

## REFLEXIONES EN TORNO A LA REHABILITACION PSICOSOCIAL

Fernando Pérez Pacho. Psicólogo. Jefe del Servicio de Salud Mental del Consell Insular de Menorca.

Vicente Lozano Alemany. Psicólogo del Servicio de Salud Mental del Consell Insular de Menorca

---

Los beneficios de las intervenciones en Rehabilitación Psicosocial (RP) se encuentran plenamente aceptados en el ámbito de la enfermedad mental crónica (EMC). La RP puede entenderse como un sinónimo de recuperación; supone ayudar a las personas con una discapacidad psiquiátrica (PDP) a regresar a sus trabajos y a vivir su propia vida.

La RP no es únicamente un conjunto de teorías, métodos y actuaciones más o menos estructuradas. Es, y sobre todo, el resultado de una filosofía de trabajo basado en la firme convicción de que las PDP tienen el derecho a poder elegir y a disfrutar en plena igualdad de los recursos que ofrece la comunidad en la que vive, de la misma forma que una persona sin enfermedad mental.

Los movimientos de desinstitucionalización marcaron un antes y un después en el enfoque de atención a las PDP. La tecnología de RP comienza su desarrollo y evolución precisamente para dar respuesta a las enormes carencias de atención derivadas de la desinstitucionalización. Este movimiento, se fundamentó más en una base humanista que metodológica. Consideraba que las instituciones psiquiátricas terminaban alienando a las personas, cronificándolos de manera irreversible. El cierre paulatino de hospitales psiquiátricos, y la consiguiente "puesta en la calle" de numerosas PDP, tan sólo desplazó el problema, ya que se multiplicaron los casos de sin hogar, discontinuidad en el tratamiento, consumo de drogas, etc. Este estado de la cuestión llevó a la progresiva creación de sistemas de atención imbricados en la comunidad para las PDP.

El paso del tiempo siempre nos permite hacer un balance más objetivo de las cosas, y aunque los movimientos de desinstitucionalización tuvieran evidentes y claras lagunas, supusieron el revulsivo necesario para comenzar a plantear la atención de las PDP desde puntos de vista totalmente distintos. Fueron movimientos que, por primera vez, se centraban en las PDP en su faceta de "personas", no de "enfermos". De personas que tienen el derecho a vivir en la comunidad a la que pertenecen y no a ser excluidos de ella. La RP es heredera de esa visión "humanista": sus objetivos son la reincorporación de la PDP a su comunidad y mejorar su calidad de vida.

Tres décadas de trabajo en esta dirección han producido infinidad de artículos científicos y una gran diversidad de sistemas y dispositivos de atención en relación a la RP. Actualmente, la RP en cualquiera de sus formatos es una opción consolidada y de elección cuando afrontamos las necesidades de una PDP. Es este un enfoque que no queda exclusivamente en el ámbito clínico, sino que ha visto cómo usuarios y familiares participan activamente a través de interesantes y valiosas experiencias asociativas. Los componentes de la RP son numerosos, pero hay dos que reciben una atención especial: las necesidades de las PDP y su calidad de vida.

A estas alturas, cabría preguntarnos si los avances metodológicos desde el ámbito clínico de atención en todas sus vertientes han ido acompañados de la necesaria modificación de actitudes por parte de quienes imparten esa atención. Los miedos y resistencias de muchos familiares a que sus hijos, hermanos, etc., con EMC vivan independientemente, trabajen, etc., son perfectamente comprensibles. Lo que resulta incomprensible es que las actitudes de quienes proporcionamos atención sirvan para reforzar estos miedos. En ocasiones, nuestras mismas actitudes de falta de confianza en la capacidad de la PDP no hacen sino certificar sus propios

sentimientos de minusvalía y de estigma social sobre lo que se supone que una EMC permite y no permite hacer a quien la padece.

Una carencia de sintonía entre la metodología y las actitudes se puede observar en distintas circunstancias implicadas en la RP:

- Las necesidades de atención de una PDP suelen diseñarse y valorarse por los profesionales, quienes realizan programas de rehabilitación sin contar con la opinión y participación activa del usuario. Las necesidades de las PDP no se diferencian en esencia de las de otras personas no afectas de EMC. Cuando el planteamiento es “¿Qué necesitas?”, en lugar de “¿Qué necesita?”, aspiraciones tan normales como una vivienda digna, un trabajo con la remuneración suficiente o relaciones sociales, están en la base de las peticiones de las PDP. Incorporar al usuario en la toma de decisiones sobre sus necesidades de rehabilitación implica el reconocimiento de que la persona puede y debe decidir sobre su vida.
- En ocasiones, la creencia en la falta de capacidad de las PDP, se observa en las derivaciones que se realizan (unidades psiquiátricas hospitalarias, servicios sociales, familiares, etc.) hacia un recurso de RP. Se suele solicitar, como objetivo, el que el futuro usuario “esté ocupado” o “realice alguna actividad.” Tanto profesionales como familiares se sienten satisfechos con que el usuario esté localizado en algún sitio haciendo algo “que le entretenga.” Detrás de esta manera de ver las cosas hay, en el mejor de los casos, una evidente falta de información de quienes trabajamos en RP. Transmitir esa información con el convencimiento de las capacidades de la PDP ayuda a unificar criterios y a trabajar en objetivos comunes.
- Diversos estudios han demostrado (y también la experiencia), que la sintomatología psicótica puede limitar, pero no impedir en muchísimos casos, el que la PDP pueda realizar una actividad laboral o vivir independientemente. Cuando se realizan planteamientos de, por ejemplo, vida independiente, surgen resistencias desde diversos ámbitos sobre la capacidad del usuario, sus sintomatología, seguimiento de medicación, etc. Conviene recordar que muchos usuarios que asisten por primera vez a un servicio de RP llevan ya años viviendo solos. Y esto con sus síntomas, su medicación, dificultades, etc. En estos casos, ¿nos planteamos recursos institucionales, que vaya a vivir con sus padres o ingrese en un piso asistido? No suele ser el caso. Por diferentes circunstancias, el proceso vital de esos usuarios ha sido distinto, demostrando que, a pesar de las limitaciones, prefieren una vida independiente, y que ésta, es posible.
- Centrar los objetivos de rehabilitación en las limitaciones de una PDP más que en sus capacidades, puede llevarnos a una intervención pobre y de escasa esperanza. Es evidente que cualquier PDP se encuentra con limitaciones para realizar un trabajo. Si nuestras decisiones se basan en esas limitaciones, el abanico de posibilidades de integración laboral queda muy mermado. Un enfoque basado en las capacidades incrementa las posibilidades de integración laboral. Visto desde esta perspectiva, las limitaciones conformarían los objetivos prioritarios de intervención; las adaptaciones, es decir, las modificaciones necesarias en el puesto de trabajo para que la PDP pueda tener más garantías de éxito. Muchos trabajos con PDP no se pierden o fracasan por la falta de capacidad del usuario, sino por la no realización de los acomodos pertinentes.
- No es infrecuente el pensar que para que una PDP viva de manera independiente necesite de una preparación previa. Aunque los estudios al respecto no avalen la necesidad de esta preparación, los programas de preparación para vida independiente, de higiene personal y economía

doméstica o de gestión de la vida diaria, suelen formar parte integrante de los trabajos en los Centros de Día y en los programas de rehabilitación. Cualquiera de nosotros no ha recibido preparación de este tipo antes de independizarse, y no parece que echemos de menos tales enseñanzas. Existe un proceso natural para este tipo de aprendizaje por el cual vamos solucionando los problemas a medida que se presentan. ¿Por qué no aplicar este mismo principio a las PDP? ¿Por qué asumir que las PDP deben aprender a hacer cosas que nosotros muchas veces no hacemos? Esta manera de pensar se basa en la presunción de que la PDP no dispone de las habilidades necesarias para funcionar de manera autónoma, dejando de lado el hecho evidente de que tales habilidades es más probable que las adquiera viviendo de forma independiente, y no antes.

- Quienes trabajamos en el ámbito de la RP sabemos que una de las áreas con mayor dificultad de intervención se circunscribe en el apartado de las relaciones sociales, el ocio, etc. Una PDP que ha tenido que hacer frente durante años a los problemas derivados de su enfermedad, ha perdido las oportunidades naturales que el desarrollo de la vida nos ofrece para socializarnos (estudios, trabajo, etc.). El aislamiento y la carencia de las redes de apoyo social básicas es una de las consecuencias de este proceso. En numerosos programas de RP las actividades de ocio, relacionales o de formación, tienen como integrantes exclusivos a los mismos usuarios del servicio. Esto se traduce en cursos, viajes, fiestas, excursiones, etc., para, y sólo para (salvo que se incluya a los familiares) PDP. Una persona con PDP prefiere relacionarse con personas que no necesariamente padezcan su enfermedad. Potenciar este tipo de actividades en lugar de utilizar los recursos normalizados que ofrece la comunidad supone generar guetos y favorecer poco la integración comunitaria.

La RP es un trabajo difícil y cuyos resultados suelen observarse a medio o largo plazo (más largo que medio). Es por ello que, en ocasiones, puede incluso resultar frustrante. Es evidente, que las reflexiones mencionadas antes - y otras que se podrían añadir - llaman, no solamente a un cambio de actitud respecto de las PDP, sus necesidades y capacidades si ello es necesario, sino también a la necesidad de los recursos necesarios para poder cristalizar los objetivos que la PDP se ha marcado en su proceso de reintegración comunitaria.

Sin embargo, el tener confianza en que una PDP puede, a pesar de sus limitaciones, participar e integrarse activamente en su comunidad y lo que esta nos ofrece a todos, y transmitirlo allí donde haga falta, debería convertirse en el marco de referencia de cualquier actuación en RP. Frente a esta visión, todavía está la creencia generalizada y estigmática de lo que significa una EMC y de lo que las personas que la padecen pueden o no hacer. Y no únicamente la población leiga, cuyo contacto con estas enfermedades suele ser a través de las noticias sensacionalistas de la crónica negra. Esta actitud sigue presente, en mayor o menor medida, en las propias Administraciones, que valoran más que "sus Centros" estén llenos y no que estén "vacíos" consecuencia de intervenciones adecuadas de integración. En empresas y empresarios, que recelan a la hora de contratar a PDP. En nuestros sistemas de salud pública, que no reconocen la necesidad de que una PDP pueda recibir atención psiquiátrica domiciliaria y que, por contra, proporcionan facultativos para que vengan a tu casa a tratarte un catarro. Por último, en los propios técnicos que trabajamos con PDP, más ocupados en elaborar complejos planes de rehabilitación que centrarnos en las necesidades expresadas por los usuarios y trabajar con ellos para su consecución.

Ubicar y entrenar, opuesto a entrenar y ubicar; prestar atención allí donde se necesita, responde mejor a la pregunta "¿Qué necesitas?", a la puesta en marcha de actuaciones en RP y, en definitiva, a la mejora de la calidad de vida de las PDP.

Ciudadella, a 18 de julio de 2003