

Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)
www.fearp.org



Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)
www.fearp.org

Equipo Revista 4ª época (2019)

Dirección: Jaime A. Fernández (Canarias)
Secretaría de Redacción: Luis Pelegrín (Murcia)
Diseño y Maquetación: José J. Corbalán (Murcia)

Consejo de redacción

Juan I. Fernández Blanco (Madrid)
Juan Glez. Cases (Madrid)
Alejandra Rebores (Galicia)
Teresa Orihuela (Castilla y León)
Cristina Gisbert (Cataluña)
Margarita Hernanz Manrique (País Vasco)
María Asunción Garay Arostegui (País Vasco)

Consejo asesor

Presidentes de las asociaciones autonómicas de FEARP

Martín Vargas Aragón

Presidente FEARP

Mónica García Ortega

Vicepresidenta FEARP

Francisco Villegas

Vicepresidente FEARP

Ricardo Guinea

(expresidente de la WAPR)

Rafael Cristina

(Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial)

Bienvenido Presilla Liñero

(Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial)

Victor Roque Morales González

(Asociación Canaria de Rehabilitación Psicosocial)

Elisa Lucas Cardoso

(Asociación Castellana y Leonesa de Rehabilitación Psicosocial)

Enric Arqués Martí

(Asociación Fórum D'Iniciatives Assistencials i de Gestio en Salut Men-tal a Catalunya y Fundació Privada Joia Joventut Organitzada i Activa)

Juan José Martínez Jambrina

(Asociación Asturgalaica de Tratamiento Asertivo Comunitario y Asociación Asturiana de Rehabilitación Psicosocial)

Carolina Mogollón Rodríguez

(Asociación Extremeña de Rehabilitación Psicosocial)

David Taroncher Redondo

(Asociación Valenciana de Rehabilitación e Inserción Sociolaboral de Enfermos Mentales)

Lluís Lalucat i Jo

(BCN Salut Mental)

CONTENIDOS

CONTENTS

07

PRESENTACIÓN REVISTA FEARP
Monográfico sobre la filosofía de la Rehabilitación.
Monographic on the philosophy of Rehabilitation.
Jaime A. Fernández

09

EDITORIAL REVISTA FEARP
¿Qué es Rehabilitación Psicosocial? Un mapa para profesionales.
What is Psychosocial Rehabilitation? A map for professionals.
FEARP

12

ORIGINALES
ORIGINALS

Filosofía y Rehabilitación Psicosocial.
Philosophy and Psychosocial Rehabilitation.
Marcelino López, Margarita Laviana.

20

La Rehabilitación Psicosocial: Apuntes para la reflexión y el debate.
Psychosocial Rehabilitation: points for reflection and debate.
Juan Ignacio Fernández Blanco.

26

Extremadura, la tierra de las personas que partieron desde la vieja Europa para "Las Indias", ahora reflexiona sobre el viaje de la Rehabilitación Psicosocial, en esta ocasión sin descubrir "Las Américas".
Extremadura, the land of the people who left old Europe for "the Indians", now reflects on the journey of psychosocial rehabilitation, this time without discovering "the Americas"
Ana I. Delfa Cantero, Ana M^a García Nieto, Nora Lamy Fernández, Carolina Mogollón Rodríguez.

33

Desinstitucionalización 2.0.
Deinstitutionalization 2.0.
Francisco Villegas Miranda.

38

Crítica de la Rehabilitación Psicosocial y elementos clave en un módulo comunitario de asistencia psiquiátrica.
Critique of Psychosocial Rehabilitation and key elements in a community model of psychiatric care.
Juan José Martínez Jambrina.

45

Hacia un modelo antropológico de Rehabilitación Psicosocial (MARPS).
Towards an anthropological model of rehabilitation psychosocial (MARPS)
Martín L. Vargas.

54

In memoriam. Sobre Antonio Colodrón.
In memoriam. About Antonio Colodrón.
José Augusto Colis.

58

Rehabilitación integradora.
Integrative rehabilitation.
Antonio Colodrón.

57

William Anthony in memoriam.
William Anthony in memoriam.
Jaime A. Fernández.



PRESENTACIÓN

MONOGRÁFICO SOBRE LA FILOSOFÍA DE LA REHABILITACIÓN

Rehabilitar la filosofía de la rehabilitación.

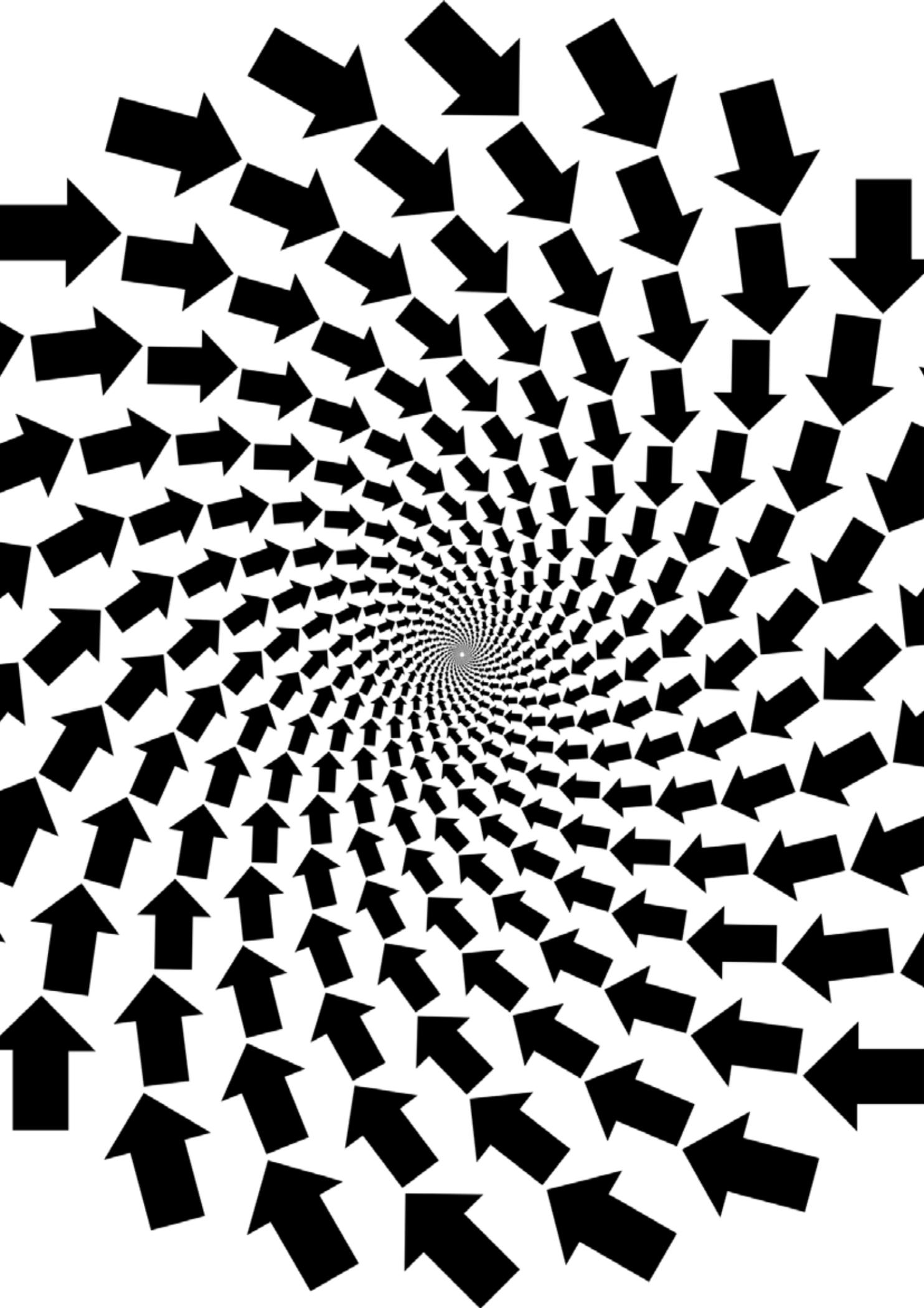
En la década de los ochenta del siglo XX el término de filosofía de la rehabilitación apareció con cierta relevancia de la mano de un grupo de pioneros (Anthony, Saraceno, Shepherd, etc.) que pugnaban por introducir y desarrollar el campo de la Rehabilitación Psicosocial (RP). Era una nueva forma de tratar a las personas con trastorno mental grave, más allá del tratamiento estándar en dispositivos comunitarios o de reclusión hospitalaria. Era una nueva forma de relacionarse con las personas con trastorno mental grave y sus familias, nuevas técnicas, nuevos dispositivos,... todo lo cual aumentaba las reticencias para conseguir el apoyo de los profesionales de la salud mental. Exponer una filosofía de la RP fue necesario para vencer las fuertes resistencias iniciales y ayudó a la diseminación de este campo por todo el mundo.

Ahora bien, con el cambio de siglo, una vez el campo estaba instaurado, el término casi desapareció. A día de hoy, una búsqueda en Internet, en español o inglés, poco arroja sobre salud mental fuera de la década de los 80 (salvo alguna excepción como: M. Desviat, IV Congreso AMRP, 2014). El término evoca más referencias de otros campos (filosofía, rehabilitación física, vocacional, etc.)

Entonces ¿cuál es la vigencia actual del término? ¿Hay que rehabilitar la filosofía de la rehabilitación? ¿Qué sentido tiene este término hoy en día?. Con el apoyo y la ayuda inestimable de Juan I. Fernández Blanco, que ha coordinado este monográfico, ha pedido a destacados profesionales del territorio español su visión del tema, con el sobreesfuerzo de hacerlo de una forma breve y concisa para incluir el mayor número de perspectivas y hacerlo más accesible a todo tipo de profesionales.

El resultado destaca por lo diverso de los enfoques, que no es más que el reflejo de la enorme diversidad de la situación de la RP en los distintos territorios del estado español. Agradecemos a todos los autores el esfuerzo por su participación aceptando un reto de reflexionar sobre nuestras prácticas profesionales.

Jaime A Fernández Fernández
Director de la Revista de Rehabilitación Psicosocial



EDITORIAL*

¿QUÉ ES REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL? UN MAPA PARA PROFESIONALES

El día 22 de octubre de 2019 se cumplieron 18 años de la constitución en Madrid de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). El hito metafórico de la “mayoría de edad” ha inspirado las actuaciones que la FEARP se propone desarrollar tras el Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial celebrado en Madrid en julio de 2018 y hasta 2022. La rehabilitación psicosocial es ya una disciplina madura en España. Pensamos que ahora es el momento de trasladar a los profesionales y a la sociedad el conocimiento y la experiencia acumulados. Difundimos como introducción a este número monográfico la definición de lo que la FEARP entiende por rehabilitación psicosocial, definición para una mayor claridad se ha desarrollado en diez puntos y que en sus primeros dos años de vigencia ha servido ya de motivo para la reflexión teórica en nuestro campo. La definición de rehabilitación psicosocial de la FEARP está dirigida principalmente a los profesionales sanitarios y sociales, si bien pensamos que igualmente puede ser de utilidad en otros ámbitos como el educativo, el laboral y el judicial. Invitamos a todos ellos a asumirla como propia; también a la ciudadanía y a sus representantes políticos, quienes pueden beneficiarse de esta definición para priorizar el uso de los recursos públicos.

1. La rehabilitación psicosocial es la práctica interdisciplinaria dirigida a la promoción y mantenimiento de la autonomía de las personas que sufren algún trastorno mental potencialmente discapacitante, así como a su integración comunitaria. El objetivo de la rehabilitación psicosocial es la recuperación personal.
2. La recuperación personal es la instauración de una situación de disfrute de la condición humana, teniendo en cuenta la protección activa e individualizada de los derechos humanos durante el padecimiento de un trastorno mental. Implica un proceso activo de reconstrucción personal, que es autodeterminado y se sirve de apoyos profesionales y comunitarios.
3. Autonomía personal es la toma de conciencia de la oportunidad y la responsabilidad que supone construir la propia identidad como ser humano en un marco de participación comunitaria, junto a la capacidad para desarrollar una vida independiente con los apoyos necesarios.
4. Los trastornos mentales pueden afectar a las funciones neurocognitivas, producir discapacidad en el funcionamiento psicosocial y disminuir la funcionalidad en el desempeño de actividades de la vida diaria. También pueden contribuir a una limitación en el desempeño de roles sociales. Por otro lado, las creencias culturales respecto al problema de los trastornos mentales afectan disminuyendo o aumentando su impacto personal.
5. Como campo interdisciplinar que es, la rehabilitación psicosocial se sirve principalmente de modelos teóricos aplicables a los sistemas complejos.
6. El modelo de atención integral en salud mental comunitaria es el marco asistencial en el que se integra la rehabilitación psicosocial. Esta debe formar parte de la evaluación y tratamiento de las personas con trastorno mental, desde el inicio de la atención, y de forma conjunta e integrada con otras intervenciones médicas, psicológicas y sociales.
7. Las intervenciones en rehabilitación psicosocial se fundamentan en el conocimiento científico y se concretan en buenas prácticas. Estas permiten individualizar las intervenciones atendiendo a la universalidad de la dignidad humana, a la diversidad biológica, cultural y biográfica de cada persona, al sentido propio atribuido a la intervención por la persona en rehabilitación y a la prioridad de su autodeterminación.
8. Las técnicas en las que se concreta la práctica de la rehabilitación psicosocial tienen gran diversidad. Son aplicables en todas las etapas del ciclo vital, si bien son de especial importancia en personas jóvenes. Las técnicas deben adaptarse a las necesidades de la persona, y no al contrario; deben persistir durante todo el tiempo que resulten eficaces.
9. Se requiere un enfoque integral y holístico para evitar una reducción sesgada de las personas en rehabilitación a los aspectos biológicos, a su condición sociocultural o a su subjetividad.
10. La principal oportunidad para la recuperación personal es el análisis y la reintegración de los elementos biológicos, sociales, funcionales, culturales, psicológicos y biográficos de cada individuo, atendiendo tanto a sus fortalezas como a sus debilidades.

Madrid, 26 de enero de 2019
Federación Española de Asociaciones Rehabilitación Psicosocial (FEARP)

* En el sitio web de la FEARP www.fearp.org pueden descargarse para su difusión versiones de este documento en castellano, catalán, euskera, gallego e inglés.

ORIGINALES ORIGINALES



FILOSOFÍA Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

PHILOSOPHY AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION

RESUMEN

El campo complejo de lo que denominamos “salud mental” incluye posiciones y movimientos diversos, que integran consideraciones teóricas y procedimientos técnicos de intervención. Y al igual que en otros campos de la ciencia y la tecnología, la filosofía puede tener cosas que decir que nos ayuden a precisar la pertinencia y utilidad de esas posiciones. En concreto, en el campo de la salud mental y en relación con las personas afectadas por trastornos mentales graves, encontramos una realidad compleja (posición teórica, movimiento profesional, conjunto de intervenciones técnicas) a la que nos referimos con la expresión “rehabilitación psicosocial”, cuyo uso remite a varios significados o componentes, uno de los cuales nos lleva a entenderla como filosofía. El artículo pretende explorar algunos de los aspectos implicados en la relación filosofía/rehabilitación psicosocial, en el doble sentido de valorar desde la filosofía algunas bases de la rehabilitación y de especificar qué aspectos de este movimiento pueden verse, en sentido general, como filosóficos.

Palabras clave: filosofía, rehabilitación psicosocial, salud mental, reduccionismo.

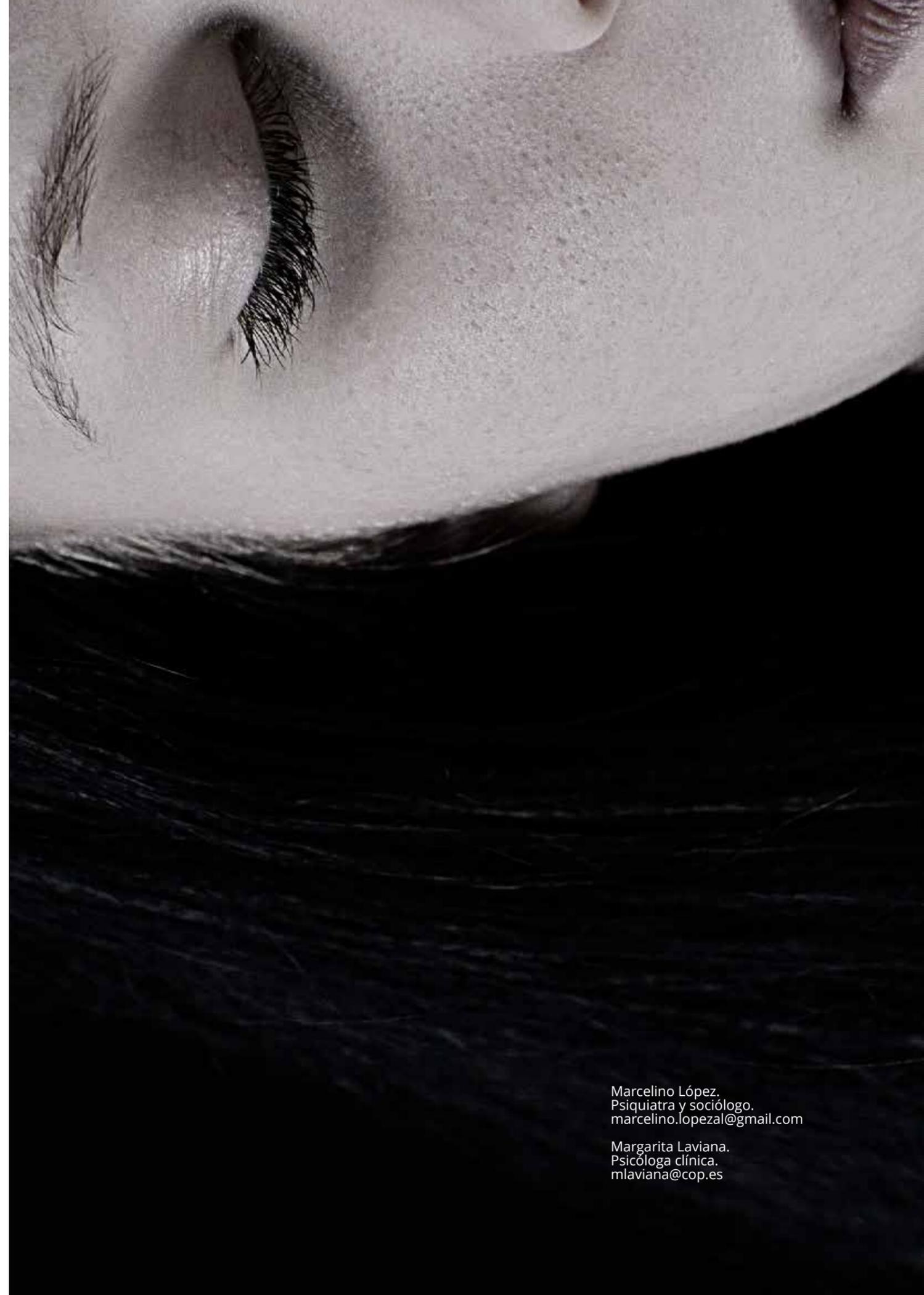
ABSTRACT

The complex field of what we call “mental health” includes diverse positions and movements, that present both theoretical considerations and technical intervention procedures. And as in other fields of science and technology, philosophy can have things to say that will help us to clarify the relevance and professional usefulness of those positions. Within the field of mental health and in relation to people affected by serious mental disorders we find a complex reality that we refer to as the terms “psychosocial rehabilitation”, an expression whose use refers to several meanings or component, one of which is precisely that of their understanding as a philosophy. The article aims to briefly explore some of the aspects involved in the psychosocial rehabilitation/philosophy relationship in the dual sense of assessing from philosophy some bases of rehabilitation and of specifying that aspects of the latter movement can be seen as specifically philosophical in the sense of a general vision of the field.

Keywords: Philosophy, psychosocial rehabilitation, mental health, reductionism.

Marcelino López.
Psiquiatra y sociólogo.
marcelino.lopezal@gmail.com

Margarita Laviana.
Psicóloga clínica.
mlaviana@cop.es



“Tradicionalmente se entiende que la filosofía es una forma de conocimiento que se caracteriza por plantearse las ‘cuestiones últimas’ o más radicales(...) un tipo de teorización que suele referirse a cuestiones de carácter general, frente a las disciplinas científicas, que se centran en aspectos más específicos de la realidad, el conocimiento y la experiencia humanos. Conceptos (que) no se alojan en el espacio etéreo de las grandes ideas, como el que imaginó Platón; sino que se encuentran en los discursos cotidianos de las ciencias y las prácticas que pretenden inspirarse en principios racionales compatibles con el conocimiento científico. En las ciencias y en la práctica normal, inspirada por conocimientos científicos, encontramos elementos que reclaman atención y reflexión filosófica, pero eso no quiere decir que la filosofía tenga sus propias fuentes de conocimiento. Más bien quiere decir que denominamos ‘cuestiones filosóficas’ a algunas preguntas, conceptos y construcciones intelectuales que tienen un alcance general y están presentes en muchas disciplinas científicas y actividades humanas de carácter racional.”

Miguel Angel Quintanilla, 2019 (1)

“La atención primaria de salud tiene cuatro facetas distintas: es un conjunto de actividades, un nivel de atención, una estrategia para organizar los servicios de salud y una filosofía que debe impregnar todo el sistema de atención a la salud.”

(...) La atención primaria de salud como filosofía (...) es la esencia del movimiento de atención primaria de salud. Un país puede pretender ejercer la atención primaria de salud sólo si todo su sistema de atención a la salud se caracteriza por: justicia social e igualdad, solidaridad internacional, autorresponsabilidad y aceptación de un concepto amplio de salud.”

Hannu Vuori, 1983 (2)

PRESENTACIÓN

La riqueza, complejidad y potencial imprecisión de los lenguajes naturales, a diferencia de los lenguajes técnicos como los de la informática, incluye la polivalencia o polisemia de gran parte de los términos y expresiones que utilizan. Así, coincidiendo en esto con alguna de las afirmaciones de Ludwig Wittgenstein (3) y sus famosos “juegos del lenguaje” tan ensalzados por el postmodernismo (4, 5), el significado de muchos términos y expresiones es múltiple y debe valorarse en el contexto concreto en que se usa.

Así sucede, concretamente, con los elegidos como título del artículo: “filosofía” y “rehabilitación psicosocial”. Por eso, antes de valorar el interés y la complejidad de reflexionar y debatir sobre los aspectos filosóficos de la rehabilitación psicosocial, parece necesario alguna explicación sobre el uso de dichos términos y de su concreta combinación en las páginas que siguen.

A ello pueden contribuir las dos referencias iniciales elegidas, la de Miguel Angel Quintanilla (1), sobre el término “filosofía” y la de Hannu Vuori (2), en este caso sobre la polisemia de la expresión “atención primaria de salud”, pero que inspira nuestra manera de entender la de “rehabilitación psicosocial”, como hemos señalado en otras ocasiones (6-8) e insistiremos más adelante.

En ese sentido, con carácter general pero situándonos específicamente en nuestra realidad, parece interesante reflexionar sobre eso que denominamos “rehabilitación psicosocial” con ayuda de eso otro que denominamos “filosofía”, términos y expresiones con diversos sentidos de uso, pero con referencias concretas de interés teórico y

técnico. El interés general de la filosofía para el desarrollo científico y tecnológico (1,9,10) y la polisemia del término “rehabilitación” en salud mental, que, entre otras cosas, cabe entender como “filosofía” (6-8), confluyen con algunas confusiones específicas en nuestra situación actual, en relación con “la” rehabilitación pero, más allá de ella, con el conjunto del campo de la salud mental (5, 11). Y todo ello hay que tenerlo en cuenta si hablamos de la rehabilitación desde la filosofía, de la filosofía de la rehabilitación o de la rehabilitación entendida como filosofía.

En cualquiera de los casos, pensamos que el análisis debe considerar esos tres aspectos:

a) La existencia de al menos un doble sentido de uso del término “filosofía”, en la medida en que cabe entenderla como una disciplina concreta, dividida a su vez en parcelas o campos específicos (ontología, epistemología, semántica...) o como un conjunto de “aspectos generales” de una posición, tendencia o “paradigma” concreto dentro de un campo de conocimiento teórico o técnico (1).

b) La paralela existencia de un quintuple sentido de uso de la expresión “rehabilitación psicosocial”, en la medida en que este movimiento incluye y puede verse, en paralelo al de la atención primaria (2), como una filosofía, una estrategia, un nivel de atención, un tipo de programas y un tipo de servicios y de profesionales (6-8).

c) Pero, más en general, la sospecha de que muchas de las posiciones teóricas y técnicas que hoy dividen el campo de la salud mental, entre el “reduccionismo biomédico” y el “reduccionismo post o antipsiquiátrico” que pretende hacerle frente, presentan en sus bases, explícita o implícitamente, posiciones filosóficas discutibles. En el primero sobre la base, si acaso, de visiones ingenuamente positivistas y en el segundo de las simplificaciones del relativismo epistémico y el postmodernismo (5, 11).

Aspectos que tratamos de analizar más detalladamente a continuación, como base para la reflexión y el debate, componentes básicos a su vez del desarrollo científico y tecnológico, es decir, en nuestro campo, necesarios para poder entender mejor la situación de las personas con trastornos mentales graves y ayudarles así a superar sus dificultades.

UNA VISIÓN GENERAL DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL DESDE LA FILOSOFÍA

Cabe así, en primer lugar, establecer con ayuda de la filosofía una visión general del campo de la salud mental, en el que se incluye la rehabilitación psicosocial en todas y cada una de sus facetas o significados. Campo este que, una vez más, parece sometido a importantes divergencias y controversias teóricas y técnicas, tanto en general como en nuestro país (5, 11).

Así, pese a los importantes avances teóricos, técnicos y organizativos conseguidos trabajosamente en las décadas anteriores (5,11), nos encontramos hoy con:

a) La persistencia de múltiples problemas sin resolver en lo relativo a la situación de las personas con algún tipo de trastorno mental, especialmente de aquellos que etiquetamos genéricamente como “trastornos mentales graves”. Situación esta que combina los efectos de sus problemas de salud y de la insuficiencia e inadecuación de las respuestas sociales que habitual-

mente reciben, en términos de atención sanitaria y social pero también de estigma y de discriminación (12-14). Y situación general que integra la de nuestro país, pese a los cambios realizados en las últimas décadas (15, 16).

b) La creciente constatación de las limitaciones e insuficiencias de la visión “tradicional” de la salud mental y especialmente de su disciplina todavía central, la psiquiatría (17), dominada hoy por hoy por el “reduccionismo biológico”. Orientación esta que limita su perspectiva a la enumeración ateórica e inflacionista de entidades supuestamente discretas, acrítica y generalizadamente consideradas como enfermedades, secundarias a desequilibrios químicos cerebrales escasamente conocidos cuando no meramente sospechados y limitando la intervención a la administración de fármacos, según las indicaciones, embellecidas por la “evidencia” (18), de la industria farmacéutica.

c) La emergencia de alternativas críticas que frecuentemente mantienen posiciones no menos discutibles (5, 11), basadas en el relativismo epistémico cuando no en el rechazo general del conocimiento científico y la tecnología o en el retorno a posiciones de la antigua y fracasada antipsiquiatría anglosajona (19, 20). Dentro de esas tendencias no es extraño que se descalifique, implícita o explícitamente, “la rehabilitación” como un componente más (“eufemismo” y “puesta al día”) del reduccionismo y de sus “mecanismos represores” (21).

d) La mayor complejidad de actores, tras la progresiva consolidación de movimientos asociativos ya no solo de familiares sino de personas directamente afectadas, los denominados usuarios y usuarias o supervivientes (22-24). Movimientos que incorporan posiciones imprescindibles pero también sesgos que es necesario valorar en cada caso (11).

e) Pero también, la existencia de un número importante pero hoy por hoy imposible de precisar cuantitativamente de profesionales honestos, que desarrollan actividades relevantes de atención y tratan de manejar críticamente los conocimientos teóricos y técnicos disponibles, sin que su trabajo se registre habitualmente en las publicaciones.

Recientemente, uno de nosotros (5, 11), trató de valorar algunos aspectos de esa situación desde posiciones filosóficas materialistas en ontología y realistas en epistemología y filosofía de la ciencia y la tecnología (25-28), intentando rescatar desde la experiencia de las pasadas décadas una base más razonable para enfrentarnos a los problemas y necesidades derivadas de dicha situación. De alguna manera, se trataba y se trata de ir más allá del reduccionismo biomédico, pero sin arriesgarse a que, al criticarlo, “tiremos el niño con el agua sucia de la bañera” (5). Y para ello consideraba y consideramos que la filosofía puede ayudarnos a situar mejor algunos de esos temas, más allá del recurso al idealismo, el constructivismo social, el relativismo epistémico y la filosofía del lenguaje wigensteiniana (29, 30).

Sostenemos así (5, 11) que hay que reconocer la realidad de los trastornos mentales más allá de un confuso constructivismo social, así como reafirmar el papel de la racionalidad científica y tecnológica, de la inclusión crítica en el campo sanitario, de la necesidad de una psicopatología biopsicosocial más allá de la “botánica” inflacionista de las clasificaciones internacionales y de la utilidad de la atención

comunitaria con un fuerte componente de rehabilitación. Y de valorar positivamente el papel de los movimientos asociativos, especialmente de usuarios y usuarias, sin que ello implique la aceptación acrítica de todas y cada una de sus posiciones. Ni en el énfasis absoluto, simplista y descontextualizado en “la recuperación” y la libertad individual, sin tener en cuenta críticas razonables sobre ese uso (31, 32) y el de algunas simplificaciones de la interpretación de la Convención de la ONU (33, 34).

Cabe así resaltar la complejidad de los problemas y de los procedimientos técnicos necesarios, frente a las simplificaciones simétricas del reduccionismo biomédico y del anti o postpsiquiátrico, a los que cabe recordar la frase de Abraham Maslow, para quien (35): “si tu única herramienta es un martillo, todos los problemas te parecerán clavos”. Frase que cabe aplicar tanto a las pretensiones exclusivistas de la farmacoterapia como a las del activismo político de algunos (36) o al curioso enfoque más o menos laciano de “el deseo y el lenguaje” de otras (21).

LA COMPLEJIDAD DE “LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL”

Los problemas que conlleva la aplicación de todo esto a “la rehabilitación” tienen que ver también con distintos factores, desde la repetida polisemia del término a la existencia de diferentes modelos internacionales. Y también a factores específicos de nuestro país (6, 8, 37).

En relación con lo primero, la polisemia de la expresión, hemos repetido ya que bajo la misma encontramos aspectos, facetas o sentidos de uso diferentes según la consideremos en tanto que filosofía, estrategia, nivel de atención, tipos de intervenciones o tipos de dispositivos y profesionales. En general, integrando estos distintos aspectos, nosotros venimos defendiendo que la filosofía y la estrategia de rehabilitación son propios, en general, de los modelos de atención comunitaria, que los programas pueden y deben realizarse desde muchos equipos de la red sanitaria y social y que los dispositivos específicos, apellidados “de rehabilitación”, son una parte importante del sistema global de atención con orientación rehabilitadora (6-8, 11, 37).

En relación con lo segundo, “la” rehabilitación psicosocial es en realidad un movimiento complejo y multiforme, con componentes profesionales pero también políticos y sociales. Y con distintos modelos de los que, en el origen de los planteamientos actuales (37, 38), hay que mencionar al menos tres, con aspectos comunes pero también con algunas diferencias:

a) El desarrollado inicialmente en USA, alternativo y contrapuesto a la atención psiquiátrica habitual allí y ligado a personalidades y grupos considerados “clásicos”, como los de Robert Liberman (39) en Los Angeles, William Anthony y Marianne Farkas (40) en Boston y el menos conocido de Mark Spivak, primero en Estados Unidos y luego en Israel (41).

b) Los modelos europeos, en un contexto muy diferente del americano, con redes razonables de servicios sanitarios y sociales públicos, en los que, como en el Reino Unido o en los Países Nórdicos, especialmente en Finlandia, “la rehabilitación” no descansa sobre una red separada, contrapuesta o paralela a la “atención psiquiátrica”, sino que se integra en dichas redes complejas. Hay que mencionar así al grupo inglés de John Wing, Douglas Bennet y Geoff Shepherd (42, 43), el de Luc Ciompi en Suiza (44) y los de Finlandia, con la refe-

rencia general de Yrjö Alanen y su “tratamiento adaptado a las necesidades” (45), base nacional común de otras experiencias ahora “de moda” (46).

c) Pero también la menos formalizada pero rica experiencia de los movimientos de desinstitucionalización (47-49), ligados inicialmente a los procesos de cierre y construcción de alternativas a hospitales psiquiátricos (en Italia y en otros lugares) y frecuentemente ignoradas, tanto por el reduccionismo biomédico como por los clásicos de la rehabilitación. Basadas más en el activismo profesional (“práctica en busca de teoría”, en palabras de Benedetto Saraceno (48)), se trata de experiencias prácticas que combinan inicialmente el trabajo dentro y fuera de las instituciones para devolver la dignidad y la capacidad de interlocución de las personas internadas como paso previo a su “rehabilitación”, estableciendo a la vez procedimientos concretos de apoyo a la vida en la comunidad. En ellas, el “entrenamiento”, más o menos técnico y sistemático pero siempre adaptado a la persona y desarrollado en los contextos reales de la vida social, se combina con una actividad política y social de reivindicación de la ciudadanía de las personas (49), no pretendiendo prioritariamente que “el débil deje de ser débil” sino que todos juntos, “débiles” y “fuertes”, podamos coexistir e interactuar en condiciones de igualdad (48).

La riqueza técnica y profesional de los “clásicos” norteamericanos, el carácter integrado de la organización europea y el énfasis en la movilización social y la ciudadanía de las experiencias de desinstitucionalización, serían así los componentes inseparables de un enfoque actual de eso que denominamos rehabilitación psicosocial, dentro del paradigma general de la atención comunitaria en salud mental (6, 11, 37, 38).

En nuestros territorios, distintos equipos profesionales tratan de integrar esas posiciones, aunque el peso de los “clásicos” estadounidenses es mayoritario y las estructuras organizativas más desarrolladas están polarizadas entre modelos como el de la Comunidad de Madrid (50), con una red integrada en servicios sociales, privada pero financiada con fondos públicos y el de Andalucía (51), que reparte el sistema entre una parte sanitaria y otra intersectorial, en ambos casos de carácter público. Nosotros (6, 8, 37) consideramos más coherente el sistema organizativo andaluz, similar al de otras experiencias europeas, pero reconocemos el mayor desarrollo de los equipos profesionales de Madrid (52), pese a su para nosotros errónea ubicación de las unidades de rehabilitación en servicios sociales. Y en ambos casos, no obstante, con un desarrollo bastante similar de recursos residenciales, de empleo y de soporte general, desgraciadamente no generalizados en el conjunto del Estado.

LA FILOSOFÍA DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Es desde ese cuadro general desde el que cabe hablar ahora, en sentido estricto, de la filosofía de la rehabilitación psicosocial o de la rehabilitación psicosocial entendida como filosofía. Es decir del significado o sentido de uso del término que hace referencia a los aspectos más generales que están en la base de los movimientos, teorías y modelos operativos de rehabilitación psicosocial. Se trata de un enfoque global de los problemas de las personas con trastornos mentales graves, junto al correspondiente planteamiento de los objetivos de su atención (6, 35, 53), desde el que:

a) Sin negar la existencia y gravedad de las alteraciones que muchas de ellas presentan y que permiten calificarlas de trastornos o enfermedades más o menos específicas, se identifica a las personas con este tipo de problemas de salud como ciudadanos y ciudadanas con dificultades de funcionamiento y problemas de inclusión social. Desde una versión razonable del modelo social de discapacidad (53, 54), se enfocan así sus problemas en términos de desventaja social y no solo de enfermedad, es decir que se les ve no solo como enfermos con necesidades de atención sanitaria sino, más globalmente, como miembros de un colectivo que vive una situación social desfavorable y que exige, por tanto, intervenciones sociales en sentido amplio (incluyendo sanitarias, sociales, educativas y de empleo), profesionales y no profesionales (6, 56).

b) En relación con la situación de cada persona, se trata por tanto de considerar las dificultades concretas que encuentra para manejarse en su medio habitual, como resultado de la interacción entre síntomas, dificultades funcionales y características del medio (factores de riesgo y de protección, estigma...). Lo que implica ampliar el foco de la evaluación desde la visión clínica habitual, centrada en los síntomas, a la del funcionamiento personal y social (57, 58) y a la de los diversos factores del medio que condicionan tanto las dificultades como las oportunidades de la situación.

c) Se identifican los objetivos de atención sanitaria y social, orientando las intervenciones no necesariamente hacia la “curación” (signifique esto lo que signifique, desde el mero control de síntomas hasta una ideal “reestructuración intrapsíquica”), sino hacia la consecución de la mayor capacidad posible para desenvolverse en su contexto social con el mínimo de dificultades. Objetivo al que evidentemente también pueden contribuir las “curaciones” o “mejorías clínicas” (6), pero especialmente cambios funcionales y del medio.

d) En ese marco y en lo que respecta a las intervenciones concretas, se hace énfasis en el apoyo a procesos de recuperación personal (59, 60), inclusión social (61) y ciudadanía (48). Es decir en articular el esfuerzo personal, el apoyo profesional y la configuración democrática del entorno social.

e) Y, finalmente, enlazando esos enfoques generales con una estrategia específica de dicha atención, basada en la prevención terciaria (5), pero también en modelos de empoderamiento, participación y decisiones compartidas, sobre la base de proveer soportes múltiples tanto profesionales como no profesionales (59, 60, 62)

Y todo ello basándose en los conocimientos acumulados sobre la etiología multifactorial y los modelos de vulnerabilidad (44, 64), sobre las perspectivas epidemiológicas de evolución a largo plazo (65-67), sobre las evaluaciones positivas de distintos programas de intervención psicosocial (68) y sobre la aparición de nuevos agentes, especialmente los movimientos asociativos de las personas directamente implicadas y sus posibilidades complementarias de intervención no profesional (69, 70).

Características generales que son aplicables al conjunto de la atención comunitaria, además de impregnar las actitudes, los conocimientos y las habilidades técnicas de los profesionales en el desarrollo de los programas específicos y en los variados entornos de servicios en que se desarrolla

eso que llamamos rehabilitación psicosocial (37).

REFERENCIAS

1. Quintanilla MA. Filosofía de las ciencias médicas y de los servicios de salud: una perspectiva sistémica. En: Gutiérrez JA (Coord.). Reconocimiento a cinco siglos de medicina española. Madrid, Fundación Ramón Areces, 2019: 283-300.
2. Vuori H. Health for all, primary health care and general practitioners. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1986, 36:398-402.
3. Wittgenstein L. Investigaciones filosóficas. Barcelona, Crítica, 2008. (Edición original en 1953).
4. Callinicos A. Against Postmodernism. A Marxist critique. Cambridge, Polity Press and Blackwell Publishers, 1989.
5. López M. Mirando atrás para seguir avanzando: una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental. I. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2019, 39 (136): 185-212.
6. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2007, 99:187-223.
7. López M. Diez referencias destacadas en Rehabilitación Psicosocial. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 2011, 7:9-14.
8. López M, Laviana M. Rehabilitación psicosocial y atención comunitaria: algunas consideraciones críticas y una propuesta de guion para el debate. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2017, 37 (131): 257-276.
9. Bunge M. La relación entre la sociología y la filosofía. Madrid, Edaf, 2000.
10. Quintanilla MA. Tecnología: un enfoque filosófico y otros ensayos de Filosofía de la Tecnología. México, Fondo de Cultura Económica, 2005.
11. López M. Mirando atrás para seguir avanzando: una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental. II. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2020, 40 (137) (en prensa).
12. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet* 2018; 392(10157):1553-98.
13. Saraceno B. Discorso globale, sofference locali. *Analisi critica del movimento di salute mentale globale*. Milano, il Saggiatore, 2014.
14. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2008, 101:43-83.
15. Pérez F (Coord.). Dos décadas tras la reforma psiquiátrica. Madrid, AEN, 2006.
16. Ministerio de Sanidad. Estrategia de salud mental del Sistema nacional de Salud. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
17. Saraceno B. Sulla povertà della psichiatria. Roma, Deriveapprodi, 2017.
18. Spielmans G, Parry P. From evidence-based medicine to marketing-based medicine: evidence from internal industry documents. *Bioethical Inquiry*, 2010, 7 (1): 13-29.
19. Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. *BMJ*, 2001, 322:724-727.
20. Vispe A, García-Valdecasas J (Ed.). Dossier Postpsiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2017, 132: 497-592.
21. Martín L, Colina F. Manual de psicopatología. Madrid, AEN, 2018.
22. McLean A. The mental health consumers/survivor's movement in the United States. En: Scheid TL, Brown TN (Ed.). *A handbook for the study of Mental Health. Social contexts, theories, and systems* (2 Edition). Cambridge, Cambridge University Press, 2010: 461-477.
23. 62. Rose D, Lucas R. Movimiento de las personas usuarias y supervivientes en Europa. En Knapp M, McMaoid D, Mossialos E, Thornicroft G. *Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en Salud Mental*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo y Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sociales, 2007.
24. Rogers A, Pilgrim D. *A sociology of Mental health and Illness* (Fifth Edition). Berkshire, Mc Graw Hill, 2014.
25. Bunge M. *Ontología I. El moblaje del mundo*. Barcelona, Gedisa, 2011. (Edición original de 1977)
26. Bunge M. *Ontología II. Un mundo de sistemas*. Barcelona, Gedisa, 2012. (Edición original de 1979)
27. Bunge M. *A la caza de la realidad. La controversia sobre el realismo*. Barcelona, Gedisa, 2007.
28. Bhaskar R. *A realist theory of science*. Oxon, Routledge, 2008
29. Carmona M. Paradigmas en estallido: epistemologías para una ¿post?psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2017, 132: 509-528.
30. Vispe A, Rodríguez D, Gordillo Y, Socas M, Delgado I. Viaje con nosotras... (destino postpsiquiatría, billete solo de ida). *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2017, 132: 575-592.
31. Braslow JT. The manufacture of recovery. *Annu Rev Clin Psychol*, 2013, 9:781-809.
32. Uriarte JJ, Vallespi A. Reflexiones en torno al modelo de recuperación. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2017, 37 (131): 241-256
33. Freeman MC, Kolappa K, Caldas de Almeida JM, Kleinman A, Makhshvili N, Saraceno B, Thornicroft G. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet psychiatry*, 2015, 2: 844-850.
34. Szmulker G, Daw R, Callard F. Mental health law and the UN Convention on the rights of persons with disabilities. *Int J Law Psychiatry*, 2014, 37: 245-252.
35. Maslow MA. *The psychology of science: A reconnaissance*. New York, Harper & Row, 1966.
36. Ortiz A. Contra la prevención sanitaria individual del sufrimiento mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2019, 39 (135): 177-191.
37. López M, Laviana M. Rehabilitación de personas con trastornos mentales graves en modelos comunitarios de atención. En Kraut AJ, Leontina G (ed.). *Derecho y salud mental. Una mirada interdisciplinaria*. Buenos Aires, Rubinzal-Culzoni, 2020. Tomo II (en prensa).
38. Killaspy H, Harden C, Holloway F, King M. What do mental health rehabilitation services do and what are they for? A national survey in England. *J Ment Health*, 2005, 14:157-165.
39. Liberman R. *Recovery from disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation*. Arlington, American Psychiatric Publishing, 2008.
40. Anthony WA, Cohen M, Farkas M, Gagne C. *Psychiatric rehabilitation* (2nd. Edition). Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation, 2002.
41. Spivak M. *Introduzione alla Riabilitazione sociale: teoria, tecnologia e metodi di intervento*. *Rivista Sperimentali di Freniatria*, 1987,11:522-574.
42. Wing JK, Morris B (Ed). *Handbook of Psychiatric rehabilitation practice*. Oxford, Oxford university Press, 1981.
43. Watts FN, Bennett DH (Ed.). *Theory and practice of psychiatric rehabilitation* (2nd Edition). Chichester, Wiley and Sons, 1991.
44. Ciompi L. *Afecto-lógica. El vínculo entre el afecto y la lógica. Una contribución al estudio de la esquizofrenia*. Madrid, Fundación para la Investigación y el tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2010.
45. Alanen YO. *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Madrid, Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, 2003.
46. Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinen K. *The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states*. *Psychosis*, 2011, 3: 179-191
47. López M, Laviana M, García-Cubillana P. *Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria*. En: Pérez F (Coord.). *Dos décadas tras la Reforma psiquiátrica*. Madrid, AEN, 2006: 239-276.
48. Saraceno B. *El fin del entretenimiento. Manual de rehabilitación psiquiátrica*. Madrid, AEN, 2014. (Edición original italiana de 1995).
49. Toresini L, Mezzina R (Eds), *Beyond the walls. Deinstitutionalization in European best practices in mental health*. Merano, AlphaBeta Verlag, 2010.

50. Comunidad de Madrid. *Tipología de centros y dispositivos de atención social red pública de atención social a personas con discapacidad derivada de enfermedad mental grave y duradera*. www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales
51. FAISEM. *Soportes para la ciudadanía. Los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves en Andalucía*. Sevilla, FAISEM, 2012
52. González J, Cristina R, De la Hoz A, Hernández M, Jiménez. JL, Orts M y ots. Análisis de la efectividad de los Centros de Rehabilitación Psicosocial. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2016, 36 (129): 139-155
53. Shepherd G. *Avances recientes en Rehabilitación Psiquiátrica*. En Aldaz J y Vázquez C, Ed.). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid, Siglo XXI, 1996: 1-22.
54. Goering S. Rethinking disability: the social model of disability and chronic disease. *Curr Rev Musculoskelet Med*, 2015, 8:134-138.
55. Mulvany J. Disability, impairment, or illness? The relevance of the social model of disability to the study of mental disorder. *Sociol Health Illn*, 2000, 22 (5): 582- 601.
56. Corrigan PW y Penn D (1997). "Disease and Discrimination: two Paradigms that describe severe mental illness". *Journal of Mental Health*.
57. Muesser KT y Tarrier N. *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Boston, Allyn and Bacon, 1998.
58. Fernández JA, Touriño R, Benítez N y Abelleira C. *Evaluación en rehabilitación psicosocial*. Valladolid, FEARP, 2010.
59. Laviana, M. Empoderamiento y recuperación en salud mental. En Ansean A (Ed.). *Manual de gestión clínica y sanitaria en salud mental*. Madrid, Edicomplet, 2012:213-222.
60. López M. El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves. *La experiencia de Andalucía*. *Norte de Salud Mental*, 2010, 8, (36):11-23.
61. Leff J, Warner R. *Social inclusion of people with mental illness*. Cambridge, Cambridge University press, 2006.
62. Cosh S, Zenter N, Ay ES, Loos S, Slade Met all. *Clinical Decision Making and Mental Health service use among persons with Severe Mental Illness across Europe*. *Psychiatr Serv*. 2017,68(9):970-974.
63. *Escuela Andaluza de Salud Pública. Planificación anticipada de decisiones en salud mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental*. Granada, EASP, 2015.
64. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1977, 86(2):103-126
65. Harding CM, Zubin J, Strauss JS. *Chronicity in schizophrenia: revisited*. *Br J Psychiatry Supplement*, 1992,18:27-37Warner R. *Recovery in Schizophrenia*. *Psychiatry and Political Economy* (3thd Edition). Hove, Brunner-Routledge, 2004.
66. Calabrese J, Corrigan PW. *Beyond dementia praecox: findings from long-term follow-up studies of Schizophrenia*. En Raloh RO, Corrigan PW. *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness*. Washington, American Psychological Association, 2005: 63-84.
67. Warner R. *Recovery in Schizophrenia*. *Psychiatry and Political Economy* (3 Ed.). Hove, Brunner-Routledge, 2005.
68. Kern RS, Glynn SM, Horan WP, Marder SR. *Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia*. *Schizophr Bull*, 2009, 35 (2):347-361.
69. *En primera Persona* (2014). *Recuperación y ayuda mutua. Guía de apoyo para el moderador de grupos de ayuda mutua*. Federación andaluza de asociaciones de usuarios/usuarioas de salud mental "En primera persona". (www.enprimerapersonaandalucia.org)
70. Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, Johnson S, Kendall T. *A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of peer-support for people with severe mental illness*. *BMC Psychiatry*, 2014, 14:39.

LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: APUNTES PARA LA REFLEXIÓN Y EL DEBATE

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: NOTES FOR REFLECTION AND DEBATE

Juan Ignacio Fernández Blanco.
Director.
Centro de Día de Alcalá de Henares y Equipo de Apoyo social comunitario de Día de Alcalá de Henares.

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 avalarse 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 discapacidades.

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 discapacitada 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 nuclea 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 entretejido 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.



EXTREMADURA, LA TIERRA DE LAS PERSONAS QUE PARTIERON DESDE LA VIEJA EUROPA PARA “LAS INDIAS”, AHORA REFLEXIONA SOBRE EL VIAJE DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL, EN ESTA OCASIÓN, SIN DESCUBRIR “LAS AMÉRICAS”

EXTREMADURA, THE LAND OF THE PEOPLE WHO LEFT OLD EUROPE FOR “THE INDIANS”, NOW REFLECTS ON THE JOURNEY OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION, THIS TIME WITHOUT DISCOVERING “THE AMERICAS”

Ana I. Delfa Cantero. Centro de Rehabilitación Psicosocial, Badajoz, España.
Ana M^a García Nieto. Equipo de Salud Mental de Coria, Cáceres, España.
Nora Lamy Fernández. Proyecto Isla IV Diputación Provincial de Cáceres, Cáceres, España.
Carolina Mogollón Rodríguez. Centro de Rehabilitación Psicosocial, Badajoz, España.

aerpsicosocial@gmail.com
Ilustraciones con las obras de Godofredo Ortega Muñoz, el artista extremeño de los caminos y los paisajes.

RESUMEN:

La filosofía de Rehabilitación Psicosocial viene a ser como ese horizonte que nos mueve a caminar pero que, teniendo principios tan amplios de tan ética de máximos, nunca llega a alcanzarse de forma completa. Es una actuación colosal donde los fines últimos están en grandes hitos como la AUTONOMÍA, la CALIDAD DE VIDA, SATISFACCIÓN, EFICACIA, etc.

Las palabras que B.Anthony escribió en 1977, caen sobre los hombros de quienes somos profesionales de la Rehabilitación, como un contrapeso para aguantar el equilibrio en las movilizadas cuerdas de la cambiante sociedad. Él, refiriéndose a la Rehabilitación Psicosocial, decía: “es un concepto en busca de un método”.

Aunque estas palabras arrojen incertidumbre, también nos marca una forma de proceder, una razón de ser, una manera de estar, una fórmula maestra, una brújula que marca el cómo. Nos dice que la Rehabilitación Psicosocial es mucho más que una técnica aplicada, es un CÓMO que va evolucionando en los QUÉ y los CUÁNDO.

Siguiendo el símil del viaje, intentaremos responder a las tres preguntas de QUÉ ES, QUÉ NO ES, y CUÁLES SON SUS PRINCIPIOS, los de esta incansable REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

Palabras clave: Rehabilitación, Recuperación Salud Mental, Ética.

ABSTRACT:

The philosophy of Psychosocial Rehabilitation is like that horizon that moves us to walk but, having such broad principles of such ethics of maxims, it is never completely achieved. It is a colossal performance where the ultimate goals are in great milestones such as AUTONOMY, QUALITY OF LIFE, SATISFACTION, EFFECTIVENESS, etc.

The words that B.Anthony wrote in 1977, fall on the shoulders of those of us who are professionals in Rehabilitation, as a counterweight to hold the balance in the shifting ropes of changing society. He, referring to Psychosocial Rehabilitation, said: “it is a concept in search of a method”.

Although these words throw up uncertainty, they also mark a way of proceeding, a reason for being, a way of being, a master formula, a compass that marks the how. It tells us that Psychosocial Rehabilitation is much more than an applied technique, it is a HOWTO that evolves into WHAT and WHEN.

Following the simile of the journey, we will try to answer the three questions of WHAT IT IS, WHAT IT IS NOT, and WHAT ARE ITS PRINCIPLES, those of this tireless PSYCHOSOCIAL REHABILITATION.

Keywords: Rehabilitation, Mental Health Recovery, Ethics.

QUÉ ES REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL. QUÉ LA DEFINE, CUÁL ES SU SENTIDO Y RAZÓN DE SER.

No existe viaje sin un lugar del que partir. Para quien emprende una ruta desde un contexto de seguridad, el viaje puede tener más emociones, más aventura, etc., pero para quien parte de un lugar inhóspito, lleno de durezas y sinsabores, necesita recuperar fuerzas para empezar la marcha. Es por ello por lo que la filosofía de rehabilitación, desde cualquier servicio, debe ser el contexto de seguridad desde donde poder coger impulso para avanzar.



Rehabilitación Psicosocial es el arrojito de ser CIUDADANÍA, con sus derechos y deberes, comodidades y fastidios, con sus privilegios y cargas. En esta verben de la vida en comunidad, toca dejarse llevar y marcar el ritmo.

La rehabilitación ayuda a trazar un itinerario, un recorrido, facilita conocer las reglas, nos lleva a adelantarnos a posibles retos, nos muestra qué es lo que la sociedad marca como funcionamiento social.



Rehabilitación Psicosocial es el campamento base desde el que apuntalar y reforzar la autoestima, desde el autoconocimiento. Es el lugar donde ponerse a prueba, donde orientarse, donde entrenar, donde poder tener el coraje de equivocarse, un sitio donde caerse, levantarse, sacudirse el polvo y volver a intentarlo.

Es por ello por lo que debe definirse por SER un espacio adaptable, estable pero flexible, cuyo sentido debe ser el de la utilidad, una herramienta para la

persona usuaria, que la haga "a su mano" para continuar el camino.

Confiable, adaptable, ajustado, tolerable y útil, se tornan como características imprescindibles para el proceso de rehabilitación.

QUÉ NO ES REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL. LO QUE SE ESCAPA DEL NAVEGADOR

Un viaje no puede ser un "que te transporten", implica un papel activo, supone un mínimo margen de decisión.

En el proceso propio de Recuperación de la persona, donde, recordemos, el papel profesional no es imprescindible, la Rehabilitación Psicosocial debe, por tanto, pararse a pensar que:

- Si es confiable, no puede ser impositiva, obligatoria. Implica una labor pedagógica, explicativa, una actitud clarificadora y realista de lo posible.



- Si es adaptable, no puede estar bajo la tiranía de plazos rígidos, de técnicas secretas, propias de unas pocas personas. Implica un margen de negociación, de ponderación, de valoración, de franqueza.

- Si es ajustado, no debe tender a ser planteado bajo un mismo patrón, sin tomar las medidas proporcionadas para cada hechura.

- Si es tolerable por quien viaja es porque los riesgos son asumibles, porque es posible "echarse atrás". Que se pueda parar, descansar, aplazar y retomar, en función de las fuerzas, de las circunstancias y momentos, propios y del contexto. Deben ser exigencias acotadas, plausibles.



- Si es útil, el servicio sí o sí debe estar orientado a la persona, a sus necesidades.

Por tanto, son las profesiones y sus códigos quienes tienen que poder adaptarse a este marco y no al contrario. Podrán participar formas profesionales o institucionales que puedan adaptarse a este marco, y no viceversa. Porque la Rehabilitación Psicosocial es una filosofía de acción y no una oportunidad de negocio, de poder o de reconocimiento.

¿DE QUÉ SE COMPONE ESTE VIAJE DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL?

Los principios de la rehabilitación suponen ese visado que nos permite avanzar, superar etapas y contextos, nos abre fronteras y barreras. Es el salvconducto ante la duda de si los métodos envejecen, anquilosados o caducan.

La Rehabilitación Psicosocial no casa con el conformismo. Supone, como todo viaje, una ventana a nuevas experiencias, conocer nuevas realidades, con el derecho a tener la oportunidad de explorar, seguir o a decidir volver. Y cuando viajamos, podemos regresar, pero no volvemos siendo las mismas personas.

En este punto, la persona que asume el rol de apoyo, bien desde el plano profesional, desde el voluntariado social, desde el rol de acompañante o de experto en experiencia, tan sólo puede "estar junto a", señalar puntos de seguridad y proponer. Mostrar las formas que otras personas tuvieron de hacer su camino, comprendiendo que sólo cada cual puede afrontar el reto de emprender su partida. Podrán decirnos la dirección, el calzado, el equipaje, pero sólo la persona usuaria puede dar el primer paso del viaje.

Es ahí donde el contexto rehabilitador tiene un papel fundamental en la transmisión de confianza, en contagiar la esperanza de que el camino lleva a algún lugar. No podemos exigir planificar, hacer maletas, para destinos inexistentes o caminos imaginarios. La genuinidad de quienes somos profesionales se torna imprescindible en el acompañamiento y en el encuentro.

Y es en el proceso de soñar el viaje, de planificarlo, o en el propio camino, que nos encontramos con otras personas viajeras, de quienes se bebe de la experiencia. Reconforta saber que las ampollas en los pies se olvidan y las imágenes de los lugares desconocidos, las vivencias y los hallazgos merecen la pena:

"La recuperación es un proceso, una forma de vida, una actitud, y una manera de abordar los retos del día. No es un proceso lineal. A veces, nuestro curso es errático y fallamos, por lo que hay que reagruparse y empezar de nuevo... La necesidad de hacer frente al reto de la discapacidad, para volver a establecer un nuevo sentido y la revaloración de integridad y propósito dentro y fuera de los límites de la discapacidad, la aspiración para vivir, trabajar, y el amor en una comunidad para lograr una contribución significativa." (Deegan, 1988, p. 15)

Y para quien guía, para quien conduce, para quien es profesional que interviene en el ámbito de la Rehabilitación Psicosocial, deben merecer la pena los sinsabores. Los esfuerzos que parecen en vano, pero

acaban teniendo sentido. Reconforta ver el valor de los primeros pasos, el arrojito de quien se tropezó y se limpia las heridas, de quien acepta nuestra mano, de quien generosamente nos muestra sus planes y nos permite caminar juntos.

HACIA DONDE PARTIREMOS DESDE EXTREMADURA

El viaje y la tierra extremeña es todo uno. Desde el anhelo del hogar, desde tiempos inmemoriales, quienes habitan estas tierras precisan marchar, en busca del porvenir, para el afrontamiento de la necesidad. Desde los "extremos del Duero" la sensación casi siempre es la de partir con el deseo de regresar a un lugar más fértil, más rico, pero igual de acogedor.

Nos enfrentamos siempre a la necesidad de tejer una red más amplia y sólida, con recursos limitados. La Rehabilitación Psicosocial en Extremadura está en el continuo anhelo de dispositivos existentes en otras comunidades, compatibles con nuestros rasgos geográficos y poblacionales, en la necesidad de ampliar ratios profesionales. Con la convicción de ser un espacio imprescindible para la formación y la intervención en la red de Salud Mental, pero con la sensación agrídice de ser un lugar de paso para un gran número de profesionales que buscan mejores condiciones laborales.



Desde una actitud humilde y serena, quienes somos profesionales de la Rehabilitación Psicosocial ponemos al servicio de la red pública de Salud Mental de Extremadura criterio, responsabilidad, experiencia y creatividad, siempre abiertos al cambio, siempre en búsqueda del método ajustado a cada circunstancia al que nos retaba B. Anthony.

BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

Anthony WA, Farkas M. A client-outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions. *Schiz Bul* 1982; 8: 13-38.

Casas, E., Escandell, M. J., Ribas, M., & Ochoa, S. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 25-47.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 11.

Delfa, A. I., & Mogollon, C. (2010). Intervención junto con la familia en el centro de rehabilitación psicosocial de Badajoz. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (201), 301-316.

Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 223-244.

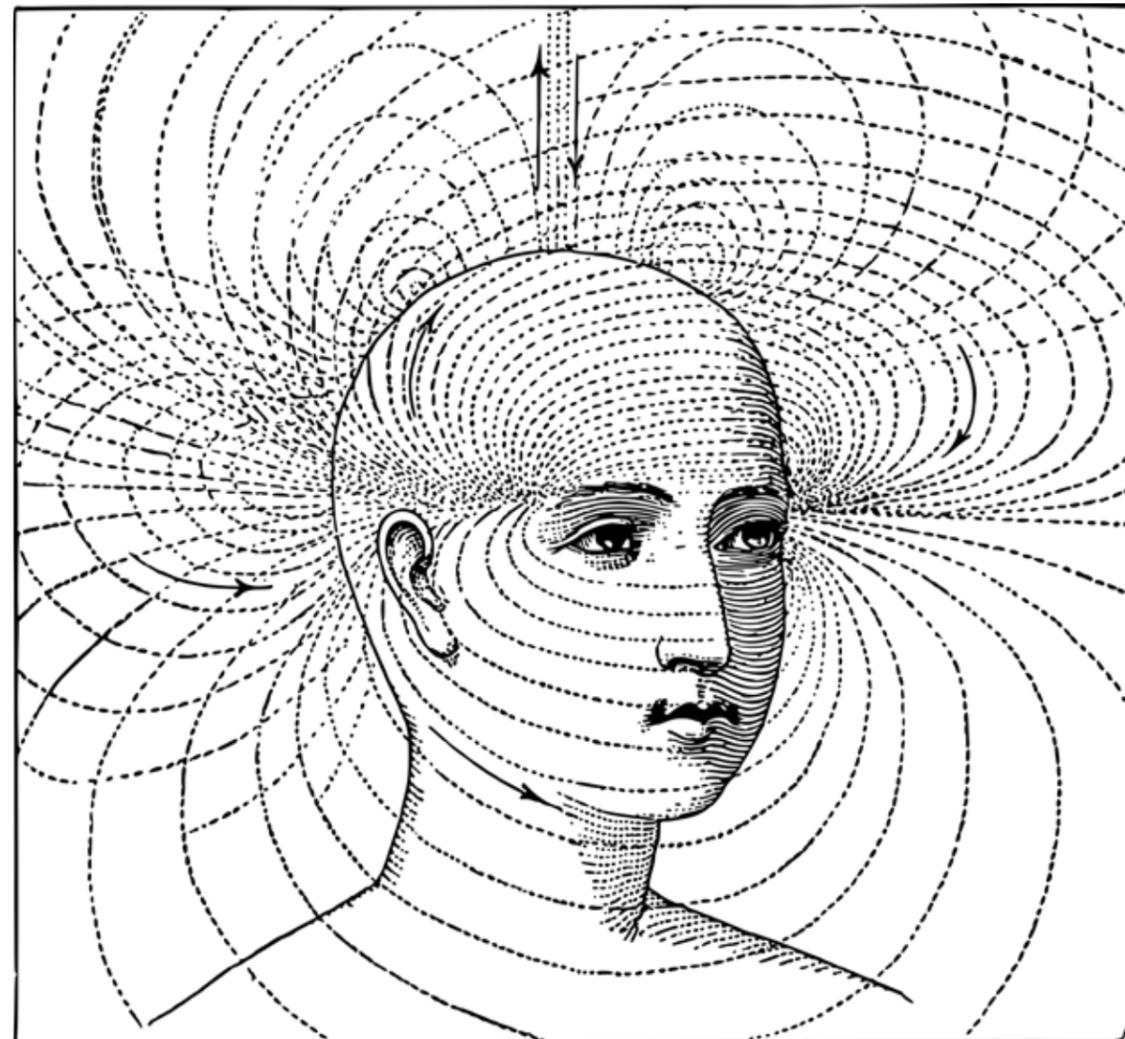
González Cases, J., & Rodríguez González, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.

Guinea Roca, R. (1998). Rehabilitación psicosocial: una teoría, una práctica, una ética. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(65), 151-164.

Mogollón, C. & Cantero, A. I. D. (2015). Percepción de la impredecibilidad emocional de las personas con trastornos mentales graves, investigación como antesala en la intervención social. *Trabajo social y salud*, (82), 59-68.

Rodríguez, A. (1997). Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide, 274.

Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). Hacer de la recuperación una realidad. Servicio Andaluz de Salud.





Francisco Villegas Miranda.
Grup CHM Salut Mental, Barcelona, España
francisco.villegas@chmcorts.com

DESINSTITUCIONALIZACIÓN 2.0

1. LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN HOSPITALARIA Y EL AUGE DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL RPS

Es interesante recordar la prehistoria de la RPS a la hora de hacer balance de donde estamos y de los logros conseguidos.

Con los estados modernos, se generalizaron las instituciones de internamiento con un objetivo ambiguo: cuidar de las personas afectadas y, a la vez, separarlas de la comunidad bajo la idea de proteger a la propia comunidad. Esta política condujo a la creación de instituciones muy grandes que, en condiciones materiales casi siempre precarias, cumplían su función de custodia, pero eran ineficaces para ofrecer alguna mejora y resultaban, en realidad, deteriorantes.

Los modelos de prescindencia promovían como solución para el problema que representaban las personas con enfermedad mental, la marginación (como es el internamiento asilar) o, incluso, la eugenesia. Suecia, por ejemplo, esterilizó a 230.000 personas entre 1935 y 1996 en el marco de un programa basado en razones de "higiene social y racial". La esterilización se imponía sobre todo a las mujeres como condición para salir del hospital después de un internamiento psiquiátrico. Y era Suecia.

La comprensión de la enfermedad mental que acompañaba estas prácticas es que se trataban de enfermedades crónicas incurables con tendencia al deterioro, en que la desinstitucionalización no era una opción. Ahí tenemos a Kraepelin y su *dementia praecox*.

Fue también dentro del marco de esos hospitales psiquiátricos donde se iniciaron las actividades rehabilitadoras como un intento de humanizar el internamiento y desarrollar actividades ocupacionales que paliaran el deterioro propio de la institucionalización. Eran modelos para hacer más vivible el enclaustramiento, no para buscarle alternativas. Procesos parecidos se operaban en las instituciones carcelarias.

Incluso la psicoterapia institucional o el modelo de comunidad terapéutica, que caracterizaron un proceso de reformas institucionales marcadas por la adopción de medidas administrativas democráticas y participativas, fueron predominantemente restringidas al hospital psiquiátrico, y por tanto hospitalocéntricas.

A partir de los años 70-80 se produjo en los países occidentales, con distintas intensidades, un proceso de desinstitucionalización consistente en el cierre de los hospitales manicomiales y su sustitución por recursos de apoyo comunitario. Este cambio, que se produjo en un contexto de lucha por los derechos civiles y de desarrollo del modelo de salud mental comunitaria, se vio favorecido por los avances farmacológicos. Pero también ayudó al cierre de hospitales el alto coste que representaba su mantenimiento para los sistemas sanitarios y también al valor urbanístico que tenía el suelo que ocupaban sus extensos, y ya céntricos, solares.

El cierre propicia el gran auge de la RPS. La necesidad imperiosa era la adaptación del ex-interno a las demandas y exigencias del entorno exterior en que iba a vivir. La RPS, desarrollada a partir de un modelo

medico-psicológico, se pone al servicio de la inclusión social. Ahora se concibe que las evoluciones de los trastornos son heterogéneas y que pueden verse afectadas por el tipo de atención que recibe quien padece un trastorno psiquiátrico.

Surgen en este contexto los primeros modelos formalizados de RPS: los módulos de Liberman (para capacitar a los ex internos en el manejo de la medicación, las AVD, las habilidades sociales y la ocupación) y la psicoeducación (para las familias, que habían pasado a ser convivientes y cuidadores del familiar afectado). Todo ello con una atención especial a la prevención de recaídas. Son en general modelos con una visión poco global, descontextualizada y que ven a las personas atendidas como receptores pasivos del entrenamiento y la educación.

2. SURCANDO PARADIGMAS Y MODELOS

Desde el inicio de ese proceso, la rehabilitación psicosocial en España ha experimentado un gran crecimiento, navegando en estos años entre cuatro grandes paradigmas: el paradigma medico-psicológico (que se acabó transformando en la yuxtaposición bio-psico-social), el paradigma de la discapacidad (un potente conglomerado de tendencias monopolísticas), el paradigma de la recuperación y el modelo de la atención a la dependencia (que aportó confusión). Se ha nutrido de ellos, los ha alimentado, y también ha tenido que diferenciarse de ellos para no ser engullida. Ha atravesado una gran crisis económica y atraviesa ahora la crisis de la pandemia y sus derivaciones, aun desconocidas.

La Gran Guerra y las legislaciones laborales modificaron la forma de entender la deficiencia: los impedimentos físicos y mentales comenzaron a entenderse como enfermedades que podían recibir tratamientos. Los inicios de la RPS, como ya se ha mencionado, han estado muy ligados al paradigma médico. Anthony definía la rehabilitación como una disciplina específica que integra los principios de la rehabilitación física con técnicas psicoterapéuticas derivadas del conductismo.

El modelo Médico también ha evolucionado. El crecimiento constante de la esperanza de vida y el consiguiente incremento de la cronicidad de muchas patologías y de las situaciones de dependencia, están planteando a los sistemas de salud a pasar de la curación a los cuidados. Es dentro de este contexto donde adquiere fuerza la noción de continuidad asistencial, que se complementa con el modelo de la Atención centrada en la persona en el ámbito social. Se propugna la integración de las intervenciones sanitarias y sociales desde modelos de atención integral.

Desde el paradigma de la Discapacidad, el modelo social de la diversidad funcional, que tiene sus orígenes en el movimiento de Vida Independiente, pretende dejar atrás el modelo médico o rehabilitador. Desde este nuevo modelo, la "discapacidad" es una manera más de expresión de la diversidad humana, igual que la orientación sexual. La discapacidad estaría compuesta por los factores sociales que restringen o impiden el desarrollo personal, poniendo el acento en los apoyos necesarios para superarlos. La

persona ya no es objeto de políticas asistencialistas, sino sujeto de derecho que toma decisiones sobre su propia vida.

La versión heavy de esta visión identifica a la RPS como algo propio del modelo médico, que a su vez se equipara al modelo patriarcal. Plantea que la perspectiva en primera persona es la Perspectiva. La perspectiva profesional queda desvalorizada y resulta fácilmente sospechosa de autoritarismo, aunque sea un paternalismo: Se puede llegar a considerar la definición de un objetivo en un PIR como un acto coercitivo sobre la persona. Hay en esta visión un cierto negacionismo del trastorno, reducido a una cuestión de barreras del entorno, que conlleva un desinterés por las técnicas.

Es necesario remarcar que discapacidad y trastorno mental (o el eufemismo que queramos usar en su lugar) no son lo mismo, aunque en algunas personas el trastorno mental conlleva discapacidad. La discapacidad implica un reconocimiento administrativo como discapacitado (con diferentes grados). Hay que tener en cuenta que en algunos lugares, el certificado es un requisito para acceder a servicios de función rehabilitadora. El certificado de discapacidad pretender reconocer un derecho a la protección, pero en el caso de la persona con trastorno mental es el resultado de un largo proceso de duelo, de reconocimiento de la pérdida de capacidades. Esto hace que muchas personas afectadas sean refractarias a lo que implica la identidad de discapacitado (definida por el déficit) y su tramitación. Aún más en personas jóvenes (y en sus familias) con trastornos psicóticos en fases iniciales, que confían en una recuperación plena, y que no entienden que el camino de su recuperación empiece por la declaración de discapacidad.

En la exuberancia económica previa a la crisis del 2008, se gestó la ley de la Dependencia, pensada para atender al deterioro de ancianos o discapacidades severas. Desde algunos profesionales de la salud mental y familiares se hizo hincapié en conseguir que el trastorno mental entrara en el sistema de dependencia. Existía la creencia, bastante ingenua como se ha visto después, de que al tratarse del reconocimiento de un derecho ya no sería graciable y la asistencia estaría garantizada. Pero además, la dependencia es un estado de carácter permanente, en que se han agotado las vías terapéuticas o rehabilitadoras. Para recibir la prestación hay que reconocer una especie de irreversibilidad de la situación, algo que se contradice con el paradigma de Recuperación.

De los paradigmas citados, el que más sintoniza con la RPS comunitaria es el de recuperación, quizás la palabra más citada en nuestros escritos y debates. Recuperación no significa curación en el sentido de desaparición de síntomas, o vuelta niveles de funcionamiento homologables a los previos al trastorno, aunque esta opción es posible como se evidencia en la recuperación de primeros episodios psicóticos. La recuperación promueve el proyecto vital de la persona y enfatiza la posibilidad de vivir una vida satisfactoria a pesar de los grados variables de disfuncionalidad y sufrimiento presentes. La implicación de la persona y su responsabilización en las decisiones relacionadas con su tratamiento y su vida (empoderamiento) son aspectos clave del proceso de recupe-

ración. La RPS es una herramienta de ayuda en los procesos de recuperación.

3. EL BIG BANG DE LA RPS

Cuando hablamos de RPS podemos hacerlo en un sentido restringido o en sentido amplio:

- En sentido restringido se refiere al conjunto de técnicas que se aplican para mejorar la funcionalidad y el bienestar emocional de la persona con trastorno mental y de su entorno.

- En un sentido amplio, abarca los servicios, programas y recursos de rehabilitación, apoyo a las familias, gestión de vivienda asistida y apoyo a la vida autónoma, apoyo a la inserción laboral, integración comunitaria. Incluye también los programas rehabilitadores que se realizan en contextos de hospitalización, orientados a la vida comunitaria. Son aquellos escenarios definidos por Saraceno en los que se desarrolla la ciudadanía: La casa el bazar y el trabajo.

La implosión de la RPS en España se produce en los noventa y se realiza de manera diferente según la comunidad autónoma. Ha habido esencialmente dos estilos en este desarrollo:

- El modelo, llamémosle, Madrid, en el que se crea una red especializada, de nuevo cuño, con una única dependencia administrativa, diferenciado de otros sistemas de prestación, organizada en un plan y un presupuesto, con dotación de diferentes tipos de servicios que abarcan todas las áreas viales de la persona atendida.

- El modelo de conversión y agregación, en el que se parte muchas veces de la conversión de hospitales psiquiátricos para crear otro tipo de servicios comunitarios, como centros de día o pisos tutelados, reutilizando muchas veces el mismo personal. Se agregan también servicios sociales inspirados en la discapacidad, como los centros ocupacionales. Existían por último un variopinto conjunto de iniciativas orientadas a la inserción laboral o comunitaria, promovida por asociaciones de familiares o por otras entidades sociales.

Los primeros servicios de rehabilitación se nutrían en gran medida de las técnicas rehabilitadoras y de las tradicionales actividades ocupacionales, realizadas con más entusiasmo que rigor técnico. La atención se hacía mayoritariamente en formato grupal, la organización de la actividad del servicio se hacía con los horarios semanales de actividad, y en ellos se distribuía a los usuarios. La psicoterapia no era una práctica muy instaurada porque se seguía considerando una potestad de los centros de salud mental, de los que en muchos lugares los servicios de rehabilitación eran espacios subalternos.

No existía especialización profesional, nadie había estudiado en la facultad técnicas de RPS, y eso provocaba una gran avidez de publicaciones, formación e intercambio, de lo cual la génesis de FEARP es una muestra. La multiprofesionalidad es un rasgo de los servicios. A los (pocos) psiquiatras y psicólogos, se añaden trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, profesionales de enfermería, educadores so-

ciales y una variación de profesionales de atención directa.

Si entendemos la rehabilitación comunitaria como el conjunto de técnicas y recursos profesionales que tienen como objetivo mejorar la capacidad (de la persona) y generar oportunidades (en el entorno) para apoyar el proceso de recuperación, entonces los servicios de rehabilitación requieren disponer de una cartera de servicios que recoja las necesidades de la persona y que este abierta al cambio. Sabemos que fácilmente se cronifican las actividades que los servicios de rehabilitación realizan. También a veces el criterio de elección de las intervenciones coincide curiosamente con las preferencias e intereses de los profesionales que integran el equipo. O se ve muy influido por las modas, como el mindfulness nos deja extendida constancia.

Siendo esta diversidad inevitable y beneficiosa como vía de desarrollo de la innovación, sería a la vez adecuado y equitativo que los servicios tuvieran un mínimo común de prestaciones, ofrecidas con suficiente garantía de calidad. A los tradicionales ámbitos de la atención al entorno de personas convivientes (familia) y a las AVD (en general con lo que tiene que ver con mejorar la integración comunitaria y la funcionalidad, incluyendo el ocio significativo), se han ido añadiendo otras: La rehabilitación neurocognitiva (apoyada en las evaluaciones de las personas y desarrollada con rigor técnico), la promoción y cuidado de la salud (no solo de la salud mental, sino también de la somática), la psicoterapia (los servicios de rehabilitación pueden ofrecer formas variadas de intervenciones psicoterapéuticas, incluidas las terapias por el arte, de forma intensiva y continuada en el tiempo) y los programas de apoyo a la formación (especialmente útiles en la atención a población joven).

Otro cambio al que los servicios han tenido que ir adaptándose, con grandes dosis de empirismo, ha sido a la diversificación de franjas de edad y de perfiles psicopatológicos. Por una parte tenemos el envejecimiento de la población que ya estábamos atendiendo y por la otra la incorporación de la población más joven, que requiere encuadres e intervenciones innovadoras, tanto en los contenidos, como en las formas. Llegan pocos jóvenes, y los que llegan no sienten demasiado acogedores los centros de rehabilitación orientados a la cronicidad. En cuanto a los perfiles psicopatológicos, del inicial perfil de personas con psicosis cronicada, hemos ido cada vez más atendiendo nuevos perfiles que se corresponden con trastornos de personalidad y con depresiones no psicóticas.

Pese al gran incremento de la potencia de acción de la RPS, es muy común la impresión de que las personas son derivadas con retraso a los programas rehabilitadores o que muchos ni siquiera llegan. A pesar de que ahora se acepta que la enfermedad mental puede tener una evolución favorable, muchos clínicos, afectados y familias se resignan a la idea de que las personas con trastorno mental estén sentenciadas a una vida de discapacidad con pocas expectativas de participar de forma activa en la sociedad. Por igual razón, los afectados pueden negar el trastorno y evitar los tratamientos, los familiares caer en la desesperanza y el entorno social, en la desconfian-

za. Este pesimismo hace que los procedimientos terapéuticos y rehabilitadores no se apliquen con la intensidad y rigurosidad con que se aplica en los estudios en los que han demostrado evidencia.

Treinta años después, se ha llegado a un desarrollo bastante completo de las redes de recursos rehabilitadores (aunque existen aun muchas inequidades territoriales). El reto ahora es, además de continuar innovando, como evitar la fragmentación asistencial entre los, a veces numerosos, dispositivos por los que transitan las personas con trastorno mental y como mejorar la continuidad asistencial. La tradicional coordinación de equipos es necesaria, pero no suficiente. Son necesarias fórmulas de trabajo transversal, que se orienten a aquello de que los servicios se han de organizar en torno a la persona.

4. DESINSTITUCIONALIZACIÓN 2.0

El modelo basado en atención residencial (que en su día fue en la atención al trastorno mental, una de las alternativas a las hospitalizaciones de larga estancia) estaba en revisión ya antes de la pandemia, con el objetivo de transformarse en un modelo de apoyos comunitarios, en lo que representaría la puesta en marcha de un nuevo proceso de desinstitucionalización, una desinstitucionalización 2.0.

Las evidencias muestran que el modelo de atención residencial ofrece resultados inferiores en términos de calidad de vida, a los que ofrece el modelo de atención comunitaria. Por eso en los últimos años muchos países han impulsado un proceso de transición hacia este nuevo modelo. Sin embargo, este proceso, como pasa con todas las grandes transformaciones, va lento y es incompleto. La Comisión Europea publicó informe "Report on the transition from institutional care to community-based services in 27 EU member states", que tiene como objetivo analizar los obstáculos relacionados con la reforma de la atención institucional y ofrecer recomendaciones para la implementación definitiva de la atención comunitaria. Denuncia la lentitud de la instauración del nuevo modelo a pesar del compromiso de todos los estados en adoptar medidas para acabar con la institucionalización en sus territorios. En casi todos los países, la falta de viviendas sociales asequibles es una de las principales barreras para ampliar la vía comunitaria. Los expertos recomiendan promover la atención individualizada y centrada en la persona para garantizar la plena inclusión y participación en la comunidad.

Pero no se trata solo de cambios arquitectónicos, como en su momento no se trató solo de cerrar hospitales. En este contexto hay que elaborar una propuesta orientada a priorizar los servicios de atención en el lugar de vida de la persona, los apoyos a la inclusión comunitaria efectiva y los sistemas alternativos a la hospitalización convencional, que incorpore los valores de la atención centrada en la persona. Hay que tender a integrar mediante diferentes fórmulas, la atención social y la sanitaria. La aportación de la RPS a este nuevo paradigma asistencial tiene que pasar por revisar críticamente nuestro modelo.

El cuestionamiento del modelo residencial afecta a la atención a personas con trastorno mental. Hay que

invertir el triangulo residencia/pisos con apoyo/servicios de apoyo domiciliario: no es que no hagan falta residencias, sino que hay que incrementar decididamente los pisos asistidos y aun mas los equipos de apoyo domiciliario especializados para mantener al máximo la vida independiente en el entorno comunitario.

En el ámbito del apoyo a la inserción laboral, se ha operado un cambio desde la opción del empleo protegido en centro especial de empleo (que es útil para muchas personas, pero que es una alternativa segregacionista) a las opciones de capacitación laboral e inserción laboral en el mercado ordinario. El modelo de Empleo con apoyo ha servido de inspiración a muchos de estos programas.

En los servicios de RPS podemos preguntarnos si el formato más habitual, el de centro-de-actividades-grupales, es el que más garantiza el trabajo individualizado, ese del que hacemos bandera con los Planes Individualizados de Rehabilitación. Excepto en técnicas concretas, no hay evidencia de que la intervención grupal sea más eficaz que la individual. Es una cuestión de tradiciones, como lo es que en los centros de salud mental la atención individual es la norma y la grupal la excepción. Hacer las cosas en grupo, permite establecer vínculos, y eso es parte de la acción rehabilitadora. Pero deberíamos afinar más en cuando está indicado o cuando es la inercia.

Si insistimos en que la RPS ha de estar al servicio de la inclusión comunitaria, ¿Por qué nos cuesta tanto salir a trabajar fuera de los despachos y salas?. La rehabilitación cognitiva, las AVD, el contacto con la familia.....no serian más eficientes en los contextos en que la persona desarrolla su existencia?. En definitiva: intervenciones más individualizadas y en los contextos naturales donde viven las personas usuarias.

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 usarse para alcanzar los objetivos propuestos con los usuarios.

Rehabilitar exige algo más que este vals de palabras. Afirmando, caso de Yves Pelicier, 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 estabilizado. 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 JF 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 atenderles 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, Adamis, 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 atenazan el 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 disquisiciones, ha sido sustituido por otros temas que, sin restarle 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 entretimiento, 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 entretimiento, 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.



HACIA UN MODELO ANTROPOLÓGICO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (MARPS)

TOWARDS AN ANTHROPOLOGICAL MODEL OF REHABILITATION PSYCHOSOCIAL (MARPS)

Martín L. Vargas 1,2,3

1 Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Río Hortega. Universidad de Valladolid.

2 Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

3 Presidente de la FEARP.

Correspondencia: ML Vargas. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. C/ Dulzaina 4. 47012 Valladolid.

email: mvargas@saludcastillayleon.es

* Este artículo es parte del programa de investigación "Neurofenomenología: teoría y crítica para una fundamentación antropológica de la psiquiatría", que se incluye en la línea de investigación "Fenomenología, antropología filosófica y filosofía de la religión" de la Facultad de Filosofía de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Se basa en la conferencia presentada en el IV Congreso de la Asociación Canaria de Rehabilitación Psicosocial en Las Palmas de Gran Canaria el 24 de octubre de 2019.

RESUMEN:

Los modelos son herramientas teóricas útiles para la exploración racional y para la intervención sobre la realidad en niveles de análisis caracterizados por su complejidad. Tal es el caso de la salud mental en general y de la rehabilitación psicosocial en particular. En el Editorial del presente número de Rehabilitación Psicosocial la FEARP propone en ¿Qué es rehabilitación psicosocial? Un mapa para profesionales una definición de rehabilitación psicosocial que consta de una proposición inicial donde se define la disciplina y de nueve proposiciones complementarias donde se detallan los conceptos enunciados en la primera. Esta definición es fácilmente modelizable puesto que define cada uno de los constructos que utiliza, así como la relación existente entre ellos.

Este artículo tiene un doble objetivo. Por una parte, aportar algunas reflexiones basadas en la definición de rehabilitación psicosocial de la FEARP. Por otra se propone, siguiendo lo anterior, una modelización de la rehabilitación psicosocial mediante constructos propios de la antropología. Lo hemos denominado "Modelo Antropológico de Rehabilitación Psicosocial (MARPS)". Esta propuesta se enmarca en un objetivo más amplio de fundamentación antropológica de la psiquiatría.

El texto transcurre en tres apartados. En el primero se contextualiza el territorio de la rehabilitación psicosocial, en el segundo se analiza el mapa propuesto por la FEARP y en el tercer apartado se propone el modelo MARPS.

Palabras clave: Antropología; discapacidad; modelización; rehabilitación psicosocial; recuperación.

ABSTRACT:

Models are useful theoretical tools to a rational exploration and to the intervention on reality when their levels of analysis are complex. That is the case in mental health in general and, particularly, in psychosocial rehabilitation. In the Editorial of the present number of Rehabilitación Psicosocial the FEARP proposes in What is Psychosocial Rehabilitation? A map for professionals a definition of psychosocial rehabilitation which consists of an initial proposition where the discipline is defined and of nine complementary propositions where the concepts enunciated in the first part are detailed. This definition is easy to model because it defines every construct it uses, as well as the relationship existing between them.

The present article has a double objective. Some reflections based on the FEARP's definition of psychosocial rehabilitation are proposed on the one hand. Following that definition and using constructs coming from anthropology a modelling for psychosocial rehabilitation are proposed on the other hand. It has been called "Psychosocial Rehabilitation Anthropological Model (MARPS)". This proposal is framed under a wider objective for an anthropological foundation of psychiatry.

The text is developed in three parts. In the first one the psychosocial rehabilitation's territory is contextualized, in the second part the map proposed by FEARP is analysed and in the third part the MARPS model is proposed.

Keywords: Anthropology; disability; modelling; psychosocial rehabilitation; recovery.

1. EL TERRITORIO: LA FEARP Y EL GIRO HACIA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ESPAÑA ENTRE 1986 Y 2006.

El día 22 de octubre de 2019 se cumplieron 18 años desde la constitución en Madrid de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). Este evento ha servido como hito metafórico para la propuesta por parte de la FEARP de la “mayoría de edad” para la rehabilitación psicosocial en España. Así lo hace en la definición para la disciplina que se difunde en el Editorial del actual número de Rehabilitación Psicosocial (1).

La constitución de la FEARP en el año 2001 fue fruto de una visión de la salud mental marcadamente orientada hacia la acepción biopsicosocial de la salud. El lema “rehabilitación psicosocial en la comunidad y con la comunidad” inspiró en aquellos años dos encuentros decisivos. El primero fue el I Congreso Internacional de Rehabilitación Psicosocial organizado por la Asociación ARAPDIS bajo el liderazgo de Ramón Blasi en Barcelona del 7 al 11 de mayo de 1995. El II Congreso Internacional de Rehabilitación Psicosocial, ya constituida la FEARP, tuvo lugar en Badalona (Barcelona) del 26 al 30 de mayo de 2002. De él se dio cuenta en el primer número de Rehabilitación Psicosocial (2).

Para una mejor comprensión del contexto asistencial en el que consolidó la rehabilitación psicosocial en nuestro país es recomendable mencionar, al menos, dos antecedentes.

El primero es que en el último cuarto del siglo XX la rehabilitación psicosocial se había ido gestando a la par que la reforma psiquiátrica, no sólo en Cataluña, sino también de manera decidida en otras comunidades, principalmente la Comunidad de Madrid, el País Vasco, Aragón, Canarias, Castilla y León y Castilla-La Mancha. La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) fue impulsora de gran parte de estos cambios en el ámbito asistencial (3). En el ámbito académico, la rehabilitación psicosocial tuvo referentes importantes en la psiquiatría social y en la epidemiología psiquiátrica desarrollada por autores como José Luis Martí-Tusquets (4), quien ponía el foco en la dimensión social de la salud y en las redes de soporte social. Estas son definidas por el propio Martí-Tusquets y Grau (5) (p.164): las redes de soporte social son “aquellas características biológicas, psicológicas, sociales y culturales que se entrelazan, como una red, (mallas o networks) para favorecer y potenciar los lazos estructurales entre la población, así como el desarrollo de la relación interpersonal y la estabilidad social (cohesión del grupo). Su misión primordial es la de salvaguardar la integridad mental y también física de los miembros de una comunidad. Este término se contraponen al de anomía.” Nótese que la RAE define la anomía (o anomía) como el “estado de desorganización social o aislamiento del individuo como consecuencia de la falta o la incongruencia de las normas sociales.” La integración activa del individuo en una estructura social organizada aparece, entonces, como un nuevo agente de salud a tomar en consideración.

El segundo antecedente a destacar nos retrotrae al tercer cuarto del siglo XX en Europa. Desde los años

50 se produjo en el Reino Unido una política de puertas abiertas en las instituciones psiquiátricas (6) y la psiquiatría social cobró fuerza en Alemania de la mano de la socialdemocracia (7). Mientras tanto, en la Europa mediterránea enfoques convergentes favorables a una acepción social de la psiquiatría tenían lugar en la psiquiatría de sector y en la psicoterapia institucional a caballo entre Francia y España gracias a la figura de Francesc Tosquelles (8) y en la antipsiquiatría italiana con Basaglia a la cabeza (9). Tal fue el contexto internacional que enmarcó la reforma psiquiátrica española, que comenzó a gestarse con la transición democrática.

En la senda de la reforma psiquiátrica como desarrollo de Ley General de Sanidad de 1986, la creación de la FEARP en los años iniciales del siglo XXI y su incorporación en la Federación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR, por sus siglas en inglés) contribuyó a la consolidación en nuestro país del paradigma biopsicosocial de atención a los problemas graves de salud mental. El empoderamiento como agentes de salud, primero de las familias, y más tarde de los usuarios de servicios en primera persona, así como la incorporación de prestadores de servicios derivados de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de España, de 2006, ha culminado esta etapa que pudiéramos llamar de “giro hacia la atención integral de las enfermedades psiquiátricas”. Este giro, o cambio de paradigma, comprendería en España dos décadas, entre 1986 y 2006, y daría cuenta de una expansión también hacia el campo de la atención social de lo que la reforma psiquiátrica supuso para la atención sanitaria. Si con la reforma psiquiátrica se logró, en mayor o menor medida, la integración normalizada de la asistencia psiquiátrica en el sistema público de salud, con el giro hacia la atención integral de las enfermedades psiquiátricas se añade a este hito asistencial: 1) el empoderamiento de los propios usuarios de los servicios como agentes de salud, 2) la incorporación de agentes prestadores de servicios vinculados a la protección de la autonomía personal en riesgo de dependencia y 3) una perspectiva de objetivos de recuperación y no sólo asistenciales.

2. EL MAPA: LA DEFINICIÓN DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LA FEARP.

El documento de la FEARP ¿Qué es rehabilitación psicosocial? Un mapa para profesionales (1) busca trasladar a los profesionales y a la sociedad el conocimiento y la experiencia acumulados en sus primeros 18 años de andadura. En el primer punto se define la rehabilitación psicosocial como una “práctica interdisciplinaria” cuyo objetivo es la “recuperación personal”. Para lograr este objetivo último se proponen dos objetivos intermedios: la autonomía y la integración comunitaria de las personas que sufren algún trastorno mental potencialmente discapacitante. Se analizarán a continuación los principales argumentos que sirven de eje a esta definición.

2.1. Una diana poblacional y un concepto trifacético.

Es de destacar que en la determinación de la población diana para la rehabilitación psicosocial se ha evitado la habitual expresión “trastorno mental gra-

ve”, la cual ha sido sustituida por “trastorno mental potencialmente discapacitante”. Con ello se afianzan dos cambios de perspectiva. En primer lugar, el criterio ya no es de gravedad sintomatológica (criterio tácitamente equiparado al grupo nosológico de los trastornos psicóticos), sino de riesgo de discapacidad asociada. En segundo lugar, y vinculado a lo anterior, el enfoque de la intervención deja de ser principalmente clínico-asistencial y focalizado en el individuo para adquirir ahora, además, una dimensión preventiva y de salud pública centrada en el riesgo de discapacidad. Este objetivo poblacional sobre la comunidad se realza al indicar que la rehabilitación psicosocial está también dirigida a la integración comunitaria. Se pone así de manifiesto un enfoque sistémico subyacente, en virtud del cual la rehabilitación psicosocial interviene tanto sobre la persona en rehabilitación como sobre el entorno social en el que vive esta persona.

Conviene recordar que, según la teoría aceptada en planificación de sistemas de salud, la rehabilitación tiene una frontera difusa con la prevención terciaria (minimización de las secuelas derivadas de una enfermedad). Por ello, en los procesos de salud crónicos, como son la mayoría de los trastornos mentales graves, el tratamiento mantenido siempre debe hacerse desde una perspectiva rehabilitadora. De ahí la importancia de contar con unos servicios permeables en la delimitación entre los ámbitos sanitario y social.

Los trastornos mentales se abordan en el punto 4 del documento desde una perspectiva triplemente heterogénea: 1) neurobiológica, por lo que pueden conllevar de afectación neurocognitiva; 2) psicosocial, por su impacto sobre el desempeño de roles funcionales y 3) cultural, por la importancia de las connotaciones creenciales respecto al problema de la enfermedad mental predominantes en cada grupo. De esta manera las tres perspectivas epistémicas del concepto de trastorno mental que se ha utilizado permiten exponer dianas de intervención neurocognitiva, psicosocial y sociocultural de manera integrada bajo un mismo concepto.

El modelo integrado cognitivo del desarrollo social propuesto por Howes y Murray (10) para la esquizofrenia es un buen ejemplo de trastorno mental en el que se integran diversas perspectivas epistémicas. En este caso se integran bajo un mismo modelo hechos neurobiológicos, cognitivos y sociales, los cuales se explican unos en interdependencia con los otros. En él dan cuenta los autores de cómo la adversidad social y los esquemas cognitivos distorsionados se asocian dinámicamente en relaciones de causalidad bidireccional con una disregulación del sistema dopaminérgico responsable de los síntomas psicóticos.

2.2. Una práctica interdisciplinaria integrada sobre un sistema complejo.

La rehabilitación psicosocial se define en el primer punto de nuestro mapa como una “práctica interdisciplinaria”. Al ser interdisciplinaria se nutre de muy diversas fuentes, que abarcan desde las ciencias de la salud hasta la economía y las políticas sobre inclusión social. Y al ser una práctica, no se limita a un grupo de técnicas fundamentadas en el conoci-

miento científico, sino que incluye también un “saber hacer” o, si se quiere, “un arte” en el sentido clásico de *tekné*. La práctica de la rehabilitación psicosocial no está guiada sólo por hechos (cómo son las cosas) sino también, y prioritariamente, por valores (cómo queremos que sean las cosas). Valores son la autonomía, la integración comunitaria y la recuperación personal, todos ellos constructos relativos a un nivel de análisis antropológico y social, donde ubicar los objetivos de la rehabilitación psicosocial.

Hay lugar, incluso, para hacer una lectura de la atribución “práctica” de la rehabilitación psicosocial al modo de práctica emancipatoria siguiendo una epistemología basada en la Teoría Crítica de la Escuela de Frankfurt. De hecho están cobrando importancia creciente las perspectivas emancipatorias en la modelización teórica tanto del problema de la discapacidad (11) como del problema del malestar (12).

Se ha querido dejar constancia explícita en el punto quinto del mapa de que los modelos teóricos de aplicación prioritaria en rehabilitación psicosocial son los de los sistemas complejos y de que la disciplina constituye un campo interdisciplinar. Al ser su objeto de estudio un sistema complejo, están implicadas tres características: 1) que los agentes intervinientes proceden de ámbitos científicos heterogéneos, 2) que se utilizarán preferentemente modelos de causalidad multivariante (y no modelos lineales unicastos) y 3) que se utilizarán modelos dinámicos retroalimentados (y no modelos con una clara diferenciación entre “inputs”, procedimientos y objetivos o “outputs” de la intervención). De manera que en rehabilitación psicosocial un mismo hecho podría ser a la vez una causa del problema y un objetivo terapéutico (por ejemplo el empoderamiento laboral de una persona en rehabilitación puede ser simultáneamente un objetivo de la intervención y un agente causal de desestabilización). De ahí la importancia del saber hacer de los profesionales de la rehabilitación psicosocial para el rápido ajuste de las técnicas y procesos en el acompañamiento de la persona en rehabilitación.

Tal y como señala Rolando García en su análisis sobre los sistemas complejos (13), la investigación interdisciplinaria requiere del encuentro de diversas disciplinas bajo un marco teórico común que permita la colaboración integrada de diversas áreas de conocimiento. En rehabilitación psicosocial no se trata de que los distintos profesionales abandonen sus respectivas capacitaciones y modelos teóricos en una suerte de magma ideológico racionalmente indiferenciado sino que, muy al contrario, es deseable que los profesionales sepan traducir los conceptos de sus respectivas disciplinas al modelo común interdisciplinario de la rehabilitación psicosocial. Como se ha visto más arriba, el carácter trifacético del concepto de trastorno mental posibilita esta integración bajo un objetivo común de intervenciones procedentes de ámbitos distintos.

Dicho ahora de manera explícita: un trastorno mental se refiere a un sistema complejo en el que se integran conocimientos procedentes de, al menos, tres áreas de conocimiento: las ciencias de la salud, las psicosociales y las culturales. Y se anticipa también algo que se desarrollará en el punto tercero: el concepto de persona, a su vez, es un sistema complejo.

De manera que un trastorno mental no es otra cosa que uno de los estados del sistema complejo que es una persona.

En los puntos 6 al 10 del mapa se detallan los principales aspectos de la práctica en rehabilitación psicosocial. Se colocan en igualdad de importancia el “saber qué”, o conocimiento científico de hechos, y el “saber cómo”, o conocimiento de buenas prácticas rehabilitadoras. Se recalca que la principal oportunidad de la rehabilitación psicosocial es, precisamente, la integración de estas perspectivas diversas. Su principal riesgo, como es previsible, es el reduccionismo sesgado hacia alguna de estas perspectivas: el reduccionismo biomédico, el reduccionismo subjetivista o el reduccionismo sociocultural. Se incide en que las prácticas rehabilitadoras deben aplicarse desde el inicio del diagnóstico de riesgo, de manera individualizada a cada persona, y de manera mantenida.

Bellak, en su clásico artículo de 2006 (14) enumera diez características de los servicios de salud orientados hacia la recuperación, las cuales dan cuenta de esta práctica integrada: 1) los procesos de rehabilitación psicosocial son autodirigidos por las personas en recuperación, 2) son individualizados y centrados en la persona, 3) promueven el empoderamiento: la persona elige, 4) son holísticos: atienden al cuerpo, mente, espíritu y comunidad, 5) son no lineales, 6) se basan en las fortalezas, 7) son apoyados por iguales, 8) son respetuosos: no estigmatizantes, 9) la responsabilidad principal es de la persona en rehabilitación y 10) promueven la esperanza. No obstante, aunque el modelo de recuperación para el diseño de los servicios asistenciales está a día de hoy ampliamente aceptado, la investigación en rehabilitación psicosocial sigue manteniendo un sesgo hacia el reduccionismo biomédico. Así lo pone de manifiesto la reciente revisión sistemática de Morera et al (15) cuyo objetivo fue conocer la actitud de los facultativos frente al modelo de recuperación. De entre 6183 artículos elegidos se incluyeron 15 estudios que muestran el hecho de que, a pesar de la aceptación internacional del modelo de recuperación, el énfasis de la investigación se sigue poniendo en la intervención farmacológica por encima de la investigación psicosocial.

Para la implantación real de modelos integrados, probablemente sea necesario incrementar la financiación independiente en estudios de rehabilitación psicosocial. Esto permitiría interpretar con una visión sistémica determinados indicadores. Por ejemplo, el ingreso psiquiátrico en unidades de hospitalización breve tradicionalmente se ha considerado como un indicador de fracaso asistencial. ¿Por qué? La unidad de hospitalización es un recurso más de la red asistencial y su utilización planificada para ingresos breves con el objetivo de alivio del estrés debería entenderse como indicativo de una red asistencial funcional y no tanto del fracaso de un proceso asistencial integrado. Demasiadas veces los ensayos clínicos financiados por empresas farmacéuticas eligen el indicador “disminución del número de ingresos” como marcador de éxito terapéutico cuando no es más que un indicador de uso de recursos. En este sentido, un estudio realizado en Segovia (16) muestra mediante un diseño de cohortes históricas que un programa de gestión de casos realizado por un equipo de enfermería con amplia experiencia no disminuyen el nú-

mero de ingresos psiquiátricos en la unidad de hospitalización breve. Este hallazgo pone de manifiesto que las tasas de hospitalización quizás no sean un buen indicador, ya que pueden asociarse tanto con una buena asistencia sanitaria como con una atención inadecuada. Son necesarios indicadores más finos extraídos de modelos asistenciales integrados.

Aunque actualmente existe una amplia sensibilización frente al reduccionismo biomédico, ésta no debería ser menor frente a los otros dos tipos de reduccionismo que amenazan una rehabilitación psicosocial integral. Por una parte, el reduccionismo subjetivista que minusvalora el efecto deletéreo que la enfermedad cerebral puede producir en gran parte de los trastornos mentales más discapacitantes, como es la esquizofrenia. Es dudoso que la propensión a alucinar, a sufrir delirios o a experimentar cambios bruscos e incomprensibles en el estado anímico se ajuste de manera útil a modelos valorativamente neutros como es, por ejemplo, el de la neurodiversidad. De igual manera, la presencia de enfermedades cerebrales con manifestaciones mentales en la práctica totalidad de los grupos culturales conocidos pone en cuestión el reduccionismo culturalista, el cual entiende el trastorno mental como un mero constructo propio de la modernidad y considera la “locura” como una de las prácticas emancipadoras que responden al capitalismo alienante. Cuando Ronald Laing en el prólogo a su influyente libro *El yo dividido* (17) indica que su propósito es “hacer comprensibles la locura y el proceso de volverse loco” advierte a renglón seguido de que no ha querido explorar los “aspectos constitucionales y orgánicos” de la enfermedad. Que la esquizofrenia tenga aspectos comprensibles no quiere decir que no tenga, también, otros explicables. Jaspers ya señaló que el pluralismo metodológico (18) es una característica definitoria de la psicopatología, imprescindible para integrar el abordaje de los trastornos mentales desde una sólida fundamentación teórica. La psicopatología integral de Agustín Jimeno puede ser de ayuda para este enfoque (19,20).

2.3. Resignificando la subjetividad: cambio de rumbo hacia la esperanza.

Los epígrafes nucleares del mapa de la rehabilitación psicosocial posiblemente sean el segundo y el tercero. En ellos se apuesta por recuperar la autonomía para recuperarse como persona.

Una primera aproximación al concepto de persona se hace desde la referencia a los derechos humanos. Una persona es aquella que es titular nata de una dignidad, la cual está reflejada en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Por lo tanto, recuperarse como persona no es otra cosa que recuperar de hecho el ejercicio de los derechos humanos. Esta recuperación supone un proceso (re)constructivo autodeterminado que cuenta con apoyos profesionales y comunitarios. Si bien todos los artículos de la Declaración Universal de Derechos Humanos son relevantes, podría destacarse hoy el recogido en el Artículo 29: “Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.” Se ha avanzado, entre otros, en el derecho a la vivienda, a la libertad y al trabajo de las personas con trastornos

mentales, pero quizás ahora sea importante afinar la sensibilidad para reclamar el “derecho a tener deberes”. Sólo así podremos abandonar un paternalismo proteccionista que fomenta el autoestigma entre las personas a las que atendemos. Traído al campo de lo concreto, y a modo de ejemplo, si la legislación actual prohíbe fumar en centros sanitarios, las personas con trastorno mental también tienen derecho a ser obligados por esa prohibición, pues son sujetos de plenos derechos y de plenos deberes. De manera que en las unidades de hospitalización psiquiátrica ahora ya tampoco se puede fumar.

La autonomía es un estado subjetivo, ya que se define como una toma de conciencia. Es la toma de conciencia de la oportunidad y la responsabilidad que supone construir la propia identidad como ser humano. Saber persona es saberse autónomo, pero es saberse autónomo en un marco de viejas y de nuevas limitaciones. Precisamente el reajuste reconstructivo necesario para recuperarse de un trastorno mental potencialmente discapacitante implica asumir las nuevas limitaciones asociadas a la enfermedad y, atendiendo a ellas, reajustar el propio proyecto biográfico. Sin realismo no hay recuperación.

Llegamos así al núcleo de la práctica en rehabilitación psicosocial: acompañar a la persona en rehabilitación en el proceso de resignificación positiva de su subjetividad, reorientándola hacia un horizonte de esperanza. Acompañar a la persona en el proceso de toma de conciencia de que sigue siendo autónoma para tomar las riendas de su vida siempre que asuma los nuevos límites marcados por la enfermedad. Recuperarse como persona es resignificar la subjetividad tras la irrupción de la enfermedad cambiando el rumbo hacia la esperanza. Esto implica encontrar un nuevo sentido a la propia biografía integrando las vivencias derivadas de la enfermedad.

En una amplia encuesta telefónica realizada en Australia a sujetos adultos de la población general, Byrne, Schoeppe y Bradshaw (21) encontraron que para el 94 % de los adultos encuestados la enfermedad mental no impide la esperanza de tener una vida con sentido y que el 65 % afirman que se puede tener una vida significativa a pesar de la enfermedad mental. No obstante, sólo el 34 % respondieron que esta vida con sentido puede ser dirigida por uno mismo y no por un profesional. Parece que entre la población general cuesta más aceptar la autonomía que aceptar el sentido de la vida. No sucede así entre personas expertas en rehabilitación psicosocial. Raeburn et al (22) realizaron un estudio cualitativo siguiendo técnicas etnográficas de observación participante en el que durante 120 horas observaron las actitudes recuperadoras de profesionales de un club social de personas con trastorno mental grave. Observaron que el tema principal de sus intervenciones iba dirigido al soporte para la autonomía promoviendo la voz propia de las personas en rehabilitación, explorando su talento y realizando un acompañamiento asegurador. Es sobre estos matices intangibles sobre los que pivota la intervención en rehabilitación psicosocial: el saber hacer de las buenas prácticas que dan soporte a nuestra disciplina.

Esta resignificación de la subjetividad constituye el núcleo de la recuperación (recovery), la cual ha sido

definida por Hogan (23,24) como “un proceso de adaptación positiva a la enfermedad y a la discapacidad, vinculado en alto grado con el darse cuenta de sí mismo y un sentido de empoderamiento.” En el modelo de Hogan aparecen tanto la toma de conciencia como la autonomía en forma de empoderamiento. La recuperación ha sido definida de manera más amplia y más matizada por Anthony (24,25) como “un proceso singular profundamente personal consistente en modificar las actitudes, los valores, los sentimientos, las metas, las habilidades o los roles de una persona. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzada y contribuyente aun con las limitaciones ocasionadas por las enfermedades. El establecimiento implica crear nuevos significados y propósitos en la vida a medida que se superan los efectos graves de las enfermedades mentales.” De la sabia definición de Anthony merece destacarse el matiz “profundamente personal”. Nótese que tanto en una definición como en otra la recuperación se asocia a una connotación positiva: “proceso de adaptación positiva” en Hogan y “forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzada y contribuyente” en Anthony. Sin realismo no hay recuperación, decíamos arriba. Sin esperanza tampoco, añadimos ahora. El par valorativo esperanza - realismo puede resumirse en un aforismo que, esperamos, ahora pueda entenderse: “la rehabilitación psicosocial se hace con pájaros en la cabeza y con barro en los pies”.

3. UN MODELO: MODELO ANTROPOLÓGICO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (MARPS).

3.1. Modelizando el fenómeno humano.

Los modelos son herramientas teóricas útiles para la exploración racional y para la intervención sobre la realidad en niveles de análisis caracterizados por su complejidad. En física o en química se han logrado formular leyes para la explicación de la naturaleza. Pero en biología, en sociología, en psicología o en antropología, debido a su complejidad, es muy escasa la explicación mediante leyes. Al contrario, en estas disciplinas frecuentemente se ha optado por la propuesta de modelos que de manera más amplia y flexible dan cuenta de los fenómenos, eso sí, asumiendo la limitación de recurrir a simplificaciones e idealizaciones (26).

Una vez analizados el territorio y el mapa de la rehabilitación psicosocial, se propone a continuación una modelización conforme a un marco antropológico de análisis, que hemos llamado “Modelo Antropológico de Rehabilitación Psicosocial” (MARPS). En la figura 1 se representa el modelo como una pirámide de base triangular observada desde arriba, de manera que el vértice superior representa la identidad subjetiva o, más brevemente, la subjetividad. Con la expresión “identidad subjetiva” quiere señalarse la dualidad inherente a la identidad humana, que no es otra cosa que intersubjetividad reflexiva. Los modelos integrales de salud suelen denominarse modelos bio-psico-sociales. El orden de sus tres elementos apunta a que el funcionamiento social se basa en el psicológico y que éste, a su vez, se basa en el biológico. El modelo antropológico MARPS, por el contrario, se caracteriza como bio-socio-personal. Está sustentado en un enfoque de la mente basado en la antropología filosófica de orientación fenomenológica de Javier

San Martín en el que la subjetividad trascendental es el sustrato de la persona. Para una introducción a la fundamentación filosófica del modelo puede consultarse, entre otros textos, Para una filosofía de Europa (27) En el modelo MARPS el concepto de mente se analiza de manera integral en tres planos ontológicos -lo que son las cosas- y desde tres perspectivas epistémicas -la manera en la que conocemos las cosas-; veamos cómo.

Se considera en primer lugar al ser humano como un fenómeno complejo estructurado en tres planos ontológicos: capacidad, alteridad y subjetividad. El plano de la capacidad se inspira en el modelo de las capacidades de Amartya Sen (28) y en nuestro caso se refiere específicamente a las condiciones somáticas de posibilidad para el funcionamiento. Es un plano potencial que da cuenta de lo que el sujeto puede hacer en un momento dado en virtud de los mecanismos neurocognitivos de su cuerpo y, concretamente, de su sistema nervioso. El plano de la alteridad se refiere a los roles sociales y a las relaciones intersubjetivas que el sujeto efectivamente establece en función de sus capacidades. Estos dos primeros planos reflejan la condición dual de la antropología de San Martín: el primero se refiere a la subjetividad trascendental de la vida somática animal, mientras que el plano de la alteridad da cuenta de la "espiritualidad egoica personal" -cfr. (27) p.55-. Por último, el plano de la subjetividad se refiere a las relaciones intrasubjetivas, las cuales conforman el autoconcepto que el sujeto tiene de sí mismo; es decir, se refiere a la identidad subjetiva autoconsciente.

Estos tres planos ontológicos están ordenados, de manera que entre el plano de la capacidad y el de la subjetividad siempre se encuentra el plano de la alteridad. Si bien están ordenados, los planos ontológicos no mantienen entre sí una relación jerárquica, por lo que tan importante es la transición subjetividad - alteridad - capacidad, como su inversa: capacidad - alteridad - subjetividad. Por ello una persona con un buen autoconcepto se implicará en más relaciones de rol y mejorará sus capacidades. Igualmente, una persona con más capacidades tendrá más posibilidades de implicarse en relaciones de rol y de enriquecer su subjetividad. La doble flecha de los ejes en el esquema representa esta bidireccionalidad de las relaciones entre los planos.

El fenómeno humano puede estudiarse desde tres perspectivas epistémicas: biológica, cultural y biográfica. Cada una de estas perspectivas está representada en el modelo por un eje epistémico. El eje biológico se refiere al cuerpo en el sentido fenomenológico de Körper, y específicamente se ocupa del cerebro y de sus funciones (movimiento, cognición, afectividad y lenguaje). El eje cultural trata del entorno semiótico en el que se desenvuelve el sujeto (idioma, sociedad, valores y cosmovisiones predominantes). El eje biográfico se ocupa de la historia personal del sujeto (trayectoria pasada, situación presente y perspectiva futura). Cada uno de los tres planos ontológicos puede estudiarse desde cada una de las tres perspectivas epistémicas. Las relaciones entre los planos, a su vez, pueden estudiarse en ambos sentidos. De ello deriva lo que pretende ser un modelo integrado para el estudio de un problema complejo, como es el del fenómeno humano. El estudio de las nueve inter-

secciones plano-eje, así como las transiciones que se dan entre ellas conformaría una posible agenda de investigación en rehabilitación psicosocial.

La antropología filosófica ha desarrollado de manera amplia, tanto el problema de la naturaleza del fenómeno humano (el problema ontológico), como el de su estudio riguroso (el problema epistemológico). En otros trabajos se ha propuesto un modelo más amplio de neuropsiquiatría integral para una fundamentación antropológica y neurocientífica de la psiquiatría (29)(30). A ellos nos remitimos para dilucidar cómo, desde un punto de vista fenomenológico, el eje biológico corresponde a una epistemología de perspectiva en "persona cero", el eje cultural a una perspectiva "en segunda persona" y el eje biográfico a una perspectiva "en primera persona". El modelo MARPS pretende ser un desarrollo específico de la neuropsiquiatría integral aplicada a la rehabilitación psicosocial. Baste aquí señalar, para la integración de ambos modelos, que el plano de la capacidad del modelo MARPS correspondería a la matriz personal de la neuropsiquiatría integral. La integración de la matriz personal de un sujeto, en relación con las matrices personales de otros sujetos de su entorno social, conformaría el plano de la alteridad sobre el que se construiría el plano de la subjetividad.

3.2. MARPS en la práctica de la rehabilitación psicosocial: rumbo a la esperanza.

Cada intervención en rehabilitación psicosocial puede referirse prioritariamente a alguno de los tres planos del modelo y puede analizarse prioritariamente en alguno de los ejes epistémicos. El objetivo último de la rehabilitación psicosocial es la recuperación, que ahora ya podemos interpretar como una reorientación del eje biográfico hacia la esperanza.

Sirviéndonos de una metáfora, podría decirse que, aunque tras la tormenta de la enfermedad el barco personal haya sufrido algunos desperfectos, un primer paso es volver a salir a flote: restablecerse. Tal restablecimiento se hace en el plano de la capacidad.

El segundo paso consiste en recuperar las riendas del timón para navegar en el océano de la alteridad: recuperarse es fundamentalmente recuperar un funcionamiento intersubjetivo y el desempeño de roles sociales. Recuperarse es reubicarse, lo cual implica integrar el sentido del autoconcepto de una manera coherente con el sentido compartido por el grupo. Reubicarse es formar parte, de nuevo, del sentido común.

El tercer y definitivo paso es redirigir el rumbo personal hacia la esperanza que da sentido a cualquier vida digna de ser vivida. Redirigirse hacia un autoconcepto positivo, con la satisfacción de haber fortalecido la propia dignidad humana al emanciparse de los nuevos límites impuestos por la enfermedad. Restablecerse, reubicarse y redirigirse: tal es el arte de la de la rehabilitación que las personas en recuperación aprenden con el apoyo de los profesionales.

4. CONCLUSIÓN.

En el presente artículo se ha analizado el contexto y el contenido del mapa de la rehabilitación psicosocial propuesto por la FEARP. En base a él se ha elaborado

un modelo antropológico en el que la rehabilitación psicosocial se entiende como el apoyo profesional para el restablecimiento, la reubicación y la redirección personal en un marco de sentido común. Gracias a este apoyo la persona en rehabilitación se orienta de nuevo hacia la esperanza en el sentido de la propia vida, aceptando la enfermedad como consustancial a lo humano y entendiendo la salud como un arte de emancipación.

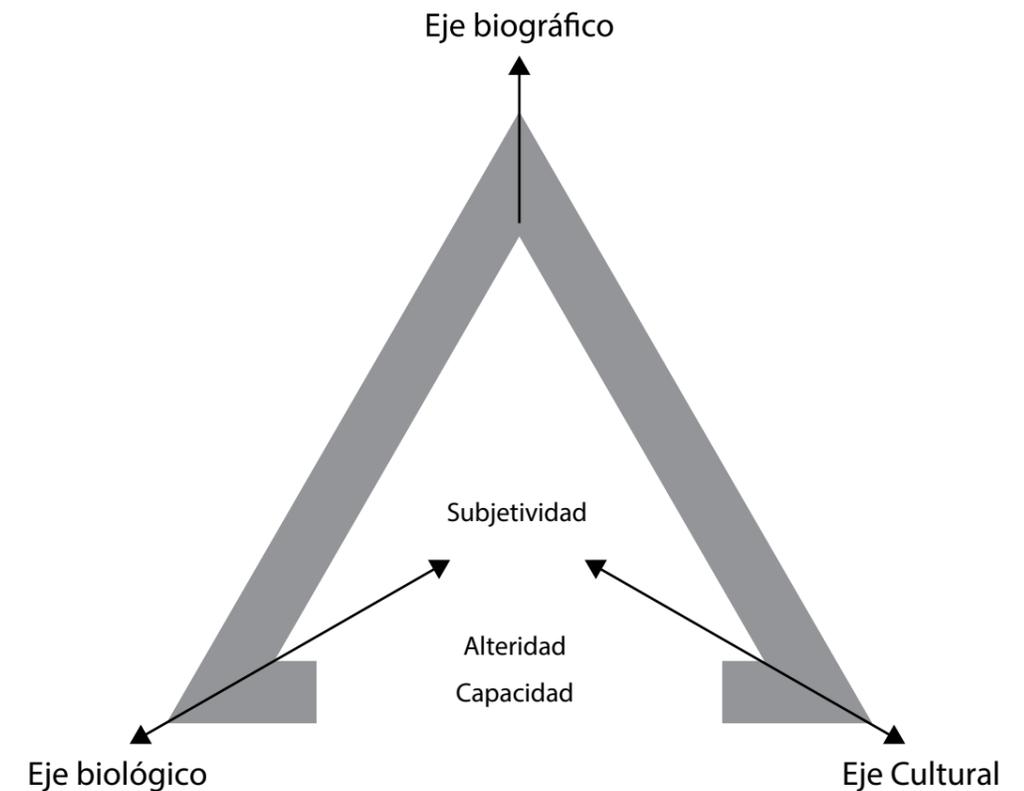


Figura 1 Modelo Antropológico de Rehabilitación Psicosocial (MARPS)

REFERENCIAS.

1. FEARP. ¿Qué es rehabilitación Psicosocial? Un mapa para profesionales. *Rehabil Psicosoc.* 2020;16(2).
2. Blasi i Ras R. Editorial: II Congreso Internacional. *Rehabil Psicosoc.* 2004;1(1):3-4.
3. Menéndez Osorio F. Veinte años de la Reforma Psiquiátrica: Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría.* 2005;XXV(95):69-81.
4. Martí-Tusquets JL. *Psiquiatría social.* Barcelona: Herder; 1976.
5. Martí-Tusquets JL, Murcia Grau M. *Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica.* Barcelona: Herder; 1987.
6. Clarke L. The opening of doors in British mental hospitals in the 1950s. *Hist Psychiatry.* 1993;4(16):527-51.
7. Schmiebach HP, Priebe S. Social psychiatry in Germany in the twentieth century: Ideas and models. *Med Hist.* 2004;48(4):449-72.
8. García Siso A. El Dr. Francesc Tosquelles i Llauredó: Posición del autor dentro de la Psiquiatría catalana anterior a la Guerra Civil y la proyección de esta posición en su obra posterior. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría.* 1996;XIII(46):195-202.
9. Burns T. Franco Basaglia: a revolutionary reformer ignored in Anglophone psychiatry. *The Lancet Psychiatry.* 2019;6(1):19-21.
10. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia : an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet.* 2014;383(9929):1677-87.
11. Gillies J. Critical Disability Theory. In: *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research.* 2014. p. 1348-50.
12. Sánchez Madrid N. Malestares. In: Sánchez Madrid N, Alegre Zahonero L, editors. *Territorios por pensar Un mapa conceptual para el siglo XXI.* Madrid: Siglo XXI de España, Editores; 2019. p. 217-31.
13. García R. *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria.* Barcelona: Gedisa; 2006.
14. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull.* 2006;32(3):432-42.
15. Morera T, Pratt D, Bucci S. Staff views about psychosocial aspects of recovery in psychosis: A systematic review. *Psychol Psychother Theory, Res Pract.* 2017;90(1):1-24.
16. Sendra-Gutiérrez JM, Álvarez R, Tejedor A, Arroyo AM, Criado I, Asensio I, et al. [Factors associated with hospital admission and evaluation of a case management program for severe mental disorder by a historical cohort study]. *Actas españolas Psiquiatr.* 2013;41(4).
17. Laing R. *El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad.* Madrid: Fondo de Cultura Económica de España; 1964.
18. Stanghellini G, Fuchs T, editors. *One century of Karl Jaspers' general psychopathology.* Oxford: Oxford University Press.; 2013.
19. Vargas ML. La psicopatología integral de Agustín Jimeno Valdés : contexto y conceptos. *Neurosci Hist.* 2018;6(3):74-84.
20. Jimeno-Valdés A, Jimeno-Bulnes N, Vargas ML. Síntomas básicos y rehabilitación psicosocial. *Rehabil Psicosoc.* 2008;5(1-2):57-65.
21. Byrne L, Schoeppe S, Bradshaw J. Recovery without autonomy: Progress forward or more of the same for mental health service users? *Int J Ment Health Nurs.* 2018;27(5):1459-69.
22. Raeburn T, Schmied V, Hungerford C, Cleary M. Autonomy Support and Recovery Practice at a Psychosocial Clubhouse. *Perspect Psychiatr Care.* 2017;53(3):175-82.
23. Hogan M. New Freedom Commission Report: The President's New Freedom Commission: recommendations to transform mental health care in America. *Psychiatr Serv.* 2003;54:1467-74.
24. Bellack AS, Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry.* 2012;11(3):156-60.
25. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J.* 1993;16(11-23).
26. Frigg R, Hartmann S. Models in Science. In: *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2018 Edition), Edward N Zalta (ed).* 2018.
27. San Martín J. *Para una filosofía de Europa. Ensayos de fenomenología de la historia.* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 2007.
28. Restrepo-Ochoa DA. La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Cad Saude Publica.* 2013;29(12):2371-82.
29. Vargas ML. Neurofenomenología clínica: un método de neuropsiquiatría integral. In: *Anales de la Fundación Canis Majoris N° 5:251-271.* 2020.
30. Vargas ML. Neuroscience-Based Anthropological Psychiatry (NBAP): Ten Introductory Concepts. In: *Psychopathology An International and Interdisciplinary perspective* Woolfolk R, Allen L, Durban, F and Irtelli F (eds) [Internet]. 2020. p. 43-59. Available from: doi: 10.5772/intechopen.89573



IN MEMORIAM

*“Cada vez sabemos más,
pero continuamos ignorando sobre qué”*

Antonio Colodrón, 1995.

SOBRE ANTONIO COLODRÓN

José Augusto Colis



ANTONIO COLODRÓN ÁLVAREZ

Nava del Rey (Valladolid), 17 de enero de 1931 - Madrid, 3 de marzo de 2018

En los años noventa fui invitado a formar parte del jurado del premio Jaime Albert Solana, convocatoria impulsada por la inolvidable Isabel Solana, que fue Vicepresidenta de FEFES durante varios años y excelente continuadora del trabajo asociativo que había iniciado en nuestro país, entre otras, la pionera Margarita Henkel. Antonio Colodrón, uno de los mejores psiquiatras de la historia de nuestro país, presidía aquel jurado. Fue en esos años cuando tuve el privilegio de aprender lo que estuvo a mi alcance del saber integral de Antonio. Esta enorme dimensión profesional se expresó en la práctica clínica y en su esmerada dedicación al paciente; por supuesto también en sus libros, contruidos con un estilo impecable que descubre, además del psiquiatra, el lector, el intelectual, el hombre curioso que contempla el mundo, se asombra y reflexiona. En largas y deliciosas sobremesas junto a Isabel, Alejandro Albert, Virginia Galilea, Diego Gracia, Antonio Fernández del Moral, Juan Antonio Cruzado, conocí otros antonios deslumbrantes y próximos; allí afloraba su alma de encendido contertulio, la atenta escucha, su nada inocente ironía, su disposición permanente hacia el otro.

En 2001, en una de nuestras reuniones, le pedí que escribiera un artículo para nuestra gaceta con motivo del décimo aniversario del Centro de Rehabilitación Laboral “Nueva Vida”. Si no recuerdo mal, entonces él ultimaba su libro *La condición esquizofrénica*. Generosamente accedió a mi petición y antes de escribir el artículo quiso conocer nuestro centro. La mañana que nos visitó se interesó por los detalles de nuestro trabajo; no quedó ninguna pregunta por hacer sobre esto o aquello. Recorrió los talleres e iba y venía interesándose por todo. No era solo curiosidad, era la pasión por lo suyo, territorio particular y extenso que dejaba casi nada afuera.

A las dos semanas me envió por correo postal esa pequeña joya que es *Rehabilitación integradora*. Años después, en un acto en el que compartimos mesa en el Consejo Económico y Social de Madrid, Antonio Colodrón dijo al auditorio: *“La integración laboral es la culminación de una aspiración de toda mi vida. Durante muchos años se ha considerado la esquizofrenia como una enfermedad como puede ser una diabetes o un cáncer. Pero somos muchos en el mundo los que pensamos que no es así. La esquizofrenia es un proceso mucho más complejo que compromete al sujeto integralmente y que sólo será susceptible de ser controlada cuando se utilicen modos de acción que abarquen esa totalidad. Y el hombre no lo es si no tiene un puesto en la vida, si no tiene un trabajo, si no tiene una remuneración y si no tiene un sentimiento de autonomía e independencia”*.

Madrid, 17 de diciembre de 2020.



REHABILITACIÓN INTEGRADORA

ANTONIO COLODRÓN

“Rehabilitación” es un término oscuro como la psiquiatría misma; como psicosis; como esquizofrenia; como cuanto se relaciona con la patología mental, por su complejidad y alcance, por la propia naturaleza del hombre enfermo, por los múltiples procedimientos comprometidos en la restitución de la salud, por las discrepancias en torno a conceptualizar y evaluar lo patológico, lo disfuncional, la discapacidad.

Acá y allá se habla de rehabilitación. Lo hacen quienes trabajan en la comunidad y en unidades hospitalarias; lo hacen los propios discapacitados y sus familias. Y los políticos, que poco entienden, sobre todo. Se habla, se habla, se habla...

Pero la rehabilitación exige algo más que palabras. Exige un cambio de actitud de cuantos la practican, de cuantos la apoyan y de cuantos debieran beneficiarse de ella. Un cambio de actitud que ha de iniciarse viendo la rehabilitación como tarea ordenada a reducir la dependencia del sistema de salud una vez transcurridas las etapas clínicas donde las terapéuticas agotaron su virtualidad reductora de síntomas. Ver la rehabilitación como quehacer muy individualizado, atento a impulsar la confianza en sí mismo, la autonomía, la libertad y para ello, facilitar el empleo. Un quehacer que implica desarrollar habilidades para vivir y trabajar que es tanto como promover recursos debidos en la comunidad. Un quehacer libertador: “Sólo el trabajo os hará libres”. Incidir, pues, coherentemente, en sujeto y medio, desde diagnósticos nada psiquiátricos sino desde otros establecidos sobre la relación entre habilidades del sujeto y necesidades comunitarias. Desatender el doble frente explica la pequeñez de los logros.

Hubo un tiempo en que denuncié apasionadamente, con los modestos medios a mi alcance, la discutible opinión de mantener los servicios rehabilitadores dependientes de Sanidad. Entendía y entiendo, que crear puestos de trabajo para discapacitados psíquicos excede las competencias sanitarias. Pero, ¿cómo romper la esclavitud de la rutina?

Entrenar en habilidades sociales no es rehabilitación; si acaso una parte minúscula de ella. Rehabilitación decapitada, un punto falaz pues conoce de la inoperancia del propio discurso. Si malamente enriquece lo que queda, sabe bien de su ineficacia para desarrollar las potencialidades de un hombre. Tejer alfombras, hacer tortillas, leer la prensa o dar los buenos días no abren espacios en el mundo laboral. El trabajo ha de tener un sentido; de lo contrario, agotadas las prestaciones, otra vez soledad, indefensión, nuevas dependencias.

No extraña que los actuales procedimientos rehabilitadores (?) se acepten mal. Sin integración en una textura social normalizada, el ingente paso dado por los neurolépticos no se rentabiliza. La puerta giratoria, al final, vuelve a girar. Hoy he visitado un centro de “rehabilitación socio-laboral”. Como siempre, en medio de la hojarasca del camino, cabe ver crecer algunas flores.

La Gaceta del C.R.L., nº 13, Julio 2001

CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL “NUEVA VIDA”

https://www.sie.es/crl/archivo_pdf/Rehabilitacion%20integradora.pdf

REFERENCIAS DE A. COLODRÓN

Artículos de revistas

Salud Mental y Bioética. Notas sobre abstracciones que lastran la clínica. Antonio Colodrón. Eidon: revista de la fundación de ciencias de la salud, ISSN 1575-2143, Nº. 27, 2008, págs. 24-27

Mi deuda con Pavlov. Memoria vivida en tiempo de silencio. Antonio Colodrón. Revista de historia de la psicología, ISSN 0211-0040, Vol. 24, Nº 2, 2003, págs. 291-300

Colaboraciones en obras colectivas

Patología de la acción: un enfoque evolutivo-cibernético. Antonio Colodrón.

I Reunión Nacional de Biocibernética, Madrid, 25, 26 octubre, 1982 / R. Moreno Díaz (ed. lit.), José Mira Mira (ed. lit.), 1982, págs. 67-77

Libros

La condición esquizofrénica. Antonio Colodrón. Madrid: Triacastela, 2002. ISBN 84-95840-05-7

Cinco conferencias sobre la esquizofrenia. Antonio Colodrón. Madrid: Triacastela, 1999. ISBN 84-921418-7-5

El trastorno esquizofrénico de la acción humana. Antonio Colodrón. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1995. ISBN 84-605-4008-1

Crisis de la relación médico-enfermo. Antonio Colodrón. Madrid: Fundación Ciencia, Democracia y Sociedad, 1989. ISBN 84-404-6272-7

Las esquizofrenias. Antonio Colodrón. Madrid: Siglo Veintiuno de España [etc.], 1983. ISBN 84-323-0468-9

Los reflejos cerebrales. Ivan Mijailovich Sechenov, Antonio Colodrón. Barcelona: Fontanella, 1978. ISBN 84-244-0451-3

De la enfermedad como respuesta. Antonio Colodrón. Madrid: Ayuso, 1976. ISBN 84-336-0123-7

Fisiología y psicología. Ivan Petrovich Pavlov, Antonio Colodrón. Alianza Editorial, 1968. ISBN 84-206-1151-4

Tesis

Ideas clínicas neuropsiquiátricas en la España del siglo XVIII. Antonio Colodrón. Universidad Complutense de Madrid (1959)

Artículos escritos por Antonio Colodrón | EL PAÍS <https://elpais.com/autor/antonio-colodron/>

Sobre Antonio Colodrón

Juan José Martínez Jambolina. Obituario. LANUEVA ESPAÑA <https://www.lne.es/sociedad/2018/03/03/antonio-colodron-recuerdo-19090045.html>

Enrique Baca Baldomero. OBITUARIO. Prof. Antonio Colodrón Álvarez. <http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/2018-03-12/534>

*WILLIAM ANTHONY
IN MEMORIAM*



*La rehabilitación se hace con el cliente,
no al cliente.*

W. Anthony (cit. Saraceno, 2014)

Jaime A. Fernández.
jaferf@gmail.com

William Anthony falleció este año de 2020, el 15 de julio a la edad de 77 años. Fue director del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de la Universidad de Boston. The Reading Post, el periódico local de su ciudad, publicó su obituario del que seleccionamos un extracto::

"William Anthony falleció después de una larga batalla contra la esclerosis múltiple el 15 de julio de 2020, a la edad de 77 años.

Bill estuvo casado durante 54 años con Camille Anthony, quien falleció en 2019. Bill y Camille vivieron con su familia en la ciudad de Reading, Massachusetts. Era un hombre con muchos intereses: golf, jardinería, esquiar, viajar y escribir poesía, pasar tiempo con su familia y sus nietos, era abuelo de ocho nietos y una bisnieta.

Bill fue un pionero en el campo de la salud mental. En 1979 estableció el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica en la Universidad de Boston donde desempeñó la Dirección Ejecutiva hasta su jubilación en 2011. Recibió el Premio al Servicio Insigne en 1992 del Presidente de los Estados Unidos por sus esfuerzos "en promover la dignidad, la igualdad, independencia y empleo de personas con discapacidad". El impacto del Dr. Bill Anthony en el campo de la rehabilitación y la recuperación psiquiátricas es inconmensurable. Lideró y defendió la noción de que las personas con trastornos psiquiátricos, antes que pacientes, primero son personas".

POSTED ON JULY 16, 2020 BY READING POST

En su trayectoria profesional W. Anthony fue un destacado representante del modelo estadounidense de orientación conductual del Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), junto a Liberman, Farkas, Bellak y Wallace, etc.

Anthony lideró el grupo de Boston (Farkas, Cohen, etc.), caracterizado por adoptar una perspectiva global de la persona, más vinculada con la realidad y con la propia elección del sujeto respecto a otros modelos EHS (Saraceno, 2014). Anthony fue un impulsor del campo de la rehabilitación psicológica o psiquiátrica (usó ambos términos) en los servicios de salud mental. Para el grupo de Boston identificar las falsas prácticas de rehabilitación (aquellas que como tales sólo tenían el nombre) fue uno de sus objetivos principales. Las prácticas de rehabilitación ficticias fueron (¿y son?) una mala praxis muy extendida, como, por ejemplo, durante los años 90, en los hospitales psiquiátricos, colgaban carteles como "Unidad de Rehabilitación" sin que nada más cambiase en su interior.

Un mix selectivo que resume sus artículos más influyentes sería algo así:

1977.- Psychological rehabilitation: A concept in need of a method. Para Anthony las dificultades que tienen los servicios de salud mental para realizar el trabajo de rehabilitación psicológica en la comunidad está condicionado por tres factores principales:

- (a) Los profesionales de salud mental no comprenden el modelo de rehabilitación psicológica, así como su necesidad y pertinencia dentro del sistema de salud mental.
- (b) La suposición de que la rehabilitación psico-

lógica y la prevención psicológica son funciones distintas. La rehabilitación es el mejor esfuerzo de nuestras energías preventivas.

(c) Falta el desarrollo de un modelo de rehabilitación psicológica.

Anthony propone un modelo de rehabilitación psicológica basado en la formación y entrenamiento de habilidades. Incluye la definición de rehabilitación y la asimilación de los procesos de rehabilitación y prevención:

"La meta del enfoque de Rehabilitación psiquiátrica debe ser dotar a las personas con incapacidades de las habilidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con los menos apoyos de servicios y profesionales posibles"

"... debido a que el último objetivo de la Rehabilitación es la prevención del deterioro de los pacientes y/o la prevención de la recurrencia de problemas psiquiátricos, la puesta en marcha de un programa de rehabilitación puede prevenir futuras necesidades de tratamiento"

1982.- A psychiatric rehabilitation treatment program: can i recognize one if i see one?. Cinco años después, el equipo de Anthony constata un crecimiento significativo de dispositivos comunitarios con programas de rehabilitación "para personas con discapacidad psiquiátrica grave". Sin embargo surgen las dudas de hasta qué punto están proporcionando auténticos programas de rehabilitación. Para distinguir entre aquellos programas que están realmente enfocados a la rehabilitación y programas que de rehabilitación solo tiene el nombre, presentan diez criterios esenciales de los programas de rehabilitación. Estos diez ingredientes se resumen a continuación:

1. Hacer una evaluación funcional en relación a las demandas ambientales
2. Implicar a las personas afectadas en las fases de evaluación e intervención
3. Diseñar planes de rehabilitación individualizados
4. La rehabilitación psiquiátrica se hace con un entrenamiento directo en habilidades
5. Evaluar y adaptar el ambiente a la persona
6. Seguimiento de las personas en su propio ambiente o comunidad
7. La rehabilitación se enfoca en equipo multidisciplinar
8. Las derivaciones desde los dispositivos para un programa de rehabilitación psiquiátrica especifican los beneficios o resultados buscados con esa derivación y la temporalidad para conseguirlos
9. El programa de rehabilitación se somete a una evaluación de resultados
10. A las personas tratadas en los dispositivos se les invita a implicarse en la política y planificación

de los servicios

1983.- Philosophy, treatment process, and principles of the psychiatric rehabilitation approach. La rehabilitación de los pacientes desinstitutionalizados no pueden implementarse y evaluarse adecuadamente a menos que los profesionales de la salud mental mejoren su comprensión de la filosofía, el proceso de tratamiento y los principios de la rehabilitación psiquiátrica. Una vez más, avisan del problema que: *"... la utilización inadecuada del término rehabilitación puede hacer pensar a los administradores y políticos que la intervención rehabilitadora ocurre, cuando de hecho, solo existe de nombre"*.

Teorizan sobre los antecedentes de la rehabilitación psiquiátrica: *"Los conceptos fundamentales de la rehabilitación física de que una persona con incapacidad necesita habilidades y apoyo para funcionar en los ambientes de vivienda, de aprendizaje y de trabajo que elijan, marca la dirección que el proceso de rehabilitación psiquiátrica debe tomar ... Además la Rehabilitación psiquiátrica se basa también en principios de la psicoterapia: el énfasis en el compromiso del cliente en el proceso, y la importancia de lo que opina éste sobre las metas que quiere alcanzar (Carkhuff, 1969)"*

1988.- Psychiatric rehabilitation programs: putting concepts into practice? El grupo de Boston (sin la firma de Anthony, pero bajo su influencia) visitó y evaluó cuarenta programas distintos de rehabilitación. En 1988 este grupo reconoce que muchos servicios de salud mental que atienden a pacientes con discapacidad psiquiátrica grave han comenzado a desarrollar un modelo de rehabilitación para aumentar su eficacia. Los autores aluden a su trabajo de 1982, donde describen los elementos básicos que tienen que sustentar los programas de rehabilitación. Estos diez elementos han ido evolucionando y perfeccionando con el tiempo y la experiencia. Con esos criterios han evaluado cuarenta agencias, hospitalarias y comunitarias, orientadas a la rehabilitación, en términos de la presencia o ausencia de estos elementos. Según sus resultados, los programas en las agencias de salud mental valoran positivamente la participación del cliente así como que el programa de rehabilitación se centre en mejorar las habilidades personales y en el uso de recursos comunitarios. Concluyen que, sin embargo, en la práctica estos conceptos apenas estaban empezando a implementarse de forma sistemática.

Hablar de Filosofía de la Rehabilitación implica ineludiblemente hablar de Anthony, lo prueba la selección de citas extraídas de este mismo monográfico de la Revista de Rehabilitación Psicosocial, donde casi todos los autores lo involucran en su texto:

- **M. Lopez y M Laviana:** ..."la" rehabilitación psicosocial es en realidad un movimiento complejo y multiforme, con componentes profesionales pero también políticos y sociales. Y con distintos modelos de los que, en el origen de los planteamientos actuales (37, 38), hay que mencionar al menos tres, con aspectos comunes pero también con algunas diferencias:

- a). El desarrollado inicialmente en USA, alternativo y contrapuesto a la atención psiquiátrica

habitual allí y ligado a personalidades y grupos considerados "clásicos", como los de Robert Liberman (39) en Los Angeles, William Anthony y Marianne Farkas (40) en Boston y el menos conocido de Mark Spivak, primero en Estados Unidos y luego en Israel (41). ..

- **J. Fernández-Blanco:** Definiciones que pudiésemos llamar fundacionales, como las de Anthony2, Watts y Bennett 3 o Liberman 4. Estos autores, pioneros, hablan de recobrar el mayor desenvolvimiento social e instrumental autónomo, mediante procesos de aprendizaje de habilidades y capacidades, o de una reubicación, tan normal y adaptativa como sea posible, al contexto social utilizando óptimamente las capacidades residuales.

- **M. Vargas:** La recuperación ha sido definida de manera más amplia y más matizada por Anthony (24,25) como "un proceso singular profundamente personal consistente en modificar las actitudes, los valores, los sentimientos, las metas, las habilidades o los roles de una persona. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzada y contribuyente aun con las limitaciones ocasionadas por las enfermedades. El establecimiento implica crear nuevos significados y propósitos en la vida a medida que se superan los efectos graves de las enfermedades mentales." De la sabia definición de Anthony merece destacarse el matiz "profundamente personal". Nótese que tanto en una definición como en otra la recuperación se asocia a una connotación positiva: "proceso de adaptación positiva" en Hogan y "forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzada y contribuyente" en Anthony. Sin realismo no hay recuperación, decíamos arriba. Sin esperanza tampoco, añadimos ahora. El par valorativo esperanza - realismo puede resumirse en un aforismo que, esperamos, ahora pueda entenderse: "la rehabilitación psicosocial se hace con pájaros en la cabeza y con barro en los pies".

- **A. I. Delfa-Cantero, A. M. Garcia-Nieto, N. Lamy-Fernández, C. Mogollón-Rodríguez:** Las palabras que B. Anthony escribió en 1977, caen sobre los hombros de quienes somos profesionales de la Rehabilitación, como un contrapeso para aguantar el equilibrio en las movidas cuerdas de la cambiante sociedad. Él, refiriéndose a la Rehabilitación Psicosocial, decía: "es un concepto en busca de un método". Aunque estas palabras arrojen incertidumbre, también nos marca una forma de proceder, una razón de ser, una manera de estar, una fórmula maestra, una brújula que marca el cómo. Nos dice que la Rehabilitación Psicosocial es mucho más que una técnica aplicada, es un CÓMO que va evolucionando en los QUÉ y los CUÁNDO.

- **F. Villegas-Miranda:** Anthony definía la rehabilitación como una disciplina específica que integra los principios de la rehabilitación física con técnicas psicoterapéuticas derivadas del conductismo.

REFERENCIAS

- Anthony, W. A. (1977). Psychological rehabilitation: A concept in need of a method. *American Psychologist*, 32(8), 658-662. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.8.658>
- Anthony W.A., Cohen M.R., Vitalo R. "The measurement of rehabilitation outcome", *Schizophrenia Bulletin*, 4, 1978, pp. 365-383.
- Anthony W.A., Farkas M. A client-outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions. *Schiz Bul* 1982; 8: 13-38.
- Anthony W.A., M Cohen, M Farkas. A psychiatric rehabilitation treatment program: can i recognize one if i see one? *Community Ment Health J.* 1982 Summer;18(2):83-96. doi: 10.1007/BF00754453. PMID: 7128055.
- Anthony W.A., Cohen MR, Cohen BF. Philosophy, treatment process, and principles of the psychiatric rehabilitation approach. *New Dir Ment Health Serv.* 1983 Mar;(17):67-79. doi: 10.1002/yd.23319831708. PMID: 6672608
- Anthony WA e Libennan RP., "The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base", *Schizophrenia Bulletin* 4, 1986, pp. 542-559.
- Anthony W.A., Cohen M.R., Farkas M.D., *Fondazione e metodologia dell'assistenza in riabilitazione psichiatrica*, Edizioni Fatebenefratelli, Milano, 1988.
- Anthony W.A., "Psychiatric Rehabilitation: achieving its promise", *Community Support Network News*, vol. 6, n. 1, October 1989
- Anthony W.A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J.* 1993;16(11-23).
- Anthony W.A., Cohen M, Farkas M, Gagne C. *Psychiatric rehabilitation* (2nd. Edition). Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation. 2002.
- Farkas M.D., Cohen MR, Nemeč PB. Psychiatric rehabilitation programs: putting concepts into practice? *Community Ment Health J.* 1988 Spring;24(1):7-21. doi: 10.1007/BF00755049. PMID: 3370939.
- Reading Post (2020). Obituary: William Anthony, 77. Posted on July 16, 2020.
- Saraceno B. *El fin del entretenimiento*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2014.





Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)
www.fearp.org