

# REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL: VIEJOS PROBLEMAS y NUEVAS SOLUCIONES

Carmelo Vázquez Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid	Marta Nieto Área de Calidad, Investigación y Formación FISLEM, Toledo
---	--

Vázquez, C. y Nieto, M. (2010). Rehabilitación psiquiátrica: Nuevos problemas y viejas soluciones. En A. Blanco, D. Navarro y A. Pastor (eds.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 59-75). Madrid: Síntesis.

## 2.1. La rehabilitación como modelo de Psicología

La rehabilitación de los trastornos mentales se ha enfrentado desde su inicio a la necesidad de dibujar, de un modo muy laborioso, los límites de su campo de juego. La definición de su propio objeto de estudio (¿una desviación social o comportamental?, ¿una pérdida de razón?, ¿una enfermedad?) y la determinación de su horizonte (¿la remisión de síntomas?, ¿recuperar una vida plena?, ¿eliminar una enfermedad?) han supuesto un reto formidable desde su propia creación (Watts y Bennett, 1990). Sin embargo, y ésta es la perspectiva que queremos transmitir al lector, estos retos no son, ni han de ser, una peculiaridad de la rehabilitación. Por el contrario, creemos que la rehabilitación afronta, intenta y ha dado soluciones por adelantado, en una especie de avanzadilla intelectual y profesional a *retos generales* y transversales que se han planteado, a veces con más retraso, muchos de ellos aún actuales, en el ámbito de la Psiquiatría, la Psicología y las ciencias afines.

Como punto de partida, la discusión sobre la propia naturaleza de los trastornos mentales afecta enormemente enfoques y decisiones terapéuticas e impregna los valores implícitos de la propia rehabilitación (Valiente, Vázquez y Smith, en prensa). Por ejemplo, concebir la esquizofrenia como una enfermedad o, por el contrario, como un trastorno mental cuyos problemas en el funcionamiento quedan delimitados por las oportunidades y retos que la sociedad ofrece para la recuperación y para la integración de las personas con problemas (Hopper, 2007) plantea paisajes radicalmente diferentes. Y estas opciones, tan opuestas, siguen vivas y a veces enfrentadas. Por ejemplo, las propuestas sobre la propia esquizofrenia entendida como una enfermedad (Lieberman y First, 2007) se basan en supuestos no comprobados aunque, desgraciadamente, acríticamente aceptados por muchos (Bentall, Kinderman y Vázquez, 2007). De hecho, la aceptación de un modelo de enfermedad para comprender los trastornos mentales graves puede comprometer seria y negativamente la propia filosofía rehabilitadora, las prácticas mismas de la rehabilitación (Kinderman et al., 2007), el análisis de las necesidades, las

demandas y las expectativas reales de los “pacientes”, de sus familiares y de la sociedad en general, y las decisiones de los gestores y agentes responsables de delimitar líneas estratégicas de actuación en el ámbito de la salud y de planificar y asignar dispositivos y recursos. Aunque con frecuencia se defiende el modelo médico por su carácter desestigmatizador al favorecer atribuciones causales exógenas para el trastorno, hay evidencias de que un modelo psicosocial explicativo puede ser más favorecedor para comprometer al paciente, las instituciones, y a los terapeutas en dinámicas activas de cambio y aún más desestigmatizadoras (Read, Mosher y Bentall, 2004). De modo que este debate que tan esforzada y continuadamente ha cruzado el discurso de la rehabilitación, desde sus propios orígenes, sigue aún hoy vigente y es imprescindible mantener vivo.

Precisamente, una peculiaridad de la rehabilitación en salud mental es que, en nuestra opinión, es uno de los ámbitos en los que todavía está preservado un elemento de reflexión nuclear sobre los supuestos de su funcionamiento, sus objetivos, y los instrumentos para su ejecución. Posiblemente por su carácter transversal a otras disciplinas y por haber asumido una visión más holística del ser humano y de la salud, pensamos que el ámbito de la rehabilitación es uno de los pocos reductos de la práctica profesional en donde no es infrecuente encontrar reflexiones epistemológicas de gran calado sobre la propia disciplina. La conocida dualidad: “la rehabilitación es un concepto en busca de método” vs. “la rehabilitación es una práctica en espera de teoría” (Anthony, 1977; Farkas, 1996), son claros ejemplos de cómo retos de este cariz conceptual no han sido sino el acicate del desarrollo, exitoso en la mayoría de las ocasiones, de estrategias y soluciones prácticas a viejos problemas que, de forma común, acompañan el progreso de la comprensión de los problemas de salud mental y de su tratamiento.

En otros ámbitos de la actuación y la investigación clínicas, se ha abandonado con mucha frecuencia este tipo de discusiones epistemológicas. Pero la propia naturaleza de *terra incognita* de la rehabilitación, un terreno fronterizo de horizontes imprecisos, no debe entenderse como una debilidad o una patología propia de un cuerpo de conocimiento aún débil sino más bien como un terreno propicio

para una reflexión que, además, puede irradiar su foco a zonas más amplias de la Psicología o la Psiquiatría. De hecho, como sostendremos más adelante, la investigación y práctica clínicas en áreas como la depresión o los trastornos de ansiedad o de personalidad, se beneficiarían mucho de los enfoques conceptuales y prácticos que la rehabilitación de los trastornos mentales graves (fundamentalmente en el área de las psicosis) han ido destilando en el transcurso del tiempo. En esas áreas clínicas, la concepción de los problemas basados en modelos de enfermedad decimonónicos y los enfoques terapéuticos basados en reducción de síntomas son los que, desafortunadamente, aún dominan la escena.

¿Qué puede aportar y transferir la visión rehabilitadora a ámbitos más extensos como la psicología o psiquiatría clínicas, a los cuales, no olvidemos, pertenece, forma parte y complementa? Por poner sólo un ejemplo, la evidencia disponible para determinar si un tratamiento es efectivo o no se basa casi exclusivamente en si éste es capaz de *reducir síntomas* en el paciente, algo necesario pero seguramente no suficiente para asegurar la bondad de una intervención (Vázquez y Nieto, 2005). Como veremos más adelante, la rehabilitación hace ya mucho que ha cuestionado definitivamente esa visión tan estrecha del cambio terapéutico y ha abierto caminos que deberían seguirse desde otras disciplinas.

## 2.2. Las metáforas subyacentes en la rehabilitación

En la historia de los tratamientos, científicos o populares, la intervención se deriva *siempre* de una hipótesis causal subyacente (Rosenhan y Seligman, 2001). Creemos que este es el punto de anclaje más importante para comprender las bases epistemológicas de la rehabilitación. Es decir, cualquier práctica terapéutica o rehabilitadora, por muy atípica, insustancial o espúrea que pueda parecer, se asienta sobre un marco explicativo determinado.

¿Cuál es la metáfora implícita en el ámbito de la enfermedad y la salud mental? Como hemos planteado más extensamente en otro lugar (Vázquez, Nieto y López-Luengo, 2002), ha habido históricamente diversas concepciones sobre las causas de la conducta desviada que han actuado como metáforas catalizadoras de la indagación y la explicación de esas conductas. Y no se trata de una simple sucesión ordenada y progresiva de paradigmas kuhnianos a lo largo del tiempo sino de esquemas interpretativos que se han ido solapando en el transcurso de la historia y que aún hoy *conviven*. En efecto, es interesante que algunos mitos precientíficos sobre la etiología de los trastornos mentales aún hoy estén presentes en forma de burdas presentaciones enmascaradas tras aparatosos andamiajes tecnológicos o amparadas por más que evidentes intereses comerciales o gremiales. De hecho, algunas interpretaciones biológicas sobre el origen de los trastornos mentales, tan recientes como históricamente ingenuas, se asemejan a viejas ideas biologicistas del siglo XIX que considerábamos definitivamente arrinconadas pero que ahora resurgen a través de otros medios y tecnologías que en muchos casos están vacías de contenido (Vázquez, 1990).

Algunas de las metáforas o narraciones explicativas que han aparecido en el ámbito de los trastornos mentales son las siguientes: la locura como un mal del espíritu; la locura como una enfermedad; la locura como una pérdida de razón. Nos parece interesante dedicar algún espacio al análisis de cómo la *metáfora de la enfermedad* ha ido ganando respetabilidad y, sobre todo espacio en el imaginario colectivo, creando una atmósfera epistemológica, si se nos permite la expresión, forzadamente organicista. Baste, como ejemplo de este proceso incipiente pero de gran vigor, el espectacular incremento en el gasto farmacéutico en la última década (Vázquez et al., 2002).

La metáfora médica se ha presentado siempre como un modelo fuera del espacio ideológico, planteada sólo en el terreno exclusivo de los “hechos” y los datos. Pero, como nos avisó certeramente Szasz (1973), la etiquetación de conducta desviada supone no sólo estos elementos descriptivos u objetivables sino necesariamente *prescriptivos*. En efecto, si nos atenemos a la concepción troquelada

en el DSM-IV o sus antecesores, para que un comportamiento humano sea considerado *clínicamente significativo* (recordemos que este concepto aparece textual y reiteradamente en los sistemas de clasificación DSM y CIE) no basta sólo con la presencia de signos y síntomas sino que se requiere *juzgar por parte del clínico* que ese comportamiento causa malestar subjetivo o supone un desajuste social, laboral o familiar para quien lo padece. Estamos pues, de lleno, en el ámbito de los *juicios de valor*: “describimos la conducta en términos de lo que pensamos que debería ser...” (Schaler, 1995). Además, la conducta es desviada y disfuncional en relación a los valores y modos de funcionamiento de una sociedad determinada. Cualquier modelo moderno de capacidad ha de tener en cuenta no sólo las características del individuo sino del propio contexto en el que vive (Mitra, 2006).

Una lectura biologicista del comportamiento humano resulta científicamente incompleta e ideológicamente sesgada. No conviene olvidar que la Psicopatología se nutre más de *síntomas* que de signos, y aquéllos son una expresión de quejas, de insatisfacción personal, de valoración subjetiva en definitiva. El diagnóstico, al menos de momento, no se basa en elementos como temperatura corporal, parámetros de sangre u orina, rayos X, o imágenes coloreadas de última generación. El diagnóstico pasa necesariamente por las quejas de un *sujeto*, quien conlleva visiones más o menos complejas de sí mismo y del mundo, valores, expectativas y deseos. Esta visión del sujeto a merced de fuerzas internas (biológicas pero también psicológicas) tiene un profundo efecto sobre la filosofía de la intervención y sobre la relación en la intervención: considerar que una persona “carece” de intencionalidad en su conducta es quizás uno de los modos más deshumanizadores en que una persona puede relacionarse con otra. Sin embargo este pensamiento es una parte integral de las acciones que llevan a cabo muchos psiquiatras y psicólogos que pertenecen a instituciones cuando intentan diagnosticar y tratar “enfermedades mentales” (Schaler, 1995).

Esa pretensión biologicista a ultranza, que a veces resultaría cómica si no fuera por los intereses profesionales, institucionales y económicos que conlleva, no es sólo una ilusión y una quimera

acientífica (Vázquez, 2000) sino que, paradójicamente, emplean una trampa *política*, para negar el carácter social e ideológico de ese discurso que intenta simplificar a su conveniencia la realidad. Así, las explicaciones se convierten en verdades inapelables, la conducta desviada se explica por una desviación biológica y la institución psiquiátrica deviene en un marco aséptico exento de ideología.

Quizás la lección más importante es que los tratamientos están siempre dirigidos por teorías, construcciones de la realidad, asunciones más o menos implícitas sobre el origen de la enfermedad, y esto es una constante histórica, marcada por un continuo ir y venir del optimismo al pesimismo terapéutico que no debemos olvidar. De hecho, la rehabilitación psiquiátrica surgirá como fruto del paso de un optimismo terapéutico, originado por la aparición de los psicofármacos a mediados del siglo XX, a un pesimismo terapéutico debido en parte a las limitaciones de los tratamientos psicofarmacológicos como herramienta única de carácter rehabilitador (Vázquez et al., 2002).

### 2.3. Rehabilitación: Procesos de construcción y deconstrucción

En nuestra opinión, la teoría y práctica de la rehabilitación absorbe pero también genera espacios de pensamiento a través de un complejo proceso de *construcción* (por ejemplo, en la definición y operativización de lo que puede considerarse como “recuperación) y, simultáneamente, de *deconstrucción* tanto física (del viejo orden manicomial) como conceptual. En cuanto a la deconstrucción física, conviene no olvidar que vivimos en un proceso acelerado de cambio de transformación del viejo orden manicomial que aún plantea muchos interrogantes y disparidades entre diversas zonas del país. El proceso de desinstitucionalización o, mejor dicho, desmanicomización, es imparable tanto por razones económicas, legales y humanitarias, como de eficacia contrastable (Sheperd, 1996). A esta *deconstrucción institucional* (a la que obviamente se demandan tareas de construcción alternativas como, por ejemplo, dispositivos intermedios) habría que añadir un necesario elemento crítico de *deconstrucción conceptual* de categorías psiquiátricas que se han demostrado

ineficaces para predecir el curso de los trastornos o para desarrollar planes de intervención individualizados (Kinderman, Sellwood y Tai, 2008). En definitiva, la rehabilitación se encuentra situada en el cruce de un complejo entramado de circunstancias algunas de las cuales han sido promovidas y alentadas por la propia dinámica revitalizadora del movimiento rehabilitador:

- La deshospitalización o desinstitucionalización psiquiátrica marcada por un proceso de atención e inserción comunitaria de los “enfermos”.
- Una concepción comunitaria de la salud mental que promueve el mantenimiento, participación e integración activas de la persona con trastorno mental grave (TMG) en su contexto social.
- El movimiento de los derechos humanos y la filosofía de la normalización, que hacen hincapié en los derechos de los usuarios y en la necesidad de que participen directamente en procesos de decisión.
- Una escasa confianza en la utilidad de las etiquetas psiquiátricas para capturar elementos individuales, indispensables en cualquier formulación de un plan rehabilitador.
- El énfasis en el funcionamiento psicosocial, en la integración social y laboral y en el uso y disfrute de los recursos comunitarios normalizados que suplantán o complementan conceptos como el de síntoma y enfermedad.
- La necesidad de dotarse de criterios de resultados que vayan más allá de la mejoría sintomatológica, y que se dirijan hacia la recuperación.
- Las limitaciones de los tratamientos psicofarmacológicos y de las terapias tradicionales en promover cambios profundos y duraderos en repertorios de conductas y en el bienestar subjetivo experimentado por las personas con TMG.
- La aplicación de nuevas técnicas de intervención procedentes de la psicología del aprendizaje social, de la modificación de conducta, o de la psicología social y comunitaria.

- La atención a las situaciones de dependencia, y a la carga y costes indirectos asociados a los problemas de salud mental.
- El énfasis en centrar sus actuaciones en satisfacer las necesidades y expectativas de sus “clientes” (los usuarios, sus familiares y la sociedad)

## 2.4. Metas de la rehabilitación

### 2.4.1. ¿Reducción de síntomas, remisión o recuperación?

El término de “recuperación” parece explicarse por sí mismo y podría parecer una tarea casi trivial intentar plantear su significado. En el ámbito de la medicina parece claro que la recuperación de un resfriado, una fractura de huesos, o un cáncer, implica una vuelta al pleno funcionamiento normal. Recuperarse, por lo tanto parece significar un *regreso* a un punto inicial de *buen funcionamiento* y, este es el sentido que damos habitualmente al término “curación” (Buckley, Fenley, Mabe y Peebles, 2007). En el ámbito de la salud mental, en el que se ha introducido con fortuna el concepto de recuperación, puede tener algunas complicaciones adicionales el traslado directo de este concepto. En este apartado efectuaremos algunas consideraciones en este sentido.

El horizonte de la recuperación no pertenece sólo al discurso de los trastornos mentales y no debe limitarse sólo a ellos. En general, sea cual sea el trastorno del que hablemos, el objetivo final debería ser el de la remisión completa de síntomas e idealmente conseguir una *restituto ad integrum*, es decir, una vuelta al funcionamiento premórbido (Paykel, 2002), lo que puede suponer un reto formidable terapéutico. Conviene recordar que las etiquetas tan de moda de “terapia eficaz” o “empíricamente validada” se basan de modo exclusivo en una reducción de síntomas en instrumentos como inventarios de síntomas o cuestionarios. Pero este foco en los síntomas no hace más que traducir una mirada muy estrecha sobre lo que supone “recuperación”. Mientras que diversos tipos de terapias farmacológicas o psicológicas pueden ser efectivas en la reducción de síntomas en el caso de la depresión (Vázquez,

Nieto, Hernangómez y Hervás, 2005), su eficacia en términos de *recuperación*, empleando criterios más ambiciosos de funcionamiento y de aspectos tan olvidados como el disfrute de la vida o encontrar sentido a la existencia, está aún por demostrar (Vázquez, Hervás y Ho, 2006). Como ya hemos discutido en otro lugar, los criterios de mejoría de trastornos mentales han sido más bien raquíticos y una mera reducción de los síntomas a la mitad de los existentes en la línea base se ha considerado en las guías clínicas como criterio estándar de mejoría (Vázquez et al., 2005). Pero este panorama está empezando a cambiar hacia cotas más altas de exigencia, seguramente debido, en parte, a los retos que ha venido planteando la rehabilitación de los TMG.

La recuperación es obviamente un camino pero también ha de entenderse como un resultado con mayor o menor fragilidad o transitoriedad. Esto exige encontrar medidas que puedan dar cuenta de los posibles avances y retrocesos habidos. De nuevo, la selección de las medidas va a estar muy determinada por los valores implícitos y explícitos de las diferentes aproximaciones (Valiente et al., en prensa). De momento, la búsqueda de consensos para definir resultados normalmente ha llevado a operativizarlos en términos de: a) Reducción de síntomas; b) Funcionamiento normalizado equiparable al de otros miembros de la comunidad; y c) Duración mínima temporal de ese estado. Estas aproximaciones de estándares mínimos (Lieberman y Kopelowicz, 2005; Buckley et al., 2007) ha dado lugar a diferentes sistemas de cuantificación de estos criterios (ver cuadro 2.1)

Cuadro 2.1. Diferentes modos de operativizar la recuperación en los trastornos esquizofrénicos. Adaptado y modificado de Liberman y Kopelowicz (2005)

---

**Definición de recuperación de esquizofrenia**

---

*Liberman y Kopelowicz (2005)*

- Sin hospitalizaciones y puntuación de 3 o menos en todos los síntomas psicóticos evaluados por el BPRS.
- Funcionamiento psicosocial adecuado (dedicación parcial laboral o académica, contactos sociales semanales, y manejo independiente del dinero).
- Calidad subjetiva de vida satisfactoria.
- Seis meses o más.

*Torgalsboen y Bjorn (2002)*

- GAF >65 y sin hospitalizaciones.
- 5 años o más.

*Andreasen, Carpenter, Kane et al. (2005)*

- Remisión de síntomas de esquizofrenia
- 6 meses o más.

*Frese, Stanley, Kress et al., (2001)*

“...Un proceso continuado de aprender a vivir con la propia discapacidad y de reconstruir gradualmente un sensación de propósito, implicación (agency) y sentido de la vida a pesar de las limitaciones del trastorno”.

*Anthony, Rogers y Farkas (2003)*

“...Metas y procesos que son indicativos de recuperación para una persona pueden ser diferentes para otra”.

*Whitehorn et al., 2002*

- PANSS de 4 o menos.
- GAF > 50.
- Durante 2 años al menos.

*Harding et al., 1987*

- Sin síntomas y sin medicación
- 

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale

PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale

GAF: Global Assessment of Functioning

Evidentemente, el empleo de unos criterios u otros afectará de un modo decisivo las “tasas” de recuperación. Por ejemplo, Robinson et al. (2004) han demostrado que con el uso de los criterios de Liberman y Kopelowicz (2005), sólo el 14% de una muestra inicial de pacientes diagnosticados de esquizofrenia se podían clasificar como “recuperados”. Sin embargo, empleando los criterios de Andreasen et al. (2005) centrados de un modo exclusivo en la remisión de síntomas, hasta un 47% de

los participantes en el seguimiento cumplían estos criterios menos exigentes aunque sin duda importantes. En cualquier caso, la elección de criterios conlleva cuestiones filosóficas, conceptuales, metodológicas (ej.: elección de instrumentos de medida) y tiene sin dudas implicaciones relevantes en cuanto a los resultados que se derivan del uso de unos criterios u otros.

De cualquier modo, el trasvase de conceptos desde la medicina a la salud mental no es tan sencillo y los criterios que acabamos de mostrar son seguramente insuficientes para captar la complejidad y profundidad del proceso. Admitiendo que puede haber una recuperación plena en condiciones o enfermedades agudas, la cuestión es más complicada cuando se trata de condiciones crónicas (ej.: diabetes) o de trastornos mentales. ¿Qué significa “recuperación” en una persona con un trastorno de personalidad límite? ¿Puede la gente “recuperarse” de un trastorno esquizofrénico? La posibilidad de “recuperación” es un asunto abierto al debate. Mientras que algunas revisiones de la literatura ofrecen una visión relativamente pesimistas (Hegarty, Baldessarini, Tohen et al., 1994), algunos estudios longitudinales han concluido que un porcentaje significativo de pacientes con TMG están asintomáticos y “recuperados” varias décadas después de la aparición del problema. Quizás el ejemplo más interesante sea el del estudio longitudinal de Vermont, en el que desde 1955 se ha venido siguiendo a casi 300 personas con TMG (la mayoría con diagnóstico DSM-I de esquizofrenia) participantes en una innovadora experiencia desinstitucionalizadora. Treinta años después del comienzo de la experiencia, el 81% de los participantes se cuidaban por sí mismos, el 68% presentaba pocos síntomas psicóticos o ninguno, y el 64% había tenido menos de dos hospitalizaciones en los 20 años siguientes al alta (Harding, Brooks, Ashikaga et al., 1987; Jobe y Harrow, 2005). Es interesante que las principales las razones que los participantes dieron para explicar su lucha frente a la recuperación giraran en torno a la esperanza de cambio y en pensar que había profesionales e instituciones que creían en ellos. Como expondremos más adelante, los cambios positivos no sólo deben esperarse en los propios afectados sino en las propias instituciones y profesionales que deben

trabajar en instalar una práctica basada en valores positivos (Farkas, Gagne, Anthoy y Chamberlein, 2005)

La idea de recuperación evoca siempre la idea una vuelta a un punto anterior de funcionamiento. Mientras que esto puede ser relativamente sencillo de entender en procesos médicos, su uso en el ámbito de la experiencia psicológica es más discutible. En primer lugar, los niveles de funcionamiento premórbido en muchos problemas mentales graves, como la esquizofrenia, suelen ya estar muy bajos (Vázquez et al., 2002). De este modo, el objetivo más razonable de la recuperación puede ser no tanto la vuelta a puntos de funcionamiento previos sino llegar a dotarse de herramientas que permitan avanzar y construir espacios vitales en muchos casos nunca conquistados previamente (ej.: autonomía personal). En un segundo sentido, el curso irregular y salpicado de recaídas y recurrencias en muchos trastornos mentales no es sólo un problema estadístico o epidemiológico. Cada recaída supone un aumento en el nivel de desesperanza, de sensación de impredecibilidad, y un empeoramiento en el funcionamiento y las posibilidades de adaptación (ej.: mantener un empleo). En tercer lugar, la irrupción de problemas mentales supone en muchos casos una ruptura de trayectorias vitales en momentos vitales decisivos (ej.: la adolescencia o la primera juventud) y eso suele tener un coste adicional importante y suponer una barrera adicional para la “recuperación”.

Para añadir mayores dificultades a un intento de traducción lineal entre la recuperación de problemas físicos y problemas mentales, éstos se asocian a otros parámetros de desventaja social. Las personas con trastornos mentales tienen una mayor probabilidad de ser mujer, solteras, y con un bajo nivel socioeconómico y educativo y, entre otros marcadores adicionales, un peor nivel de calidad residencial, mayores niveles de problemas con la justicia y mayor victimización (Warner, 1994). Sin entrar a discutir la dirección causal entre el trastorno mental y estos factores, lo cierto es que todo esto contribuye a una peor calidad de vida y una mayor dificultad para una rehabilitación integral y con éxito que el que puede darse en las enfermedades orgánicas normales (Kinderman, Sellwood y Tai,

2008). Este cúmulo de desventajas psicosociales, que impregnan y determinan la existencia de las personas con problemas mentales, raramente se tienen en cuenta en los estudios sobre la naturaleza de esos trastornos (Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey y Fisher, 2007). Cualquier proceso rehabilitador ha de tener en cuenta necesariamente no sólo la recuperación psicológica sino también la social y funcional de las personas en un sentido pleno.

Pero los problemas mentales suelen tener algunas características adicionales por su propia naturaleza. En un sentido experiencial, el propio trastorno mental supone atravesar una experiencia vital normalmente intensa, dolorosa y, en cualquier caso, diferente a las experiencias cotidianas de la gente. La investigación sobre el trauma ha dejado meridianamente claro este aspecto. Sabemos que muchas experiencias traumáticas, pueden socavar algunas de las creencias básicas en las que se asienta más profundamente nuestro bienestar (ej.: la idea de que el mundo es un lugar seguro o predecible o de que somos seres humanos valiosos) – Janoff-Bulman, 1992. Aunque no siempre sucede, en el caso del trauma esta ruptura de creencias, por cierto no contemplada entre los síntomas un tanto ramplones de las definiciones DSM del trastorno por estrés postraumático, puede tener un impacto duradero y central sobre la visión del mundo de una persona que ha pasado por esas experiencias. Siguiendo esta línea de razonamiento, sufrir alucinaciones o delirios persecutorios puede tener implicaciones profundas respecto a la resignificación de la realidad y, de ahí que la recuperación sea un proceso más complejo y, en cierto sentido, más difícil, de clausurar que en enfermedades médicas. Si, como se plantea desde posiciones fenomenológicas y desde la psicología experimental, las personas diagnosticadas con esquizofrenia sufren una experiencia distorsionada de la realidad (Uhlhass y Mishara, 2007), debería esperarse que este tipo de experiencias tengan un impacto duradero y transformador (incluso después de desaparecer el síntoma) en la vivencia de uno mismo y de la realidad. Obviamente, una valoración de la recuperación anclada en las medidas de síntomas (Alonso et al., 2008; Andreasen et al., 2005) probablemente nunca capturará la complejidad del proceso de cambio en su totalidad (Valiente,

Vázquez y Smith, en prensa). A veces se habla, por ejemplo, de “síntomas residuales” pero en realidad estos están llenos de significado personal (ej.: sensación de derrota, persistencia de ideas extrañas sobre uno mismo o los demás, autoestima dañada, etc.).

Así pues, la “recuperación” en el caso de los trastornos mentales puede tener una serie de facetas que, en nuestra opinión, hacen la tarea aún más compleja que la que sucede en escenarios médicos de los cuales se ha derivado el término. De esta forma, el término rehabilitación suele utilizarse para hacer referencia a muy diversos objetivos. Por un lado, incluye intervenciones cuyo objetivo es el de mejorar ciertas habilidades que la persona en algún momento tenía pero que ha perdido. Por otro lado, algunos programas tienen como finalidad el evitar el empeoramiento de ciertas capacidades, la idea no es tanto la de mejorar sino la de que no haya un empeoramiento. Finalmente, algunas técnicas hacen referencia a la rehabilitación cuando se debe hablar estrictamente de “habilitación” puesto que el objetivo final es el de dotar a la persona de habilidades nuevas, es decir, no recuperar algo perdido sino crear algo nuevo.

#### 2.4.2. Recuperación basada en capacidades

El “nuevo” modelo de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, cristalizado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF; OMS, 2001) “reconoce” una serie ámbitos de actuación de los cuales la rehabilitación se puede beneficiar en la delimitación, desarrollo y propuestas en la re-definición de políticas sociales y de salud (Peterson, 2005). Aunque el concepto de discapacidad requiere de una reflexión y redefinición profundas (Leonardi, Bickenbach, Ustun, Kostanjsek, Chatterji, MHADIE-Consortium, 2006), su introducción en la CIF desde un modelo biopsicosocial, consolida horizontes y ámbitos de actuación ya conquistados por la rehabilitación, tales como el *principio de universalidad* o el énfasis que los factores externos (los denominados en la CIF *factores contextuales* y *factores personales*) tienen en la comprensión del

funcionamiento y del bienestar de los individuos (que no son sino “viejos” conocidos de la práctica rehabilitadora). Su impulso desde un organismo del calibre del OMS espera convertirse en una herramienta útil para la rehabilitación, no sólo por complementar la simplista Clasificación Internacional de Enfermedades (basada en síntomas), sino como instrumento de medida y lenguaje común con otras disciplinas de la salud. Por primera vez, la CIF introduce, de forma universal y transcultural, escalas de medición del funcionamiento de los individuos a través de dos escalas que, de 0 a 9, valoran la *Capacidad* de un individuo para realizar tareas estándar en diferentes dominios de su vida cotidiana, y su *Rendimiento* en cuanto a la experiencia de la gente en el contexto en el que se desenvuelve). Además, la CIF contempla la dimensión *Participación en Sociedad* como un elemento clave resultado no sólo de una “condición médica” dada (esquizofrenia, cáncer, artritis, etc.), sino de su interacción con factores ambientales y personales que de forma positiva o no, influyen en el bienestar global de los individuos.

Si bien es cierto, que los instrumentos de evaluación de estos dominios clave en la comprensión del funcionamiento humano aún son escasos y están en desarrollo, iniciativas como el desarrollo de la Escala de Discapacidad de la OMS (WHODAS-II; WHO, 1999) pueden ser de utilidad como medidas de resultado y como medidas para la estimación de la carga asociada a los problemas de salud mental al ser instrumentos genéricos que permiten la comparación entre diferentes grupos y poblaciones (Ayuso-Mateos, Nieto, Sánchez-Moreno y Vázquez-Barquero, 2006; Chopra, Couper y Herrman, 2004; Chopra, Herrman y Kennedy, 2008). No obstante, la CIF adolece aún de la descripción clara de los denominados Factores Personales (e.g. factores de personalidad, estrategias de afrontamiento, etc.), cuya definición y clasificación es una asignatura pendiente de su desarrollo. En definitiva, el modelo biopsicosocial de funcionamiento y discapacidad propuesto por la OMS ha de nutrirse aún de otros modelos que incorporen el análisis de las competencias y capacidades en el resultado global del funcionamiento y bienestar de las personas.

En el ámbito de la Psicología (ej.: Peterson y Seligman, 2004; Vázquez, Hervás y Ho, 2006) y de la Psiquiatría (Cloninger, 2006) se viene planteando también, aunque más tardíamente que en el discurso rehabilitador, la urgencia de cambiar de modelos basados en el síntoma y la discapacidad a modos de intervención que enfatizan más el desarrollo de capacidades, competencias y bienestar de las personas que sufren problemas mentales (Vázquez et al., 2006). Este enfoque “salutógeno”, basado en una concepción de *salud mental positiva* tiene importantes repercusiones sobre la intervención y la prevención (Vázquez y Hervás, 2008a).

Uno de los problemas de un modelo general de capacidades es el de delimitar primero un cierto sistema de ordenamiento y clasificación de las mismas. Los desarrollos en este sentido son aún muy escasos y necesitados de comprobación empírica. Sin embargo, hay propuestas tan interesantes como la Peterson y Seligman (2004) quienes intentan efectuar una taxonomía de las virtudes y fortalezas psicológicas universales y que, por lo tanto, serían deseables, como metas de realización personal, prácticamente en cualquier cultura y circunstancia. En este sistema de clasificación de fortalezas y virtudes psicológicas, se señala la existencia de 24 fortalezas básicas (véase Peterson y Park, 2008) que, empleando una visión aristotélica, se puede decir que *en sí mismas* son valiosas (ver Cuadro 2.2). Puede ser interesante comprobar en qué medida un trastorno mental grave compromete estas fortalezas, cuáles se mantienen mejor, cuáles pueden ser objeto de más énfasis en el proceso rehabilitador y, en definitiva, comprobar si esta nueva mirada, más amplia y compasiva sobre los seres humanos y sus dificultades, puede ser de utilidad en el ámbito de la rehabilitación.

Así pues, desde la Psicología, probablemente *después* que la rehabilitación hubiese reflexionado sobre este nuevo orden de cosas (ej.: Farkas et al., 1989), comienza a existir una fundada preocupación por encontrar taxonomías de funcionamiento no basadas en síntomas y déficit, como se ha venido planteando tradicionalmente, sino realmente desde los recursos y capacidades que siempre existen en cualquier individuo (tenga problemas mentales o no).

Cuadro 2.2. Clasificación VIA (Values in Action) de 24 rasgos positivos organizados en términos de seis virtudes fundamentales (Peterson y Park, 2009, en prensa)

---

<i>1. Sabiduría y conocimiento.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creatividad: pensar en formas nuevas y productivas de hacer las cosas.</li> <li>• Curiosidad: tener interés sobre todas las experiencias que están teniendo lugar.</li> <li>• Apertura de mente: pensar en las cosas con profundidad y desde todos los ángulos.</li> <li>• Amor al aprendizaje: buscar el desarrollo de nuevas destrezas, temas y cuerpos de conocimiento.</li> <li>• Perspectiva: ser capaz de proporcionar sabios consejos para otros.</li> </ul>
<i>2. Coraje</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autenticidad: decir la verdad y presentarse a uno mismo de una forma genuina.</li> <li>• Valor: no amedrentarse ante la amenaza, el desafío, la dificultad o el dolor.</li> <li>• Persistencia: finalizar lo que uno empieza.</li> <li>• Vitalidad: acercarse a la vida con excitación y energía.</li> </ul>
<i>3. Humanidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bondad: hacer favores y ayudar a los demás.</li> <li>• Amor: valorar las relaciones cercanas con los demás.</li> <li>• Inteligencia social: ser consciente de los motivos y sentimientos de uno mismo y los demás.</li> </ul>
<i>4. Justicia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justicia: tratar a todo el mundo de la misma forma de acuerdo a las nociones de justicia y equidad.</li> <li>• Liderazgo: organizar actividades de grupo y conseguir que sucedan.</li> <li>• Trabajo en equipo: trabajar bien como miembro de un grupo o equipo.</li> </ul>
<i>5. Contención</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de perdonar: perdonar a aquellos que nos han hecho daño.</li> <li>• Modestia: dejar que los logros propios hablen por sí mismos.</li> <li>• Prudencia: ser cuidadoso acerca de las propias decisiones; no hacer o decir cosas de las que luego uno se podría arrepentir.</li> <li>• Autorregulación: regular lo que uno siente y hace.</li> </ul>
<i>6. Trascendencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apreciación de la belleza y la excelencia: percibir y apreciar la belleza, la excelencia, o la destreza en todos los ámbitos de la vida.</li> <li>• Gratitud: ser consciente y agradecido de las buenas cosas que suceden.</li> <li>• Esperanza: esperar lo mejor y trabajar para lograrlo.</li> <li>• Humor: gusto por la risa y la broma; generar sonrisas en los demás.</li> <li>• Religiosidad: tener creencias coherentes sobre un propósito más alto y un sentido en la vida.</li> </ul>

---

Más específicamente aún, esta visión centrada en los recursos, capacidades y aspectos positivos del funcionamiento, ha sido capitalizada por la denominada Psicología Positiva, una aproximación que intenta complementar una visión de la Psicología basada en el déficit. Sin entrar en un planteamiento más amplio de esta aproximación, la Psicología Positiva se ocupa de aspectos relacionados con la esfera individual (emociones positivas, bienestar psicológico y fortalezas y virtudes) pero también con el análisis y desarrollo de las instituciones (familia, entorno laboral, escuelas, etc.) que faciliten un desarrollo humano y comunitario mejor (Vázquez y Hervás, 2008a, b). Por ejemplo, las intervenciones en rehabilitación podrían tener en cuenta de un modo planificado y ordenado estrategias para incrementar experiencias y emociones positivas pues esto puede ser una plataforma inmejorable para facilitar la recuperación (Davidson, Shahr, Lawless et al., 2006; Taber, Redden y Hurley, 2007). No cabe duda de que el marco conceptual de la Psicología Positiva puede encajar perfectamente con algunos presupuestos filosóficos de la rehabilitación y puede eventualmente suministrar instrumentos y estrategias de intervención que concurran en un incremento real del bienestar de la gente con problemas. Estas intervenciones, como han sugerido Duna y Dogherty, (2005), pueden centrarse en aspectos enteramente subjetivos (ej.: sensación de bienestar), en aspectos individuales más objetivos (ej.: capacidades) y en aspectos institucionales (ej.: trabajo con el personal rehabilitador) –ver Cuadro 2.3.

Cuadro 2.3. Áreas potenciales para la investigación y la práctica que la Psicología Positiva puede aportar a la rehabilitación (basado en Dunn y Dougherty, 2005)

Nivel de análisis	Áreas potenciales
SUBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de satisfacción vital, bienestar subjetivo, y calidad de vida</li> <li>• Análisis de emociones positivas existentes</li> <li>• Análisis de elementos del significado de la vida, creencias básicas positivas (ej.: creencias en un mundo justo), crecimiento postraumático</li> <li>• Optimismo y expectativas sobre la rehabilitación.</li> </ul>
INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración y trabajo con de fortalezas y recursos del paciente.</li> <li>• Ampliación de la identidad personal más allá de “ser un discapacitado”, “ser un enfermo mental” (autoestigma)</li> <li>• Negociar metas de la rehabilitación</li> <li>• Construir y ampliar repertorios conductuales y de afrontamiento</li> </ul>
GRUPAL/INSTITUCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de normas y límites culturales e institucionales que promueven el bienestar</li> <li>• Análisis de valores y expectativas de las instituciones y los equipos rehabilitadores</li> <li>• Énfasis en cambio de obstáculos físicos, sociales y legales que afectan a las personas afectadas</li> </ul>

#### 2.4.3. Metas de la recuperación: Modelos de discapacidad vs. modelos de capacidad

Si la rehabilitación trata en definitiva de (re)construir capacidades, ¿hay una jerarquía de capacidades?, ¿debe estar el proceso guiado por una teoría sobre las capacidades más importantes de un ser humano?, ¿debe basarse sólo en conciliar las necesidades percibidas de la persona afectada o las percibidas por el profesional? Estas preguntas son de una enorme importancia pues la rehabilitación nos lleva a un campo fronterizo relacionado con los *valores* y con enormes implicaciones prácticas. Además, afectan al diseño de programas pues plantean el eterno problema de las metas (¿qué debemos cambiar en una persona con un TMG?) y abre el debate sobre lo que se deben exigir los propios agentes implicados en la rehabilitación (¿qué metas son accesibles y cuáles deseables?, ¿cual ha de ser el horizonte de la rehabilitación?). Este debate ha estado siempre en el corazón de los procesos de

rehabilitación. Pero no es una rara excepción. Este tipo de reflexión es propia de cualquier actividad humana que se quiere a sí misma como transformadora de la realidad y debería extenderse a prácticas de intervención clínicas que con frecuencia hurtan estos asuntos en aras de intervenciones relativamente esquemáticas centradas en aliviar síntomas (de ansiedad, de depresión, etc.).

El énfasis en las capacidades y en horizontes de crecimiento y desarrollo personal, *incluso* en el contexto de los TMG, queda bien ejemplificado en la propuesta de la norteamericana Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) que, en conjunto con otras agencias nacionales relacionadas con la salud mental, articuló en 2006 los 10 principios fundamentales que han de guiar la recuperación (ver Cuadro 2.4), semejantes a las 10 capacidades básicas que, en Inglaterra, el Departamento de Salud recomienda orientar el tratamiento de los TMG (Department of Health, 2004). Esta es una contribución interesante al indicar cuáles deben ser las pautas fundamentales y los horizontes rehabilitadores indicados no sólo por expertos sino por asociaciones de familiares, asociaciones de personas afectadas (Blair, 2007), asociaciones de consumidores, y por investigadores y académicos. No obstante, es preciso reconocer que a pesar de su atractivo y de trazar un camino en el que se defiende una perspectiva de las personas con TMG como ciudadanos que han de ser atendidos, escuchados y facilitarles su participación activa en el proceso rehabilitador, es una propuesta no del todo operativa pues no determina ninguna jerarquía de principios ni modos apropiados de evaluar los progresos en cada área (Dickerson, 2006). Además, ha sido criticada por ser excesivamente abstracta e incluso sobrepasar lo que debe ser un proceso de recuperación o rehabilitación (Buckely et al., 2007). Pero sin duda marca territorios que hasta hace no mucho ni siquiera se planteaban en el tratamiento de los TMG.

Cuadro 2.4. Los 10 principios que han de guiar la recuperación según la SAMHSA.

<b>Principios</b>	<b>Definición</b>
1. <i>Autodirigida</i>	El proceso y su ritmo han de estar determinados por las preferencias y metas de los propios individuos afectados.
2. <i>Individualizada y centrada en la persona</i>	La recuperación ha de guiarse por las peculiaridades biográficas y contextuales del individuo y por sus fortalezas y factores de resiliencia buscando de modo individualizado la mejor salud mental y bienestar posibles.
3. <i>Empoderamiento (Empowerment)</i>	Los afectados (“consumidores”, en términos de SAMSHA), tienen la autoridad para elegir las opciones que se les presentan y para participar en las decisiones que afectarán sus vidas. Esta autoridad está presente tanto a nivel individual como colectivo en forma de organizaciones que puedan ser vehículo para expresar sus necesidades, deseos, aspiraciones y metas.
4. <i>Holística</i>	La recuperación debe tener en cuenta aspectos globales de la vida del individuo en su conjunto (elementos corporales, mentales, sociales, e incluso espirituales) intentando favorecer el mejor acceso a los recursos posibles (alojamiento, redes sociales, servicios de salud mental, educación, participación comunitaria, creatividad, etc.)
5. <i>No lineal</i>	La recuperación no es un proceso que transcurra a saltos sino un proceso de crecimiento continuo, pasos atrás ocasionales, y aprendizaje de la experiencia. Reconocer la posibilidad de crecimiento es un elemento movilizador muy importante para el cambio.
6. <i>Basada en fortalezas</i>	La recuperación se centra en conceder valor y apoyarse en las múltiples capacidades, resiliencias, talentos, capacidades de afrontamiento y valía inherente de los individuos. Esto debe usarse para construir y reforzar los nuevos papeles (ej.: ser padre, pareja, cuidador, estudiante, empleado, etc.) que se vayan desarrollando en el proceso.
7. <i>Apoyada en pares</i>	El apoyo mutuo se reconoce como una pieza fundamental pues permite compartir experiencias, conocimiento, modos de afrontamiento y reduce el aislamiento y la sensación de anomia.
8. <i>Respeto</i>	La recuperación debe trabajar para que la sociedad reduzca estigmas y permita la plena aceptación e inclusión de los individuos y el reconocimiento de sus derechos como ciudadanos. Este trabajo de aceptación y respeto ha de trasladarse también a los propios individuos afectados.
9. <i>Responsabilidad</i>	Los individuos tienen una responsabilidad personal en su propio cuidado y en la trayectoria de sus “viajes de recuperación”. Se requiere trabajar en este mantenimiento de la sensación de control, dirección de las propias vidas y en ayudar a dar sentido a sus experiencias y problemas y en encontrar las mejores estrategias para luchar eficazmente contra la adversidad.
10. <i>Esperanza</i>	Proporcionar un mensaje de esperanza y de posibilidad de cambio y crecimiento. La esperanza es el catalizador del proceso de recuperación.

Este discurso basado en las capacidades no es excepcional ni una ocurrencia utópica de profesionales iluminados. En este sentido, puede resultar interesante apuntar el impacto que viene teniendo el denominado *Modelo de Capacidades* en el ámbito de la rehabilitación de los TMG. Este modelo proviene de la Economía y de la mano del premio Nóbel de Economía Amartya Sen quien viene retando la sabiduría convencional de los economistas y los políticos cuando plantea que el modo de efectuar cambios sociales y económicos de profundidad en nuestro planeta pasa por centrar los esfuerzos en dotar de *capacidades* a los seres humanos, en especial a los más pobres y necesitados. Para Sen, lo importante es definir las “necesidades” de la gente (algo que va más allá, por ejemplo, de indicadores de satisfacción vital) y propone que la clave es considerar no los recursos sino la cosas valiosas que gente es capaz de hacer o de ser como resultado de tener una serie de capacidades (Hopper, 2007; Mitra, 2006). En este sentido, la discapacidad, como la pobreza, puede verse como una privación de capacidades pues interfiere con la capacidad de un individuo de alcanzar una vida valiosa y participar plenamente en la sociedad. Esto plantea debates filosóficos, técnicos en cierto sentido semejantes a los que se plantean desde la rehabilitación: ¿cuáles son las capacidades básicas?, ¿cómo se pueden instalar?, ¿cómo intervenir en quienes se han “acomodado” a sus limitaciones y no son siquiera capaces de percibir la necesidad de cambio? (Mitra, 2006; Qizilbash, 2006). Pero, en cualquier caso, lo que empieza a debatirse es la necesidad de efectuar un análisis de la realidad que trascienda los modelos de déficit y seamos capaces de analizar la realidad en términos de capacidades y oportunidades limitadas o perdidas debido a la reducción de *opciones* vitales (otro término importante en el análisis de Sena) que una determinada circunstancia –en este caso un TMG- puede ocasionar. En otros términos, más clínicos, se hace necesario pasar de un modelo de salud negativa a un modelo complementario de salud positiva que gire en torno a lo que la buena vida o la vida deseable (Vázquez y Hervás, 2008a) y en el que la participación en la toma de decisiones sea un elemento individual y comunitario esencial de todo el proceso.

Un aspecto de gran importancia en el modelo de capacidades –y de relevancia también para las teorías generales del bienestar humano- es la reflexión que se hace sobre la adaptación hedónica (Vázquez, 2009, en prensa) o *preferencias adaptativas*, según la propia terminología del modelo. Las condiciones negativas de la vida y del entorno pueden llevar al excluido, al deprimido, o al desdichado, conformarse con lo que tiene y ajustar sus expectativas de logro a una experiencia deprivadora. Parte de un proceso de recuperación es examinar y modificar en la medida de lo posible estas preferencias disminuidas para incrementar la capacidad de poder y de satisfacción (Hopper, 2007).

## 2.5. Rehabilitación: Recuperación y crecimiento

La idea de recuperación está conceptualmente ligada a la de restitución y aquí también se abre otra vía aún poco explorada en el caso de los TMG. La vida es un proceso de cambio y, en este sentido, una experiencia tan intensa como haber intentado quitarse la vida, oír voces acusatorias, o pensar que el mundo es un lugar hostil puede tener un efecto transformador. ¿Vuelve uno a ser el mismo después de esto? ¿De qué modo nos cambian estas experiencias? Aunque, como hemos mencionado, puede haber un efecto destructivo sobre las creencias básicas que, por cierto, pueden ser objeto de atención terapéutica con herramientas y estrategias específicas (Janoff-Bulman, 2006), a veces esas experiencias pueden ser vividas o reconducidas como marcos de crecimiento personal. El ámbito del crecimiento postraumático pone de manifiesto que incluso las circunstancias más adversas de nuestras vidas pueden dar lugar a creencias de crecimiento personal, cambio positivo de valores, y una mejor comprensión de la realidad humana (Vázquez, Hervás, y Pérez-Sales, 2008). En cualquier caso, lo que pone de manifiesto esta idea es que si se entiende la “recuperación” simplemente como una vuelta a un punto inicial, puede convertirse en un arcano que, en definitiva, suponga una rémora para entender procesos

de construcción y crecimiento en una persona tras experimentar problemas “sísmicos” (Tedeschi y Calhoun, 2004).

Algunos autores han venido insistiendo en esta aproximación centrada en un proceso de crecimiento. Por ejemplo, algunos autores han sugerido que la recuperación “...no debe entenderse como un “resultado o producto final” estático. Ni es sinónimo de curación ni simplemente implica volver a un estado premórbido. Es más bien un proceso de duración que continúa para siempre y que conlleva una serie ilimitada de pasos incrementales en dominios diversos de la vida” (Davidson, O’Connell, Tondora, Staeheli, & Evans, 2005). La recuperación se entiende así no sólo como un proceso diacrónico sino como un proceso en el que la meta no es necesariamente restablecer competencias sino vivir creciendo y desarrollándose. Como indicaba la *New Freedom Commission on Mental Health* (2003) la recuperación de un trastorno mental grave consiste en la capacidad para “vivir, trabajar, aprender, y participar plenamente en la comunidad. Se trata menos de volver a ser quien se era y más de descubrir quién se puede llegar a ser”. De hecho, quien está en estos procesos de “recuperación” lo que quiere no es “recuperarse” sino encontrar un empleo, una vivienda, tener amigos...y las recaídas las viven como interrupciones de estos procesos en los que se sienten embarcados.

¿Hacia dónde debe guiarse la rehabilitación? Si el objetivo es sólo reducir deficiencias y síntomas, un modelo médico puede bastar. Si se trata de recuperar y, sobre todo, construir capacidades, el modelo ha de cambiar su foco y sus valores sustancialmente sobre todo si tenemos en cuenta que los teóricos modernos de la rehabilitación definen la rehabilitación desde estos principios capacitadores:

- "La rehabilitación psiquiátrica se dirige a *mejorar las capacidades* a largo plazo de las personas con trastornos psiquiátricos por lo que se refiere a su vida, aprendizajes, trabajo, socialización y adaptación de la forma más normalizada posible" (Anthony y Liberman, 1986, subrayado nuestro)

- "La meta de la rehabilitación es que la persona incapacitada *aproveche al máximo las capacidades* que tenga, en un contexto lo más normal posible" (Bennett y Morris, 1990, subrayado nuestro).
- "La rehabilitación de pacientes crónicos pretende *reconvertir, aumentar o mantener la capacidad funcional*" (Alaen et al., 1992, subrayado nuestro).

Estas definiciones no han de considerarse como proclamas utópicas irrealizables sino como elementos que plantean de un modo realista y no estigmatizador horizontes y estrategias de intervención. De hecho, algunas investigaciones transculturales han demostrado que muchos de estos principios (incremento en la sensación de control de las propias vidas, deseos de normalizar la vida plenamente) estén presentes en el discurso espontáneo de los propios afectados por TMG (Davidson, Borg, Marin et al., 2005). En conclusión, estas aproximaciones maximizadoras del bienestar y la normalización deben considerarse como motores eficaces de intervenciones verdaderamente humanizadas. Considerar a las personas con TMG como ciudadanos y no tanto como enfermos caracterizados por déficit, discapacidades y síntomas es un reto formidable y, sobre todo, un modo de entender la realidad de la rehabilitación que impregna el quehacer cotidiano (Ware et al., 2007).

.

## REFERENCIAS

- Alaen, Y.O. et al., (1992). Tratamiento y rehabilitación de las psicosis esquizofrénicas: el modelo finlandés de tratamiento. *Boletín informativo de Salud Mental*, 3, 9-46.
- Alonso, J., Ciudad, A., Casado, A., y Gilaberte, I. (2008). Measuring Schizophrenia Remission in Clinical Practice. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 202-206.
- Andreasen N, Carpenter W, Kane J, Iasser, R.A., Marder, S.R., y Weinbreger, D.R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162:441-449.
- Anthony, W.A. (1977). Psychological rehabilitation. A concept in need of a method. *American Psychologist*, 32, 658-662.
- Anthony, W.A. y Liberman, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.
- Ayuso-Mateos, J.L., Nieto-Moreno, M., Sánchez-Moreno, J. y Vázquez-Barquero, J.L. (2006). La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (ICF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 126, 461-466.
- Bennet, D. y Morris (1990). Apoyo y rehabilitación. En F.N. Watts y D.H. Bennet (eds.). *Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica*. (pp. 207-229) México: Limusa.
- Bentall, R., Kinderman, C., and Vázquez, C. (2007). Letter to Editor: The myth of schizophrenia. [Rapid Response to: Lieberman, J.A. and First, M.B. (2007). Renaming schizophrenia. *British Medical Journal*, 334: 108]. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/eletters/334/7585/108#157756>
- Blair, K. (2007). Ability and disability. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1260-1262.

- Buckley PF, Fenley G, Mabe A, Peeples S. (2007). Recovery and schizophrenia. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses 1*, 96-100.
- Chopra, P.K., Couper, J.W. y Herrman, H. (2004). The assessment of patients with long-term psychotic disorders: application of the WHO Disability Assessment Schedule II. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 753-759.
- Chopra, P.K., Herrman, H. y Kennedy, G. (2008). Comparison of disability and qualitative of life measures in patients with long-term psychotic disorders and patients with multiple sclerosis: an application of the WHO Disability Assessment Schedule II and WHO Quality of Life-BREF. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31, 2, 141-149.
- Cloninger, C.R. (2006). The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*, 5, 71-76.
- Davidson L, Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R. y Sells, D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 177-201.
- Davidson L, O'Connell M, Tondora J, Lawless, M. y Evans, A.C. (2005). Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Professional Psychology Research and Practice*, 36, 480-487.
- Davidson L, Shahar, G., Lawless, M., Sells, D. y Tondora J. (2006). Play, pleasure, and other positive life events: "Non-specific" factors in recovery from mental illness? *Psychiatry*, 69, 151-163.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Staeheli, M.R., & Evans, A.C. (2005). Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Professional Psychology Research and Practice*, 36, 480-487.
- Dickerson, F.B. (2006). Disquieting aspects of the recovery paradigm. *Psychiatric Services*, 57, 647.

- Dunn, D.S., y Dougherty, S.B. (2005). prospects for a positive psychology of rehabilitation. *Rehabilitation Psychology, 50*, 305-311.
- Farkas, M. (1996). Avances en rehabilitación psiquiátrica: una perspectiva norteamericana. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (eds.). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. y Chamberlein, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal, 41*, 141-158.
- Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, et al. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 144*, 6, 727-35.
- Hegarty, J.D., Baldessarini, R.J., Tohen, M., et al (1994). One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *American Journal of Psychiatry, 151*, 10, 1409-1416.
- Hopper, K., Harrison, G., Janca, A., et al. (2007). *Recovery From Schizophrenia—An International Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Hopper, K. (2007). Rethinking social recovery in schizophrenia: What a capabilities approach might offer. *Social Science & Medicine, 65*, 868–879.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions*. New York: The Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. En L. G. Calhoun & R. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 81–99). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Jobe, T.H., y Harrow, M. (2005). Long-Term Outcome of Patients With Schizophrenia: A Review. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 892–900.

- Kinderman, P., Sellwood, W. y Tai, S. (2008). Policy implications of a psychological model of mental disorder. *Journal of Mental Health, 17*, 93-103.
- Leonardi, M., Bickenbach, J., Ustun, B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., on behalf of the MHADIE Consortium (2006). The conceptualization and definition of “disability“. *Lancet, 368*, 1219-1221.
- Lieberman R, Kopelowicz A. (2005). Recovery from schizophrenia: A concept in search of research. *Psychiatric Services, 56*, 735-742.
- Lieberman, J.A., First, M.B. (2007). Renaming schizophrenia. *British Medical Journal., 334*, 108.
- Mitra, S. (2006). The capability approach and disability. *Journal of Disability Policy Studies, 16*, 236-247.
- National Institute for Mental Health in England. Department of Health (2004). *Organizing and delivering psychological therapies*. London: Department of Health.
- New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health in America. Final Report. 2003. DHHS Pub. SMA-03-3832.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*. Madrid: IMSERSO.
- Peterson, C. y Park, C. (2009, en prensa). El estudio científico de las fortalezas humanas. En C. Vázquez y G. Hervás (eds.), *El estudio científico del bienestar*. Madrid: Alianza Editorial.
- Peterson, C., y Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York: Oxford University Press/Washington, DC: American Psychological Association.
- Peterson, D. (2005). International Classification of Functioning, Disability and Health: An introduction for Rehabilitation Psychologists. *Rehabilitation Psychology, 50*, 2, 105-112.
- Qizilbash, M. (2006). Capability, Happiness and Adaptation in Sen and J.S. Mill. *Utilitas, 18*, 20-32.

- Read, J., Mosher, L.R. y Bentall, R. (2004). *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. New York: Brunner-Routledge.
- Robinson, D.G., Woerner, M.G., McMeniman, M., et al. (2004). Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*, *161*:473–479.
- Rosenhan, D.L. y Seligman, M.E.P. (1984). *Abnormal Psychology*. New York: W.W. Norton.
- SAMHSA-Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National Consensus Statement on Mental Health Recovery. 2004 Consensus. Disponible en <http://www.samhsa.gov>. Descargado 26 Agosto, 2008.
- Shepherd, G. (1996). Planificación de servicios y cambio organizacional. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (Comps.). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. (pp. 307-322). Madrid: Siglo XXI.
- Spaniol, L., Bellingham, R., Cohen, B., et al. (2003). *The Recovery Workbook: II. Connectedness*. Boston, Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2005). Action Plan for Systems Transformation. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Accessed online 12/20/2006. <http://download.ncadi.samhsa.gov/ken/pdf/SMA05-4129/trifold.pdf>
- Szasz, T. (1973). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Taber, K.H., Redden, M. y Hurley, R.A. (2007). Functional anatomy of humor: Positive affect and chronic mental illness. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, *19*, 358-362.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, *15*, 1-18.
- Uhlhaas, P.J., y Mishara, A.L. (2007). Perceptual anomalies in schizophrenia: integrating phenomenology and cognitive neuroscience. *Schizophrenia Bulletin*, *33(1)*:142-156.

- Valiente, C., Vázquez, C. y Smith, S.P. (en prensa). Marco teórico de la evaluación: desde la rehabilitación psicosocial a la recuperación. En R. Touriño y J. A Fernández (Eds.), *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*.
- Vázquez, C. (1990). Historia de la Psicopatología. En: F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría* (Vol.1, pp. 415-448). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. (2009, en prensa). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez y G. Hervás (eds.), *El estudio científico del bienestar*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. (2000). De un psicopatólogo. Memorias de un cuarentón. En M.D. Avia (Ed.), *Cartas a un joven psicólogo* (pp.76-86) . Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. (2009, en prensa). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Bienestar: Fundamentos científicos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. y Hervás, C. (2008a). Salud mental positiva. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008b). (Eds.), *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Vázquez, C. y Nieto-Moreno, M. (2005). Psicología (Clínica) Basada en la Evidencia (PBE): Una revisión conceptual y metodológica. En JL Romero y R. Alvarez (eds). *Psicópolis: Paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea* (pp.465-485). Barcelona: Kairós.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14, 401-432.
- Vázquez, C., Nieto, M. y López-Luengo, B. (2002). Epistemología de la rehabilitación. En M.A. Verdugo, D. López, A. Gómez, y M. Rodríguez (Eds.), *Rehabilitación en salud mental: Situación y perspectivas* (pp. 107-128). Salamanca: Amarú Ediciones.

- Vázquez, C., Nieto, M., Hernangómez, L., y Hervás, G. (2005). Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor. En J.P. Espada, J. Olivares, J. y F.X. Méndez (Eds.), *Terapia psicológica: Casos prácticos* (pp. 201-231). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., & Hervás, G. (2008). Positive effects of Terrorism and Posttraumatic Growth: An Individual and Community Perspective. En A. Linley and S. Joseph (Eds.), *Trauma, Recovery, and Growth: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress* (pp. 63-91). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ware, N.C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Services*, 58, 469–474.
- Warner, R. (1994). *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and the political economy* (2<sup>nd</sup>. Ed.). London: Routledge.
- Watts, F.N. y Bennett, D.H. (1990). *Rehabilitación psiquiátrica: Teoría y práctica*. México: Limusa.
- World Health Organization (1999). *WHODAS II, Version 3.1 a Phase Two Field Trials June 1999*. Geneva: WHO. Disponible en: <http://www.who.int/icidad/whodas/>