

Piso protegido: ¿un medio o un fin en la rehabilitación psicosocial?

Supervised apartments: a means or an end in psychosocial rehabilitation?

Agustí Camino Vallhonrat^a, Ana Hernanz Vaquero^b, María Bosch Vila^c.

^aPsicólogo clínico. Centro de Salud Mental del Baix Empordà. Institut d'Assistència Sanitaria de Girona (IAS) CatSalut ^bPsicóloga clínica. Servicio de Rehabilitación. Institut d'Assistència Sanitaria de Girona (IAS) CatSalut. ^cResidente de psiquiatría. Institut d'Assistència Sanitaria de Girona (IAS) CatSalut.

Correspondencia: Agustí Camino Vallhonrat (agusti.camino@ias.scs.es)

RESUMEN: El objetivo de este artículo es realizar una reflexión sobre el funcionamiento de un piso protegido a partir del análisis de una intervención, en la que se detectaron situaciones de emoción expresada. PALABRAS CLAVE: trastorno mental severo, piso protegido, emoción expresada, economía de fichas, identidad.

ABSTRACT: The aim of this paper is to reflect on the performance of a protected apartment, based on the analysis of an intervention in which expressed emotion situations were detected.

KEYWORDS: severe mental disorder, protected apartment, expressed emotion, tabs economy, identity.

Introducción

“El presente es el pasado del futuro”

ALBERT ELLIS (1)

Este “artículo” pretende ser un pequeño viaje desde el pasado hacia el futuro, desde un punto de referencia fundamental para saber de dónde partimos, hacia unas expectativas de lo que se puede alcanzar. Se trata por tanto, de una invitación a la reflexión, como indica la pregunta del título, pues su respuesta depende de nosotros y de cómo construyamos ese futuro.

Antes de hablar sobre un piso protegido o tutelado, es importante situar bien este concepto, es decir, de dónde viene y con qué propósito fue concebido. Por lo tanto, debemos contextualizar nuestro punto de partida y para ello tenemos que remontarnos a la *Reforma Psiquiátrica*, movimiento que surge en los años 60 y 70 en EEUU, Italia, Francia e Inglaterra. En España habrá que esperar hasta los años 80 para que sea una realidad que se pueda poner en práctica, gracias al *Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica* (1985), así como a la *Ley General de Sanidad 1985* (Art. 20) (2).

El origen de este movimiento, una nueva forma de entender la enfermedad mental, obedece a diferentes causas: es importante la realidad en la que se encontraban los “manicomios” y su funcionamiento, pacientes masificados y despersonalizados, normalmente situados lejos de los núcleos urbanos, condiciones todas ellas

Recibido: 16/10/2009; aceptado: 20/10 /2009

Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2010; 30 (106), 279-290.

que fomentaban la marginación y el estigma. Del mismo modo, fue fundamental la aparición de nuevas formas de tratamiento, tanto los fármacos antipsicóticos como las intervenciones psicosociales, que no habían funcionado hasta entonces (2).

La reforma psiquiátrica se basa, por tanto, en un modelo diferente de salud mental, cuyo pilar básico es la desinstitucionalización, es decir, la vuelta del enfermo a la sociedad. Se desplaza el eje de atención desde el hospital hasta la comunidad, atendiendo al usuario en su propio contexto social y familiar, pues la idea es recuperar el papel terapéutico que se había perdido con el manicomio. Esta función se llevará a cabo mediante un modelo de atención multidisciplinar y multidimensional (biológico-psicológico-social).

El objetivo de este nuevo plan terapéutico es potenciar la integración del paciente en su contexto sociocomunitario de la manera más normalizada posible, es decir, proporcionarle las herramientas necesarias para que pueda vivir de forma independiente en la comunidad, y pueda tener acceso a un empleo y a unas relaciones sociales y familiares satisfactorias. En definitiva, se trata de que estas personas puedan recuperar su proyecto vital, después de la aparición de la enfermedad, siendo éste el objetivo más trascendental. En este punto es donde cobra importancia la *rehabilitación psicosocial*, pues para conseguir esta independencia es necesario contar con una serie de apoyos que faciliten el paso que supone la recuperación. Este proceso se lleva a cabo a través de procedimientos de aprendizaje y provisión de soportes sociales, que sirven de medio para el desarrollo de habilidades personales en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve la persona (2).

Dentro del colectivo de usuarios de salud mental ¿a quién van dirigidos estos recursos? A personas que padecen un Trastorno Mental Severo (TMS), es decir, aquellos que tienen un trastorno mental de duración prolongada y que les supone un grado variable de discapacidad y disfunción social.

Ya nos hemos referido anteriormente a la desinstitucionalización como uno de los puntos fundamentales en el modelo comunitario de salud mental, pero ¿cómo se lleva a cabo?, ¿qué alternativas ofrece la comunidad? Desde que se inició este modelo se han ido desarrollando diferentes tipos de recursos en función de los diferentes ámbitos de intervención: centros de rehabilitación psicosocial (CRPS), centros de día, clubes sociales, centros de rehabilitación laboral. Y de forma más específica los programas residenciales (alojamiento y soporte social). Según la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) existen 6 tipos: psicogeriátrico, residencias, “casa a medio camino” o piso escuela, familias sustitutas, *piso protegido* y reubicación familiar (2).

Nos hemos centrado en el piso protegido fundamentalmente por dos razones: una de tipo práctico, puesto que es el ámbito en el que hemos trabajado y otra más ideológica, ya que entendemos el piso protegido como el último escalón de la rehabilitación psicosocial.

Existen diferentes modelos o formas de concebir como funciona un piso protegido, aunque la base y los principios que sustentan el concepto, así como los objetivos son los mismos. Estamos hablando de un soporte social ubicado en un piso o vivienda, en el que conviven varias personas con TMS que no cuentan con apoyo familiar y que tienen un nivel suficiente de autonomía. La finalidad del piso es fomentar las relaciones interpersonales, la cohesión grupal, la integración social en grupos normalizados, la adaptación al medio social, la integración en la red sanitaria y el mantenimiento de los vínculos familiares.

Hasta aquí la teoría del funcionamiento de un piso protegido y los principios sobre los que se sustenta, pero ¿cuál es su realidad?, ¿cuál es el día a día y con qué dificultades tienen que enfrentarse usuarios y monitores? En este sentido diferentes investigaciones han encontrado que la relación que se establece entre usuarios y profesionales, termina reproduciendo alguna de las dinámicas que se establecen en otros ámbitos como la familia. Una de estas dinámicas observadas es la Emoción Expresada (EE).

La emoción expresada en un piso protegido

A partir de los años 90, los estudios sobre el clima afectivo en las familias desviaron su atención hacia los cuidadores profesionales, encontrando que había ciertas similitudes en esta relación. Se medía la EE a través de cuestionarios, el más utilizado es el EFC (Entrevista Familiar Camberwell) de Vaugh y Leff 1976 (3, 4, 5, 6, 7), pero existen versiones modificadas para el personal como la de Watts (1988) (5). Los resultados encontrados señalaban niveles de EE en cuidadores profesionales que tenían una relación mínima de 3 meses con los usuarios. Estos niveles de EE varían entre el 65% y el 25% dependiendo del tamaño de la muestra y del cuestionario utilizado (5, 7) no obstante y a pesar de estas diferencias, lo cierto es que en todos los estudios consultados aparece este fenómeno. Sin embargo la forma en la que la EE se observa en los cuidadores es algo distinta a la manifestada en las familias, los cuidadores muestran más criticismo y hostilidad y menos sobreimplicación. Este matiz se atribuye al hecho de que la sobreimplicación suele estar más asociada a la culpa, y ésta no es vivida de la misma manera por los familiares que por los cuidadores profesionales (6).

Los profesionales con una *alta EE* tienen más tendencia a hacer atribuciones de los síntomas como aspectos controlables de la personalidad y no como parte de la enfermedad, de forma que esta EE está más asociada a los síntomas negativos que a los positivos (4, 5). Además, suelen ser más críticos y es menos probable que hagan comentarios de apoyo (4). A menudo, poseen expectativas menos realistas sobre los usuarios y no tienen muy en cuenta su punto de vista. También existe una

discrepancia sobre la percepción de la enfermedad entre el usuario y el profesional, lo cual desemboca en un afecto negativo en ambos, e indirectamente en EE. En la relación se observa más intolerancia y frustración, especialmente en ausencia de progresos en la enfermedad. Por último, es importante señalar que estas características son más propias de aquellos profesionales que pasan más tiempo en contacto directo con el usuario (6).

Por el contrario, los profesionales con una *baja EE* tienden a no expresar sentimientos negativos delante del usuario, así como a reforzar sus autoafirmaciones. Establecen un equilibrio entre la independencia y el reconocimiento de las limitaciones, ofreciendo apoyo al ritmo de los usuarios, siendo cálidos y aceptando el resultado aunque éste no sea el esperado. Además, son capaces de sentir simpatía hacia algún aspecto de la conducta o de la personalidad del usuario y más comprensivos con sus dificultades (6).

Se ha observado que el perfil de los profesionales y de los usuarios que se relacionan con una alta EE, posee unas características específicas. En los profesionales determinados rasgos de personalidad, como el neuroticismo y la apertura profesional, correlacionan con estas conductas. Las personas que puntúan alto en neuroticismo es más probable que sufran emociones o afectos negativos como la ira, la vergüenza, la culpa, la frustración, el miedo, la tristeza... y éstos están relacionados con la EE. De forma opuesta, la apertura profesional (entendiendo este constructo como una mayor creatividad y curiosidad hacia nuevas situaciones, así como un inconformismo hacia las reglas establecidas) correlaciona de forma indirecta, es decir, a menor apertura profesional, mayor nivel de EE. Por otra parte, los estilos de afrontamiento utilizados por estos profesionales, son más de tipo evitativo y menos focalizados en el apoyo y la resolución de problemas. Además, se ha encontrado un déficit en el manejo de pacientes psiquiátricos así como en los conocimientos específicos de la enfermedad (3).

Respecto al perfil del usuario destacan como características la edad y la red social. A mayor edad del paciente, más miedo al fracaso aparece en los profesionales y en consecuencia, utilizan la crítica como método de motivación y movilización hacia la comunidad. Así mismo una menor red social y un pobre funcionamiento social están asociados a expectativas poco realistas sobre el progreso de los usuarios (3).

El fantasma “manicomial” en el piso: relato de una experiencia.

Seguramente estas ideas nacen del contexto específico en el que se ha desarrollado nuestra experiencia profesional en un Piso Protegido que mostraba ligeras diferencias con otros pisos. Se trata de un piso con pacientes que no sufrieron una

institucionalización de muchos años, por tanto no son fruto de una desinstitucionalización, tratándose de pacientes relativamente jóvenes (30-45 años); pero que si no hubiera sido por la existencia del piso hubieran iniciado un peligroso camino hacia la institucionalización.

Los motivos que los han llevado a ser usuarios del piso son diversos. Desde el paciente que sufre múltiples descompensaciones que requieren ingresos en unidades de agudos o subagudos y que al volver al núcleo familiar vuelven a producirse descompensaciones a pesar de las intervenciones psicoeducativas que se realizaron con la familia, otros, en que los familiares se han desentendido totalmente del paciente y su proceso terapéutico o han perdido la vinculación totalmente con los familiares. Por tanto son pacientes que, en el momento de iniciar el tratamiento comunitario, no padecen de un extremo deterioro ni social ni cognitivo y evidentemente no han sufrido la des-socialización de una institución, pero si se encuentran, en un gran riesgo de iniciar el camino hacia la institucionalización o a la marginación social. Estas circunstancias específicas de los usuarios nos llevaron a lo largo de los años a replantearnos el modelo de un piso protegido y a realizar adaptaciones a este tipo de usuarios.

Todo cambio conlleva una crisis previa, la nuestra empezó después de atravesar un largo periodo en el que los síntomas negativos se adueñaron del Piso, nos atreveríamos a decir tanto de los pacientes como de los profesionales que los atendíamos. Los usuarios llevaban varios años asistiendo al Centro de Día, su vida se basaba en ir del piso al centro de día, parecía que nosotros nos conformábamos con que no se dieran descompensaciones o aumento de sintomatología positiva. El fin de semana a penas había actividad, no salían del piso, había poca o nula relación entre ellos, cada uno fumando en su habitación, claro está que estaba prohibidísimo fumar en la habitación (esta es una de la larga lista de prohibiciones que hay en un piso protegido), los familiares se desentendieron aun más de los usuarios al saber que estaban en un piso protegido a pesar de nuestros intentos de evitar este “aparcamiento” este finalmente se materializó en la mayoría de los casos. Cada lunes el cuidador se encontraba la acumulación de platos por fregar, los usuarios durmiendo, resistiéndose a levantarse para acudir a la rutina del centro de día. Sus síntomas negativos contrastaban con su gran creatividad para escaquearse del centro de día, de tomar la medicación o de tomarse una caña sin que nos enteráramos, boicoteando reiteradamente cualquier intento de reinserción laboral.

Este empobrecimiento vital y resistencia a cualquier cambio nos recordaba algo que habíamos visto en las instituciones, el fantasma del manicomio nos hacía un guiño como advirtiéndonos de que no iba a desaparecer con la simple creación de viviendas lejos de las obsoletas estructuras manicomiales, habría que hacer algo más. Los cuidadores plenamente atrapados en su rol de “papás”, desesperados delante de las conductas adolescentes de sus hijos pero manteniendo la profe-

sionalidad, sin gritar pero al borde del ataque de nervios, la Emoción Expresada se desplegaba en todo su esplendor. En las reuniones con los cuidadores aparecían claramente la sobreinvolucración, sobreprotección y el criticismo maquillado con buenas intenciones. En estas reuniones la eterna duda era encontrar un equilibrio entre presionar a los usuarios o aceptar sus limitaciones por sufrir una enfermedad crónica. Conformándonos con evitar descompensaciones que iniciaran el camino hacia la institucionalización. Reproduciendo claramente la ambivalencia de las familias que se preguntan dónde está el límite entre ¿cuándo nos toman el pelo o hasta qué punto los limita la enfermedad? Así, el psicólogo y la asistente social, caían en el rol de “buenos” y comprensivos (sobreprotegiendo) y descalificaban, sin darse cuenta, a los cuidadores y éstos hacían el papel de “malos”, esforzándose titánicamente en movilizar a los pacientes encontrándose cada lunes como Sísifo con la piedra en el mismo lugar, preparada para ser empujada cuesta arriba de nuevo.

Proyecto de un programa de economía de fichas

“No hay noche tan larga que no encuentre el día”

W. SHAKESPEARE (8)

Fue en este contexto cuando se planteó una serie de intervenciones psicoterapéutica más intensiva iniciándose una reflexión sobre el modelo de nuestro piso y detectando más claramente las EE que reproducíamos:

¿Cómo surgió la idea y con qué objetivos?

En el centro de salud mental (CSM) se lleva a cabo una reunión semanal con los usuarios y monitores del piso, en la que se valoran la evolución de la adaptación psicosocial de estos usuarios, así como las dificultades que surgen en la misma. Semana tras semana observábamos un mismo obstáculo, un déficit de motivación tanto para las tareas domésticas como sociales por parte de los usuarios. Este déficit, de alguna forma estancaba la función y objetivos del piso, ya que éste, tiene como finalidad ser un puente hacia una vida autónoma e independiente. Frente a esta dificultad motivacional de los usuarios surgió la necesidad, entre todos, de poner en marcha alguna estrategia que motivara a estos pacientes a realizar actividades e involucrarse en su propio proceso rehabilitador, con el fin de facilitar y desbloquear el proceso de rehabilitación psicosocial.

¿Por qué un programa de economía de fichas?

Porque necesitábamos un método que nos permitiera modificar las conductas objetivo, es decir, las tareas domésticas y sociales, aumentando su frecuencia.

Como estas conductas, presentes en nuestra vida diaria, se ven influidas por múltiples factores que no podemos controlar, era preciso, además, introducir en su ambiente, un reforzador artificial (que pudiéramos manejar) y que a su vez fuera intercambiable por reforzadores habituales. Lo elegimos porque es el método que incide directamente en la activación de la conducta mediante la creación de estímulos motivacionales. El déficit de los usuarios se manifiesta en su conducta y la intervención debía focalizarse en modificar su conducta, o por lo menos el cambio motivacional se reflejaría en el cambio conductual (9, 10).

¿Qué es un programa de economía de fichas?

Es un sistema de organización de contingencias, dirigido a establecer un control estricto sobre un determinado ambiente, para de esta forma modificar las conductas de una persona o grupo. Lo que diferencia esta técnica de otras, es la introducción en el medio del paciente de un reforzador artificial generalizado (fichas) intercambiable por reforzadores naturales (premios) (9).

Los programas de economía de fichas (EF) se han utilizado a nivel grupal en diferentes ámbitos (9):

- Instituciones penitenciarias (Redondo, 1983): se utilizaron como reforzadores llamadas telefónicas y contactos bis a bis.
- Hospitales (Ayllon y Azrin, 1974): se utilizaron como reforzadores alimentos, salidas fuera de la institución, ver la TV.
- Colegios, (Sullivan y O’Leary, 1990): refuerzos comestibles (galletas o zumos), tangibles (juguetes) y de actividad (recreo o películas).
- Pacientes esquizofrénicos (Mc. Monagle y Sultana, 2000): se aplicó un programa de EF en pacientes con Esquizofrenia para modificar los síntomas negativos.

En la vida cotidiana aparecen con frecuencia programas de EF aunque no estén explicitados como tal. Por ejemplo, los puntos que nos da el banco por usar la tarjeta, y que se pueden intercambiar por regalos. El propio sistema económico occidental se podría considerar asimismo como una economía de fichas, puesto que el dinero es un reforzador artificial que se entrega por la emisión de unas conductas determinadas, y que a su vez puede canjearse por un gran número de reforzadores naturales. Así como los incentivos económicos por objetivos laborales.

Aplicación práctica de un programa de EF con los usuarios de nuestro piso protegido.

La primera dificultad con la que nos encontramos al intentar aplicar un programa de estas características, fue que debíamos adaptar el programa a la realidad y necesidades de cada paciente, es decir los reforzadores positivos debían ser personalizados a los gustos de los pacientes y no ser una especie de “sopa para todos”, lo

que aumentaba la complejidad de su aplicación. Aunque los 4 usuarios de nuestro piso protegido son pacientes homogéneos en cuanto a su diagnóstico (TMS), cada uno de ellos tiene un perfil distinto respecto a sus habilidades e intereses para las diferentes tareas. Este es el motivo principal por el que nos vimos obligados a adaptar la teoría a las necesidades y motivaciones de nuestros usuarios, y a contar con su colaboración para el diseño del programa. Por tanto construimos conjuntamente el programa con los pacientes lo que era congruente con la idea de responsabilizarlos de su proceso rehabilitador haciéndolos participar desde el inicio con el programa, discutiendo con ellos las puntuaciones, tareas y premios a aplicar. Después de intensas reuniones con ellos en las que ya nos sorprendió, gratamente, su interés y participación activa, el programa se estructuró de la siguiente forma:

Conductas y puntuaciones:

Fregar platos, cocinar y bajar basura.....	4 puntos
Hacer la compra.....	3 puntos
Limpia el piso.....	5 puntos
Hacer deporte.....	7 puntos
Actividades sociales: buscar trabajo vs. ir al cine.....	5 puntos

Premios a conseguir:

Premios a corto plazo: Tabaco (10pts), refresco (7pts)

Premios a largo plazo: a) premios individuales: José (partido del Barça), Pedro (cena romántica), Luis (juego de ordenador), Andrés (maqueta). Cada premio está valorado en 150 puntos, b) premios comunitarios: DVD, comida en restaurante, fin de semana en camping. Estos premios comunitarios sólo se darán si todos los usuarios han alcanzado sus 150 puntos individuales.

Las conductas se evaluarán semanalmente y por cada actividad realizada se dará la puntuación correspondiente. (Tabla de puntos que construían los propios pacientes). Esa puntuación se materializará físicamente mediante fichas (refuerzo artificial), que serán las que finalmente podrán canjear por los premios pactados.

Aunque pueda parecer una paradoja utilizar refuerzos artificiales y controlados cuando lo que se pretende es aumentar la autonomía e independencia de los usuarios, en realidad estos refuerzos sirven para aumentar la motivación al inicio del programa, pero una vez instauradas las conductas objetivo, el fin es ir retirándolos progresivamente, de manera que estas conductas se vean reforzadas de forma natural en su vida cotidiana. Además nos pareció una forma activa de introducir la idea de participar activamente en su recuperación encontrando en el camino incentivos que les ayudaran a luchar contra la inercia de la sintomatología negativa. Estos incentivos podían funcionar como una confrontación a su actitud pasiva,

pudiendo ellos experimentar la ganancia o pérdida como resultado de su pasividad o su activación.

Reflexiones finales del proyecto de EF

Finalmente por razones organizacionales no se pudo terminar completamente el proyecto, la aplicación del programa coincidió con un cambio laboral de los cuidadores y se tuvieron que desviar los esfuerzos en el entrenamiento y vinculación de los nuevos cuidadores posponiendo la aplicación completa del programa. Como el objetivo de este artículo no es presentar este programa si no compartir nuestras reflexiones y experiencias en el piso quisimos presentar este proyecto aunque fuera interrumpido, seguramente también es uno de los problemas que uno puede encontrarse en el piso, los cambios de cuidadores, abriendo la reflexión de si en éstos también sufren déficits en las compensaciones económicas y laborales, que no se corresponden con el esfuerzo y duro trabajo que realizan. A pesar de ser un proyecto inacabado aprendimos muchas cosas de su elaboración encontrando interesantes resultados.

A pesar de los evidentes beneficios que aporta el piso protegido para la integración comunitaria de pacientes con TMS, detectamos un déficit en la planificación autónoma de las actividades psicosociales por parte de los usuarios del piso; manifestada en una sobre-dependencia hacia los monitores. No obstante, fue muy útil la participación activa de los pacientes en la elaboración del programa de intervención, aumentando así su motivación en el funcionamiento general del piso y creando una mayor cohesión de grupo. Por otra parte, se detectaron en la dinámica del grupo, indicios de emoción expresada similares a los que se encuentran en un sistema familiar.

A raíz de la observación de este proceso, creemos que es necesario realizar en un futuro intervenciones sobre la emoción expresada con los pacientes y monitores, incrementando las sesiones grupales de supervisión y terapia de grupo. Finalmente, valoramos positivamente la implicación y motivación de los pacientes desde el inicio del planteamiento de la intervención. Esta motivación podríamos relacionarla con la mayor responsabilidad que adquieren los pacientes en su proceso de rehabilitación.

Del piso protegido al piso terapéutico

“El lenguaje crea la realidad”

P. WATZLAWICK (11)

Sin olvidar el gran avance que ha representado la creación de pisos protegidos (asistidos) respecto de la institucionalización en el tratamiento de los TMS

albergamos temores de que éstos hayan heredado algún tic o hábito de las viejas estructuras manicomiales. Como aportaron los modelos de la Teoría de la Comunicación Humana del Mental Research Institut de Palo Alto, es a través del lenguaje que estructuramos la realidad; al fijarnos en el rótulo de Piso Protegido/Asistido/Tutelado no podemos dejar de reflexionar en porqué se adquirió ese adjetivo con una connotación proteccionista, que podría facilitar un caldo de cultivo para la emoción expresada, como por ejemplo, la sobreprotección. ¿Porqué no ha proliferado un nombre como Piso Terapéutico?, ¿qué otras connotaciones irían ligadas a esta nueva adjetivación?, como nos enseñaron los teóricos de la comunicación el nombre sí importa.

Un piso terapéutico tiene unas nuevas implicaciones: nos pone a los profesionales y a los usuarios en una posición más activa, evidentemente conllevando nuevos riesgos de EE como son los de la sobreimplicación y el criticismo. También nos recuerda que el proceso terapéutico sigue en activo, implicando toda una serie de intervenciones que van más allá de la simple adecuación a las tareas de la vida cotidiana y a la inserción comunitaria. También hace referencia a que se realiza un tratamiento en lugar de resignarnos a “asistir-proteger” una enfermedad cronicada.

Si el proceso rehabilitador pasa por retomar el proyecto de vida y la identidad que la psicosis fracturó, pensamos que esto requiere de un proceso psicoterapéutico mucho más intensivo que la del simple seguimiento y control de los síntomas positivos de una enfermedad crónica.

A partir de esta concepción el funcionamiento y los objetivos de un Piso Terapéutico podrían ser los siguientes:

- Psicoterapia grupal para los miembros del piso fomentando roles de autoayuda, comunicación interpersonal, desarrollo de un clima de baja EE.
- Psicoterapia individual intensiva focalizada en recuperar el proyecto de vida, identidad, control y conocimiento de su sintomatología, independencia y concienciación de enfermedad que conlleve una auténtica elaboración del duelo por las pérdidas producidas por la enfermedad.
- Supervisión y formación de los cuidadores con sesiones semanales.
- Supervisión externa de todo el equipo implicado.
- Utilización activa de los recursos comunitarios, empezando como paso intermedio el centro de día, para pasar gradualmente a centros cívicos, asociaciones y la reinserción laboral.

La relación humana con la persona a la que se ha diagnosticado un trastorno psicótico y especialmente esquizofrenia, es la piedra angular de una terapia efectiva y la base para una adecuada rehabilitación. Por lo tanto en el piso terapéutico se tendría que priorizar la calidez de esta relación, tanto entre los usuarios como con los profesionales que intervienen a distintos niveles, planteándonos qué tipo de entrenamiento ayudaría a los cuidadores a desarrollar y utilizar una baja EE, así

como desarrollar intervenciones grupales con los pacientes para potenciarlas entre ellos. Sin que todas estas intervenciones nos llevaran a expectativas poco realistas adaptándolas siempre al ritmo y necesidades de cada usuario respetando su independencia y responsabilidad sobre todo el proceso rehabilitador.

Piso terapéutico: un medio y un fin en la rehabilitación psicosocial

En este artículo hemos querido expresar nuestras preocupaciones y autocríticas sobre nuestra experiencia profesional en un piso con pacientes con distintos diagnósticos de psicosis a lo largo de diez años. A partir de estas reflexiones hemos fantaseado con la idea de estructurar pisos terapéuticos que incidieran en una rehabilitación más intensiva y recuperaran la idea de la psicoterapia intensiva de las psicosis, propuesta hace más de medio siglo por Frieda Fromm-Reichman (12) y que está siendo recuperada actualmente por los equipos de atención precoz de las psicosis. Queremos resaltar también cómo pone de manifiesto el artículo publicado en esta misma revista: “Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia” por Ignacio García Cabeza (13) el uso y extensión de la psicoterapia en pacientes con trastornos psicóticos es aún muy limitado.

No obstante, decimos que el lenguaje crea la realidad y a continuación describimos nuestro futuro de piso terapéutico, pero...cuándo podríamos afirmar que el piso es el fin de la rehabilitación, es decir, cuando sabríamos que éste ha conseguido sus objetivos. Si vamos más allá de descripciones operativas y buscamos un significado de tipo existencial, quizás podríamos decir que el piso ha cumplido su función cuando los usuarios puedan elegir cuál es la solución que quieren tomar, pues la terapia y la rehabilitación, en el fondo tienen como resultado la autodeterminación, la libertad, ya que enseñan al individuo que no existe un único camino o realidad y le devuelven la capacidad de decidir. Por otro lado, pero íntimamente ligado a este concepto, es importante tener en cuenta la identidad, pues representa la columna vertebral de ese proyecto vital que ha interrumpido la psicosis. La identidad está formada por el conocimiento de uno mismo, por todas aquellas cosas con las que nos identificamos y que al mismo tiempo permiten a los otros saber quiénes somos, algo sumamente relevante, pues al fin y al cabo, lo que somos es un reflejo de lo que los otros ven... y además, es la fuente principal de la que se nutre el criterio con el que se escogerá el camino para recorrer la vida.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) ELLIS, A. *Como controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Editorial Paidós, 2000.
- (2) RODRÍGUEZ, A. Y BRAVO M. *Marco general y conceptualización de la rehabilitación psicossocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid (2003).
- (3) HUMBEECK, G; VAN AUDEN HOVE, C; PIETERS, G; DE HERT, M; STORMS, G, VERTOMMEN, H, PEUSKENS, J Y HEYRMAN, J. Expressed emotion in the klient-professional caregiver dyad: are symptoms, coping strategies and personality related? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2002) 37: 364-371.
- (4) ARTHUR, D. Y THE NURSING RESEARCH GROUP. The validity and reliability of the measurement of the concept "expressed emotion" in the family members and nurses of Hong Kong patients with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing* (2002) 11, 192-198.
- (5) KUIPERS, E. *La carga del cuidado en la psicosis para familiares y personal: implicación para los servicios*. Punto de Vista. Londres (1997).
- (6) LEFF, J Y WILLETTS, L. Improving the knowledge and skills of psychiatric nurses: efficacy of a staff training programme. *Journal of Advanced Nursing* (2003) 42 (3), 237-243.
- (7) LEFF, J Y WILLETTS, L. Expressed emotion and schizophrenia: the efficacy of a staff training programme. *Journal of Advanced Nursing* (1997) 26, 1125-1133.
- (8) SHAKESPEARE, W. *Obras completas*. Ed Losada S.A. 2008.
- (9) LABRADOR, FJ; CRUZADO, JA; MUÑOZ, M. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Ed. Pirámide Madrid, 1998.
- (10) McMONAGLE T, SULTANA A. *Economía de fichas para la esquizofrenia*, Biblioteca Cochrane Plus nº1. 2000.
- (11) WATZLAWICK, P. *¿Es real la realidad?*. Ed. Herder 1986.
- (12) FROMM-REICHMANN, F. *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maniaco-depresivos*. Ed. Hormé, 8ª edición 1989.
- (13) GARCÍA CABEZA, I. "Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia". *Rev. Asoc. Esp. Neurops.*, 2008, vol. XXVIII, nº 101, pp 9-25.