensión de la filosofía de normalización y de la ideología del movimiento de derechos humanos al ámbito de los enfermos mentales crónicos.
- El desarrollo y la aplicación de nuevas estrategias de intervención psicosocial generadas desde el campo de la psicología del aprendizaje, la modificación de conducta y la terapia cognitiva.

La demanda de atención comunitaria y la necesidad de abordar la sintomatología negativa propia de la enfermedad relacionada con la falta de autonomía y la dificultad de reinserción social, fueron determinantes para el surgimiento de la rehabilitación psicosocial.

Además de se comprobó que los tratamientos psiquiátricos no eran lo suficientemente eficaces de forma aislada. La medicación no abordaba otras problemáticas presentes a nivel psicológico y social. Era imprescindible, por lo tanto, dar una respuesta a los pacientes, de manera integral.

Gracias a todos estos aspectos es evidente que la rehabilitación psicosocial tanto a nivel técnico como organizativo ha ido evolucionando. A nivel técnico podemos hablar de una mayor elaboración de la práctica con diseños de intervención estructurados y una metodología de trabajo clara y con un sentido terapéutico. A nivel organizativo se han ido creando centros comunitarios específicos para rehabilitación psicosocial e inserción de las personas con enfermedades mentales en la sociedad. Y en los hospitales la atención ha dado un giro impulsando procesos de rehabilitación psicosocial.

Los primeros centros de rehabilitación psicosocial que se crearon fueron uno de los motores para el cambio de atención a los pacientes. En sus comienzos se organizaban con profesionales de la salud mental, voluntarios, y los propios pacientes como sujetos activos. Centraban la atención en la ayuda a sus integrantes para que pudieran hacer frente a su medio social y familiar. Y dieron gran importancia al área de productividad, desarrollándose programas de rehabilitación vocacional.

Las principales aportaciones a la rehabilitación psicosocial vienen de la mano de métodos de entrenamiento en habilidades que surgen de las teorías sobre el aprendizaje

social, aunque en los principios tienen claras semejanzas con las terapias de trabajo que se venían realizando en los hospitales psiquiátricos. El planteamiento es compensar aquellas desventajas en el funcionamiento social que presentan las personas con una determinada discapacidad.

Todos estos aspectos e influencias hicieron que poco a poco fuera surgiendo la rehabilitación psicosocial como concepto y como realidad. Este hecho se pone de manifiesto en definiciones de algunos autores donde se destaca aspectos como la integración, la mejora en el funcionamiento psicosocial, la adquisición de roles y el fomento de la autonomía en un entorno normalizado.

Algunas definiciones de rehabilitación psicosocial, según algunos autores:

“La rehabilitación se define como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad , y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible” (Rodríguez, 1997)

“La rehabilitación psiquiátrica es la recuperación del funcionamiento de roles sociales e instrumentales lo más completamente posible, a través de procedimientos de aprendizaje y soporte ambientales” (Anthony & Liberman, 1992)

“La rehabilitación psicosocial ayuda a las personas con incapacidades psiquiátricas a largo plazo a incrementar su funcionamiento de tal manera que tengan éxito y estén satisfechas en el ambiente de su elección, con la menor cantidad de intervención profesional posible” (Anthony, Cohen, & Farkas, 1990)

Algún autores ha marcado los principios en los que la rehabilitación debería basarse: (Pilling, 1991)

1. La rehabilitación debe basarse en una concepción amplia y comprensiva de los derechos humanos que reconozca y promueva el derecho de las personas con enfermedades mentales crónicas a una ciudadanía plena y digna.
2. Supone promover y fomentar la implicación activa y responsable de dichas personas en el control de sus propias vidas y en el proceso de rehabilitación teniendo siempre en cuenta objetivos y planes.

3. Debe promover la integración de cada persona en su comunidad natural.
4. Debe proporcionar el desarrollo de pautas de vida lo más cerca posible de la normalidad a través del desempeño de roles sociales apropiados a las características de cada persona y de su entorno social concreto.
5. La rehabilitación debe buscar maximizar la autonomía e independencia basándose en las capacidades, competencias, sistemas de apoyo y soporte de cada sujeto y su entorno.
6. Debe ofrecer el apoyo y el soporte que cada persona necesite durante todo el tiempo que precise.
7. Debe partir del principio de individualización, teniendo en cuenta las características únicas de cada individuo, basándose en una evaluación individualizada de sus necesidades que abarque de un modo global todos los aspectos del sujeto y de su entorno.
8. Debe implicar una actitud de esperanza, una expectativa positiva sobre el individuo, sus posibilidades y su potencial capacidad de desarrollo.
9. Debe promover un constante énfasis en la evaluación de resultados, tanto en términos de autonomía, mejora de la calidad de vida y satisfacción de los usuarios como en la eficacia, eficiencia e impacto de los servicios y programas de rehabilitación.

Los principios son el denominador común que debería estar presente en toda acción rehabilitadora. Una filosofía que debe ser un hecho tanto en las políticas de atención a las personas con enfermedad mental, como en cada uno de los dispositivos, así como en la intencionalidad terapéutica de cada uno de los profesionales.

4.2 EL MODELO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

Son muchas las definiciones sobre rehabilitación psicosocial y cada una pone su énfasis en determinados aspectos. Vamos a extraer todos los elementos fundamentales que marcarían la práctica de la rehabilitación psicosocial (Rodríguez, 1997)

- Necesario establecer un plan de intervención evaluable, tanto en los resultados como en lo que a la satisfacción del usuario se refiere.
- Cada intervención supone un proceso que respeta los ritmos de cada persona.
- Se busca conseguir que las personas adquieran una mayor autonomía y normalización de acuerdo a las posibilidades de cada uno.
- Evaluar e intervenir en la realidad personal y social.
- No sólo abordar los déficit sino también orientar y potenciar las capacidades de cada persona. Adaptar la intervención a cada persona.
- Contemplar las elecciones de la propia persona y su papel activo en su proceso de rehabilitación.
- Actitud positiva, por parte de los profesionales, del usuario y de su entorno, en las posibilidades y potencialidades de desarrollo.

Metodología

A lo largo de los años se han conseguido grandes avances que han hecho que los programas de rehabilitación psicosocial tuviesen un rigor y estructura en la metodología de intervención. Las diferentes experiencias en rehabilitación que se han venido dando están enmarcadas en los llamados “programas de rehabilitación”.

Sus principales componentes metodológicos serían los siguientes (Anthony, Cohen, & Farkas, 1982):

1. Evaluación funcional de las discapacidades y habilidades del usuario en relación a las demandas ambientales de su entorno concreto.
2. Planificación sistemática estructurada y flexible de todo el proceso de rehabilitación individualizada para cada usuario.
3. Implicación y participación activa del sujeto y de su grupo de apoyo (familia, profesionales etc.) en todas las fases del proceso de rehabilitación (evaluación, planificación e intervención).
4. Entrenamiento específico, flexible y contextualizado de las habilidades que el sujeto necesita para manejarse en los diferentes ambientes concretos que configuran su entorno comunitario.
5. Evaluación e intervención sobre el ambiente específico (físico y social) del sujeto para compensar las discapacidades existentes, promover su rehabilitación y ofrecer oportunidades de mejora de su integración social.

6. Seguimiento, monitorización y apoyo del usuario en los diferentes contextos de su vida real.
7. Intervención enfocada desde una perspectiva multidisciplinar y realizada en el equipo.
8. Coordinación y colaboración coherente entre los diferentes equipos y servicios que atienden al usuario.
9. Evaluación planificada y sistemática de los resultados alcanzados y utilización de la misma para el ajuste de objetivos e intervenciones.

La metodología consigue dar rigor y estructura a la intervención rehabilitadora. Da sentido a cada intervención. El análisis global de una situación da lugar a la búsqueda de unos objetivos y a la planificación de una intervención para conseguir unos resultados.

Como profesionales de la educación social, plantearíamos cada intervención socioeducativa desde el rigor metodológico. Todo proceso de cambio requiere una planificación exhaustiva.

Estrategias

En el campo de la rehabilitación psicosocial se han incorporado múltiples y diferentes estrategias de intervención en el funcionamiento de la persona con enfermedad mental, tales estrategias podrían ser: (Rodríguez, 1997)

- ✓ Entrenamientos y desarrollo de habilidades personales y sociales.
- ✓ Estrategias psicoeducacionales y de intervención psicosocial con familias y usuarios.
- ✓ Desarrollo de redes sociales, apoyo social etc

Así pues la intervención en rehabilitación psicosocial tiene su estructura en un proceso individualizado que combina por un lado el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona necesita para funcionar de forma efectiva en el entorno social y por otro lado actuaciones dirigidas al entorno (asesoramiento a las familias, creación de soportes sociales etc.).

La rehabilitación interviene para ayudar a la persona con enfermedad mental en el desenvolvimiento e integración de una manera normalizada en la comunidad. Y opera en todas las áreas de la vida y en los diferentes ámbitos: la casa, red social y trabajo (Sarraceno y Montero, 1993).

La rehabilitación busca, por tanto, dar apoyos en estos escenarios ayudando a reconstruir una mínima red social de apoyo, en la búsqueda de empleo y, en definitiva, en la recuperación de su autonomía personal deteriorada. En todos los ámbitos y en los objetivos que se trabajan en rehabilitación se deben pronunciar, de un modo flexible, múltiples estrategias de intervención, utilizando todas aquellas técnicas disponibles provenientes de diferentes campos, que sean necesaria para cumplir con los objetivos propuestos: intervención psicológica y modificación de conducta, trabajo social, estrategias socioeducativas, técnicas del campo de los recursos humanos, estrategias de animación comunitaria etc.

Elementos contextuales

No sólo es importante una metodología y estrategias de intervención eficaces, también son determinantes en la rehabilitación psicosocial los elementos contextuales:

Las políticas asistenciales van a enmarcar el impulso de la rehabilitación en tanto en cuanto apoyen políticas sanitarias y sociales que aseguren un modelo de atención e integración comunitaria al enfermo mental.

Los diferentes servicios o red de recursos deben responder a las diferentes necesidades de las personas con enfermedad mental en la atención comunitaria (hospitales, servicios de salud mental, recursos sociales específicos de rehabilitación residenciales y de soporte social, servicios sociales comunitarios etc.)

Los profesionales de la rehabilitación son otro elemento principal, son los que van a establecer la relación de ayuda. Profesionales con la mejor formación posible y que estén comprometidos activamente con la rehabilitación. Su actitud ha de ser respetuosa hacia el usuario como ciudadano de pleno derecho. Ha de tener unas expectativas positivas en la rehabilitación del usuario, creer en sus posibilidades de mejora. Esto es necesario tanto para cada profesional como para el equipo multiprofesional. En la organización y la atención de la intervención en rehabilitación es esencial el trabajo en equipo.

Las políticas que determinan los planes de atención en salud mental, o desde los diferentes dispositivos de rehabilitación, no se ha exigido un equipo multidisciplinar claramente definido. Si no que estas decisiones quedan en manos de las organizaciones que dirigen los diferentes recursos de rehabilitación. La situación económica actual, o la intención de reducir costes, muchas veces recae en el equipo de profesionales, dando una atención de menor calidad a los usuarios. Las titulaciones que se exigen no siempre capacitan en habilidades, actitudes, conocimientos etc. que se necesitan para trabajar con este colectivo.

Pese a esta situación, queda claramente justificada la necesidad del perfil del educador social, como profesional que da respuesta a situaciones de exclusión social y promueve la participación dentro de la comunidad.

4.3 ÁREAS DE INTERVENCIÓN.

Las áreas de intervención en rehabilitación psicosocial vienen a responder a las necesidades más comunes que las personas con algún trastorno mental grave presentan, referidas a las dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social: (Rodríguez, 1997)

1. Actividades de la vida diaria: Todos aquellos aspectos considerados básicos para un adecuado desempeño en las acciones relacionadas con el autocuidado, la competencia personal, la independencia y la autonomía.
2. Psicomotricidad: Busca que el sujeto tenga una percepción positiva de sí mismo, para que mejore su relación con el entorno.
3. Rehabilitación en déficit cognitivos: Incide en los procesos cognitivos básicos para mejorar el funcionamiento social y de autonomía del usuario.
4. Psicoeducación, autoadministración de la medicación y prevención de recaídas: Busca la implicación y la autonomía de la persona en lo referente a su enfermedad y a su tratamiento, mejorando así la frecuencia e intensidad de recaídas y, por tanto, la calidad de vida.
5. Habilidades de autocontrol y manejo del estrés: Pretende dotar a la persona de estrategias para que logre percibir su entorno de forma menos amenazadora y

maneje un repertorio de habilidades para afrontar las situaciones que le generan estrés.

6. Habilidades sociales: Como procedimiento educacional trata de enseñar a poner en marcha comportamientos en situaciones sociales determinadas, mejorando así sus competencias sociales.
7. Ocio y tiempo libre: Trata de promover la participación e integración comunitaria de la persona, buscando su satisfacción y mejora en su calidad de vida.

Las áreas de intervención responden a lo que a lo largo de los años se han detectado como necesidades o características comunes de las enfermedades mentales. Pero se puede caer en el error de establecer intervenciones generalizadas que no respondan a la individualidad global de cada persona. Cada sujeto tiene unas características personales, una experiencia de vida y de salud mental diferente, por lo que las intervenciones deberían ir diseñadas no por cánones estandarizados sino respondiendo a las necesidades individuales de cada uno y a sus deseos de proyecto.

5. LA RECUPERACIÓN (“RECOVERY”) UN NUEVO PROPÓSITO DE INTERVENCIÓN.

“Los sucesos ocurridos en años recientes han demostrado inequívocamente el valor de los esfuerzos positivos hacia la rehabilitación. Sin embargo, un examen de nuestros métodos indicaría que son toscos, imprecisos, y no altamente específicos para personas con diferentes clases de desordenes mentales” (Anthony, Cohen, & Farkas, 1990)

La rehabilitación psicosocial, según estos autores, ha conseguido grandes logros en la psiquiatría. El cambio de un modelo psiquiátrico asilar a un modelo comunitario supuso una mejora en la calidad de la atención. Como hemos visto anteriormente, la rehabilitación psicosocial tiene una clara estructura e intencionalidad terapéutica cuyos principios van encaminados a conseguir que la persona, con una experiencia psiquiátrica, como ciudadano de pleno derecho, tenga una implicación activa, maximizando su autonomía dentro del contexto social.

Los años de trabajo en este campo han hecho que se siga reflexionando y cuestionando sobre la atención que se les da a las personas que han sido diagnosticadas de trastornos mentales graves. Desde esta preocupación surge el concepto de “Recuperación”, que no

es contrario a la rehabilitación, sino que desde un espíritu crítico viene a plantearnos el “cómo de nuestro hacer” en la búsqueda de estos objetivos que desde la rehabilitación psicosocial nos venimos planteando.

El concepto aparece no sólo gracias a la experiencia de profesionales que han trabajado en el campo de la psiquiatría, sino de la propia voz de los pacientes que reivindican otro tipo de atención.

Por tanto, el objetivo de este apartado es presentar el nuevo concepto de recuperación o “Recovery”, que es como se viene conociendo en la literatura científica. Éste va más allá de una mera visión rehabilitadora. Dirige nuestra atención a la necesidad de que el “paciente” abandone su papel de “paciente”. De esta manera nos ayuda a plantearnos la responsabilidad y el papel que adoptamos en el proceso de rehabilitación del propio usuario, ya que, en muchas ocasiones, caemos en el error de no contar con él en la toma de decisiones respecto a su propia historia de rehabilitación, creyendo que nosotros, como profesionales, como familia, o como comunidad, sabemos lo que es mejor para él. El modelo recuperación “Recovery”, viene a explicar por tanto la responsabilidad activa que ha de asumir la persona con trastorno mental grave como protagonista de su propia historia de rehabilitación, desde una perspectiva esperanzadora de recuperación.

Este concepto fue desarrollado por diferentes autores como Anthony y Farkas, entre otros. Supone una tendencia emergente que se inicia en los 90 y que viene a dar testimonio de las investigaciones que se han hecho en los últimos 20 años, en las que se demuestra que el 37,5% de la población estudiada, con trastorno mental grave, se recuperó. (Farkas, 2007)

Por tanto, el concepto surge de las propias experiencias subjetivas de los pacientes que, aún siendo diagnosticados de un trastorno mental grave, han conseguido llevar una vida más allá de la enfermedad.

Dentro de la salud mental, hablar de “Recovery” supone una reivindicación a la esperanza, a un cambio de paradigma a la hora de entender la rehabilitación.

El modelo de recuperación no marca una metodología de trabajo que oriente nuestras intervenciones socioeducativas como profesionales de la educación social en el ámbito de la salud mental, sin embargo nos ayuda a posicionarnos de una forma muy distinta ante las personas diagnosticadas con enfermedad mental con las que vamos a trabajar, lo

que supone un reto y un esfuerzo por modificar nuestras prácticas teniendo en cuenta esta nueva filosofía.

5.1 CONCEPTO DE RECUPERACIÓN ("RECOVERY")

El Sainsbury Centre for Mental Health define la recuperación como una serie de valores sobre los derechos de la persona a construir una vida significativa para sí misma, con o sin la presencia continua de síntomas de salud mental.

Hace énfasis en la importancia de la esperanza, en el mantenimiento de la motivación y en la creación de expectativas para una vida individual plena. (Shepherd, Boardman, & Slade, 2008)

William Anthony, psiquiatra del centro de rehabilitación psiquiátrica de la Universidad de Boston, define Recuperación o "Recovery" como el desarrollo de un nuevo sentido y propósito en la medida en que uno crece, más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental.

Según la definición de Anthony, lo importante son las expresiones, un nuevo sentido y propósito. Sobrevivir no es suficiente para recuperarse; la recuperación consiste en el desarrollo de uno mismo, como un miembro de la comunidad, pese a la discapacidad psiquiátrica y a sus efectos catastróficos (Farkas, 2007)

5.2 EL ENFOQUE DE RECUPERACIÓN ("RECOVERY")

El enfoque de recuperación no significa necesariamente curación, es decir, la recuperación clínica total. Lo cual viene a ponderar el proceso por el cual la persona con problemas de salud mental ha de construir su propia vida más allá de la enfermedad. Estaríamos entonces hablando de recuperación social.

La patología, la enfermedad y los síntomas quedarían en segundo plano y se daría importancia a la salud, al bienestar, a la capacidad y a las fortalezas de cada individuo.

La recuperación significaría la capacidad de la persona para hacer frente a la adversidad. Encontrar esperanza y mantenerla, creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro. Restablecer una nueva identidad que incorpore la enfermedad, pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo y de su vida, es

decir, encontrar una vida con sentido. La persona con problemas de salud mental ha de controlar su enfermedad y su vida, asumiendo responsabilidades.

La noción de “*recuperar*” *el control* adquiere gran importancia dentro del concepto de recuperación, pero, no sólo como estrategia, sino como recurso para manejar los síntomas. Que su situación dependa de sí mismo.

También el empoderamiento “*empowerment*” adquiere notoriedad, haciendo referencia a la toma de poder de la persona, que mediante la adquisición de habilidades actúe como agente independiente y autónomo.

Para favorecer el proceso de recuperación hay que dar “poderes” a las personas, centrarnos en las capacidades, de tal manera que se genere un proceso de cambio que les ayude a hacerse con el control de sus propias vidas, donde ganen capacidad de decisión y dominio.

La persona, a la que se le empodera, es capaz de actuar sobre su vida y decidir sobre ella y asume la responsabilidad de tener un papel activo en la toma de sus decisiones.

Los tres principios fundamentales de la recuperación serían: La esperanza, la autogestión y la oportunidad.

“Me he convertido en el dueño de mi enfermedad y asumo la responsabilidad de lo que hago y no hago. No dejo que la enfermedad me controle...no es toda mi vida, ahora es sólo parte de mi vida...” (Brown & kendirikirira, 2007)

En la narrativa de las experiencias de los pacientes es muy común la crítica que se hace al sistema psiquiátrico, en el que, se asegura, el modelo biomédico sigue teniendo mucha fuerza, incluso se habla de sentirse supervivientes de este sistema al que muchos consideran como traumático, ya que, en cierto modo, tiene más peso el diagnóstico que la persona a la que se diagnostica.

El modelo de recuperación, a diferencia de otros paradigmas, es crítico con la organización sociosanitaria y con las prácticas profesionales, porque va a suponer un cambio de estilo en los profesionales, en los que puede generar una sensación de falta de control.

El modelo de recuperación ha hecho que en los países anglosajones hayan tenido lugar ciertas reformas: experiencias de inclusión del usuario o afectado en los equipos de profesionales; implantación de contratos entre afectado y profesionales, de tal manera que se negocien los tratamientos; nuevos equipos interdisciplinarios y comunitarios; participación de usuarios afectados en comisiones políticas donde se toman decisiones sobre el sistema de salud mental; talleres sobre implementación de la recuperación en organizaciones etc.

En Finlandia se lleva a cabo un proyecto denominado “Diálogo abierto” donde, en situación de crisis, el abordaje del tratamiento se adapta a las necesidades de cada paciente y se lleva a cabo, a ser posible, dentro hogar, a través del establecimiento de grupos en los que se incluye al paciente y a las personas que sean una red de apoyo para él: tanto familia y amigos, como profesionales. Y es ahí donde se establece un diálogo sobre todas las cuestiones referentes a la situación y donde cada uno puede expresarse libremente. (Seikkula, Alakare, & Aaltonen)

En España en cambio no se han hecho visibles transformaciones claras en los servicios de salud mental, en lo referente a este nuevo paradigma. (Saavedra Macías, 2011).

Aunque no hay evidencias de cambios verdaderamente sustanciales, que contemplen programas donde los efectos del modelo de recuperación tengan notoriedad, tenemos la literatura y los testimonios de aquellos que, por su experiencia profesional o por sus vivencias personales como pacientes en salud mental, creen en la recuperación y evidencian aquellas prácticas que promueven la recuperación y aquellas otras que, por el contrario, dificultan dicha recuperación.

Los dispositivos y los equipos profesionales que los conforman deberían dejar de lado aptitudes mentales cerradas, que, inconscientemente y por pura deformación profesional, inducen a la creencia de estar en posesión de la verdad absoluta, (para eso soy el profesional), y, por el contrario, con una aptitud abierta y un espíritu autocrítico e innovador, debemos reflexionar sobre la eficacia de nuestras prácticas, fiándonos de lo que otros han experimentado, con resultados positivos, como nos transmiten por medio de estas narrativas y que, indudablemente, nos ayudarán en nuestro quehacer diario.

CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE RECUPERACIÓN

En nuestra tarea de conocer en profundidad este nuevo enfoque de recuperación, vamos enumerar las características generales que contempla el modelo y que marcarían la intervención socioeducativa, que, desde nuestro perfil profesional, en este caso, como educadores o educadoras sociales, deberíamos abordar como trabajadores en el campo de la salud mental. (Brown & kandirikirira, 2007)

Recuperación del control.

Las personas tienen el derecho de elegir y de participar en la toma de decisiones. Cuando a una persona se le otorga poderes gana el control de su propio destino e influencia en las estructuras familiares, organizativas, sanitarias y sociales.

Perspectiva Integral:

Abarca toda la vida de la persona y todas las dimensiones de la misma: salud, empleo, la vivienda, redes sociales, familia...etc.

No es lineal:

No es un proceso evolutivo lineal, sino que se basa en un crecimiento continuo con avances y retrocesos, donde los contratiempos y adversidades se van afrontando y donde tiene sentido el aprendizaje basado en todo tipo de experiencias, sean éstas positivas o negativas. El proceso de recuperación comenzaría en una etapa inicial de toma de conciencia, en la que la persona reconoce que es posible hacer un cambio positivo.

Centrada en las fortalezas:

La recuperación se concreta en las múltiples capacidades, resiliencias, talentos, habilidades de afrontamiento y en el valor de cada persona. De modo que, apoyándose en estas fortalezas, la persona puede comenzar nuevos roles de vida.

Basada en el respeto:

Para lograr la recuperación, es muy importante la apreciación y aceptación de las personas que sufren una enfermedad mental, la protección de sus derechos y la eliminación de prácticas discriminatorias y del estigma. La dignidad y el respeto son

vitales para el proceso de recuperación. Las relaciones interpersonales seguras y de confianza son indispensables para la expresión de los sentimientos.

Aporta esperanza:

La recuperación brinda un mensaje esencial y motivador de cara a un futuro mejor: que las personas pueden y, efectivamente, superan, no sin dificultades, las barreras y obstáculos con los que se encuentran en cada momento de su vida.

Devuelve responsabilidad:

La persona tiene una responsabilidad personal en su propio cuidado. Con esfuerzo y constancia deben luchar por comprender el significado de sus experiencias y por identificar estrategias de afrontamiento para promover su propio bienestar.

Valora el apoyo entre iguales:

En su condición de experto, (la experiencia es la madre de la ciencia), se puede convertir en una gran ayuda para otras personas que se encuentran en situaciones similares, compartiendo experiencias, emociones y pensamientos.

RECUPERACIÓN: RELACIONES SOCIALES Y CONDICIONES ÓPTIMAS

Según Saavedra Macías (2011) en su artículo *“Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves”*, el concepto de recuperación va más allá del establecimiento de la identidad a través de un trabajo personal. Supone la reconstrucción y negociación de la nueva identidad, pero dentro de un contexto cultural y social. Los contextos sociales, por tanto, se convierten en la clave para la construcción de la identidad de las personas con trastorno mental grave.

La familia, los amigos, los profesionales etc. son parte importante dentro de este proceso de recuperación. Son necesarios los intercambios sociales en la comunidad, las relaciones personales para que la persona pueda tener una percepción de sí misma a través de los demás.

Mejorar las redes sociales de los pacientes significa fomentar el sentimiento de pertenencia a un grupo con el que se comparten valores, experiencias y características positivas, donde la persona se sienta orgullosa, integrada y segura y donde tenga la

oportunidad de expresión personal e identificación de su yo. Con esto se favorece la restauración de redes sociales no sólo en el ámbito familiar sino en otras redes alternativas.

En la línea de la importancia de las redes sociales, otro aspecto importante que aparece es el de respeto a los otros y la ayuda mutua, así como el sentimiento de responsabilidad hacia los demás. El paciente no se posiciona como enfermo sino como agente de salud, que ofrece apoyo, acompañamiento y experiencia que, indudablemente, ayudará al otro.

Autores como Jenkins y Carpenter-Song entrevistaron a pacientes en los que destacaban como actividades significativas para su recuperación aquellas que estaban relacionadas con la ayuda mutua.

La pertenencia a un grupo y la responsabilidad hacia los semejantes otorga a los pacientes una muy positiva sensación de dignidad, seguridad y estabilidad. Implica no sentirse solo en la lucha contra el estigma y la enfermedad, y abre la puerta a la comprensión del concepto de ciudadanía.

La conquista del estatus de ciudadano para el enfermo mental ha sido uno de los logros de la salud mental comunitaria.

En la esfera interpersonal, Mezzina y colaboradores (Mezzina & al., 2006) describen tres grandes cauces por los cuales las relaciones con otras personas pueden facilitar la recuperación:

- 1- “Estando allí”, tanto por parte de los profesionales como por otro tipo de redes sociales o lo que denominan “*positive withdrawal*”. Esto no significa dar un espacio de libertad, sino un espacio libre de exigencias donde el paciente pueda experimentar un sentimiento de seguridad dentro de un entorno social; dar continuidad y persistencia a los apoyos. Ej. El estar a su lado sentados sin hablar absolutamente de nada porque el paciente, así lo decida, pero estar allí, a su lado.
- 2- “Hacer más”: Exigir servicios más efectivos y defender los derechos de la persona con trastorno mental grave. Los profesionales no deben centrarse en dar apoyos puntuales sino apoyar a la persona durante todo el proceso, incluso en los momentos más difíciles a pesar de sus posibles reacciones negativas.

- 3- “Hacer algo diferente”. Esto implica relacionarse con los usuarios desde dimensiones de aceptación de la identidad de cada cual, que vayan más allá de los atributos de ‘enfermo mental’. Hacer algo diferente es relacionarse con los pacientes desde las habilidades, capacidades que cada uno posee. Hacer algo diferente significa no ajustarse a las definiciones de la enfermedad de las instituciones, no limitarse a los roles y reglas que determinan éstas en las relaciones personales.

Para hablar de recuperación el principal requisito es reunir unas condiciones mínimas de vida: alimentación, higiene, alojamiento, asistencia sanitaria, etc.

Pero también un marco fundamental dentro de la recuperación es la dimensión laboral. Es un rol fundamental dentro de nuestra sociedad y puede servir para que la persona con trastorno mental grave sea desestigmatizada, siendo el mundo laboral un elemento normalizador. A través del trabajo los individuos pueden obtener una estructura diaria y un espacio de relaciones interpersonales. El rol laboral tiene gran importancia en la construcción de una identidad coherente y socialmente aceptada.

Añadir a esto la importancia de que la integración laboral supone salir de una situación de penuria material y personal, lo que supone poder llevar una vida más normalizada.

También es fundamental en el proceso de recuperación rescatar motivaciones o intereses que les implique en procesos educacionales tanto formales como no formales. Explotar aquellos intereses a través no sólo de la posibilidad de acceder a la formación reglada, sino también dentro de la educación no formal en la que se abre un amplio abanico de posibilidades a nivel educativo y cultural. Desde el campo de lo no formal son muchas las alternativas de actividades a desarrollar teniendo en cuenta los deseos de cada persona. Además de las ofertas existentes son muchos recursos donde poder desempeñar dichas actividades; centros culturales, centros cívicos, universidades populares, centros de adultos o mayores etc.

ASPECTOS CLAVES EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN SEGÚN ALGUNAS EXPERIENCIAS.

Francisco Javier Saavedra (2011) en su artículo “*Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves*”, recoge los resultados de investigaciones hechas a personas con trastorno mental grave, en las que se destaca aquellos aspectos que fueron claves en sus procesos de recuperación, de los que sacamos las siguientes conclusiones:

- No sólo el efecto de la medicación fue importante en el proceso de recuperación, fue vital el trabajo personal de hacer frente a la enfermedad.
- En el proceso de recuperación fueron esenciales el control sobre el tiempo y el espacio en su vida, la búsqueda de una red social segura, la realización de actividades que se ajustaban al individuo, de tal manera que la persona experimentara el control de si misma.
- El apoyo profesional también fue considerado como vital, un apoyo basado en el respeto, la cercanía y en la creencia en las capacidades de la persona en su proceso de recuperación.
- En el proceso de recuperación destaca también como punto fuerte el apoyo mutuo entre personas que tuvieron o que estaban pasando por experiencias similares.
- Las rutinas diarias y los hábitos relacionados con las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales dentro del hogar acercaban a las personas a una vida más normalizada y eran esenciales a la hora de hablar de recuperación. La persona tomaba responsabilidades en la organización de las mismas a través de la participación en las decisiones dentro de la familia o los miembros de su entorno, por medio de la negociación. Esto se convertía en un contexto idóneo de aprendizaje y vital a la hora de hablar de proceso de recuperación.

Rufus May, psicólogo clínico, diagnosticado de esquizofrenia a los 18 años, señala “*mi recuperación estuvo relacionada con el hecho de ganar la confianza de las otras*

personas en mis capacidades y en mi potencial. Detrás de eso estaba la recuperación física, que requería descanso, actividades terapéuticas y buena alimentación. Sin embargo la parte más dura fue cambiar las expectativas de las otras personas acerca de lo que podía conseguir.”(May, 2005).

Rufus May, de acuerdo a su trayectoria profesional, señala también como aspectos necesarios para la recuperación: (May, 2005)

- Que siempre haya, al menos, una persona que respalde a la persona diagnosticada de enfermedad mental y que le trate con dignidad y valor. Que le dé espacio y que confíe en sus capacidades.
- Dar esperanza a través de narrativas de otras personas que han pasado por experiencias similares y que han realizado una recuperación satisfactoria. Esto resulta motivador e inspirador.

En la narrativa investigada, donde estos aspectos se señalan como claves en el proceso de recuperación, hemos de decir, que todas las experiencias recogidas están marcadas por todo tipo de estrategias de afrontamientos o por diferentes etapas en el proceso. Momentos de anhelo, pequeños éxitos, abandonos, resistencias, búsqueda del sentido, construcción de identidad compatible con el entorno social etc. Estas experiencias son las que vienen a contextualizar el proceso de recuperación, pero con un claro sentido de tomar las riendas de su propia vida, responsabilizándose de sus propias decisiones.

FASES Y APOYOS NECESARIOS EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN.

Según el testimonio recogido de Marianne Farkas (Farkas, 2007), señala diferentes momentos dentro del proceso de recuperación:

1ª Fase: Abrumado por la discapacidad:

En un primer momento la persona diagnosticada de trastorno mental grave, se siente superada por la discapacidad. Esta fase puede durar meses o años.

La persona lucha por entender y controlar lo que le está ocurriendo. Se siente confusa y desconectada de sí misma y de los demás. En esta fase la persona pierde la confianza en sí mismo y teme verse desbordada por experiencia externas o internas.

Cuando la persona se siente superada por la conciencia de su discapacidad y teme perder el control de su vida, a veces, es incapaz de expresar con claridad objetivos de vida demasiado reales.

En este momento hay que tratar de ayudarlo a reducir el estrés, a buscar la estabilidad por un lado, y por otro averiguar cuándo está lista para empezar a pensar en el futuro.

2ª Fase: Lucha con la discapacidad:

Cuando la persona empieza a entender lo que le está pasando y a luchar con la discapacidad, automáticamente comienzan a generarse formulas para enfrentarse a ella y así alcanzar una vida más satisfactoria, aunque la discapacidad sigue estando muy presente y de forma persistente.

Hay un gran temor al fracaso y la persona teme enfrentarse a situaciones nuevas, por miedo a perder la estabilidad que aún es débil.

Si la persona aún no tiene la confianza suficiente para manejar sus síntomas, seguramente tendrá miedo a caminar hacia el futuro.

Esta fase puede durar años.

En este sentido habrá que apoyar en la participación por primera vez o en volver a retomar aquel rol significativo dentro de la comunidad, y explorar las implicaciones de la enfermedad. Para ello hemos de crear motivación, esperanza y confianza en su recuperación.

3ª Fase: Vivir con la discapacidad:

La persona sigue viviendo con la discapacidad, pero de diferente manera, la acepta y vive con ella. Intenta vivir su vida sin que su discapacidad se convierta en una pesadilla. Las acciones tienen que estar orientadas a seguir apoyándole en ese rol que consiguió en la anterior fase de asimilación y aceptación de la propia discapacidad y a adquirir otros roles secundarios que también son significativos para la persona. Ejemplo: Rol como madre, abuela, como miembro de una asociación etc.

4ª Fase: Vivir más allá de la discapacidad:

Vivir más allá de la discapacidad, es ya no pensar a diario en ella. Ya no dices *“soy una persona esquizofrénica”*, sino que me siento persona y *“soy profesora, soy madre...”* y... *“cuando vivo más allá de la discapacidad, los roles de mi vida son lo más importantes y ahí es donde consigo mi bienestar. La discapacidad puede seguir ahí, pero la atención que le dedico es mucho menor”*.

Hay que tratar de ayudarles en sus diferentes roles, fortalecer esos sentimientos en los que la persona se siente conectada consigo mismo y con los demás y seguir apoyándole en el desarrollo de dar un sentido positivo y esperanzador a la vida.

6. EDUCACIÓN SOCIAL Y SALUD MENTAL. EL PROFESIONAL DE LA EDUCACIÓN SOCIAL DESDE EL MODELO DE RECUPERACIÓN.

Hasta el momento hemos ido haciendo un análisis general de cómo ha evolucionado la atención en salud mental, siendo conscientes de que, pese al desarrollo de nuevas estrategias de intervención comunitaria, nos seguimos encontrando ante un colectivo en riesgo social, por lo estigmatizante que, aún hoy en día en nuestra sociedad, supone ser diagnosticado de una enfermedad mental y por las consecuencias negativas de los propios síntomas.

La educación social tiene un papel fundamental en este campo, buscando dar respuesta a estas necesidades mediante estrategias socioeducativas que promuevan el cambio.

Hablar de un nuevo concepto de recuperación “recovery”, supone poder abrirse a nuevas perspectivas más esperanzadoras, donde, desde el ámbito de lo cotidiano, el educador o educadora social establezca una relación terapéutica con el sujeto facilitando su papel activo. Nuestra tarea por lo tanto es estudiar qué papel ocupa el educador o educadora social en el campo de la salud mental y cómo orientar nuestra intervención desde la recuperación.

6.1 PEDAGOGÍA SOCIAL Y EDUCACIÓN SOCIAL

La pedagogía social es la ciencia que se encarga del estudio de la dimensión social de la educación. Se centra tanto en cuestiones relacionadas con la socialización de los individuos como con la inadaptación de los mismos. Está orientada a la mejora de la calidad de vida.

La pedagogía social abarca el conocimiento, la acción, y la técnica que necesita la educación social en su intervención, tanto en situaciones normalizadas como conflictivas. Por tanto la pedagogía social tiene una doble vertiente, por un lado la pedagogía de la socialización y por otro lado la pedagogía de la inadaptación o especializada.

La pedagogía social como ciencia concreta su intervención en la educación social que surge como titulación ante la necesidad de llevar procesos educativos a ámbitos que no son exclusivos de la educación formal o reglada.

“La educación social incumbe a todos los ciudadanos, sin exclusión. (...) Orientar la educación social tanto hacía los sujetos que se encuentran en situaciones de

marginación y exclusión social, como a la población normalizada” (Pérez Serrano, 2004)

La tarea fundamental de la educación social es la inserción del individuo en su medio. Procura el desarrollo del sentido cívico que nos ayuda a tener una conciencia adecuada de los vínculos que nos unen a la comunidad y de la conducta que tales vínculos nos imponen.

La educación social tiene como finalidad: Lograr la madurez social, promover las relaciones humanas, preparar al individuo para vivir en sociedad. (Perez Serrano, enero-abril 2005)

Según Petrus *“lo específico del perfil profesional del educador o educadora social es el carácter pedagógico de su intervención, orientada ésta desde una perspectiva crítica y transformadora de la sociedad”* (Romans, Petrus, & Trilla, 2000)

Mata Salvador define al educador social como *“agente de cambio social y dinamizador de grupos sociales a través de la acción educativa”*. (Mata Salvador, 1998)

Ayerbe considera que la disciplina de la educación social *"es un servicio social que atiende a necesidades sociales y, por lo tanto, desempeña una función social. Es un profesional de la acción social que interviene en diversas situaciones priorizando en sus procesos de intervención perspectivas, sobre todo, pedagógicas."* (Amorós & Ayerbe, 2000)

Estas definiciones, vienen a recoger algunos elementos claros que dentro del campo de la salud mental, van a distinguir la figura del profesional del educador social frente a otras profesiones. Actúa en la sociedad, respondiendo a unas necesidades concretas de un colectivo, buscando procesos de cambio a través de intervenciones de carácter pedagógico.

Sea cual fuese el campo desde donde el educador social oriente su intervención, ésta va a venir marcado por dos líneas fundamentales: el ámbito social de su trabajo, y el carácter pedagógico de su intervención.

Los objetivos de la educación social son: (Perez Serrano, 2005)

- Desarrollar los recursos personales del ciudadano, sea cual fuere su situación social.
- Potenciar y estimular el desarrollo y el uso de los recursos comunitarios.
- Facilitar el acceso de los ciudadanos a dichos recursos.
- Fomentar las relaciones personales entre los miembros del grupo social.
- Impulsar el crecimiento personal y comunitario del grupo social.
- Insertar al ciudadano en su sociedad inmediata.
- Favorecer la adquisición de pautas de convivencia social.
- Ser agente o factor de cambio social.
- Adoptar estrategias de intervención a fin de afrontar los problemas de desequilibrio social.
- Desarrollar un sentido crítico frente a las diferentes situaciones sociales.

Los objetivos generales de la educación social vienen a reafirmar la necesidad del perfil del educador o educadora social en salud mental, más aún desde la mirada social de la recuperación. Hablar de desarrollar recursos personales es centrar nuestra atención en las capacidades, y buscar la participación social a través del establecimiento roles personales. Fomentar las relaciones y promover la participación activa dentro de la sociedad es necesario para que la persona pueda construir su propia identidad. La exclusión social hay que mirarla desde el compromiso crítico y ético de que todo el mundo pese a las desigualdades puede tener un lugar en el mundo. Favorecer la adquisición de pautas de convivencia social, no referido a imponer aquellos patrones que se consideran “normales”, sino a tratar de ofrecer alternativas para que la persona elija.

6.2 EL PROFESIONAL DE LA EDUCACIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL.

Dentro de los ámbitos donde la educación social centra su intervención, la educación en salud mental se integraría en la esfera de la educación especializada. Ya que las dificultades más comunes que presenta este colectivo hacen necesaria la intervención educativa en términos de situaciones de riesgo y problemática social. Con la pretensión de que a través de la dinamización de las condiciones de vida social puedan integrarse y convivir con los demás y desarrollar su propia identidad.

La pedagogía social como ciencia y el carácter educativo de las intervenciones dentro del campo de la salud mental, son aún bastante desconocidas. Pero las dificultades de integración de las personas con trastorno mental grave dentro de la sociedad, supone un reto para la educación social, de búsqueda de mayor especialización en este campo ya que su intervención junto con el resto de profesionales que lo atienden resultaría terapéutica.

El perfil del educador o educadora social en el ámbito de la salud mental es muy reciente, por una parte se debe al modelo hospitalario que durante años ha regido la atención psiquiátrica. Desde este modelo los perfiles profesionales desempeñaban funciones básicamente asistenciales, de control y contención. Auxiliares, enfermeros, médicos, cuidadores etc. eran los perfiles que hacían más presentes. Por otra parte, la juventud de esta disciplina y su falta de definición supone, que pueda existir una confusión de competencias con otro tipo de titulaciones como monitores de tiempo libre, lo que hace que aún no tenga un total reconocimiento.

No olvidar el peligro de la tendencia de algunas políticas a destinar cada vez menos recursos a cubrir necesidades socioeducativas. Ya que por tradición en nuestro país gran parte de estas necesidades han estado cubiertas por el voluntariado. No otorgando importancia a la necesidad de profesionalización en estos ámbitos.

Pero lo que sí podemos afirmar que ante la eliminación de un ineficaz modelo hospitalario frente al modelo comunitario, ha resultado que tímidamente el educador o educadora social forme parte en el campo de la salud mental de equipos de profesionales multidisciplinares compuestos por diferentes disciplinas: psicología, terapia ocupacional, trabajo social, educación social etc.

La salud mental desde una perspectiva biopsicosocial, justifica la necesidad de equipos profesionales multidisciplinares donde el educador o educadora social sería una figura clave, ante una clara perspectiva reformista, comunitaria, rehabilitadora e integradora. Cuya finalidad sería potenciar la rehabilitación y la autonomía de las personas con trastorno mental grave. Se hace imprescindible la coordinación entre los diferentes perfiles profesionales del equipo de cara a la atención individualizada con el usuario.

El educador o educadora social en el campo de la salud mental trabajaría la capacidad de inserción en el entorno social y familiar de la persona. Por lo que uno de los

objetivos primordiales es mantener o favorecer la integración en el ámbito comunitario a través de estrategias pedagógicas que potencien las habilidades sociales del individuo.

El educador o educadora, a través de la detección de necesidades de índole social, deberá establecer una relación de confianza adecuada con la persona con el objeto de promover cambios.

Ha de trabajar conjuntamente con el resto de profesionales del equipo, con la familia y el entorno social de la persona, así como coordinarse con otros servicios y recursos, para establecer una línea de actuación coherente.

6.3 INTERVENCIÓN DEL EDUCADOR/A SOCIAL DESDE EL MODELO DE RECUPERACIÓN.

El objetivo del educador o educadora en los servicios de salud mental desde el paradigma del “recovery” iría encaminado a potenciar el desarrollo y la recuperación del sujeto, procurando su bienestar de modo que tenga sus necesidades sociales y educativas cubiertas, teniendo a su vez, la posibilidad de desarrollar sus propias capacidades personales con una participación activa en la sociedad.

Antes de intervenir hay que definir cuáles es la situación de la persona que tenemos delante. Esto implica pensar: “qué está ocurriendo”, “qué nos dice o qué nos quiere decir”. Hay que percibir la lógica que está detrás de los fenómenos, pero no desde modelos explicativos que hablan en tercera persona, sino desde su propia narrativa relatada en primera persona. Para comprender hay que escuchar, pensar y de ahí llegar a la práctica.

El educador o educadora social desde una metodología activa, participativa, creativa y transformadora buscará estimular, motivar, promover y dinamizar para que surjan procesos de cambio en las personas con las que trabaja. El educador o educadora social tiene que creer en la posibilidad de mejora que puede llevar a cabo la persona. La iniciativa de cambio tiene que partir de la persona implicada en el proceso, y estar basada en sus deseos, intereses, motivaciones y tiempos.

Por tanto, trabajamos desde el deseo y los intereses de la persona y siempre respetando su individualidad y buscamos motivarla, para que sienta esa necesidad de cambio, transmitiéndole confianza y creyendo en sus posibilidades de mejora.

La metodología estará centrada en la cotidianidad del entorno directo de la persona, interviniendo en la comunidad y usando los recursos de los que la misma dispone.

“Estudiar qué dice, qué quiere, cómo le es posible vincularse y cómo no. Será necesario preguntarle si quiere rehabilitación y qué significaría eso para él, en qué consistiría, para no adelantarnos a decidir por nuestra cuenta cuales habrían de ser sus objetivos, actividades que luego no cumpliría. Tener paciencia para no adelantarnos a sus demandas. Tratar de comprender cómo podría salir de ciertas situaciones, para no inventar maneras de vínculo que sean repeticiones de fracasos anteriores. Y pedirle responsabilidad, que tome posición, y elija y asuma sus elecciones” (Guinea Roca, 1997)

EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPEÚTICO COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

La principal herramienta de cambio que el educador o educadora ha de manejar a lo largo del proceso es el ACOMPAÑAMIENTO a través de un marco de dialogo y un clima emocional que posibilite el crecimiento y la evolución.

El educador o educadora social desde el marco de lo cotidiano, va a ocupar un lugar de especial trascendencia, ya que trabajará en primera línea con la persona, por lo que ha de establecer una relación adecuada para procurar el enganche.

Es posible que la persona con la que el profesional trata de empatizar, sobre todo en los primeros momentos, se muestre desconfiada, temerosa, con ansiedad ante nuestro intento de intrusión. Seguramente venga de una situación de aislamiento, de inactividad, de desorganización en su vida, por lo que se manifieste resistente al cambio.

El educador o educadora social ha de crear un clima de confianza y de seguridad entre él y la persona, ha de saber escucharlo, y respetar sus tiempos. Saber cómo hablarlo, sobre todo con aquellas personas psicóticas que apenas tienen contacto con nadie y se muestran desconfiadas. El profesional tiene que establecer un dialogo adecuado para que no le perciba como una amenaza.

Antes de intervenir se hace necesario establecer un VÍNCULO, que permite al profesional conocer y comprender a la persona y a su entorno de referencia, respetando al máximo sus valores y creencias y recogiendo sus deseos y demandas.

Al principio, el profesional ha de asumir un rol más directivo, nunca autoritario, (que lleve a producir una situación de conflicto), ni sobreprotector (que fomente la dependencia), sino, antes al contrario, saber poner límites ante los intentos de manipulación inconsciente de la persona que, por desconfianza e inseguridad en si misma, se muestra reticente al crecimiento personal y tiene miedo al fracaso. A veces el educador o educadora social tendrá que hacerse cargo de aquellas cosas que la persona aún no es capaz de asumir, pero sin caer en actitudes paternalistas. La persona ha de experimentar que el educador o educadora quiere estar a su lado, con la única finalidad de prestarle ayuda en esa tarea de recuperación.

Cuando hablamos de acompañamiento “No se trata de imponer unos objetivos unívocos, para todos iguales, sino más bien de acompañar a cada persona en sus propias elaboraciones y decisiones particulares” (Cosme Sánchez, 2013)

“Para hacer posible los procesos de cambio de las personas, para que tengan posibilidades de formar parte de la sociedad (o de volver a ella si fueron segregados), para que puedan recuperar su autonomía, necesitan que se les ofrezca ser acompañados” (Alonso & Funes)

El acompañamiento es una función que asume el educador o educadora a lo largo de todo el proceso y se presenta como estrategia fundamental para conseguir, por un lado, despertar y/ o recuperar el deseo del otro de ser protagonista de su proyecto de vida (dejar de ser paciente para ser agente), y por otro lado, aumentar los niveles de socialización e integración (pasar del aislamiento a la apertura).

Como hemos señalado, la integración comunitaria se realizará a través del ACOMPAÑAMIENTO como herramienta para buscar el cambio por medio de diferentes acciones: (Alonso & Funes)

- Hacer uso habitual de los recursos e intervenir en lo cotidiano del entorno para facilitará experiencias positivas desde un vinculo y una relación segura.
- Asumir responsabilidades por parte del enfermo mental, para que adquiriera un rol activo frente al rol pasivo, a través de una relación segura, donde se transmitan normas y limites que permitan estructurar la desorganización interna. Y además que pueda experimentar vivencias positivas que despierten el deseo por recuperar o reinventar su proyecto de vida.

- Recuperar el deseo de ser protagonista de su vida centrándonos en la creencia de sus posibilidades, habilidades e intereses.
- Adaptarnos al entorno, respetando los tiempo y espacios de cada persona.
- Movilizar lo emocional para pasar de ser un sujeto pasivo a activo, centrándonos en sus demandas y deseos, que nos transmiten a través del vínculo que hemos establecido.
- Analizar y evaluar personal y socialmente cada caso, lo cual favorece la adaptación de las intervenciones a las demandas y situaciones concretas de cada persona. Siendo creativos para aportar diversas experiencias en el entorno.
- Aumentar los niveles de socialización, estabilización de las emociones a través de experiencias conjuntas, donde surjan las palabras, donde se nombren los sentimientos y emociones.
- Favorecer la autonomía entendida como capacidad de autogobierno y determinación de uno mismo, generando un clima emocional de confianza para la expresión libre de la persona que posibilite el crecimiento a través del diálogo y el vínculo.
- Aumentar el grado de actividad, recogiendo las demandas de la persona y validándolas.
- Ayudar a la persona a transformar de forma personal la realidad, aumentando la participación social, a través de la creación de rutinas y una estructura de vida diaria que acerque a la persona a lo social.
- Enseñar a pensar, a elegir, a tener iniciativa mostrando en los casos en los que la persona no lo conozca las diversas posibilidades para que pueda elegir.
- Estimular socialmente al dar a conocer las posibilidades y servicios en el medio comunitario, favoreciendo el uso de los mismos desde el acompañamiento y la relación vincular.
- Fomentar que la persona asuma responsabilidades en cuanto a la realización trámites, gestiones etc. de la vida cotidiana de forma progresiva ya que esto supone hacerse dueño de su vida, favorece la integración social y devuelve a la persona una imagen de valía personal y de normalidad.

6.4 A MODO DE CONCLUSIÓN.

Cuando las acciones del educador o educadora social están dirigidas a la recuperación es cuando pueden llegar a ver a la persona, con problemas de salud mental, capaz de

tomar sus propias decisiones, favoreciendo la autonomía y no el paternalismo ni la dependencia, es decir, cuando se les apoya y se les acompaña sin tomar decisiones por ellos.

Capacitar a la persona, empoderarla supone también darle acceso a la información y a los recursos para que pueda tomar sus propias decisiones. A veces podemos caer en el error de restringir la información que se da a las personas con problemas de salud mental, porque creemos que es mejor para ellos. La recuperación social promueve que la persona adquiera poder para tomar decisiones y tenga acceso a la información y a los recursos, ya que se le debe tratar como ciudadano normal de pleno derecho.

El educador o educadora social, desde este modelo, ha de valorar los cambios, cualquier logro personal, por pequeño que sea; ha de dar esperanza. Es fundamental que el profesional crea en el proceso de cambio de cada persona, y así se lo haga saber. De esta manera la propia persona confiará más en sí misma y eliminará de su mente su propio estigma.

7. LAS COMPETENCIAS DEL GRADO DE EDUCACIÓN SOCIAL EN EL TRABAJO HACIA LA RECUPERACIÓN.

El grado de Educación Social en el plan de estudios ofertado por la *Universidad de Valladolid* trata de dotar a los estudiantes de un conjunto de capacidades, habilidades, actitudes, conocimientos, herramientas etc. para poder desenvolverse en el ámbito profesional.

En este punto, revisaremos aquellas competencias que otorga la disciplina y que son necesarias para desarrollar nuestra labor profesional en el ámbito que en este trabajo nos concierne: el educador o educadora social trabajando en el campo de la salud mental para la recuperación.

Tal y como hemos defendido en este trabajo, la disciplina de la educación social aporta conocimientos, actitudes, habilidades etc. que nos permiten desarrollar nuestro trabajo como profesionales de la educación social en el ámbito de la salud mental teniendo en cuenta este nuevo paradigma del *recovery*.

Cada una de las competencias que aquí se describen marcarían, en grandes rasgos, nuestra misión profesional desde diferentes funciones:

Por un lado en la atención con los usuarios, respetando sus derechos individuales y promoviendo el cambio a través del establecimiento de una relación adecuada.

En lo referente a la tarea en concreto. La necesidad de una planificación y evaluación, recoge el sentido de la intencionalidad terapéutica, diseñando un plan de acción con una metodología que guie nuestras intervenciones, y nos ayude a ir evaluando los resultados.

Por otro lado en cuanto a la relación adecuada que establecemos como el resto de profesionales y dispositivos. Y por último en lo que nos concierne como personas y trabajadores. Integrando el plano ético y profesional, que ayude a crear un vínculo verdadero.

Capacidad de análisis y síntesis. (G1.)

La capacidad de análisis y síntesis es básica para poder ser conscientes de la realidad en la que vamos a trabajar. No sólo en lo referente al análisis de la individualidad y subjetividad de cada persona con la que trabajamos, sino también en lo referente a cómo son los elementos que rodean a cada realidad y cómo interactúan entre sí: el individuo, la familia, el entorno, las relaciones que se establecen etc. Esta capacidad de análisis va ser primordial para adaptar nuestro trabajo al ritmo de cada persona. El tiempo para alcanzar un determinado nivel de motivación, será diferente en cada caso. Si hablamos de recuperación, ésta se asentará en lo meticolosos que seamos para descubrir lo característico y peculiar de cada sujeto. Señalar en este punto que, desde la filosofía del “recovery” desde donde planteamos nuestro trabajo, hemos de asumir que la persona tenga el poder de decidir qué información ofrecer al profesional o cual no, sin que ello condicione su acceso al tratamiento, a ser ayudado.

Planificación y organización. (G2.)

La planificación y organización es una competencia que el educador o educadora social ha de llevar a cabo con rigurosidad. Cuando hablamos de que en el ámbito de la salud mental promovemos procesos de recuperación en el marco de lo cotidiano, no significa que nuestra intervención quede en manos de la espontaneidad. Toda intervención socioeducativa que vamos a poner en marcha tiene un sentido terapéutico. Debe haber una planificación previa donde queden claros nuestros objetivos de trabajo y el diseño de las intervenciones meticolosamente estructuradas. La evaluación continua de

nuestras intervenciones nos permitirá ir rectificando, si fuera necesario, o seguir en la misma línea de trabajo si los resultados positivos se hacen evidentes.

La planificación y organización de nuestro trabajo también ha de ser consensuada dentro del equipo multidisciplinar donde realicemos nuestra labor. Las diferentes perspectivas profesionales dotaran de rigurosidad a la planificación.

Planificar nuestro trabajo no significa caer en el error de marcar objetivos sin que éstos estén consensuados previamente con las personas con las que trabajamos. Nunca hemos de usar nuestro poder para imponer nuestro criterio. Son necesarios pactos de intervención con el usuario. El educador o educadora social deberá, ante cualquier actuación profesional, informar sobre las características de las mismas, objetivos, duración etc. La sinceridad nunca ha de ser cuestionable.

La persona con la que trabajamos podrá solicitar intervenciones que considera que son eficaces para su recuperación.

Comunicación oral y escrita. (G3.)

La capacidad de comunicación con las personas con las que trabajamos va a marcar la calidad de nuestra relación terapéutica y es una de las claves que explican el alto grado de los resultados logrados. El educador o educadora social ha de ser asertivo y manejar eficazmente habilidades sociales necesarias para establecer una relación terapéutica adecuada. El educador o educadora social debe ser capaz de identificar y regular sus propias emociones para poder construir un proceso de ayuda real. Es responsabilidad del educador o educadora social remontar la alianza cuando esta se cae o se estanca.

Las competencias y conductas del educador o educadora social van a favorecer la calidad del vínculo y la motivación de la persona hacia el cambio.

Utilización de las TIC en el ámbito de estudio y contexto profesional. (G5.)

El educador o educadora social ha de manejar las TIC como herramienta de trabajo. El ordenador es el instrumento habitualmente usado para registrar toda la información necesaria en nuestro ámbito laboral. El manejo de internet es básico para comunicarse y para trabajar coordinadamente con otros dispositivos o equipos, y también como herramienta de obtención de información. Todo este amplio abanico de las TIC no sólo nos sirve como herramienta para nuestro propio desempeño, sino para que las personas

con las que trabajamos puedan conocerlas y acceder a ellas. Las herramientas que más promueven la recuperación son aquellos que usamos todas las personas. Estar informados y utilizar herramientas de comunicación vigentes en nuestra sociedad les conecta con la realidad.

Gestión de la información. (G6.)

Saber gestionar la información es una competencia que el educador o educadora social ha de manejar. Es imprescindible en nuestro campo de trabajo estar en continuo reciclaje, no dejar de buscar información, leer, acudir a cursos, conferencias. Todo aquello que pueda sernos útil para nuestro trabajo, debe ser explotado. Buscamos los métodos más eficaces, y evitamos aquellos que acarren algún riesgo para la persona o grupo con el que estemos interviniendo.

Las reuniones de los equipos multidisciplinares son necesarias para poder compartir información y conocimientos provenientes de las diferentes disciplinas.

Cuando el profesional tenga dudas ha de pedir ayuda al equipo, y buscar información. El educador o educadora social ha de reconocer sus limitaciones si se presentan situaciones difíciles de manejar.

Por otro lado todas las intervenciones realizadas han de ser evaluadas; tanto las exitosas como las que no. Nos ayudarán en próximas intervenciones.

Resolución de problemas y toma de decisiones. (G7.)

El educador o educadora social debe tener herramientas suficientes para hacer frente a los problemas o dificultades que se le presenten. Es necesario también potenciar aquellos apoyos con los que cuenta (equipo multidisciplinar, entidad, información a su alcance etc).

Para la resolución de conflictos en nuestro campo de la salud mental, es básico hacer un buen análisis de los elementos significativos que contribuyen al problema. Cualquier análisis que hagamos del usuario con el que trabajamos debe hacerse sobre un marco contextual que sitúe sus síntomas en relación con sus circunstancias personales en cada momento, incluyendo las intervenciones clínicas. No hay que reducir la enfermedad mental a aspectos neurobiológicos y/o conductuales. Si la enfermedad mental se expresa en una forma de estar en el mundo de la persona, sus síntomas también deben

entenderse desde este mundo transformado del paciente. Sólo desde esta comprensión integradora podremos ser capaces de hacer frente a la resolución de conflictos y tomar decisiones que no dañen a la persona.

Capacidad crítica y autocrítica. (G8.)

El educador social ha de ser objetivo y tener capacidad crítica con lo que pasa a su alrededor y respecto a su propia actuación.

Nuestras intervenciones pueden contribuir a agravar, a ralentizar o a favorecer la recuperación, por lo tanto es fundamental tener un espíritu crítico y autocrítico de lo que está ocurriendo y cómo son nuestras mediaciones. Nuestro trabajo constantemente ha de ser pensado y revisado.

Capacidad para integrarse y comunicarse con expertos de otras áreas y en distintos contextos. (G9.)

La capacidad para integrarse y comunicarse es básica en nuestro trabajo. Los diferentes dispositivos de salud mental tienen equipos multidisciplinares. En estos equipos la coordinación y comunicación ha de fluir, a través del contacto diario y las reuniones programadas. El educador o educadora social necesita conocer la realidad con la que está trabajando desde otras perspectivas profesionales. Las intervenciones suele diseñarse en equipo, aunque el educador o educadora social lleve a cabo la intervención de forma directa.

Pero no sólo la coordinación y la comunicación se centra en el equipo; también en todos aquellas dispositivos, redes, recursos que tengan relación directa con la persona, o que sean potencialmente beneficiosos para ella y en un momento dado necesitamos captarlos o establecer una coordinación.

En el trabajo hacia la recuperación es fundamental tener en cuenta el principio de normalización. Los recursos especializados para las personas con enfermedad mental deben reducirse a aquellos no disponibles en el entorno normalizado y/o cuando los existentes no faciliten los objetivos de disfrute o aprendizaje de la persona.

Los apoyos que consideremos apropiados para la persona han de ser aceptados voluntariamente y no de forma impositiva, a no ser que la ley lo exija.

Reconocimiento y respeto a la diversidad y multiculturalidad. (G10.)

El reconocimiento a la individualidad por parte del profesional es un principio básico. Debe haber un respeto máximo a los valores y creencias del usuario y de los miembros de su entorno. Ha de equilibrarse la necesidad de conocer y comprender a la persona y a su entorno de referencia, antes de realizar una intervención.

Los objetivos y las acciones que desarrollemos deben estar pactadas con la persona y deben estar ajustadas, respetando el principio de individualidad. El principal esfuerzo de adaptación, lo ha de hacer el profesional o la entidad, no el usuario. Debemos ser muy meticulosos para descubrir lo peculiar y característico de cada usuario, porque el éxito de su recuperación tendrá su base en esto.

Habilidades interpersonales(G11.)

El manejo de un repertorio de habilidades sociales y el establecimiento de una comunicación asertiva es uno de los pilares que el educador o educadora social ha de incorporar, a la hora de establecer una comunicación tanto con la persona hacia quien va dirigida la intervención, como con el resto de profesionales, entorno del sujeto, recursos etc.

Para llevar a cabo procesos de recuperación es fundamental establecer una relación adecuada con el paciente de respeto y de seguridad. La escucha y la empatía son necesarias para establecer un vínculo. Debemos ser capaces de recoger sus sufrimientos, sus miedos, sus anhelos, sus intereses y hacernos cargo de ello. Poner límites, de forma asertiva no autoritaria, establecer pactos etc. es básico para acompañarle en su proceso de recuperación.

Compromiso ético (G12.)

En todo campo de trabajo es necesario establecer un compromiso ético.

Desde nuestro ámbito de recuperación en salud mental esto marca la filosofía de trabajo. Todos tienen derecho a recibir un buen tratamiento. Nunca la actuación del profesional debe condicionar por la antipatía o simpatía que nos produzca el usuario con el que trabajamos. El grado de atención que demos a una persona irá en función de sus necesidades en cada momento y no de razones subjetivas. Todas las personas tienen derecho a recibir un trato respetuoso y afectivo.

La persona a la que va dirigida nuestra intervención tiene derecho en todo momento a ser informado, y a solicitar información veraz sobre su proceso.

El profesional en ningún momento amenazará o coaccionará al usuario a permanecer en una intervención o con un profesional determinado. Voluntariamente decidirá si quiere rehabilitación o si no y, en caso afirmativo, cómo quiere que sea ésta. Si se diera el caso de una falta de conciencia de enfermedad, el profesional ha de tener una actitud empática y asertiva.

La persona paciente debe dar el consentimiento para que otras personas, familiares, amigos etc participen en el proceso de rehabilitación y tengan información sobre el mismo. La familia tiene derecho a ser escuchada y orientada, pero no a conocer información relevante si el usuario no lo autoriza.

Cada usuario es un ciudadano adulto con todos sus derechos personales intactos y merece un respeto, en ningún caso se le debe infantilizar.

La ley de protección de datos sobre información de la persona ha de respetarse.

Creatividad. (G15.)

El educador o educadora social en salud mental deberá poner en marcha estrategias que le lleven a conseguir resultados. La individualidad de cada persona exige desarrollar nuestra creatividad para tratar de enganchar con ella, facilitar situaciones que consigan que abandone un rol pasivo, buscar estrategias de motivación, resolver situaciones difíciles etc.

En los grupos de trabajo también se exige ser creativos e innovadores, salir de estructuras más convencionales que no han llegado a ser lo suficientemente exitosas.

Iniciativa y espíritu emprendedor. (G17.)

El educador o educadora social en el campo de la salud mental, en el que las estructuras no son rígidas, debe tener iniciativa para aportar ideas nuevas, para contribuir con propuestas innovadoras. Es importante desarrollar un espíritu activo donde constantemente pretendemos evolucionar y mejorar nuestras intervenciones, nuestra organización etc.

De acuerdo a las competencias que la disciplina de la educación social exige adquirir para la obtención de la acreditación profesional, vuelvo a reivindicar la figura del educador o educadora social dentro del campo de la salud mental, ya que aporta las capacidades y conocimientos necesarios para trabajar de manera competente respondiendo a las necesidades de este colectivo.

8. CONCLUSIÓN DEL TRABAJO FINAL DE GRADO.

La enfermedad mental en general, siempre ha ido de la mano de adjetivos como grave, crónica o duradera, aunque siguen siendo permanentes los debates alrededor de esta cuestión.

Hacer un análisis desde esta perspectiva, es hacerlo desde un paradigma clínico, donde encontramos una lógica de lo que les ocurre a estas personas a partir de modelos explicativos narrados por terceras personas.

Esta manera de analizar la realidad, a través de la sintomatología de los diferentes diagnósticos, es el reflejo, de que el modelo médico a lo largo de la historia de la atención a los pacientes, ha sido la herramienta de trabajo que determinaba las intervenciones.

Hemos pretendido constatar cómo ha sido la evolución histórica de atención a esta población. Desde los modelos asilares a un modelo comunitario que buscaba la integración de estas personas y reconocía una problemática social inherente a la enfermedad. Surge entonces la rehabilitación psicosocial, un modelo de atención con una estructura metodológica claramente definida con el paso de los años.

El profesional de la educación social comienza a formar parte de los equipos multidisciplinares presentes en diferentes dispositivos de rehabilitación psicosocial.

Analizando todos estos hechos, encontramos en la literatura actual un modelo, o un nuevo concepto, “Recovery”, que como profesionales de la educación social nos ayuda a dirigir nuestras intervenciones desde otra perspectiva.

Por tanto el sentido de este trabajo final de grado ha sido la reivindicación del profesional de la educación social en el ámbito de la salud mental desde el escrutinio del nuevo paradigma de Recuperación.

Teniendo en cuenta el análisis recogido en el trabajo final de grado considero que queda justificada y es necesaria la intervención del educador o educadora social desde dos puntos de vista:

Por un lado se justifica la intervención socioeducativa de nuestra profesión porque nos encontramos ante una población con evidencias de sufrimiento y en situación de exclusión social.

Y por otro lado, desde del propio concepto de intervención. Intervenir significa, en líneas generales, tener interés por algo, hacernos cargo de una situación para promover el cambio.

Por tanto, ante una realidad con unas necesidades concretas se hace imprescindible la figura del educador o educadora social como generador de procesos de cambio.

Una segunda cuestión sería plantearnos cómo ha sido o sigue siendo la actuación del profesional para llevar a cabo estas transformaciones.

Desde el campo de la salud mental los profesionales eran siempre instruidos desde una lógica muy clínica que intentaba centrar su atención en los déficit de la enfermedad como punto de partida para llevar a cabo nuestras intervenciones.

Pero la rehabilitación psicosocial en general y el profesional de la educación social, en concreto, trabajan desde un modelo social. Por tanto es necesario alejarse de pensamiento médico más clásico para acercarse a pensamientos desde un paradigma social. Esto nos incluye a nosotros como profesionales de la educación social en un cambio de actitud centrado en la personas y en sus capacidades, que ya el concepto de recuperación recoge en sus discursos.

Esta óptica social, frente a la clínica, que el “recovery” reivindica, empieza por una comprensión de los hechos no desde modelos explicativos estandarizados, narrados en tercera persona, sino desde un modelo social que busca la comprensión de lo que sucede a cada individuo en concreto desde la narración en primera persona.

Esta idea principal que contempla el “recovery”, proviene de un hecho histórico que actualmente estamos presenciando. Es la primera vez que las personas con enfermedad mental están manifestando sus deseos de cómo quieren ser tratados y revelándose ante esas actuaciones profesionales que han supuesto una destrucción personal y social.

Considero que el “recovery” nos deja vacíos en lo referente a las intervenciones socioeducativas y a la metodología que llevemos a cabo como profesionales de la educación social. Hablar de recuperación no es hablar de estrategias metodológicas sino de una ética, un cambio de pensamiento que repercuta en nuestro hacer como educadores o educadoras sociales.

Ante este vacío que nos deja la “recuperación” opino que cada profesional ha de dar sentido a las intervenciones socioeducativas desde esta visión, teniendo en cuenta que para intervenir hay que comprender y para comprender hay que escuchar en primera persona. Por tanto es necesario romper con esta consideración, muy común desgraciadamente, de que nuestro saber o dominio de las diferentes teorías explicativas sobre la enfermedad mental, nos otorga el poder de decidir y de diseñar libremente intervenciones sin haber dado el derecho a la persona a elegir, incluso habiéndola escuchado vagamente.

Desde este sentido, y como profesionales de la educación social, proponemos como herramienta de intervención el acompañamiento terapéutico que nos permita establecer un vínculo que nos ayude a generar cambios.

A pesar de las críticas que se le podría hacer al modelo de recuperación, es clara la fuerza de sus aportaciones. Ha conseguido que creamos que las personas pueden recuperarse por muy destructiva que haya sido su experiencia, y exige el cambio de prácticas profesionales que se han venido dando hasta ahora. Reclama la capacidad subjetiva de cada individuo para expresar en primera persona lo que le está ocurriendo, sus anhelos, sus deseos, sus miedos etc.

Todo esto nos alude, y marca un cambio en nuestras prácticas socioeducativas.

9. BIBLIOGRAFÍA.

- Desviat, M. (1995). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Ediciones DOR S.L.
- García, J. ;Espino, A.; y Lara, L. (Eds) (1998). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Editorial Diaz de Santos.
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Ministerio de Sanidad (1985). *Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiatra*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Sarraceno, B., Montero, F. (1993). La rehabilitacion entre modelos y prácticas. En V. Aparicio (coord). *Evaluacion de Servicios en Salud Mental* (págs. 313 - 321). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Guinea Roca, R. (1997). Rehabilitación psicosocial: una teoría, una práctica, una ética. *Asociación de Neuropsiquiatría* , vol. XVIII nº65, pp.151-164.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la Época Clásica*. Mexico: Fonde de Cultura Económica.
- Goffman, E. (1992). *Internados* . Buenos Aires : Amorrortu.
- Álvarez, F. (1981). *Miserables y locos*. Barcelona: Tusquets.
- Pilling, S. (1991). *Rehabilitation and Community Care*. London: Routledge.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1992). *Principles and practise of psychiatric rehabilitation*. Boston: Allyn and Bacon.
- Anthony, W., Cohen, M., & Farkas, M. (1990). *Psychiatric Rehabilitation* . Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University.
- Anthony, W. A., Cohen, M., & Farkas, M. (1982). A psychiatric treatment program: Can I recognize one if I see one? *Community Mental Health Journal* , 18 (2), 83-96.
- IMSERSO (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad grave* . Madrid: ARTEGRAF, S.A.
- Brown, W., & kandirikirira, N. (2007). *Recovering Mental Health in Scotland Scottish. Recovery Network* .

- Farkas, M. (2007). Restablecimiento (Recovery) y Rehabilitación. *La consideración actual de la recuperación: Lo que es y lo que significa para los servicios de atención*. Madrid: Grupo Web CRL de Ventas.
- Mezzina, R., & et., al. (2006). Social nature of recovery: discussion and implications for practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, Philadelphia* , v.9, p.63-80.
- Saavedra Macias, F. J. (jan - mar 2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: Explorando experiencias de recuperación de personas con trastronos mentales graves. *História. Ciências. Saúde-Manguinhos. Rio de Janeiro* , v.18, n.1, p.121-139.
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. Londres: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Future Vision Coalition (2009) *A Future Vision for Mental Health*. Londres: NHS Confederation.
- Alonso, I., & Funes, J. (s.f.). El acompañamiento social en los recursos socioeducativos. *Educacion Social* , núm. 42, p 28-46.
- Amorós, P., & Ayerbe, P. (2000). *Intervención educativa en inadaptación social* . Madrid: Síntesis Educación.
- Mata Salvador, F. (1998). *Intervención educativa en situaciones de inadaptación social*. Granada: Instituto de Criminología.
- Romans, A., Petrus, A., & Trilla, J. (2000). *De profesión educador/a social*. Barcelona: Paidós.
- Perez Serrano, G. (enero-abril 2005). Presentación. ¿qué son la pedagogía social y la educación social? *Revista de Educación Social*, nº 336.
- Pérez Serrano, G. (2004). Pedagogía Social. Educación Social. Constucción científica e intervención práctiva. Madrid: Narcea.
- Cosme Sánchez, A. (2013). La figura del Educador Social en el campo de la Salud Mental Comunitaria: el amor por la pregunta y la construcción del caso en red. *Norte de salud mental*, vol.XI, nº 45: 33-39.
- May, R. (2005). Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación. En J. Gleeson, & P. Mc Gorry (coords.), *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana*. Editorial Desclée.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (s.f.). El enfoque del diálogo abierto. Principios y resultados de investigación sobre un primer episodio psicótico. *Sistemas familiares* , 17(2), 75-87.

- López-Ibor Aliño, J. (2003). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Megias-Lizancos, F., & Serrano Parra, M. D. (2000). *Enfermería en psiquiatría y salud mental*. Ediciones DAE (Grupo Paradigma).
- Perez Serrano, G. (Enero-Abril 2005). Presentación ¿Qué es la pedagogía social y la educación social? *Revista de Educación Social* núm.336 pp.1-18
- López Noguera, N.(2005). La Educación social especializada con personas en situación de conflicto social. *Revista de Educación Social* núm. 336 pp.57-71
- Pié, A.Intervención educativa y salud mental. *Revista de Educación Social* núm. 16 pp.91-104

10. ANEXOS.

Tabla 1. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA.
<p>CRITERIO A: Síntomas característicos: dos o (más) de los siguientes síntomas, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ideas delirantes. • Alucinaciones. • Lenguaje desorganizado (por ejemplo descarrilamiento frecuente o incoherencia) • Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. • Síntomas negativos como aplanamiento afectivo alogia o abulia. <p>Si las ideas delirantes son extrañas o las alucinaciones consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto o si dos o más voces conversan entre ellas sólo se requiere un síntoma del criterio A.</p>

CRITERIO B: Difusión laboral o social: Durante una parte significativa del tiempo, desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad (interpersonal, académica o laboral) están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno o no alcanza el nivel esperable de rendimiento (cuando el inicio es en la infancia o adolescencia).

CRITERIO C: Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales.

CRITERIO D: Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: dichos trastornos, con síntomas psicóticos se han destacado por:

- No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con la fase activa de los síntomas.
- Si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.

CRITERIO E: La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o condición médica general.

CRITERIO F: Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se ha tratado con éxito).

Tabla 2. SUBTIPOS DE LA ESQUIZOFRENIA.

TIPO PARANOIDE:

- Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inadaptaada.

TIPO DESORGANIZADO:

- Predominan: Lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada.
- No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

TIPO CATATÓNICO:

El cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o

estupor.

- Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).
- Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
- Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas, movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.
- Ecolalia o ecopraxia.

TIPO INDIFERENCIADO:

Están presentes los síntomas del Criterio A, pero no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

TIPO RESIDUAL:

Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada.

Tabla 3. OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

1. TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME.

Cursa con síntomas similares a los de la esquizofrenia, pero la diferencia está en la duración. Los pacientes vuelven al nivel de funcionamiento previo después de la remisión de los síntomas psicóticos.

2. TRASTORNOS PSICÓTICO BREVE.

Es un trastorno de inicio agudo, con la presencia de, al menos un síntoma claramente psicótico (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento gravemente desorganizado) durante más de un día pero menos de un mes. Los pacientes presentan una remisión completa al nivel previo de actividad. Su prevalencia es escasa y su etiología desconocida.

3. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO.

Es un trastorno con síntomas esquizofrénicos y síntomas afectivos que pueden presentarse a la vez, o en diferentes fases.

El DSM-IV-TR distingue dos tipos según el componente afectivo:

- Tipo Bipolar: Si forma parte del cuadro un episodio maniaco o mixto.
- Tipo Depresivo: Si únicamente forma parte un episodio depresivo mayor.

4. TRASTORNO DELIRANTE (PARANOIDE).

Se caracteriza por la presencia de ideas delirantes que están presentes, al menos, durante un mes. No sufre alucinaciones importantes, puede haber alucinaciones olfativas o táctiles si son acordes con el tema delirante. El delirio suele ser elaborado de forma compleja, estar bien estructurado e, incluso, podría ser creíble. El humor del paciente es coincidente con el contenido de su delirio, si éste es de grandeza el paciente

está eufórico. En ocasiones el ánimo puede estar depresivo. No presenta deterioro importante de la personalidad ni de las actividades cotidianas. Puede existir dificultad en el control de impulsos por la presencia que ejerce el delirio. La memoria y otros procesos neurocognitivos suelen estar intactos. Son enfermos sin ninguna conciencia de enfermedad y no suelen buscar ayuda psiquiátrica salvo que se vean forzados. Es fundamental el diagnóstico diferencial con la esquizofrenia. Éste se basa en que su comienzo ocurre más tarde, los delirios no son extraños, improbables o incomprensibles y no presentan casi alucinaciones ni aplanamiento afectivo ni conducta desorganizada.

5. TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO.

Se caracteriza porque una persona desarrolla una idea delirante durante una relación estrecha y prolongada con otra persona, que presentaba una ideación delirante con anterioridad. El trastorno implica a dos personas, un sujeto dominante que es el inductor o caso primario y otro sujeto sumiso e inicialmente sano, que pasa a compartir la creencia delirante del primero de forma parcial o total.

6. TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA.

Su característica es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se consideran debidas a los efectos de una enfermedad médica.

7 TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUS TANCIAS.

El trastorno se caracteriza por la presencia de ideas delirantes o alucinaciones que se consideran originadas por los efectos directos de alguna sustancia.

8 TRASTORNO PSICÓTICO NO ESPECIFICADO.

Cuando se presenta sintomatología psicótica (ejemplo: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico) sobre la que no se dispone de una información adecuada para establecer un diagnóstico específico o acerca de la cual hay informaciones contradictorias, o trastornos con síntomas psicóticos que no cumplen los criterios para alguno de los trastornos psicóticos específicos.

Tabla 4. TIPOS DE TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO.

SÍNDROMES:

- ✓ **Síndrome depresivo:** Estado de tristeza excesiva. Depresión, apesadumbramiento, sin ganas de hacer nada. Pueden aparecer sentimientos de inutilidad, de culpa, incluso con ideas de suicidio, ideas de despersonalización, estados de ansiedad, irritabilidad.
- ✓ **Síndrome maniaco:** Estado permanente de alegría. Sus funciones psíquicas se encuentran llamativamente aceleradas. Igualmente su estado de ánimo es eufórico y optimista, pero también puede ser expansivo o irritable.
- ✓ **Síndrome mixto:** Presenta episodio maniaco y depresivo mayor concurrentemente. Pueden predominar unos síntomas maniacos o depresivos sobre otros.

GRUPOS:

- **Trastorno depresivo mayor:** Presencia de uno o más episodios depresivos mayores.
- **Trastorno distímico:** Presencia de estado depresivo mayormente durante al menos 2 años, acompañado de otros síntomas depresivos que cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- **Trastorno depresivo no especificado:** Presencia de características depresivas diferentes a las del trastorno depresivo mayor, distímico o bien se dan síntomas depresivos en los que no hay una información adecuada o ésta sea contradictoria.
- **Trastorno bipolar tipo I:** Presencia de uno o más episodios maniacos o mixtos,

normalmente acompañados de episodios depresivos mayores.

- Trastorno bipolar tipo II: Presencia de uno o más episodios depresivos mayores acompañados de, al menos, de un episodio hipomaniaco.
- Trastorno ciclotímico: Presencia de al menos 2 años de periodos hipomaniacos, sin cumplir criterios de un episodio maniaco, y periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- Trastorno bipolar no especificado: Categoría que agrupa trastornos que no cumplen las características para un trastorno bipolar específico.
- Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica: Presencia de alteración del estado del ánimo a consecuencia directa de una enfermedad médica.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias: Presencia de alteración del estado de ánimo producida por un medicamento, droga, la exposición a algún tóxico etc.
- Trastorno del estado de ánimo no especificado: Presencia de síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno de los anteriormente comentados.

Tabla 5. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN DSM IV-TR

GRUPO A:

Características: Extraño, excéntrico, tendencia general hacia el retraimiento social y emocional.

Tipos: Paranoide, esquizoide, esquizotípico.

GRUPO B:

Características: Hiperemocional, dramática, errático, impulsivo.

Tipos: Antisocial, límite, histriónico y narcisista.

GRUPO C:

Características: Ansioso, temeroso.

Tipos: Evitación, dependencia, obsesivo compulsivo, pasivo-agresivo con actitudes negativas.