

# CRÍTICA DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y ELEMENTOS CLAVE EN UN MODELO COMUNITARIO DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

CRITIQUE OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION AND KEY  
ELEMENTS IN A COMMUNITY MODEL OF PSYCHIATRIC CARE

Juan José Martínez Jambrina,  
Director de Salud Mental del Área Sanitaria de Avilés.



Escribir sobre prácticas o resultados de las intervenciones en Rehabilitación Psicosocial no es complicado. Pero reflexionar sobre la filosofía de la Rehabilitación, sobre la savia elaborada que debe sustentarla, suele resultar desasegante y puede sumergir a quien lo intente en una ciénaga de diletantismo de la que no se escapa fácilmente.

Asumo, para poder dar orden a este escrito, que por Rehabilitación Psiquiátrica o Psicosocial se entiende, por consenso social, un conjunto de intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y sociales destinadas a la recuperación de aquellas personas afectadas por un trastorno mental grave y persistente que ha causado un importante corte biográfico en sus vidas con notable repercusión en su competencia personal, su red familiar y social y comprometido su rol como ciudadano.

Si se revisan los escritos que se han publicado sobre una "filosofía de la rehabilitación", suelen encontrarse textos estereotipados basados en tópicos cuando menos matizables. O bien las reflexiones se transforman más que en conocimiento en un rosario de opiniones u ocurrencias al respecto. Del formalismo académico en el que se refugian los principales tratados sobre el tema podemos a pasar ejercicios de esgrima dilemática: "la rehabilitación es una práctica en busca de una teoría", "rehabilitación psiquiátrica, ¿saber o querer?", "¿rehabilitar la rehabilitación?", "dialéctica de la rehabilitación" o "entre modelos y práctica" son algunos ejemplos de lo dicho.

La realidad es que actualmente la Rehabilitación Psicosocial es una babel terminológica y conceptual cuya filosofía no es firme y cuya praxis fluctúa notablemente en función de continentes, países, regiones, ciudades y profesionales. O sea, del contexto. No hay consenso ni en su definición, ni en los modelos con que llevarla a cabo, ni en los profesionales que deben hacerlo ni en los instrumentos que deben usar para alcanzar los objetivos propuestos con los usuarios.

Rehabilitar exige algo más que este vals de palabras. Afirmar, caso de Yves Pelcier, que "la tarea de la rehabilitación es ayudar a la persona a producir su vida" queda bonito. Pero, por ejemplo, no señala donde empieza la Rehabilitación y donde acaban otras intervenciones, si es que existe esa frontera. Porque ¿qué intervención que busque el beneficio de un paciente no es rehabilitadora? Sea como fuere y asumiendo que conviven posiciones diferentes a la hora de decidir donde debe empezar la intervención social y donde debe acabar la sanitaria, el objetivo inexcusable está claro: la rehabilitación debe, ante todo, estar enfocada a disminuir la dependencia del sistema de salud de un paciente en el que la reducción sintomática ya se ha establecido. Las prácticas rehabilitadoras deben ser altamente individualizadas tratando de mejorar la autonomía, la confianza en sí mismo y la libertad del enfermo. Y no hay estrategia más liberadora que el trabajo, la condición que con más firmeza nos asienta como ciudadanos. Rehabilitar incluye emparejar las habilidades de la persona con las necesidades comunitarias. A mi juicio, un error de muchos procesos de reforma psiquiátrica de los años ochenta ha sido situar el control de la parte no sanitaria de la rehabilitación en los Servicios Sociales, especializados en gestionar dependencias, y no en las Consejerías de Empleo. La identidad ciudadana llega con la equiparación a nuestros semejantes. Y el puesto de trabajo es la clave para ello. El objetivo de la Rehabilitación no ha de ser una prestación económica subsidiada, aunque vaya con comida y cama. Si la inserción laboral no es posible, la Rehabilitación queda estrangulada y lo que hayamos podido ganar en mejoría

clínica será agua desperdiciada. Y entonces, consumidas las prácticas rehabilitadoras habituales volveremos al punto de comienzo pero con un paciente más inseguro, dependiente y solitario.

Hace 35 años, recién estrenada la Ley de Reforma Psiquiátrica en España, el psiquiatra Antonio Colodrón publicó un artículo en el diario El País en el que afirmaba que, una vez derribados los muros del asilo, "esta sociedad no sabe qué hacer con los enfermos mentales". Lo malo es que las otras, tampoco sabían. Nos quedamos sin modelos que importar. Una vez desarrollada la Mental Health Centers Act de 1963, impulsada por J.F. Kennedy y la transformación italiana bajo la Ley 180 de 1978 auspiciada por Franco Basaglia, casi todo el mundo viró en esa dirección cuyo objetivo principal era devolver la libertad a los enfermos recluidos en los asilos manicomios. El problema es que los dispositivos previstos para atenderlos en el medio comunitario fallaron o no se desarrollaron y el resultado ha quedado muy lejos de lo previsto. De hecho, en muchos países desarrollados los hospitales psiquiátricos monográficos siguen funcionando con brío.

Un exhaustivo, aunque sesgado análisis, de este periplo lo hace Benedetto Saraceno, psiquiatra italiano que ocupó la dirección de Salud Mental de la OMS durante más de una década y es una figura referencial del modelo comunitario. En el año 2014, publicó un texto interesante: "El fin del entretenimiento" donde evalúa lo logrado, desde su observatorio privilegiado. El resultado es, a su juicio, un resultado que emana de la persistencia de una práctica psiquiátrica biomédica que consigue un cierto "entretenimiento" de los pacientes pero con resultados muy pobres en cuanto a la mejoría. Para Saraceno, solo las prácticas rehabilitadoras que rompan con el modelo tradicional psiquiátrico serán capaces de generar "fecundidad" y acabar con el entretenimiento. Pero cuando uno busca qué prácticas rehabilitadoras pueden ser esas, la cosa se complica y el libro acaba con la apelación a recuperar intervenciones de los primeros años de los procesos de reforma. Pero la libertad que ahora se reclama tiene poco que ver con la que Basaglia pedía para sus pacientes en los años setenta.

Como contrapunto al texto de Saraceno, hay que recordar que la Rehabilitación Psicosocial surgió básicamente como un intento de poner en marcha intervenciones no marcadas por la impronta del modelo médico dominante sino otras de corte más psicoterapéutico o destinadas a reforzar la inclusión social de los pacientes. Bueno, pues 30 años después de que Libermann, Anthony y Farkas, entre otros, diesen carta de naturaleza a la Rehabilitación Psicosocial tal y como la conocemos actualmente podemos decir que los avances alcanzados son más bien modestos.

Tras esta introducción entre histórica y conceptual trataré de explicar el porqué resulta tan difícil mirar a los ojos de esta esfinge un tanto maldita en que se ha convertido la "Rehabilitación Psicosocial".

Parece algo admitido de forma unánime que en los últimos 20 años la asistencia psiquiátrica atraviesa una profunda crisis que la mantiene varada con avances muy limitados. El cuestionamiento de las bases biológicas de los trastornos mentales, las dudas sobre la eficacia real de psicofármacos y psicoterapias, las dificultades para encontrar una terminología consensuada a la hora de denominar dispositivos o intervenciones comunitarias son algunas de las causas de este marasmo. La Rehabilitación Psicosocial no es ajena a esta debacle inserta como está, o debiera estarlo, en una

red de dispositivos que se encarguen de suministrar al paciente una atención integral e integrada donde la continuidad de cuidados debe ser el *primum movens* que oriente todas las estrategias asistenciales (no confundir con la contigüidad de cuidados ni con el cuidado de la continuidad, errores habituales). Pero estudios recientes (McDonald, Adams, Craig, Murray, 2019) realizados en lugares donde la continuidad de cuidados, requisito básico e imprescindible para hablar de "modelo comunitario", llegó a alcanzarse con cierto éxito en base a un razonable crecimiento de los servicios de salud mental, caso del Reino Unido, informan de un declive de dicha continuidad en los procesos asistenciales con peores resultados en la evolución clínica de los pacientes más graves. Las razones que los autores esgrimen parecen más acertadas que las que exhibe Saraceno: los equipos de salud mental están sobrecargados y los profesionales, saturados. Las continuas reorganizaciones y cambios de planes en las políticas de salud malogran los éxitos de las prácticas clínicas. La continuidad de cuidados se resiente y desaparece porque los servicios no se diseñan en función de las necesidades de los pacientes. En el fondo, siempre es más sencillo destruir algo que crearlo y desarrollarlo. Ni siquiera los factores económicos están tras este declive aunque la entrada en juego de empresas que compiten por el desarrollo de programas de rehabilitación suele causar una rápida fragmentación de las redes asistenciales y un hiato importante a la hora de atender a los pacientes más complejos y con mayores necesidades.

Sea como fuere, una vez más, ante estos resultados, podemos concluir que la sociedad sigue sin saber qué hacer con los enfermos mentales.

La psiquiatría está en crisis, aunque no creo que sea tan identitaria como Alan Rosen y Salvador Carulla han señalado sino producto de los mismos males que atentan al desarrollo de la atención sanitaria en general. En Rehabilitación Psicosocial esto puede comprobarse porque el debate acerca de la efectividad de unas intervenciones frente a otras o la aparición de nuevas técnicas de intervención, que debiera ocupar la mayor parte de nuestras discusiones, ha sido sustituido por otros temas que, sin restarles relevancia, no pueden considerarse nucleares en las intervenciones profesionales.

Para analizar este punto tomaremos de referencia los principios clave que EUCOMS (European Community Mental Health Services Provider Network), una red europea dedicada a la difusión e implantación del modelo comunitario en Salud Mental ha identificado mediante encuesta entre profesionales del sector, usuarios y familiares. Son éstos:

1. Derechos Humanos
2. Salud Pública
3. Recovery
4. Intervenciones efectivas
5. Continuidad de cuidados en una red de atención
6. Pacientes-expertos

De los seis principios claves solo tres, la adscripción a políticas de salud pública, la continuidad de cuidados y las intervenciones efectivas, podrían ser considerados nucleares en Rehabilitación siendo el resto componentes importantes siempre que aparezcan imbricados en los señalados como medulares. Deben aparecer, ciertamente, pero no con el

mismo estatuto que los tres primeros. Pero ahí están. Y por los resultados que manejamos no están generando los resultados esperados y los problemas se mantienen como los últimos años o agravándose ante la crisis Covid-19.

A mi juicio, igual que en el resto de la asistencia sanitaria, hay dos fenómenos generalizados en el mundo sanitario (y en las sociedades occidentales) que están bloqueando el desarrollo de nuevas intervenciones que ayuden a superar la crisis en la asistencia psiquiátrica y que justifican este ranking de principios clave. Por un lado, la llamada "judicialización" de la obtención de los derechos de los enfermos y del otro lado, el "wishful thinking" dimanado del concepto de salud que difunde la OMS y que exige no solo la ausencia de enfermedad, sino "un estado de completo bienestar físico y mental" algo ciertamente goloso pero inalcanzable.

Iremos por partes. Según explica Diego Gracia, uno de los mejores bioeticistas, la Bioética que se desarrolló durante el siglo XX se dedicó a consolidar los derechos de los enfermos apoyándose en el éxito alcanzado por la Declaración de Derechos Humanos de 1948. El siglo XX ha sido el siglo del bioderecho más que de la ética. Y es que la ética trata de valores, no de derechos. Y si cambiamos los valores por derechos estamos judicializando la ética. El lenguaje del Derecho son las leyes, protocolos, consentimientos informados, etc. Pero si eliminamos los valores de nuestra ética médica y los transformamos en derechos no solo estaremos liquidando lo más importante del quehacer asistencial, la deliberación sobre los valores, sino que estaremos dirigiendo la actividad de los profesionales sanitarios hacia la política. Si yo pienso que por ley tengo derecho a algo no me pararé a deliberar sobre los valores en juego en cada conflicto ético sino que voy a exigir mis derechos y a pelear por ellos. Y la judicialización conlleva generalización. Y todos sabemos el peligro que esto entraña en la actividad sanitaria. De ahí que psiquiatras bioeticistas como Bill Fulford se hayan apartado de la Bioética a la hora de ejercer su profesión para dedicarse a entrenar a deliberar sobre valores a los profesionales y a los usuarios. Para Diego Gracia, la judicialización de los valores es un suicidio axiológico al liquidar toda deliberación, única vía de avance porque es la única que conduce no a una buena solución de conflictos éticos sino a la solución óptima. Así, las declaraciones de Helsinki, Oviedo, Nueva York, etc que consagran derechos muy respetables hacen que desaparezca de la actividad sanitaria, de la que la rehabilitación forma parte, la identificación de los valores de los pacientes y la toma de decisiones teniéndolos en cuenta, deliberando con ellos. Tampoco los pacientes tendrán necesidad de formarse en como identificar sus valores y gestionarlos, que sería la solución óptima. El lenguaje del derecho es opuesto a la ética, a los valores, a la deliberación, el elemento clave para elegir soluciones óptimas a conflictos éticos. El respeto a los "derechos humanos" se consigue con más facilidad si trabajamos con el paciente y sus valores. Si todas nuestras intervenciones tienen en cuenta al menos los cuatro valores básicos en bioética: autonomía del paciente, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Con respecto al recovery y a la presencia activa de "peer-experts" en las intervenciones en rehabilitación sucede algo similar. Pienso, y creo que no estoy solo en ello, que la mayor parte de los postulados de una asistencia orientada al recovery está ya presente en las raíces de la mayoría de prácticas rehabilitadoras y que, si resolvemos conflictos y tomamos decisiones conjugando hechos y valores respetando el principio de autonomía del paciente y el de beneficencia, no hay práctica que no pueda considerarse recu-

peradora. Lo mismo sucede con el “paciente experto”. No hay intervención rehabilitadora si los valores privados del paciente (autonomía y beneficencia) se cancelan o si los valores públicos (no maleficencia y justicia) no son tenidos en cuenta.

En mi opinión los principios clave antes referidos deberían ordenarse en dos bloques. Por un lado los que se refieren a la actividad de los profesionales “sensu stricto” y por otro lado, los tres principios que derivan del respeto a los valores de los usuarios: derechos humanos, recovery y peer-expertise. Uno de los grandes problemas de la asistencia psiquiátrica en general y de la española en particular, es la ausencia de sistemas de información y evaluación fiables. Y así es difícil apostar por lo que realmente sirve, por las técnicas que alcanzan mejores resultados. Y así es imposible rediseñar organizaciones asistenciales que devuelvan el pulso a los profesionales que las movilizan.

La red EUCOMS hace hincapié en desarrollar aquellas prácticas basadas en la evidencia con los mejores resultados. Y se apoya especialmente en el tratamiento asertivo comunitario, como plataforma desde la que poner en marcha otras técnicas. Y es que tal vez la mejor defensa de los derechos de los pacientes sea aquella que ponga al alcance de todos ellos las intervenciones que mejores resultados alcancen y respeten los valores éticos fundamentales.

O sea que ha llegado el momento de acabar con el entretrenimiento, ciertamente. Pero conservando lo ganado y reconduciendo la Rehabilitación hacia su más íntima esencia, hacia aquellos lugares y actividades que devuelven la confianza y el respeto a los enfermos. Solo el trabajo es terapéutico. La auténtica Rehabilitación pasa por un puesto de trabajo.

Y habrá que formarse y formar a los pacientes en tomar decisiones compartidas deliberando sobre los valores en juego en cada paso, en cada conflicto. El camino no es fácil ni se recorre en poco tiempo. Pero el trabajo en Rehabilitación supone lidiar a diario con la incertidumbre. Y necesitamos elegir no solo una buena solución, sino la óptima. Para salir de este letargo y de este sistema asfixiado por tanta indefinición en su concepto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Colodrón A. Rehabilitación integradora. La Gaceta del CRL “Nueva Vida”, número 13, julio 2001.
2. Rosen A, Gill Neeraj, Salvador-Carulla L. The future of community psychiatry and community mental health services. *Current Opinion in Psychiatry*, 2020, 33: 375-390.
3. Keet R, De Vetten-McMahon M, Shields-Zeeman, Ruud Torleif, Van Weeghel Jaap, Bahler Michiel, Mulder CL, Van Zelst C, Murphy Billy, Westwn Koen, Nas Chris, Petrea I. Peeters G. Recovery for all in the community: position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC Psychiatry*, 19, 174 (2019)
1. Saraceno B. El fin del entretrenimiento, AEN, 2014
2. Gracia Guillén D. Los retos de la bioética en el nuevo milenio. En “La bioética y el arte de elegir”, ABfy C, 2014
3. Fulford B, Thornton T, Graham G. Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry. OUP Oxford, 2006
4. Macdonald A, Adamis D, Craig T, Murray R. Continuity of care and clinical outcomes in the community for people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2019 May;214(5):273-278.