



Luis acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial.

¿Qué es la Rehabilitación Psicosocial?

Antes de nada explicar, que se entiende mejor y con mayor propiedad, lo que es la Rehabilitación Psicosocial cuando se distingue con claridad entre rehabilitación psicosocial como filosofía (Filosofía de la Rehabilitación), y rehabilitación psicosocial como conjunto estructurado, sistematizado y activo de procedimientos, estrategias y técnicas de intervención (praxis rehabilitadoras). Hecha esta distinción, conviene decir que hablar de rehabilitación psicosocial es hablar de filosofía y de praxis, de principios y de acciones. Praxis y filosofía, no son dos partes de un mismo proceso, son en sí el proceso mismo.

La Rehabilitación Psicosocial es por tanto un proceso de intervención, enmarcado, inspirado, guiado e interpolado permanentemente por ciertos principios y valores, en suma, por una filosofía.

Estos principios filosóficos hablan principalmente de:

- Desplazar los procesos de atención del hospital a la comunidad. Es difícil, por no decir imposible, hacer Rehabilitación Psicosocial fuera de la comunidad y sin la comunidad. Toda acción rehabilitadora ha de tener, como mínimo, proyección comunitaria. Sólo modelos de atención que no retiren a las personas afectadas por una patología psiquiátrica crónica de la sociedad, que no las recluyan ni las aíslen en instituciones, en centros, en recursos especializados, son modelos coherentes con la atención comunitaria en la que cobra pleno sentido la Rehabilitación Psicosocial.
- Disponer las medidas necesarias para hacer efectivo el derecho que tienen las personas con enfermedad mental a una ciudadanía plena. Lo que implica capacitarlas psicológica y socialmente para ejercer sus derechos.
- Propiciar pautas de vida normalizada, o lo que es lo mismo roles útiles para la persona y valorados socialmente.
- Promover la participación integrada en la comunidad evitando la discriminación, el aislamiento y el riesgo de marginación.
- Ajustar las praxis psicosociales a las características y necesidades de cada persona atendida, inmiscuyéndola activa y responsablemente en el proceso de atención y en el control de su propia vida. La tan necesaria proactividad de las personas en todo lo que atañe a su proceso de rehabilitación no debe confundirse, en ninguna ocasión y de ningún modo, con que se hagan responsables de organizar, estructurar y diseñar las praxis de su propio proceso de atención.
- Potenciar las capacidades de las personas con trastorno mental severo para que puedan llegar a autogobernarse en lo personal y en lo social, ofreciendo, sólo a quién lo precise, el apoyo y el soporte necesarios para vivir en la comunidad del modo más autónomo e integrado posible.
- Mantener, por parte de los profesionales de la rehabilitación, una actitud constructiva y una expectativa positiva sobre la persona con enfermedad mental crónica, sobre lo que puede hacer y lo que pueda llegar a hacer.
- Dispensar una atención integral y en red. Para ello todos los servicios, recursos y programas deberán colaborar de forma coordinada y complementaria.



Luís acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial.

- Generar alternativas específicas para las mujeres con enfermedad mental crónica pues tienen, en comparación con los hombres, mayores dificultades para integrarse en la comunidad y para desempeñar roles normalizados. Se necesita una activa y sostenida “discriminación positiva” tendente a compensar la desigualdad de oportunidades.

Se cierra la respuesta a esta pregunta, enumerando lo que podríamos llamar las palabras clave que siempre han de estar presentes en los principios fundamentales de la Rehabilitación Psicosocial y de sus praxis. Estas palabras clave son: igualdad, normalización, integración, individualización, autonomía, apoyo social, coordinación, capacidades, adaptación, habilidades, competencias, aprendizaje, entorno socio-comunitario y calidad de vida.

¿Cómo y cuándo surge el concepto de Rehabilitación Psicosocial?

A lo largo de la historia se han dado muchas, distintas, e incluso opuestas explicaciones sobre la enfermedad mental. A lo largo de la historia no siempre se ha tenido en igual o parecida consideración a quienes padecen estas enfermedades. A lo largo de la historia han ido cambiando los modos y las maneras (técnicas y estrategias de intervención social y psicosocial, procedimientos terapéuticos y clínicos) de atender y tratar a estas personas.

Así, ya en el siglo XV (1409) en nuestro país, los doctores que trataban la enajenación mental deciden poner en marcha lo que llamaron “Tratamiento Moral”. Este “tratamiento” pretendía demostrar que el ejercicio, los juegos, el trabajo agrícola y el entretenimiento podía hacer más por los que sufrían enajenación que las cadenas a las que permanecían amarrados.

En el resto de Europa tuvo que llegar el siglo XVIII, con la Revolución Francesa, para que Pinel, en el hospicio de La Bicétre en París, liberará de los hierros a los enfermos mentales. Esta vez, España si fue pionera.

De la mano de la libertad, la igualdad y la fraternidad los entonces locos, pasaron de ser endemoniados a ser enfermos. La psiquiatría, como especialidad médica, había nacido. Los principios humanitarios que los médicos españoles habían formulado en el siglo XV, tres siglos después, se universalizan.

Múltiples vicisitudes históricas y alguna científica ocurrieron antes de que a principios del siglo XX el psiquiatra alemán H. Simon, sistematizara una modalidad de tratamiento del enfermo mental institucionalizado basada en el trabajo. Simon incluso pretendió ir un poco más allá tratando de fundamentar “científicamente” su propuesta terapéutica. Quedaba formalmente inaugurada, la era de la labor-terapia.

Aún tenían que pasar aproximadamente seis décadas para que se crearan las condiciones ideológicas y de investigación que hiciesen posible la rehabilitación psicosocial.

Hasta los años 60-70 del siglo pasado, el modelo de atención a las personas que sufrían patologías mentales graves tenía a la institución manicomial como respuesta a sus necesidades



Luís acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial.

psiquiátricas y psicosociales. Internadas largos años o de por vida, estas personas, vivían totalmente aisladas no sólo en los márgenes de la sociedad, sino al margen de ella.

Los hospitales psiquiátricos, aparte del tratamiento medicamentoso, no podían ofrecer mucho más que asilo, custodia, tutela, entretenimiento o labores con sentido en si mismas y función institucional. El paternalismo y la sobreprotección, la masificación y la ausencia de privacidad, terminaban por producir despersonalización estrangulando cualquier tipo de proyecto vital.

Con un solo papel que jugar en la vida, el de enfermo, y con el manicomio por universo, las personas en él asiladas se iban deteriorando física, mental y socialmente.

La posibilidad de estructurar una respuesta alternativa a la situación descrita tenía que ver con que fuesen interrelacionándose en el tiempo, años ochenta en España años sesenta y setenta en el resto del mundo occidental, un conjunto de circunstancias sociales, políticas, culturales y técnicas (psicológicas y sanitarias). A saber:

- el uso generalizado de medicinas que, perfeccionada su eficacia, ejercían un control suficiente sobre síntomas como los delirios y las alucinaciones. El reestablecimiento, aunque fuese parcial, de la razón y la cordura era condición necesaria e imprescindible para poder ensayar formulas alternativas a la reclusión nosocomial.
- los cambios políticos, sociales y culturales que acontecen en Europa y EE.UU. a partir de la segunda guerra mundial y muy especialmente al final de la década de los sesenta y principios de los setenta. Como ejemplos se puede citar la vertebración de la sociedad a través de organizaciones y asociaciones de defensa de los derechos de los ciudadanos; la presencia muy significativa de valores como el antiautoritarismo, la emancipación, la igualdad, la centralidad de la persona, la tolerancia con la diferencia, la solidaridad, la integración, el mestizaje, la no restricción o anulación de derechos por razones de ideología, creencias religiosas, enfermedad, etc.
- la estructuración y sistematización de procedimientos de análisis del comportamiento, de estrategias y técnicas para modificarlo y de procesos de intervención social, aplicados y adaptados al campo de los trastornos mentales severos.

En líneas generales, este encuadre contextualiza la aparición de los procesos de Reforma Psiquiátrica como un modelo novedoso y alternativo de entender la enfermedad mental, de organizar su tratamiento y de considerar a la persona que la padece. Esta tesis de cambio e innovación necesita igual que posibilita el proceso que se ha dado en llamar, Rehabilitación Psicosocial.

¿Quién puede acceder a un CRPS?

Para que una persona sea susceptible de derivación a un CRPS no basta con que padezca una enfermedad mental grave. Es necesario que la enfermedad sea crónica o presente un alto riesgo de cronificación. ¿Y qué enfermedades mentales se consideran graves? Básicamente son consideradas graves, enfermedades como las esquizofrenias, los trastornos paranoides, los trastornos maniaco-depresivos, los síndromes cerebro-orgánicos y las depresiones graves



Luis acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial.

recurrentes. No viene mal explicar ahora por qué son consideradas graves. Lo son por el negativo impacto que provocan en la vida de quien las sufre. Estas enfermedades dificultan extremadamente, cuando no impiden, pensar con normalidad, percibir con normalidad, sentir con normalidad, actuar con normalidad, en suma, vivir con normalidad. Las múltiples actividades que conforman la cotidianidad se ven alteradas o entorpecidas. Lo que debería ser habitual se torna excepcional y lo excepcional se convierte en habitual.

Si a la gravedad se une una evolución prolongada, de dos o más años, que cursa con discapacidad, es cuando se dice de ese trastorno mental que es grave y crónico. Una patología de esta índole inhabilita a quién la padece para vivir como antes vivía, para seguir aprendiendo lo que se necesita aprender para manejarse en el entorno próximo con eficacia.

Por eso, debe ser incluida en un proceso estructurado, sistemático, integral y activo de rehabilitación psicosocial toda persona que presenta un marcado y sostenido deterioro en higiene, hábitos saludables, manejo del dinero, autonomía para el uso de recursos comunitarios y transportes públicos; toda persona que no ocupa normalizadamente su tiempo libre, que abandona sus aficiones y no realiza actividades de ocio, que no puede trabajar, que deja de salir con sus amigos, que tiene muchos problemas para relacionarse con los demás... Todo ello implica una posibilidad de funcionamiento independiente limitado y dificultad para desempeñar roles sociales. Lo más probable es que quien llega a esta situación acuse dependencia casi total de sus familiares y de los recursos de atención socio-sanitarios.

El perfil medio de la persona que inicia en un CRPS bien podría corresponder a un varón diagnosticado de esquizofrenia, con ocho años de evolución de la problemática, con ingresos psiquiátricos previos, cuya edad se sitúa entre los 31 y los 50 años, soltero, con estudios de Enseñanza General Básica o Bachiller elemental, que convive con sus padres, sin hijos, con ingresos propios procedentes de una pensión. Es parado y tiene certificado de minusvalía. Cuando estaba en activo era un trabajador no cualificado.

© Juan Fernández Blanco