

LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: APUNTES PARA LA REFLEXIÓN Y EL DEBATE

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: NOTES FOR REFLECTION AND DEBATE

Autor:
Juan Ignacio Fernández Blanco.
Director.

Centro de Día de Alcalá de Henares y Equipo de Apoyo social comunitario de Día de Alcalá de Henares.
Año 2020.; Volumen 16, número 2.

RESUMEN:

La rehabilitación psicosocial ha logrado acreditarse como una herramienta útil en la atención al trastorno mental grave (en adelante TMG). A lo largo del artículo se intenta clarificar lo que es y no es rehabilitación psicosocial, y cuáles son los principios y contenidos que de forma esencial la estructuran.

Palabras clave: Rehabilitación psicosocial, trastorno mental grave, deterioro psicosocial, normalización, autonomía, integración comunitaria.

ABSTRACT:

Psychosocial rehabilitation has managed to establish itself as a useful tool in the care of severe mental disorders (hereinafter SMI). Throughout the article, an attempt is made to clarify what psychosocial rehabilitation is and is not, and what are the principles and contents that essentially structure it.

Keywords: Psychosocial rehabilitation, serious mental disorder, psychosocial deterioration, normalization, autonomy, community integration.



INTRODUCCIÓN

La apuesta histórica por desplazar el eje de atención, al trastorno mental grave, de las instituciones manicomiales a la comunidad abre el paso a la Rehabilitación Psicosocial. El impulso desinstitucionalizador provoca que la persona con TMG viva y se relacione en los mismos contextos en los que viven y se relacionan el resto de ciudadanos. Esto exige estar en posesión de las capacidades que habiliten para tal fin, y no todas las personas afectadas lo están. En la búsqueda de respuestas para satisfacer las necesidades de estas personas, encuentra su sentido y su razón de ser la Rehabilitación Psicosocial.

No son pues susceptibles de rehabilitación las personas, con TMG que se desempeñan y manejan, adaptativamente, en los distintos entornos y contextos que estructuran y conforman una comunidad. Sí lo son, por el contrario, quienes no tienen ese desempeño y manejo psicosocialmente adaptativo. En coherencia con esta lógica discursiva, está indicado aplicar programas estructurados, sistemáticos y activos de rehabilitación psicosocial en aquellos casos en los que hay deterioro, pérdida de capacidades y habilidades necesarias para un buen funcionamiento personal y social.

El cierre de los hospitales psiquiátricos, los psicofármacos y la psicoterapia, aunque útiles y mayormente eficaces, no bastan para anular, extinguir o compensar los deterioros y discapacidades asociados a un número nada desdeñable de personas afectadas por un TMG. Por eso, cerca de cinco décadas después de la reforma psiquiátrica, la rehabilitación psicosocial sigue estando vigente y siendo tan necesaria como imprescindible para superar, o compensar deterioros y discapacidades.

Por su acreditado recorrido histórico y por el impacto que ha provocado en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas, la rehabilitación psicosocial de ninguna manera puede ser considerada, como en su tiempo lo fue, poco relevante y de segundo orden. Su prestigio y relevancia no vino de la mano de la laxitud conceptual y el relativismo pragmático. La rehabilitación y lo rehabilitador tampoco encuentran su acreditación ni en el nominalismo, ni en lo institucional. Por eso no todo lo que se hace en nombre de la rehabilitación psicosocial es en sentido estricto rehabilitación, como tampoco puede avalorarse cualquier práctica como rehabilitadora, por el mero hecho de llevarla a término en un recurso de rehabilitación.

Sólo desde la clarificación de lo que es y no es rehabilitación psicosocial podremos avalar praxis y acreditar fundamentos. Ambas cuestiones son capitales para que quienes se dedican a la rehabilitación psicosocial puedan estar seguros de que existe consonancia entre lo que hacen y lo que dicen hacer. A esta labor clarificadora se dedicarán los siguientes apartados.

¿QUÉ ES REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL?

Si existe confusión, o duda, sobre lo que la Rehabilitación Psicosocial es, no será porque, a lo largo de su historia, no se la haya definido con suficiencia y concisión. Así, encontramos definiciones a situar en la pre-historia de la rehabilitación psicosocial que se centran en el concepto de restauración¹. Definiciones que pudiésemos llamar fundacionales, como las de Anthony², Watts y Bennett³ o Liberman⁴. Estos autores, pioneros, hablan de recobrar el mayor desenvolvimiento social e instrumental autónomo, mediante procesos de aprendizaje de habilidades y capaci-

dades, o de una reubicación, tan normal y adaptativa como sea posible, al contexto social utilizando óptimamente las capacidades residuales.

Después han venido otros muchos autores⁵⁻⁸ que han seguido pensando y repensando el concepto, el sentido y el propósito de la Rehabilitación Psicosocial. De uno u otro modo casi todos, por no decir todos sus planteamientos giran en torno a la adquisición, mediante procesos de aprendizaje, de habilidades, capacidades y competencias.

Con el paso del tiempo tal vez no hayamos asistido al asentamiento conceptual esperado, ni a la fundamentada coherencia de las prácticas proclamadas como rehabilitadoras. Tal vez no haya que cejar en el empeño. Máxime cuando se piensa que una atención eficaz y de calidad descansa en una conceptualización severa, y en una práctica con fundamento sólido.

Sabido es que en muchas ocasiones, no en todas, las personas que sufren trastornos del espectro de la psicosis, pierden o, en los casos más benignos, ven deterioradas las habilidades y capacidades que necesitan para desenvolverse de forma normalizada en su día a día. Esas pérdidas o deterioros psicosociales van mermando notablemente, o incluso anulando, la autonomía personal y llegan a problematizar el normal desenvolvimiento cotidiano colocando a la persona, si no se pone remedio, en riesgo de exclusión y marginalidad. La rehabilitación psicosocial ha demostrado ser, por eficaz y pertinente, un componente esencial y prioritario para remediar, o compensar, tales dis-capacidades.

Re-habilitación alude a re-habilitar que no es más que hacer capaz (capacitar) a una persona en el desempeño de los retos de la vida diaria. La rehabilitación es un proceso de superación o compensación de hándicaps y limitaciones para hacer posible, y altamente probable, que la persona se desenvuelva con éxito en las relaciones con los demás, la integración comunitaria, los autocuidados, el ocio o el trabajo. La palabra rehabilitación también significa conjunto de métodos (técnicas y estrategias) de intervención, cuyo fin es la re-adquisición de una actividad o función perdida o disminuida en relación con las áreas vitales de la persona. No debiera haber duda. Estos son los parámetros en los que con propiedad debe situarse la rehabilitación. En ellos encuentra su razón de ser y desde ellos se construye su naturaleza genuina. Lo que no se sitúe en este ámbito, lo que no se concrete en estos términos, podrá ser pertinente o no, eficaz o no, pero no es rehabilitación psicosocial.

Quien diga dedicarse a re-habilitar, si no quiere ser incongruente, ha de poner en marcha procesos activos, estructurados y sistemáticos que, de un modo individualizado e integral consigan que la persona dis-capacitada psicosocialmente pueda vivir, adaptativa y autónomamente, su cotidianeidad. Para ello deberá adquirir los repertorios conductuales imprescindibles para el pleno desenvolvimiento social e instrumental.

Hablar de rehabilitación psicosocial es hablar de filosofía y de praxis, de principios y de acciones. Acciones (praxis) y principios (filosofía) no son dos partes de un mismo proceso, son en sí el proceso. Por tanto la rehabilitación psicosocial es un proceso de intervenciones (praxis) enmarcado, inspirado, guiado e interpolado permanentemente por ciertos principios y valores (la filosofía de la rehabilitación).

¿QUÉ NO ES REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL?

Es necesario responder a esta pregunta no sólo por una

razón práctica, sino también porque no hacerlo sería tanto como validar que todo es rehabilitación. Vayamos a ello.

La labor clínica no puede ser considerada en sentido estricto rehabilitación psicosocial. No cabe duda que una y otra se necesitan, se emparentan, se interpolan, pero no son lo mismo. Simplificando, lo clínico se centra principalmente en los síntomas positivos o en aquellas cuestiones que no tienen directa y esencialmente que ver con el deterioro psicosocial (síntomas negativos). Esto no quiere decir que una misma persona, un mismo equipo, un mismo recurso no pueda hacer una labor rehabilitadora y clínica. Que lo pueda hacer, no iguala ambos procedimientos, lo clínico y lo rehabilitador, no los hace indistintos.

Muchas veces también se confunde la rehabilitación psicosocial con los paradigmas psicológicos, las técnicas o los procedimientos utilizados para lograrla. La modificación de conducta, el acompañamiento terapéutico, las narrativas, etc. no son distintos modelos de rehabilitación psicosocial. En el mejor de los casos serían los medios, las herramientas que se utilizan, a lo largo del proceso rehabilitador, para conseguir el fin de rehabilitar. Una cosa es el proceso y su finalidad, y otra los medios utilizados.

Y qué decir de lo ocupacional. Si alguna relación tiene con lo rehabilitador es como su forma prístina. Se podría decir que lo ocupacional es la pre-historia de la rehabilitación psicosocial.

Todo aquello que al fin y a la postre sea una suerte de hacer por hacer, o de hacer para entretener nada tiene que ver con lo rehabilitador. Ocupar el tiempo de las personas con un programa estándar de actividades realizadas dentro de los centros por todos los allí atendidos no es rehabilitar, es asilar. Rehabilitar es individualizar los procesos, adaptar la vida de los recursos y sus procedimientos a cada persona. Que cada actividad realizada tenga una proyección comunitaria. Cuanto menos tiempo pasen las personas en los centros y más tiempo pasen integradas en la comunidad mucho mejor. Rehabilitar no sólo es fomentar la adquisición de habilidades y capacidades sino también su uso en el entorno comunitario. No se rehabilita para que las personas funcionen y se desenvuelvan en los centros, se rehabilita para los espacios y contextos públicos, y privados, en los que los ciudadanos organizan y comparten su día a día.

El acompañamiento no ha de ser el eje, lo que nuclee y menos aún defina la rehabilitación. Rehabilitar es mucho más que acompañar. Es más, quienes mejor, y de forma más normalizada, pueden hacerlo son los miembros de la red social de apoyo de la persona afectada. Decir red social de apoyo es decir compañía. El acompañamiento es una propiedad natural y consustancial a las redes sociales. Cuando los profesionales, por norma, acompañan a las personas que atienden en su transitar comunitario y supervisan por sistema lo que allí hacen no rehabilitan, sobreprotegen y tutelan. La labor del rehabilitador es promover y estimular la autonomía, no custodiar. Rehabilitar es conseguir que la persona se desenvuelva y opere autónomamente en su vida cotidiana. Rehabilitar es lograr que la persona desempeñe roles socialmente útiles y para ella valiosos.

Superar el déficit o deterioro que dificulta o impide acometer, con funcionalidad adaptativa, los asuntos que conforman y dan sentido a las áreas vitales, es normalizar la vida. La rehabilitación va ineluctablemente unida a la normalización. Normalización entendida como restablecimiento de la normalidad. Normalidad entendida como ajuste prag-

mático a lo que es común o normativo en el ambiente, la cultura o el contexto socio-histórico de la persona.

CONCLUSIONES

Los principios o contenidos que estructuran de forma esencial y propia la Rehabilitación Psicosocial, podrían resumirse en: Individualización, integración comunitaria, autonomía y normalización. Ni se afirma que en estos cuatro principios queden agotados todos los posibles, ni mucho menos se pretende excluir otros que aquí no se hayan mentado. Si decir que estos cuatro no pueden ser excluidos, ni obviados, ya que nuclean y estructuran el sentido propio de la rehabilitación psicosocial.

La individualización como un continuo adaptar procedimientos, métodos, técnicas y sistemas organizativos a las particularidades de la persona y a lo que es propio en su entorno. Se trata de buscar la singularidad frente a la generalidad, de acomodarse a los matices y peculiaridades de cada persona huyendo de la estandarización.

La integración comunitaria guiará de continuo cada una de las prácticas rehabilitadoras. Se trata, desde un proceder individualizado, de promover, favorecer, facilitar y consolidar la ocupación y participación activa y autónoma de la persona atendida en distintos espacios públicos, y privados, de interacción, intercambio y convivencia ciudadana.

La autonomía tiene que ver con la facultad de la persona para con sentido, propiedad y pertinencia, disponer de su tiempo y con sensatez proponer acerca de su vida. La persona autónoma está (re)habilitada para custodiar su libertad sin necesitar una libertad custodiada. Apoyada por su red social, ha conseguido, en el transcurso del proceso rehabilitador, tutelar por sí misma su vida para esquivar una vida tutelada.

La normalización propicia pautas comunes de vida como expresión de un plan normativo que se ha entre-tejido colectivamente. Dispone las condiciones que posibilitan una forma de estar que se aproxime, lo más posible, al estilo de vida vigente en la sociedad a la que pertenece la persona. Se trata de hallarse en congruencia, o en equilibrio, con las pautas, leyes, reglas, normas, tradiciones y cultura que vertebran, y conforman colectivamente, a una comunidad de ciudadanos.

Por eso la rehabilitación psicosocial es un proceso individualizado que de forma integral pretende que la persona adquiera, o recupere, las capacidades necesarias para, de forma autónoma, integrarse con normalidad en su entorno socio-comunitario. Rehabilitar, entonces, tiene tanto que ver con suprimir o compensar déficit y con recuperar capacidades y habilidades, como con reforzar y preservar las competencias y fortalezas de la persona. Es más, cómo suprimir o compensar lo deficitario, o recuperar capacidades y habilidades, al margen de las destrezas y las facultades de la persona. A partir de ellas, desde ellas, se estructuran los procesos de aprendizaje y modificación de conducta que posibilitan la recuperación, la rehabilitación, la integración comunitaria.

No es entonces extraño que desde su origen se haya explicado y caracterizado la rehabilitación tanto como un proceso que ha de centrarse en las carencias y pérdidas, como en las competencias conservadas. Avalan lo dicho las palabras de Rotelli⁸, “la acción habilitativa debe consistir en producir en la persona capacidad de ejercer sus derechos plenamente”; o la definición de Sánchez⁹, rehabilitar es ex-

tinguir deterioros y limitaciones funcionales para conseguir la integración autónoma. Huelgan pues controversias sobre si la rehabilitación se centra sólo en lo que la persona ha perdido y la recuperación en lo capaz que es la persona. Rehabilitar, a quien sufre un TMG, recuperarle, exige superar y compensar los deterioros desde las competencias que la persona conserva. Valorar y tomar en consideración las potencialidades y capacidades de la persona no exige ignorar, y mucho menos despreciar, aquello que ha perdido o de lo que carece. No conviene olvidar que tanto la génesis como el sentido histórico de la rehabilitación psicosocial tienen que ver con dar una respuesta eficaz al deterioro psicosocial que sufren algunas personas con TMG para que así puedan participar, como lo hace cualquier otra persona, de los asuntos comunes y corrientes de la vida cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Council on Rehabilitation: Symposium on the processes of rehabilitation, The Council, New York, 1944.
2. Anthony, W. A. Psychological Rehabilitation. A concept in need of a method. American Psychologist. 1977; 32 (8): 658-662
3. Watts F. y Bennett D. Rehabilitación psiquiátrica. México, D. F.: Limusa; 1983/1990.
4. Liberman R. La rehabilitación del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca; 1988/1993.
5. Pilling, S. Rehabilitation and Community Care. London Routledge; 1991.
6. Alanen, Y. O. et al. Tratamiento y rehabilitación de las psicosis esquizofrénicas: El modelo finlandés de tratamiento. Boletín Informativo de Salud Mental. 1992; 3: 9-46.
7. López, M. Atención Comunitaria, Rehabilitación y Apoyo a Personas con Trastorno Mental Severo. En: Lara, L, López M, editors. Integración Laboral de Personas con Trastorno Mental Severo. Sevilla: Faisem ; 2003.
8. Rotelli, F. Tiempo de rehabilitación. Boletín AMRP. 1995; 4, (2): 3-8.
9. Sánchez, A. E. Consideraciones en torno a la rehabilitación. Psiquiatría Pública. 1992; 4, (3): 130-134.