

SOBRE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN LA ÉPOCA ACTUAL: UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA

On psychosocial rehabilitation in the current era:
a bioethical perspective

Autores:

Perla Orozco-Vázquez¹, Alma Rosa Marroquín-Escamilla¹, Mirthala Cavazos-Parra¹, Juan Roque-Segovia¹,
Nancy Martínez-Moreno², Antonio Díaz-Quiroz³.

Datos de contacto: perla.rov@yahoo.com.mx

(1) Secretaría de Salud de Nuevo León, Monterrey, N.L., México.

(2) AEQUS, Rehabilitación Psicosocial, Monterrey, Nuevo León, México.

(3) Centro de Acompañamiento Terapéutico, Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México.



RESUMEN

El presente artículo propone una discusión sobre el rol y alcances de la práctica de la rehabilitación psicosocial en la época actual; considerando, por un lado, una posible superposición con lo establecido bajo el paradigma de recovery. Por otra parte, y considerándose la discapacidad psicosocial como un problema bioético que debe ser atendido, se interroga sobre su posicionamiento ante la homologación de este término, cuyos efectos al evaluar su prevalencia, podrían potenciar la visibilidad de los efectos clínicos y sociales de un problema mental. A la par, ofrecer un fundamento más claro que pueda trasladarse a las actualizaciones legislativas y ser aplicado en las políticas públicas en pro de la recuperación de las personas afectadas.

Palabras clave

Rehabilitación psicosocial, discapacidad psicosocial, recovery, bioética, paradigmas, modelos.

ABSTRACT

This article proposes a discussion on the role and scope of the practice of psychosocial rehabilitation in the current era; considering on the one hand, a possible overlap with the recovery paradigm. On the other hand, and considering psychosocial disability as a bioethical problem that must be addressed, questions are asked about its position regarding the homologation of this term, whose effects, when evaluating its prevalence, could enhance the visibility of the clinical effects of a mental problem. At the same time, to offer a clearer basis that can be transferred to legislative updates and be applied in public policies in favor of the recovery of affected people.

Keywords

Psychosocial rehabilitation, psychosocial disability, recovery, bioethics, paradigm, models.

“Lo psicosocial” como adjetivo de la discapacidad y la rehabilitación.

La Rehabilitación Psicosocial ha sido concebida como un elemento clave en los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica, al proveer a personas con diagnósticos de trastornos mentales tendientes a la cronicidad, herramientas para mantenerse en su entorno (1). La Declaración de Consenso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (AMRP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) estableció hace casi tres décadas algunos parámetros indispensables para definir su práctica. Entre estos podemos destacar su conceptualización como un proceso, su enfoque comunitario, así como el planteamiento de objetivos y estrategias a nivel individual, relativas al servicio y sobre el entorno. La definición plasmada en dicho documento señala como destinatarios a personas que experimentaron un trastorno mental y manifestaron algún deterioro que tuvo como resultado cierto nivel de discapacidad.

La publicación realizada hace algunos años de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (3) permitió dibujar con mejor nitidez los niveles de estrategias señaladas y las intervenciones consideradas con mayor evidencia científica. Se tomaron como intervenciones rehabilitadoras de tipo psicosocial: intervenciones psicológicas, intervenciones sociales e intervenciones de nivel de servicios. A manera de síntesis, en cuanto a las intervenciones psicológicas, el mayor grado de recomendación correspondió a intervenciones psicoeducativas para usuarios y familiares y en menor grado, la rehabilitación cognitiva. En cuanto a intervenciones sociales, los programas dirigidos al empleo mostraron superioridad en su recomendación, mientras que en las clasificadas como nivel de servicios, la mayoría fueron de buena práctica (basadas en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor) y con un grado de recomendación aceptable, los equipos de tratamiento asertivo comunitario en casos de personas con Trastorno Mental Grave y número elevado de reingresos o riesgo de recaída.

Como se puede apreciar en lo señalado con anterioridad, el adjetivo “psicosocial” en la práctica, implica la necesidad de intervenir no sólo en (con) la persona, sino también con la familia y con el entorno social en aras de reducir el estigma sobre los padecimientos mentales y así mejorar el trato y acompañamiento. Esto es una condición ineludible, por ejemplo, en la promoción del acceso al empleo.

Ahora bien, no es azaroso haber comenzado por la rehabilitación y no por la discapacidad. Consideramos que sobre la rehabilitación psicosocial se ha hecho un gran trabajo en las últimas décadas y España ha sido un referente de gran relevancia; prueba de ello es la producción científica al respecto y la organización/especialización de servicios para

mejorar las condiciones y funcionamiento de las personas con Trastorno Mental Grave. Sin embargo, el término de discapacidad psicosocial continúa siendo un tema que genera discusión. No es asumido aún como un término homologado y con criterios claros que puedan cristalizarse tanto en la clínica como en las esferas legislativa y social de cualquier país. En esta imprecisión podemos encontrar que la discapacidad psicosocial pareciera ser equivalente en algunos ámbitos a discapacidad psíquica, psiquiátrica o mental; o bien, la consideración de que un trastorno mental sea catalogado por sí mismo como discapacidad psicosocial (4). Ambas nociones conllevan a diversas problematizaciones en el tratamiento, la percepción social y los apoyos sociales.

Es necesario hacer notar la convergencia de dos modelos en el planteamiento de la discapacidad psicosocial: el modelo biopsicosocial (relativo a la atención clínica) y el modelo social (“externo” al discurso sanitario y sustentado en derechos humanos) (4). Esta complementariedad de perspectivas posibilita ver desde un mismo lente factores intervinientes (biológicos, psicológicos y sociales) en la cronicidad y deterioro del funcionamiento de una persona con determinado padecimiento mental. El objetivo (clínico) claramente corresponde a evitar o reducir el impacto de estos desenlaces, evaluando y tratando oportunamente. El objetivo social estriba en la reducción del “déficit de ciudadanía” (4) y aumento del empoderamiento de las personas con un problema mental, a través de una legislación adecuada que respalde el diseño de políticas públicas y con ello seguir avanzando en la construcción de una cultura inclusiva.

Recovery: ¿un replanteamiento y armonización de paradigmas y modelos?

El enfoque de *recovery* o recuperación en salud mental, como es señalado por Hernández (5), emergió de movimientos de usuarios de servicios de salud mental, quienes argumentando vulneración, lucharon por la restitución de derechos que les habían sido negados por su condición mental. Actualmente el concepto ya forma parte de narrativas de salud mental, pero su implementación y evaluación aún se encuentran en desarrollo. Una aproximación al constructo de *recovery* comprende un punto de acuerdo en que su definición se relaciona con un viaje personal (de la persona afectada) y con un sentido de empoderamiento (6), (7). También incluye la característica de dimensionalidad, contemplando la coexistencia de dimensiones clínica, personal y social (8); o bien, tomando la propuesta de Slade (9): clínica (síntomatología), existencial (autodeterminación, autoeficacia, sentido de empoderamiento), funcional (trabajo, ocupación) y física (bienestar físico, incluyendo actividad física y no consumo de sustancias).

Es en la implementación donde se presentan algunas dificultades. Si analizamos la literatura podemos percatarnos que existen diversas estrategias, modelos, programas e intervenciones que pueden incluso ser similares a una práctica de rehabilitación psicosocial. Slade (9) ha descrito cinco enfoques de intervenciones que pueden promover la recuperación:

- 1) Actividades de los *peer support workers*, referidas a las acciones -remuneradas- realizadas por personas con trastorno mental, cuyo objetivo principal es brindar apoyo a otras personas en proceso de recuperación, mediante la propia experiencia;
- 2) Voluntades anticipadas en casos de crisis, aluden a un mecanismo a través del cual las personas afectadas -por un problema mental- explicitan las acciones que desean que sean realizadas cuando su capacidad de decidir esté comprometida. Esto puede incluir algo referente al tratamiento y/o la designación de un representante al cual consultar en el escenario señalado.
- 3) *Strengths* Model es una intervención focalizada en ayudar a las personas a delimitar y cumplir objetivos que las lleven a vivir de un modo independiente;
- 4) Inserción y apoyo laboral, como su nombre adelanta, tiene como fin ayudar a las personas a elegir, buscar y mantener un empleo. Finalmente,
- 5) Refocus se encuentra dirigido a los equipos de servicios de salud mental, donde un planteamiento central radica en la capacitación del personal en tres actividades: la identificación de valores y preferencias del tratamiento, la valoración de fortalezas y la identificación de recursos para el logro de los objetivos planteados por los usuarios.

Para un profesional experimentado en materia de rehabilitación psicosocial, podría no representar inconveniente el cruce o similitud de intervenciones con las de *recovery*. Para profesionales y países que no han contado con este florecimiento, puede constituir una barrera. La Declaración de Consenso sobre Rehabilitación Psicosocial (2) hacía mención que ésta (rehabilitación psicosocial) tenía carácter complejo y era ambiciosa en tanto abarcaba los hospitales (mentales), los hogares, los sitios de trabajo y la sociedad en general. ¿Podría considerarse el paradigma de Recovery la filosofía que ahora adquiera esa labor compleja, ambiciosa y transversal y cuya materialización sea la rehabilitación psicosocial? O quizá lo pertinente sería pensarlo como sugirió Navarro (10) en otro contexto, en términos de un metamodelo de atención.

Una perspectiva bioética

Existen diferentes definiciones, enfoques y metodologías de análisis en Bioética. Con fundamento en algunas de ellas, podemos establecer que se trata de una rama de la ética aplicada cuyo objeto son las ciencias de la vida y de la salud. Su enfoque es interdisciplinario, por lo que sus recomendaciones u orientaciones devienen de un diálogo entre saberes, incluyendo la integración de principios filosóficos y criterios científicos (11). En el ámbito de salud mental han sido abordados desde esta perspectiva temas que atañen a la bioética clínica y la toma de decisiones de los usuarios, como los casos de consentimiento informado y voluntades anticipadas. Desde cualquier ángulo o enfoque (derechos humanos, rehabilitación psicosocial, *recovery*), sin duda son asuntos que debe continuar trabajándose.

No obstante, otro asunto que continúa vigente concierne propiamente a la discapacidad asociada a padecimientos mentales. Anteriormente se identificaba predominantemente como una consecuencia casi natural de los Trastornos Mentales Graves, pero en la actualidad podemos dar cuenta de su manifestación en Trastornos Mentales Comunes y Trastornos por Consumo de Sustancias. Este es uno de los panoramas que ha sido compartido por la Organización Panamericana de la Salud (12) y el problema que desde una perspectiva bioética debe ser atendido. Entre paréntesis quedaría plantear algunas hipótesis sobre estos resultados, pero en materia de atención, es imperante un análisis crítico sobre los elementos que lo constituyen. Por ahora uno de nuestros empeños ha sido mostrar las dificultades que representan la (in)definición misma de la discapacidad psicosocial como un entramado de los modelos clínico y social. Su importancia se concentra en dos acciones: 1) para reforzar la construcción de una red de salud mental eficiente en términos de evaluación, tratamiento y prevención de discapacidad (niveles, fases de atención) y 2) para contribuir en la actualización de legislaciones que sustenten políticas públicas que promuevan la inclusión.

CONCLUSIONES

La Bioética nos convoca a poner sobre la mesa la discapacidad psicosocial como un desenlace que están enfrentando nuestros usuarios y sus familias. Desconocemos qué tanto (más allá de lo publicado por la OPS) esta apreciación pueda ser compartida por otros países y en qué medida, ya que aún las publicaciones en la materia son escasas. Como se hizo mención, este concepto conjuga los modelos clínico y social, por lo que puede ser entendible que desde una lógica sanitaria encontremos mayor difusión de estudios sólo sobre algunos aspectos de este constructo (por ejemplo, funcionamiento cognitivo, habilidades sociales, remisión sintomatológica).

Con fundamento en lo que hemos expuesto, apreciaciones locales de nuestro contexto geográfico en torno a las condiciones actuales de los procesos de salud-enfermedad y las áreas de oportunidad de nuestros servicios de salud mental, consideramos que la rehabilitación psicosocial no implica sólo un proceso destinado a la “habilitación” de los usuarios, sino también de los sistemas de salud y su articulación con dependencias gubernamentales y de la sociedad civil. Esta afirmación no es novedosa, fue plasmada en la Declaración de la AMRP-OMS y reiterada en documentos posteriores. Sin embargo, hoy contamos con realidades, conocimientos, problemas e infraestructuras distintas que nos obligan a reformular o actualizar nuestros cimientos.

REFERENCIAS

- Hernández Monsalve M, Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. Estudios de Psicología [Internet]. 2011;16(3):295-303. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26122323013>
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial / Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR/WHO. Boletín de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial [Internet]. 1997;6. Disponible en: https://www.wapr.org/wpcontent/uploads/2023/12/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. [Internet]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCIntervencionespsicosocialestrastornomentalgrave.pdf>
- Calle-Carrasco Ana, Campillay-Campillay Maggie. Una mirada bioética a la representación social de la discapacidad psicosocial. Rev. Bioét. Derecho [Internet]. 2023;(58): 165-185. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872023000200010&lng=es. Epub 25-Sep-2023. <https://dx.doi.org/10.1344/rbq2023.58.42406>.
- Ramon, S. The Place of Social Recovery in Mental Health and Related Services. Int J Environ Res Public Health [Internet] 2018; 15(1052): 1-14. Disponible en: DOI 10.3390/ijerph15061052
- Xie, H. Strengths-based approach for mental health recovery. Iran. J. behav. psychiatry. sci [Internet]. 2013; 7(2): 5-10. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3939995/pdf/ijpbs-7-005.pdf>
- Anthony, W.A. A Recovery-oriented service system: setting some system level standards. Psychiatr Rehabil J. [Internet] 2000; 24(2) 159-168. Disponible en: <https://www.northernlakescmh.org/wp-content/uploads/2011/02/anthony2000.pdf>
- Norton, M., Cuskelly, K. Family Recovery Interventions with Families of Mental Health Service Users: A Systematic Review of the Literature. Int J Environ Res Public Health [Internet] 2021; 18(7858): 1-16. Disponible en DOI <https://doi.org/10.3390/ijerph18157858>
- Slade, M. La investigación sobre la recuperación. Nuevas respuestas, nuevas preguntas. En Maone, A. y D'Avanzo, B. Recuperación. Recovery: nuevos paradigmas de salud mental. España: Psimática Editorial; 2017. p. 131-145.
- Navarro, D. Cómo aplicar intervenciones basadas en la evidencia en rehabilitación psicosocial de personas con Trastorno Mental Grave. Problemas, soluciones y metaperspectiva. Clin. Contemp. [Internet] 2011; 2(3). Disponible en: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2011v2n3a1.pdf>
- Secretaría de Salud / Comisión Nacional de Bioética. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. Disponible en: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C. OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y