



EL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR) EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL: LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO

Lic. Carlos Sandoval Chacón *

RESUMEN

En el presente artículo se intenta definir algunos conceptos claves del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) en personas con problemas de salud mental en internamiento de estancia prolongada, entre ellos, los objetivos de rehabilitación, metodología, intervención y área vital de funcionamiento. Así como también, la forma en que tornamos prácticos dichos conceptos en nuestra experiencia de trabajo cotidiana. Posteriormente, se propondrá un modelo de PIR y de Informe Resumen de Evaluación. Se concluirá con algunos criterios orientadores que faciliten

la decisión de los equipos de rehabilitación sobre la oportunidad del egreso de un (a) usuario (a) a otra alternativa residencial, opuesta a la institucionalización permanente en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP) – Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Palabras clave: PIR, Planes individuales, rehabilitación, objetivos, desinstitutionalización, hospital psiquiátrico.

ABSTRACT

Present article tried to define some concepts of Individual Rehabilitation Plan (IRP) in chronic mental illness people under long term hospitalization condition. Some of them are related to rehabilitation objective, methodology, intervention and functional vital area. Also, the way we put in practice these concepts in our daily work

*Psicólogo clínico, Servicio de Psicología Clínica, Hospital Nacional Psiquiátrico, Profesor investigador Centro de Investigaciones Psicológicas Universidad Católica de Costa Rica, San José. carlosaug@costarricense.cr



experience. Next, we propose a model of IRP and an Evaluation Inform Resume. It must be concluded with some orientation criteria, which could make easy the professional decisions of the rehabilitation teams about opportunities of egress of a client to other residential alternative opposed to permanent institutionalization in Costa Rican National Psychiatric Hospital of the Social Security Services.

Key words: Individual Plan, rehabilitation, objectives, desinstitutionalisation, psychiatric hospital.

I. INTRODUCCIÓN

La heterogeneidad de la problemática que acompaña tanto a las personas con discapacidad física, como trastornos mentales crónicos y severos en cuanto a síntomas, curso de enfermedad, habilidades, necesidad de apoyos, déficits, recursos, entre otros, hace necesario que la intervención en rehabilitación integral se planeé como un proceso individualizado y multidisciplinario (Sandoval, 2002, p.3). Reconociéndose así una orientación individualizada, la continuidad de cuidados con adecuada coordinación de los diferentes dispositivos de red, el trabajo en equipo e integración de las distintas intervenciones para cada paciente en particular (Canales, Sandoval, 2005, p.10)

Así la planificación individual juega un papel determinante. Según Liberman (1988,1993) la rehabilitación psicosocial se planifica a través de un proceso individualizado que, por un lado, combina el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y capacidades que cada persona requiere para desenvolverse efectivamente en la comunidad y por otro, incide en el ambiente, lo que implica desde la psicoeducación y el asesoramiento a las familias, hasta el desarrollo de ayudas sociales destinadas a compensar o fortalecer el nivel de desarrollo psicosocial de la persona con problemas de salud mental.

Así mismo, la intercausalidad de factores generadores de discapacidad, elemento que justifica la

interdisciplinariedad en la rehabilitación (Durán, Delgado y Denigra, 1995, p. 1202) nos obliga a planear las intervenciones de un modo integral y con la participación activa del conocimiento de diversos profesionales vinculados con la problemática. Así, quienes trabajan en rehabilitación deben planificar, de un modo muy flexible e individualizado, múltiples estrategias e intervenciones, y utilizar todas las técnicas disponibles procedentes de otros campos que sean relevantes y pertinentes: intervención psicológica y modificación de conducta, trabajo social, estrategias socioeducativas, técnicas de recursos humanos, animación comunitaria, entre otras (Otero, 2004).

Uno de los elementos esenciales de este proceso es la elaboración de un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) que sirva de guía, justificación y evaluación de dicho proceso. Siendo esta premisa compartida por todos los que trabajamos en rehabilitación, las dificultades se plantean a la hora de confeccionar dicho plan y de elaborar un informe del mismo (Informe Resumen de Evaluación). Este fenómeno es particularmente descrito por profesionales españoles que se han dedicado al campo de la rehabilitación psicosocial (Fernández Blanco, Fernández y Fernández, González Cases, Orviz García 2002, p.2)

En nuestro medio, dentro del Plan de Rehabilitación Funcional para los usuarios (as) de Larga Estancia Hospital Nacional Psiquiátrico (Casasola R. y otros, 2001) el PIR se configura como un recurso metodológico que utilizan los equipos de larga estancia del hospital en su objetivo por dirigir a los y las usuarias (os) hacia una alternativa residencial distinta de la institucionalización permanente, o bien intentar llenar sus necesidades en una institución de tercer nivel o clase A. Dicho proceso, se desarrolla de forma sistemática en los pabellones 3 de larga estancia (alto funcionamiento de hombres y mujeres) hace unos 3 años, lo que no quiere decir –y esto que quede bien claro– que previo a esta experiencia os equipos no desarrollaran planes de rehabilitación; sino por el contrario, sí se diseñaban, aunque no la orientación y sistematicidad que aquí se propone.



De forma progresiva, se han ido identificando otros servicios hospitalarios (pabellones 4, 5 y 6 de hombres y mujeres) con la herramienta metodológica del PIR e incorporándola a sus actividades de atención. Incluso, tal grado de importancia institucional se le ha cedido en estos últimos años, que en la actualidad se encuentra pactado dentro de los Compromisos de Gestión de la Institución.

No obstante, a pesar de configurarse los PIR en nuestra realidad inmediata como una alternativa de rehabilitación de tercer nivel, los mismos, pueden ser aplicables y replicables a otros dispositivos o programas que tengan como objetivo la rehabilitación integral de personas con discapacidad (centros y albergues de rehabilitación, residencias privadas, hogares, centros diurnos, talleres y comunidades terapéuticas entre otros) (Fernández Blanco y otros, 2002). Para muestra de esto, de manera reciente el Servicio de Hospital Diurno y Estructuras Residenciales (programa de rehabilitación extrahospitalario del HNP), también ha incorporado dentro de sus materiales de trabajo el diseño y aplicación de un modelo de PIR.

II. CONCEPTOS CLAVES

A. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

Para González y otros (2002) un objetivo es el resultado que se pretende alcanzar a través de una intervención diseñada para ese fin, es decir, lo que esperamos conseguir de una persona. Es aquello que un sujeto está en condiciones de hacer o realizar, y no el procedimiento por el cual desarrolla, adquiere o recupera esa capacidad de hacer o realizar.

Todo objetivo implica un propósito, una meta hacia la que necesariamente ha de tender cualquier plan o acción que en su función se concrete. Sirve para evaluar, directa o indirectamente, la acción de la que es guía o directriz (Campos, 1996 p. 10). En nuestro contexto, no es extraño que las intervenciones se realicen de forma poco sistematizada o planificada, por tal razón, se hace necesaria la comprensión y la utilidad de la formulación correcta de objetivos.

Ejemplos:

- a. Que el usuario aprenda a administrar su medicación según prescripción médica.
- b. Que el usuario se integre a un programa de capacitación laboral
- c. Vivir de forma integrada y adaptada en la comunidad.

Para evitar males entendidos o confusión con las intervenciones (actividades), en su formulación procuraremos que el sujeto de la expresión del objetivo sea siempre el usuario y no un profesional.

Para que un objetivo sea considerado como objetivo de rehabilitación ha de cumplir tres condiciones:

- 1ª. En su formulación expresará lo que hemos definido como “área vital” de la persona.
- 2ª. Ha de ser permanente o estable en el tiempo o, lo que es lo mismo, no coyuntural o efímero en la vida de una persona.
- 3ª. Podrá ser clasificado como objetivo general y como específico siempre y cuando se entiendan los primeros como metas ideales, finales y globales, mientras que los segundos se refieren a metas precisas, inmediatas, concretas y formuladas en términos de conducta observable, susceptible de análisis y evaluación. De estos últimos derivarán las propuestas de intervención (Fernández, Cañamares y Otero, 1997, p. 114)

Para clarificar esta diferenciación Fernández (1997) aporta el siguiente ejemplo:

Objetivo general:

1. Conseguir una mayor integración adaptativa en el entorno comunitario

Objetivos específicos:

- 1.1 Permanecer dentro de un comercio durante un tiempo (mínimo 15 minutos) sin realizar compras innecesarias



- 1.2 Esperar el turno en una fila hasta que le corresponda ser atendido
- 1.3 Utilizar de forma adecuada las instalaciones de un polideportivo o parque recreativo.

Ejemplos de objetivos cuya formulación pueda llamar a equívoco:

- a. Entrenar a los familiares en manejo de contingencias.
- b. Informar a los usuarios sobre el valor prepreventivo de los fármacos.

Una formulación menos polémica o confusa de los objetivos anteriores podría ser esta:

- a. Que los familiares utilicen técnicas de modificación de conducta adecuadamente.
- b. Que el usuario se informe y conozca el valor preventivo de los fármacos.

Más adelante, específicamente en el apartado de "Informe Resumen de Evaluación" se hará una referencia adicional sobre la preponderancia de los objetivos de rehabilitación y el lugar que ocuparán en la elaboración del PIR.

B. DEFINICIÓN DE METODOLOGÍA

Según González Cases (2002), entendemos por metodología, la agregación ordenada de métodos que permiten proceder de modo organizado en aras de alcanzar un fin o complementar un proceso. O también la manera coherente de realizar cualquier propósito. Tomando en cuenta esta definición, se conceptualizarían como partes de la metodología los sistemas reglados y los criterios de acción (conjunto de técnicas) a partir de los cuales pretendemos conseguir algunos objetivos dados.

En nuestro caso particular, se ha venido desarrollando una estrategia rehabilitativa implementada por niveles de funcionamiento. Para esquematizar esta línea de trabajo en el diagrama 1 (ver diagrama al final del artículo) se puede dejar claro el flujo y dinamismo de nuestra metodología.

A partir del año 1998, se reorganizaron los pabellones del HNP por niveles de funcionamiento o deterioro funcional. Para tal efecto, se adaptó y aplicó la Escala de Evaluación Funcional de la Persona con Trastorno Mental Crónico (EEFPTMC). De esta manera, a partir de los resultados que obtenían los y las usuarias a los que se les aplicó dicho instrumento, se agruparon progresivamente en los pabellones de acuerdo a su grado de deterioro. Estos, fluctuaron desde alto grado de deterioro (severo) y con altas necesidades asistenciales (perfil de usuario de los pabellones N° 5), pasando por un funcionamiento moderado (perfil de pacientes pabellones N° 3 en aquel entonces, hoy pabellones N° 4), hasta llegar a los usuarios de alto funcionamiento y deterioro ausente o leve (perfil de pacientes de los pabellones otrora N° 4, hoy pabellones N° 3).

De esta forma, en cada pabellón se determinaron programas de rehabilitación homogéneos y específicos para atender las necesidades de los y las usuarias, las cuales, nunca son necesariamente homogéneas a pesar de compartir un nivel de funcionamiento. Es esto último, un a autocrítica que se debe señalar a la luz de la heterogeneidad de la problemática de las personas con discapacidad, pues dos personas a pesar de una semejanza diagnóstica y funcional, nunca entrañan necesidades homogéneas en otras áreas. Esta diferenciación y particularidad, sólo es posible de dilucidar a partir de un plan que sea necesariamente individualizado.

C. DEFINICIÓN DE INTERVENCIÓN

Entendemos por tal la aplicación estricta de una técnica o acción que permita conseguir un objetivo. Intervenir es realizar, hacer, acontecer. Es una práctica sistemática que media entre un objetivo (como propósito) y su realización (como hecho que se consuma) González Cases (2002).

En nuestro medio, la implementación de los PIR llena la necesidad de sustituir la intervención que se pretende homogénea por nivel de deterioro, a una intervención específica por áreas de funcionamiento (también llamadas áreas funcionales). En el presente artículo se denominarán áreas vitales, tomando en cuenta la experiencia española en rehabilitación psicosocial.



Es importante señalar a este nivel, un fenómeno usual que amerita atención y una eventual discusión entre los profesionales capacitados que se encuentran a cargo de servicios de rehabilitación. Esto es, que para llevar a cabo una intervención, necesariamente esta derivará del objetivo propuesto. Muchas veces se puede incurrir en gran cantidad de objetivos para los cuales puede no existir una respuesta profesional realista. Por ejemplo, los problemas que vivimos relacionados con la baja cantidad de recursos humanos comprometidos y motivados con la rehabilitación pueden tornar insuficiente, ineficaz y hasta iatrogénica una intervención. Otro ejemplo, más positivo, pero no menos realista, se relaciona con las buenas intenciones de los profesionales motivados que no pueden ser concretadas por una reducida jornada laboral (medio tiempo) o falta de seguimiento y cooperación en la supervisión de sus recomendaciones terapéuticas.

D. DEFINICIÓN DE ÁREA VITAL

Tomando de igual manera la conceptualización de Fernández Blanco (2002) y sus colaboradores del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) Alcalá de Henares, Madrid, las “áreas vitales” serían áreas o parcelas de funcionamiento que contemplan los distintos ámbitos, donde las personas tienen que desenvolverse para tener una vida adaptada y normalizada. En torno a las “áreas vitales” se estructuran la evaluación, el P.I.R. y la intervención. Por tanto, entenderíamos por “área vital” todo aquello que es determinante, aunque no imprescindible, para la integración y/o autonomía de las personas en la comunidad y tiene sentido por sí mismo. No sería imprescindible ya que podría darse un funcionamiento global adecuado en una persona, sin tener un funcionamiento apropiado en una o varias de las “áreas vitales” que se proponen.

Al ser determinante para la integración y/o autonomía de las personas el área vital, de hecho, estará fijando los términos de la adaptación del individuo. De tal modo que quien evidencie carencias fundamentales en alguna o en todas las áreas vitales, será una persona mayor o menormente desadaptada a contextos

básicos de su propio medio vital (Fernández Blanco y otros, 2002, p. 4)

Enumeración y descripción de “Áreas Vitales”

Los contenidos que se exponen en las “áreas vitales” no se han desarrollado caprichosamente ni por mera convención. Encuentran su razón de ser en la propia definición de “área vital” y en el alcance teórico y práctico de la misma. (Fernández Blanco y colaboradores, 2002 p. 4)

En nuestro caso y de manera específica, refiriéndome a la experiencia que hemos desarrollado en el HNP, se ha hecho una propuesta nominal de áreas vitales. Reconocemos que podrían proponerse otras áreas o ser éstas denominadas de otro modo. No entendemos que esto sea verdaderamente sustancial o problemático. No obstante, la descripción viene dada por nuestra disponibilidad de programas en los que se desarrollan diariamente objetivos e intervenciones en rehabilitación.

Estas son las nueve áreas que proponemos:

1. Área de Salud y Rehabilitación Físicas (control médico y fisioterapia)
2. Área de Vida Diaria Básica (V.D.B.).
3. Área de Vida Diaria Instrumental (V.D.I.).
4. Área de Vida Diaria Compleja (V.D.C.).
5. Área Social, Familiar, Legal.
6. Área de Salud mental y Conductual.
7. Área de Autonomía Laboral y Ocupacional.
8. Área de Ocupación del Tiempo Libre.
9. Área de Autonomía en el Entorno Comunitario.



1. Área de Salud y Rehabilitación Física

Las disciplinas biológicas actuarán evaluando el equipo de respuesta, nivel de recepción sensorial: auditivo, visual, táctil, etc. Fuentes de estimulación interna y estado general anatómico y fisiológico del individuo. Limitaciones generales en cuanto al funcionamiento biológico (respiratorio, cardíaco, digestivo, movilidad, etc.). Por lo tanto, se orientarán las acciones terapéuticas invasivas tales como implementaciones quirúrgicas o farmacológicas, o bien no invasivas tales como procesos fisioterapéuticos.

Los recursos protésicos u ortésicos son indispensables. Dentro de este rubro, entra la presencia de audífonos, sillas de ruedas, apoyos y ayudas biomecánicas. Así mismo, los sistemas de comunicación para personas con necesidades comunicacionales especiales: Lenguaje Costarricense de Señas (LESCO), por ejemplo.

2. Área de Vida Diaria Básica (V.D.B)

Comprende comportamientos relacionados con el nivel más elemental de desempeño autónomo. A saber la ejecución y habituación de hábitos tales como el levantado, el baño, el aseo y acicalamiento personal, la preocupación por el uso de insumos básicos de autocuidado, vestido, cepillado de dientes, lavado de manos, uso adecuado del inodoro entre otros. El adecuado funcionamiento a este nivel nos permite desplazar a la persona a un nivel de funcionamiento superior, en este caso, evolucionar a un entrenamiento en vida diaria instrumental.

3. Área de Vida Diaria Instrumental (V.D.I.)

Tras un óptimo nivel en la V.D.B, el usuario estaría en capacidad de adquirir destrezas con mayor nivel de complejidad. Esta área vital se compone de conductas complejas siempre relacionadas con mayores grados de autonomía de la persona en su funcionamiento cotidiano. Entre ellas el aplanchado, el uso de lavadora o lavado a mano, cuidado del espacio personal en una habitación autoadministrada con cierto grado de

privacidad, manejo de llaves y casilleros con pertenencias. Las relaciones y dinámica familiar también se incorporan a este nivel. Tanto el entrenamiento en el área de V.D.B como V.D.I. se desarrollan en una fase intrahospitalaria que comprende el pabellón mismo, y áreas de entrenamiento específico como el centro de lavado y los talleres de terapia ocupacional.

4. Área de Vida Diaria Compleja (V.D.C.)

Esta área se encuentra como un nivel de autonomía superior en una fase ahora extrahospitalaria, administrada por el Hospital Diurno. En este proceso, los y las usuarias habrán alcanzado tal grado de funcionalidad e independencia que pueden ser capaces de habitar una estructura residencial u hogar transitorio, proceso intermedio e inductivo entre el hospital y la comunidad en búsqueda de la autonomía doméstica. Con autonomía doméstica, nos referimos a un conjunto de habilidades, destrezas y competencias que favorecen un desempeño normalizado en aspectos como:

- a. Mantenimiento y cuidado de la casa, incluyendo habilidades para diligenciar la seguridad de la misma.
- b. Alimentación. Se refiere a competencias para comprar y preparar comida.
- c. Convivencia integrada entre el hospital y la comunidad de vecinos, participación de un libre tránsito y capacidad de desplazamiento comunitario.

En los casos de las personas que conviven con su familia, debemos hacer una valoración preventiva, cara al futuro, sobre las posibilidades de autonomía vital de esas personas en el supuesto de que se vean obligadas a vivir solas.

5. Área Social, Familiar y Legal

Con esta área nos referimos a las relaciones estables de pareja, a las que se establecen entre personas que conviven en la misma casa y a las que se entablan con familiares significativos que no cohabitan en el domicilio.



Para que una relación de pareja sea considerada estable, al menos, ha de cumplir alguna de las siguientes condiciones:

- a. Intercambio de información personal.
- b. Relaciones mutuamente contenedoras y de apoyo, tanto a nivel emocional como instrumental.
- c. Compartir el tiempo de cada cual con el otro.
- d. Participar de un proyecto común de futuro.
- e. Continuidad temporal (perdurabilidad)

De suma importancia se ha convertido en los últimos años la condición legal de nuestros(as) usuarios(as). La presencia de medidas de seguridad curativa, medidas cautelares y de observación enviadas por los juzgados al centro hospitalario, ha hecho que algunos de nuestros pabellones (particularmente pabellones 3 y 4 de hombres) revistan características psicoforenses.

Por encima de la discusión que existe en el seno del Comité de Rehabilitación, sobre la conveniencia de incorporar a estos y estas usuarios (as) a los programas de rehabilitación, somos del criterio que no pueden ser privados de un proceso de tal magnitud, dado que son poseedores de problemas de salud mental con la característica de haber cometido un delito y que esto no los torna necesariamente una población de riesgo en un sentido absoluto, sino en casos muy particulares evaluando la peligrosidad de las conductas.

En este ámbito, los objetivos de rehabilitación que orientarán el PIR, irán dirigidos hacia la búsqueda del levantamiento de la medida de seguridad a partir de reportes favorables de buen desempeño del sujeto en los programas de rehabilitación, los cuales, se envían por parte del equipo al juzgado que ejecuta la pena. Adelantado el proceso y mediando autorización de dicho juzgado, se desarrolla un proceso de acercamiento, sensibilización y reinserción familiar y comunitaria de la persona, esto, mediante permisos especiales hasta lograr su total reinserción.

6. Área de Salud Mental y Conductual

Con esta área nos referimos a aspectos que tienen que ver con:

6.1 Hábitos de vida diaria que tengan marcada repercusión en la salud mental:

6.1.1 Higiene y aseo personal

6.1.2 Hábitos de sueño y alimentación.

6.1.3 Consumos tóxicos para el organismo.

6.1.4 Otros hábitos (deporte, revisiones médicas, comportamientos preventivos de enfermedad, entre otras).

6.2 Distintos aspectos que atañen específicamente a la población en el contexto intrahospitalario:

6.2.1 Prevención de crisis (medicación, conductas de riesgo, detección de pródromos, consumo de drogas, variables ambientales de riesgo, habilidades, capacidades y competencias de los usuarios para contener o enfrentar situaciones de crisis).

6.2.2 Funcionamiento, rehabilitación y estimulación cognitiva (memoria, atención, concentración, pensamiento abstracto y función ejecutiva).

6.2.3 Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) (Lieberman, 1992, Verdugo, 1995)

6.2.4 Programas de Economía de Fichas (Ayllon y Azrin, 1964,1965) dirigidos al moldeamiento e instauración de conductas productivas y prosociales, elevar motivación, extinción o modificación de conductas desadaptativas o inapropiadas.



7. Área de Autonomía Laboral y Ocupacional

Aquí, nos estamos refiriendo al proceso de incorporación y mantenimiento integrado y adaptado en el “mundo laboral”, haciéndolo extensible a los procesos de formación y capacitación. Por ejemplo, los enlaces y convenios posibles que se puedan desarrollar como cooperación interinstitucional con Instituto Nacional de Aprendizaje, Ministerio de Educación Pública y otros, serán recursos primordiales.

Considerando las múltiples implicaciones y la importancia que la integración laboral tiene en el proceso de rehabilitación, estimamos imprescindible valorar las capacidades laborales de los y las usuarios (as) y tener en cuenta las condiciones actuales que, de forma más clara, conforman y caracterizan el medio en el que se desenvuelve y opera.

No es de extrañar que la incorporación al mercado de trabajo merezca un énfasis especial. De todos es sabido que la actividad laboral, per se, potencia o amplifica la integración facilitando beneficios circunstanciales a otras áreas. Razonar esta afirmación, parece simple al contrastar cómo el trabajo favorece las relaciones con los demás, el acceso a recursos, el disfrute del ocio, la posibilidad de elegir, la capacidad de decidir o bien, de intentar dar un sentido particular al futuro (con independencia económica es posible ejercer un cierto control sobre él).

8. Área de Ocupación del Tiempo Libre.

Con esta área nos referimos a la cantidad y calidad de las actividades que las personas realizan en su tiempo libre, principalmente en interacción con los demás, y si de esa interacción se desprenden apoyos instrumentales y emocionales.

Tiempo libre es el que no se ocupa con actividades laborales, formativas u obligaciones domésticas. Para que una actividad sea considerada de tiempo libre, el individuo ha de tener la opción de elegirla entre un amplio abanico de

posibilidades distintas, sin que el no hacer una de esas actividades derive consecuencias perjudiciales o aversivas para su salud.

Esta área también hará referencia a todas aquellas actividades individuales (pasatiempos u ocio) y a las relaciones que un individuo mantiene con profesionales o personas de su entorno de trabajo, siempre y cuando esas relaciones trasciendan el ámbito estrictamente profesional o laboral.

9. Área de Autonomía en el Entorno Comunitario.

Con esta área nos referimos a las capacidades y competencias que debe poseer una persona para desenvolverse de forma integrada en su entorno comunitario, y para utilizar los recursos que le sean necesarios.

Por recursos comunitarios se entienden todos aquellos recursos (medios de transporte, entidades bancarias, correo, demás instituciones públicas o privadas) que una persona necesita para “funcionar” con los mínimos problemas posibles en su entorno, satisfacer sus necesidades y responder de modo adecuado a las exigencias del medio.

III. PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

A. Justificación:

Los resultados obtenidos durante el proceso de evaluación inicial, así como la exploración de áreas vitales, fundamentan la elaboración del PIR. Así, el PIR es resultado y expresión del conocimiento obtenido a partir de la “evaluación conductual” realizada. La evaluación es preliminar a la elaboración del PIR (Liberman, 1988), siendo la que marca sus diferentes estadios y a partir de ella se programan los objetivos de rehabilitación, se diseñan las intervenciones y se controlan sus resultados (Hall, 1981; Wallace, 1986, citados por Fernández, 1997, p. 103)



El proceso de evaluación consta de:

- a. Recolección de datos.
- b. “Análisis funcional”.
- c. Formulación de una hipótesis explicativa.
- d. Elaboración del PIR a partir de las conclusiones derivadas del “análisis funcional”, en las que legitimamos la hipótesis formulada.

B. Definición:

El PIR es un esquema o programa sistemático (es decir, ajustado a sistema o método) en el que se proponen objetivos y formas de llevarlos a cabo, estructurado secuencialmente, flexible y dinámico (permite realizar modificaciones y cambios). Es una programación del trabajo rehabilitador centrada en el individuo y su idiosincrasia, en la que se definen objetivos y se proponen “formatos de intervención” (Fernández Blanco, 1997, p. 113)

Lo utilizaremos a modo de plano – guía, o marco, desde el que resulta más fácil la toma de decisiones durante el proceso de rehabilitación. Dos son sus componentes esenciales: objetivos y formatos de intervención. Esta guía se podrá condensar en el Informe Resumen de Evaluación.

IV. INFORME RESUMEN DE EVALUACIÓN

Como su nombre indica, el informe resumen de evaluación, supone una compilación de las distintas partes que conforman el proceso de evaluación, y los planes y propuestas que de ese proceso se agrupan, según áreas críticas y prioritarias de la persona.

Partes que lo conforman:

- a. Datos biográfico – clínicos.
- b. Exploración de áreas vitales
- c. P.I.R.

c.1 Objetivos generales y específicos. No serán definitivos, estarán sujetos a cambios y modificaciones, han de proponerse para el o la usuaria (o) y no para el profesional. Se dividirán en generales y específicos. Deberán de diferenciarse, sobretodo cuando se operacionalizan, de lo que es una intervención. Para esto nada mejor que definirlos (Fernández Blanco y colaboradores, 1997, p. 114). Para ver ejemplos ver apartado II del presente artículo “Conceptos Claves” sección A: “Definición de objetivos”

c.2. Propuestas de intervención: con ellas nos estamos refiriendo, más que a los contenidos, al “formato” de intervención (rehabilitación o habilitación física, grupos, tutorías, charlas, trabajo social, atención individual). Al indicar el “formato” de intervención, se podrá sugerir la utilización de recursos no dependientes de determinada institución o centro directo de rehabilitación.

c.3. Observaciones: en ellas quedarán recogidas las prioridades en cuanto a los objetivos, y los factores que pueden dificultar o entorpecer el proceso de rehabilitación.

C4. Plan de seguimiento: idealmente lo definirán los miembros del equipo de rehabilitación responsables por la ejecución de las intervenciones, así como los indicadores que permitirán medir el logro de los objetivos y metas propuestas en un plazo determinado de tiempo.

Elaborado el PIR, un paso de vital importancia es someterlo a consideración de la persona y, en su caso, también a la familia o encargado de la persona. Obviar este trámite es improcedente por varias razones:



- a) Porque la persona tiene el derecho a ser informada y conocer con detalle su PIR.
- b) Porque conviene recoger opiniones y hacerse eco de sus propuestas para determinar un consenso entre profesionales y usuarios (as), en torno al PIR que los comprometa activamente en su aplicación.
- c) Porque compartiendo entre profesionales y usuarios (as) un propósito común, se aumenta la posibilidad de llevarlo a cabo. (Fernández y otros, 1997, p.115)

Siempre que sea posible, se debe difundir este compromiso y consenso que supone un PIR entre los profesionales y recursos comunitarios involucrados en la rehabilitación de la persona. Cuando se realiza una buena evaluación y se elabora un PIR ajustado y adecuado a la realidad y necesidades del sujeto, se construye de forma sólida el trabajo rehabilitativo posterior y se tornará más eficaz la toma de decisiones en el proceso rehabilitador.

V. CRITERIOS DEL ALTA

Un alta se decidirá previa revisión del PIR actualizado (vigente en ese momento). Se trata de evaluar los objetivos propuestos, o revisar las evaluaciones de los mismos que se hayan hecho a través de los distintos informes de tutorías (así suele denominarse a las reuniones de equipo donde se revisa periódicamente el PIR).

Estas evaluaciones no deben independizarse unas de otras. La frecuente relación entre los objetivos exige evaluaciones interrelacionadas. Las conclusiones que de ellas se obtengan se aproximarán en mayor o menor medida a lo cierto, cuando las distintas valoraciones críticas que las precedan se relacionen entre sí atributivamente. (González Cases y colaboradores, 2002, p. 8)

Finalmente, se tomará como criterio de alta la consecución de los objetivos planteados en el PIR. ¿Esto quiere decir que para dar un alta han de cumplirse todos los objetivos propuestos? No. En el propio devenir del proceso rehabilitador han podido desestimarse algunos objetivos. Tal decisión habrá de argumentarse oportunamente en las revisiones sistemáticas del PIR (informes de tutoría en equipo). Ese ejercicio crítico resulta necesariamente preliminar a un alta y constituye la justificación de una decisión razonada.

VI. CONSIDERACIONES FINALES

Desarrollar un taller de capacitación en el área de evaluación conductual y análisis funcional (requisito indispensable para la elaboración de los PIR) a los equipos interdisciplinarios del hospital que laboran directamente con usuarios del Plan Rehabilitación Psicosocial.

Para ampliar el proceso de la evaluación funcional en rehabilitación psicosocial Fernández Blanco y otros (1997) brindan un capítulo extenso y útil. Se omite tocar a fondo el tema en este artículo, pues excede las posibilidades e intencionalidad del mismo.

Someter a evaluación los PIR en su aplicabilidad, utilidad programática, versatilidad en la aplicación y ejecución. Así como también en el compromiso de seguimiento por parte de los equipos interdisciplinarios.

Generar discusión e intercambio de ideas en torno a los conceptos aquí planteados con el fin de mejorar el desarrollo de las estrategias rehabilitativas del HNP.



VII. BIBLIOGRAFÍA CITADA Y DE CONSULTA

American Psychological Association Fundamental changes in disability and Rehabilitation. *American Psychologist* 2003; 58(4).

Asociación Americana de Psiquiatría Cuarta edición de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (DSM – IV) 4ª Edición Barcelona: Masson, 1995

Ayllon Teodoro y Nathan Azrin Economía de fichas: un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación Editorial Trillas: México, 1974.

Campos Santelices Armando La Psicología en la Rehabilitación Integral: aportes para un croquis integrador. Material de Curso Fotocopiado, 1996.

Canales Víquez Gustavo y Sandoval Chacón Carlos “Análisis de una experiencia de convivencia comunitaria alternativa a la institucionalización psiquiátrica: caracterización del desempeño psicosocial de un grupo de personas con problemas de salud mental que viven bajo el modelo de residencias privadas”. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Psicología). San José Costa Rica: Universidad Fidélitas, 2005.

Casasola R., Castro O., Elizondo C., Quesada K., Vargas G. Plan de Rehabilitación para los usuarios (as) de Larga Estancia Hospital Nacional Psiquiátrico. Documento de uso institucional. San José: Comité de Rehabilitación Hospital Nacional Psiquiátrico, 2001.

Arguedas, V., Calderón F., Casasola R. y Sandoval, C. “Sesión clínica Estrategia Rehabilitativa”. Sesión clínica presentada por equipo interdisciplinario pabellones N° 3; 2005 Abril 18; Pavas, San José: Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.

Castejón M.A., Cendoya, M., Cristina, R., Del Campo, S. y Ruiz-Ortega, M. La Comunidad como recurso de rehabilitación. Documentos de Psiquiatría Comunitaria 1994; 2(1).

Durán Remedios, Juan Fco. Delgado y Ramón Denigra. El trabajo interdisciplinario en personas con discapacidad. En: Verdugo M.A. (director) Personas con discapacidad, perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Madrid: Siglo XXI, 1995: 1201-1277.

Fernández Blanco Juan, Fernández y Fernández Jaime, González Cases Juan y Orviz García Sira. Consideraciones sobre el Plan Individual de Rehabilitación. Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de Alcalá de Henares. Programa de la Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid: Madrid: Gestión Técnica Grupo Exter S.A., 2002.

Fernández Blanco, Juan; Cañamares Y. José; Otero D. Virginia. Evaluación y planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial. En: Rodríguez, A. (compilador) Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Ediciones Pirámide, 1997.

Olkin Rhoda Can disability studies and psychology join hands? *American Psychologist* 2003; 58 (4): 296–303.

Otero Virginia Rehabilitación de enfermos mentales crónicos: Evaluación de objetivos. Barcelona: Ars Medica, 2004.

Rodríguez, Abelardo (compilador) Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Ediciones Pirámide, 1997.

Roessler, Richard Rehabilitación física, mental y social. México: Limusa, 1981.

Sandoval Chacón, Carlos El trabajo interdisciplinario en personas con discapacidad. Documento Especial Curso Psicología de la Rehabilitación Aplicada, Universidad Americana, San José, 2002 (inédito)



Sandoval Chacón, Carlos Motivar personas en rehabilitación. Documento Especial Curso Psicología de la Rehabilitación Aplicada, Universidad Americana, San José, 2003 (inédito)

Shakespeare Rosemary La Psicología de la invalidez (sic). México: Ed. Continental, 1981.

Stubbins Joseph Social and psychological aspects of disability: a handbook for practitioners. Texas: Pro-ed, 1985.

Verdugo Miguel Ángel (director) Personas con discapacidad, perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Tomo II. Madrid: Siglo XXI, 1995.

Villalobos, Delia Rehabilitación psicosocial: un acercamiento de intervención. San José: EUNED, 1989.

Villalobos, Delia Rehabilitación integral. San José: EUNED, 1990.

Volmer Cristina; Portas Adriana; Tórtora Guillermo “El paciente psicótico. Su integración a la comunidad. Evaluación de las experiencias europeas y norteamericanas. Posible aplicación en la ciudad de Buenos Aires”. ALCMEON 1996; 18 (3).

Wright Beatrice Physical disability: a psychosocial approach. New York: Harper and Row, 1983.

Diagrama 1

Implementación del Plan de Rehabilitación del HNP por niveles de funcionamiento

