

Algunas razones en favor de la rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica

Virginia Galilea/José Colis

Hecker describe la hebefrenia (enfermedad mental de los jóvenes) en 1871; tres años más tarde Kalbhaun denomina catatonía al estupor mental que se acompaña de alteraciones posturales extrañas. En 1899, Kraepelin será quien, agregando lo paranoide, utilice la locución demencia precoz (ya utilizada antes por Morel), término sustituido después por el más clínico de esquizofrenia cuando el suizo Bleuler, en 1911, escribe su *Dementia praecox ou groupe des schizophrenes*. La locura iniciaba un nuevo camino acompañada ya para siempre por el conocimiento científico. Los esfuerzos posteriores de la nosología por clasificar y nombrar los diferentes trastornos mentales despojaron a éstos de cualquier connotación ajena a la realidad clínica. Se reproducía el curioso fenómeno que hace que el hombre se sienta unido y dueño de lo que puede nombrar (Belinchón, 1991.). La psiquiatría equiparaba así las enfermedades mentales con las otras patologías y el individuo enfermo mental iniciaba el arduo y fatigoso camino de dejar de ser un loco.

En 1952, Delay y Deniker dieron a conocer el efecto terapéutico de la clorpromazina, el primer neuroléptico. Se había hallado el vínculo que devolvía a los enfermos al escenario de lo real, difuminando sus estructuras delusivas. Ya en ese escenario de lo real, el enfermo mental crónico podía regresar a casa y a la sociedad y en ellas establecerse y (re)-establecerse. Mientras la sociedad, inmóvil, seguía pensando en los efectos deletéreos de la locura, el enfermo mental crónico, en manos de la ciencia psiquiátrica, cada vez se acercaba más a la propia e íntima naturaleza de ser persona en el mundo. Conservando por supuesto su origen patológico -y siempre inquietante, en este aspecto- la esquizofrenia accedía a un nivel filosófico-político como "modelo" en la perspectiva de una nueva manera de existir (Broustra, 1975). La desinstitutionalización, no sin problemas, parecía responder a un nuevo requerimiento: las personas con una enfermedad mental crónica debían ser ayudadas para mantenerse en la comunidad de la mejor forma posible (Lieberman, 1988). Pero era fácil olvidarse que la intención original de la desinstitutionalización no pretendía simplemente la transferencia de pacientes de un lugar a otro. El propósito había sido potenciar a las personas con trastornos psiquiátricos graves, ayudándolos a tener un mayor acceso a las oportunidades ofrecidas por la sociedad (Farkas, 1996) Bajo la inquietud profesional de la escasez de recursos alternativos, asomaba el "nuevo psicótico" que, ayudado por la medicación, era capaz de mejorar su funcionamiento y despertaba a nuevas necesidades. Si bien la enfermedad mental nunca es igual a sí misma, varía según la persona y aun en la persona se transforma a lo largo del tiempo, las terapias psicosociales de la rehabilitación de enfermos mentales crónicos incluían un factor estable y clave: el propio sujeto afectado se convertía en protagonista de su rehabilitación y la propia intervención se construía con su acuerdo. Ello supone, en consecuencia, que bajo la capa sombría de la psicosis, sobrevive aquello que es esencial al individuo y que lo caracteriza como tal ante los demás: el hombre psicótico puede enfrentarse también, en tanto que persona, a la psicosis (Schneider, 1951), y desarrollar voliciones y noliciones, satisfacciones, responsabilidades, juicios, opiniones sobre sí mismo y sobre lo que lo rodea. Podemos hablar así de la existencia de un juicio o razón del individuo afectado por una enfermedad mental crónica.

El individuo psicótico es habilitado gracias a la medicación antipsicótica; competencia de la rehabilitación será su fortalecimiento como tal individuo en la sociedad, mediante intervenciones que propicien su mejor funcionamiento y autonomía personal y social. La rehabilitación considera que los problemas de funcionamiento merecen un tratamiento aparte (Shepherd, 1996); la rehabilitación psiquiátrica se concentra más en el tratamiento de las consecuencias de la enfermedad mental que en la enfermedad *per se* (Farkas, 1996). El individuo, durante el proceso de su rehabilitación, abandona progresivamente su ensimismamiento patológico y se encuentra en condiciones de alcanzar la alteración o vida

fuera de sí (Aranguren, 1989), que va a propiciar nuevas necesidades y expectativas. Conforme ese sujeto se afianza y crece, aumentan también los requerimientos naturales de la vida privada y social; ello exige que los recursos alternativos que están al servicio de los enfermos mentales crónicos sean dinámicos, capaces de acompañarlo en el proceso hasta el momento mismo de su integración sociolaboral plena, y aun entonces. Los recursos alternativos deben centrar sus actuaciones en las cambiantes necesidades de los pacientes, no en el credo, la disponibilidad económica o las estereotipias de los profesionales (Desviat, 1994). Para tener éxito, la rehabilitación requiere casi siempre estimular no solamente el cambio de la persona que sufre una enfermedad mental grave y su entorno, sino también apoyar la modificación de las barreras sociales que obstaculizan su entrada en la sociedad (Farkas, 1996). Un número cada vez mayor de personas afectadas por un trastorno mental severo aguarda la creación de escenarios abiertos que propicien la adquisición de hábitos y habilidades que son potencialmente capaces de desarrollar. Igualmente, cada vez es mayor el número de profesionales que se ven en la necesidad de iniciar intervenciones de integración sociolaboral que satisfagan los requerimientos de sus pacientes.

En el proceso de rehabilitación de personas con enfermedades mentales crónicas es tan importante cada uno de los pasos de este proceso como el objetivo final del mismo. Se trata de un trayecto individual en el que interactúan muchas variables y muy complejas; su duración, los objetivos y subobjetivos están siempre en función de las necesidades individuales. La rehabilitación es mucho más que un conjunto de técnicas o un proceso con una sola "meta"; es una filosofía, una manera de considerar los problemas psicológicos y sociales de las personas con problemas psicológicos a largo plazo (Shepherd, 1996). No hay un proceso rehabilitador igual a otro: unas personas podrán evolucionar hacia una integración normalizada en la vida social y otras, también susceptibles de mejorar su funcionamiento y habilidades, habrán de conformarse con metas más modestas pero no menos importantes en la historia personal de cada individuo. Aun para este último grupo, los apoyos deben de ser continuados y dirigidos a la obtención de nuevos progresos. En este sentido, la rehabilitación debe de ser un proceso continuado que como filosofía de intervención no tiene por qué tener un final predeterminado, salvo el que marque la evolución misma del sujeto. No se pretende realizar una actividad basada en la curación, ni en el tratamiento parcializado de la enfermedad (biológico versus psicosocial). Se trata de aportar una nueva forma de comprender y trabajar la problemática de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico crónico, en el que el eje central de la intervención está en el desarrollo de las competencias y habilidades que necesita cada una de ellas para vivir de forma digna en su entorno natural (Cuevas, Rivas, Perona, 1996). La figura del "*rehabilitado*" vale en tanto que quiere significar la persona que ha logrado sus objetivos de integración sociolaboral, pero no es menos cierto que encubre una cierta noción de "final de camino" o "final de proceso" que no coincide con la realidad clínica y nunca aparece en la esencia de la experiencia vital del común de las personas.

La rehabilitación laboral no pretende una "restitutio ad íntegram" de sus protagonistas (Colodrón, 1986); eso sería tanto como ignorar los efectos de la patología y borrar de un plumazo una etapa de la vida y sus efectos consiguientes sobre el individuo. Lo que sí está a su alcance es desplazar al sujeto de su arraigado rol de enfermo hacia un rol normalizado. El rol de enfermo convierte al individuo en un ser sin tiempo, estático, al margen del discurrir natural de los acontecimientos; es por lo tanto un rol incapacitante, marginador, que se mira a sí mismo. El rol normalizado permite al individuo incorporarse al tiempo real y en él (re)-conocerse, (re)-hacerse, (re)-habilitarse; el rol normalizado es dinámico, integrador, mira a los demás y a su entorno. El vehículo más eficaz para este tránsito hacia la normalización es el trabajo, en torno al cual se despliega la vida de las personas.

La rehabilitación laboral se fundamenta en los mismos principios básicos de la rehabilitación psicosocial: la persona con problemas psiquiátricos severos puede aprender y mejorar su funcionamiento, los abordajes que tiendan hacia su normalización deben predominar sobre

los específicos y las intervenciones propiciar una mayor autonomía e independencia. Pero, ¿por qué plantearse la integración laboral del enfermo mental crónico? La inactividad, el aislamiento dentro del caparazón familiar o institucional, el embotamiento personal de una vida sin proyectos, conservan y aun agravan los síntomas patológicos, confinando al individuo a una vida marginal y sin sentido. La rehabilitación laboral va a dotar a la persona de un proyecto de vida, de un "para qué" a través del desempeño de un trabajo. La rehabilitación psiquiátrica no es, en absoluto, cualquier tratamiento para personas con esquizofrenia (Farkas, 1996); nada parece haber de rehabilitador e integrador, por ejemplo, en la reiterada producción de objetos inútiles (Rotelli, 1995). La rehabilitación ha de tener para el sujeto un sentido y una finalidad, las intervenciones han de estar incluidas en un programa integral de rehabilitación que suponga un auténtico proyecto de vida orientado hacia el futuro. Los condicionantes de la invalidez social obedecen a factores propios de la enfermedad y del ambiente (escuela, trabajo, familia); ni que decir tiene que cualquier estrategia rehabilitadora debe afrontar esta realidad bifronte (Colodrón, 1991). Entendemos el trabajo como un elemento de gran valor social que vertebra la vida de las personas; asimismo, el trabajo supone un factor de integración y normalización que puede convertir al enfermo mental crónico en individuo perteneciente a un grupo: no en vano el desempeño de una actividad supone en muchos casos la línea divisoria que distingue a quien pertenece al grupo social y a quien resulta marginado. El trabajo suele generar conductas similares a las que la sociedad reconoce como propias y fomenta hábitos de conducta que identifican al sujeto como integrante de esa sociedad; *del mismo modo, el trabajo genera conductas que el propio individuo reconoce como pertenecientes al grupo*. Gracias al desempeño de un trabajo el enfermo mental crónico adquiere el *rol* normalizado (o rol de trabajador) por encima del *rol* de enfermo. El trabajo se convierte así en un elemento de doble valor para el sujeto: por una parte, el valor intrínseco del desempeño de una actividad y sus beneficios (sociabilidad, organización del tiempo, refuerzo de la autoestima, independencia social y económica, etc.); por otra parte, el valor de elemento terapéutico por el que el trabajo va incidir directamente sobre su estado defectual, mejorar su funcionamiento, aumentar la valoración de sí mismo, normalizar sus conductas, sentirse útil, activo, estimulado por una tarea y enriquecido gracias a la relación con las demás personas. El trabajo es, a la vez, un resultado y un determinante del curso de un trastorno mental crónico (Lieberman, 1988).

El prejuicio social supone un obstáculo importante para la integración sociolaboral de los enfermos mentales crónicos. Para la integración laboral de un colectivo marginado es necesaria la voluntad de éste para ser acogido y la voluntad de aquélla para integrarlo. Lamentablemente, la comunidad no parece preparada para albergar esa voluntad de integración. Este hecho no tiene que relacionarse necesariamente con una actitud insolidaria, pero sí con el prejuicio y la ignorancia. La sociedad mantiene todavía una visión medieval de la idea del loco y de la locura. También el término esquizofrenia ha recogido en su significado la herencia del miedo; como vocablo suscita una atracción inquietante que no suscita, por ejemplo, la paranoia. Ello supone que la esquizofrenia es imaginada como un estado límite de lucidez, inmersa en posibilidades extremas (Broustra, 1975). Permanece la atracción morbosa que provoca la idea de que el *lunático* encierra en su delirio misterios y visiones propios del *más allá*, de lo desconocido, de un mundo mágico vedado para el resto de los mortales. De ahí la relación de la locura con cierta sabiduría profunda que establece que el *alunado* tiene acceso a una realidad distinta y es capaz de ver *el otro lado* de las cosas.

La tradición histórica, literaria y cinematográfica no ha contribuido precisamente a la eliminación de estas creencias. Los personajes de ficción afectados por la locura responden siempre a un mismo estereotipo: desde el Norman Bates de *Psicosis* hasta el más reciente Aníbal Lecter de *El Silencio de los corderos* son los referentes inmediatos de la locura para el común de las personas. Otro tanto ocurre con los medios de comunicación, empeñados en construir una imagen distorsionada de la enfermedad mental, casi siempre relacionada con sucesos escabrosos de toda índole. La relación entre enfermedad mental y conductas antisociales es reiteradamente exagerada por los medios; la sociedad, por su parte, receptora

de estos mensajes, no es capaz de admitir que ella misma genera en su seno individuos más propensos a delinquir que los que genera la propia patología. Resulta falsamente tranquilizador atribuir a la enfermedad lo que en la mayoría de los casos tiene su origen en la problemática social. Ningún estudio ha conseguido demostrar hasta ahora una relación de causalidad entre enfermedad mental y violencia. Pese a las esperanzas de la aceptación por parte de la comunidad que acompaña al movimiento de Salud Mental, y a pesar de las campañas educativas periódicas, los prejuicios contra las personas con discapacidades psiquiátricas continúan. Esto se refleja en los conflictos que surgen alrededor de lugares residenciales para estas personas, en una aceptación social desfavorable y en prácticas negativas de contratación. (Ruffner, 1986). Es fácil suponer que cuando hablamos de integración sociolaboral, este prejuicio es uno de los principales problemas. Por ello, la rehabilitación laboral trata de transmitir la imagen real de la enfermedad mental. En esta línea, y siguiendo a Ladislao Lara Palma (1991), un enfermo mental que consigue integrarse en la sociedad a través del trabajo, supone:

1) que, en efecto, es capaz de trabajar,

2) que hay una red de servicios asistenciales que lo apoya,

2) que hay una sociedad que lo acepta,

y 4) que sirve como *muestra y ejemplo* real de la enfermedad mental y contribuye a atenuar o eliminar las falsas creencias sobre la totalidad del colectivo de enfermos mentales crónicos.

Rev. Trabajo Social Hoy. Nº 28. *Monográfico 1er semestre. págs. 104-112. Agosto 2000.*