

Luis acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial. (III)



Diferencia entre “meros cuidados” y “rehabilitación”

Tal vez el mero cuidado tenga que ver con custodiar, con vigilar. Con ofrecer atenciones que alivien, que aporten bienestar. Con preocuparse de alguien para que no acarree problemas a los demás ni a sí mismo. Cuidar a una persona es procurar que nada le pase, protegerla. En cierto modo tutelarla, ya que se presupone que ella no puede hacerse cargo de si misma. Cuidar también puede ser acompañar, entretenir mientras se guarda a la persona que se cuida. Defenderla de aquello que ella no puede o no sabe, o ni sabe ni puede, enfrentar ni afrontar. Cuidar es administrar el tiempo, las cosas, los momentos de aquél al que se cuida. Asistirlo en sus necesidades preservándolo de todo aquello para lo que se le supone incompetente, incapaz, inhábil..., defendiendo así su presente para velar por su futuro.

Por el contrario, una intervención rehabilitadora tiene que ver con capacitar, con habilitar, con enseñar lo que la persona necesita aprender para vivir con normalidad. Una intervención rehabilitadora consiste en recuperar un funcionamiento cotidiano competente y autónomo. Poder integrarse en la comunidad desempeñando roles útiles. Conseguir que la persona que participe en ese proceso termine siendo capaz de poner en funcionamiento los repertorios conductuales necesarios para vivir como viven los demás.

Rehabilitar psicosocialmente es aplicar un conjunto de métodos que buscan la reposición o compensación de una actividad, de una funcionalidad perdida o severamente disminuida. Actividades y funcionalidades que tienen que ver con el cuidado de sí mismo, con hábitos de vida saludables, con vivir integrado en la familia, con relacionarse competente con los demás, con disfrutar normalizadamente del ocio y el tiempo libre, con poder estudiar, con poder trabajar, con utilizar recursos normalizados, con integrarse en la comunidad, etc.

Las intervenciones rehabilitadoras no cuidan, facilitan la vuelta a la vida en comunidad. No acompañan, enseñan a ser autónomo. No protegen, apoyan a la hora de afrontar los retos y las demandas del vivir en sociedad. No tutelan, con-validan a la persona para que con sentido disponga de su tiempo y con sensatez proponga a cerca de su vida. No asisten, promueven y favorecen el desarrollo personal, social y profesional.

Una intervención rehabilitadora es la que impulsa la dependencia respecto de las capacidades personales y no la capacidad de depender. Una intervención rehabilitadora es la que logra que cada cual tutele su vida, evitando un vida tutelada. Una intervención rehabilitadora es la que enseña a custodiar la libertad, en vez de disponer las condiciones para una libertad custodiada.



Luis acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial. (III)

La figura del Psicólogo en Rehabilitación Psicosocial

Las funciones de los psicólogos en el ámbito de la rehabilitación psicosocial tienen que ver principalmente con:

- **Recepción de usuarios.** Por regla general conviene que el psicólogo reciba al usuario y a la familia ya, que ha de ser el profesional encargado de hacer la evaluación inicial. Esta recepción incluye la acogida y el inicio del siempre necesario proceso de vinculación y enganche.
- **Evaluación.** Se evalúa el nivel de funcionamiento del usuario a partir de la recogida de información relevante sobre sus habilidades, competencias, déficit, dificultades y características de los distintos contextos ambientales en los que ha de interactuar. Esta evaluación, que ha de ser una evaluación funcional, se centrará de forma concreta, descriptiva y operativa, en los repertorios conductuales que tienen que ver con las diferentes áreas de funcionamiento personal, familiar, social y comunitaria. Los autocuidados, la salud, la patología, el tratamiento, las relaciones interpersonales y sociales, el ocio y el tiempo libre, la integración comunitaria, la integración laboral y la familia son, básica y principalmente, las áreas vitales en las que se organizan los repertorios conductuales que hay que evaluar utilizando dimensiones objetivas de frecuencia, intensidad, duración, forma y adecuación al contexto.
- **Diseño del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).** Este plan supone la programación sistemática y secuencial del proceso rehabilitador de cada usuario. En él se formulan los objetivos a conseguir, jerarquizándolos según prioridades, y los formatos y contextos de intervención.
- **Tutorización de usuarios.** Esta labor de tutor lo primero que implica es, ser el profesional de referencia para el usuario y la familia, sabiendo ofrecer, en cada momento, el soporte y las atenciones que necesiten y las explicaciones que demanden. Esta figura centralizará toda la información que sobre el caso se vaya generando. Tutorizar también implica realizar un seguimiento exhaustivo y técnico del caso; llevar a cabo la evaluación continua de los repertorios conductuales que integran las distintas áreas vitales, incluyendo los síntomas; tomar decisiones; coordinar, apoyar y supervisar a los profesionales directamente implicados en el trabajo rehabilitador; mantener continuamente informado al resto del equipo sobre los cambios en la intervención, los progresos que se vayan produciendo o las dificultades que aparezcan; velar porque se mantenga una coherencia continuada entre todas las intervenciones que, con cada usuario y familia, realicen los distintos profesionales del equipo desde diferentes formatos; aplicar aquellas estrategias de intervención que, por su grado de complejidad y especialización, no puedan aplicarlas otros profesionales. En suma, el tutor será quién valore global y específicamente los resultados obtenidos por cada usuario en cada una de las intervenciones a las que sea sometido. Cuando la valoración que realice ha sí lo indique, propondrá las modificaciones y cambios pertinentes.
- **Diseño, programación e implementación de las diferentes intervenciones, y actividades de rehabilitación.** Estas intervenciones y actividades están destinadas a conseguir los objetivos del PIR. Las más comúnmente aplicadas desde un formato individual son las que se dirigen a mejorar los autocuidados, las que tienen que ver con las actividades de la vida diaria, las que sirven para entrenar las relaciones interpersonales, las que favorecen y facilitan la integración en espacios comunitarios, las de rehabilitación cognitiva, las que enseñan autocontrol emocional, las que facultan para manejar el estrés y la sintomatología residual. Las más comúnmente aplicadas desde un formato grupal son las implementadas en los programas



Luis acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial. (III)

de: "Psicoeducación y Mejora de la Adherencia al Tratamiento", Habilidades Sociales" y "Escuela de Familias". Los contextos desde los que hacer efectivas estas intervenciones son, fundamentalmente, el CRPS, la calle (los espacios públicos), los recursos normalizados y el domicilio.

- **Coordinación.** Este es un papel importante y a veces un poco descuidado. Los psicólogos deberán coordinarse, en particular, con los servicios de salud mental y en general con todos aquellos recursos sanitarios, sociales y comunitarios que puedan ser rentabilizados para la rehabilitación de los usuarios (autonomía, normalización, integración socio-comunitaria, etc.).
- **Elaboración de informes.** Se redactarán informes periódicos dirigidos al psiquiatra y al tutor de cuidados. En ellos se informará de: los resultados de la evaluación inicial y del PIR (Informe Resumen de Evaluación); de la evolución del usuario en su proceso de rehabilitación dando cuenta de los objetivos que se están trabajando, de los formatos desde los que se trabaja, de las estrategias de intervención que se aplican para conseguir los objetivos propuestos, de los contextos en los que se aplican esas estrategias, de los resultados obtenidos, de los recursos comunitarios normalizados que el usuario utiliza, de su red social y de todas aquellas informaciones que sean relevantes para mejor entender el trabajo que se realiza en el CRPS (Informe de Tutorías, Ata y Baja).
 - También han de realizarse informes a instancia del usuario para la derivación a recursos, para la solicitud de prestaciones sociales, para la valoración de minusvalías, incapacidad, etc.
 - Formación y supervisión de otros profesionales. Los profesionales a los que se suele formar y supervisar son PIR, MIR, alumnos del Prácticum de Psicología y alumnos de Máster en Psicología Clínica.

¿Qué papel desempeña Luis en su propio proceso de Rehabilitación?

Luis puede y debe desempeñar un papel activo y participativo. Puede porque está en condiciones de hacerlo y es su derecho. Debe, porque la rehabilitación psicosocial es en esencia y en última instancia un proceso de aprendizaje. Resulta complicado pensar que alguien pueda beneficiarse de un proceso en el que ha de re-aprender y aprender a vivir con normalidad si asiste como convidado de piedra. Mostrarse activo e implicado en el cambio es imprescindible. Erigirse en copartícipe de todo el proceso que conduce al cambio es más que aconsejable. Es impensable que se produzca en una persona cualquier proceso de aprendizaje si no participa en él de forma activa.

Todos los manuales aconsejan consensuar con los usuarios y sus familiares los planes individualizados de rehabilitación y las estrategias a implementar para llevarlos a efecto. Se ha demostrado, en el día a día de la rehabilitación, que la implicación activa de usuarios y familiares, y la estrecha colaboración de estos con los profesionales en pos de los mismos objetivos, acerca al éxito.

Es costoso pensar que alguien pueda negar la bondad de lo dicho. Es obligado, a si mismo, introducir ciertas acotaciones y algunos matices. Vayamos por partes. Primero, el papel de profesionales y usuarios es claramente distinto, no ha de confundirse ni debe intercambiarse. Segundo, las responsabilidades de uno y otro son diferentes tanto en lo cuantitativo como en lo cualitativo. Tercero, ni el usuario es el mejor rehabilitador de si mismo, ni el profesional es un mero acompañante del usuario en su proceso de recuperación. Cuarto, es cuando menos una ingenuidad

Luis acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial. (III)



presuponer que desde el primer momento, y en todo momento, la persona afectada puede coger bajo su gobierno las riendas de su existencia. No hay que confundir el fin con los medios. Quién logra gobernar con tino el presente y decidir con acierto sobre el futuro no está participando en el proceso de rehabilitarse, no se está rehabilitando, está rehabilitado y por tanto debería estar al margen del proceso.

No se niega que la persona afectada debe conocer cada una de las decisiones que se toman y los objetivos que se proponen. No se dice que los profesionales se abstengan de acordar con la persona afectada las intervenciones que van a llevar a cabo. No se sugiere que la persona afectada no pueda ni deba opinar, proponer, discrepar, sugerir, etc. Lo que se pide es sensatez y cordura para entender que uno y otro, profesional y usuario, tiene su sitio y su lugar. Que el interés y la perspectiva con la que cada uno asiste al proceso es diferente aunque llamada a concordar.

Sí a tener muy en cuenta la opinión de usuarios y familiares, tratando siempre de consensuar con ellos cada medida a tomar, incorporando al quehacer de los técnicos sus propuestas cabales y pertinentes, y considerando con atención y respeto sus objetivos. No a presuponer que profesionales, familiares y personas atendidas tienen el mismo rol, las mismas obligaciones, idénticas responsabilidades y están en igualdad de condiciones a la hora de organizar, estructurar y diseñar el proceso de atención. De ser así, profesionales y personas atendidas tendrían capacidades técnicas equivalentes y competencias homologables.

Estas reflexiones enlazan directamente con la segunda pregunta, ¿hasta qué punto pueden desarrollar estas personas su capacidad de elección? En el caso de elecciones que afecten o tengan que ver con su vida, si está en condiciones (estabilidad psicopatológica y funcionalidad psicosocial), hasta donde les dicte su libre entender. En lo que afecta o tengan que ver con el proceso de rehabilitación psicosocial, su capacidad de elección quedará reducida a contingencias que no exijan, para decidir sobre ellas, respuestas técnicas y, por ende, cualificación profesional (evaluar, elaborar el Plan Individualizado de Rehabilitación, elegir los formatos desde los que se ha de intervenir, diseñar las estrategias de intervención, decidir los contextos en los que se han de aplicar las estrategias de intervención, proponer los profesionales que han de participar, localizar los recursos comunitarios que se han de utilizar, etc.).

Resultados de la Rehabilitación Psicosocial

Si consultamos referencias bibliográficas (Tarner, J. C. Psychosocial Rehabilitation Journal, 900, 12 (3) (1997); Thornicrof, G. et al. British Journal of Psychiatry, 187 (2001); Pardo, V. Y col. Revista de Psiquiatría del Uruguay, vol 66, nº1 (2002); Navarro Bayón, D. y Carrasco Ramírez, O. Avances en Salud Mental Relacional, vol 6, nº 3 (2007), por poner algunos ejemplos) todas coinciden en destacar que la rehabilitación psicosocial, cuando menos, reduce el número de ingresos y la tasa de recaídas, mejora el funcionamiento global y la calidad de vida, provoca una evolución favorable a la integración laboral, etc.

Tenida en cuenta la bibliografía y reflexionando desde la experiencia del trabajo diario, se diría que los procesos de rehabilitación psicosocial comienzan por ofrecer a la persona afectada

Luis acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial. (III)



una atención individualizada, sistematizada, continua y mantenida el tiempo necesario. Esto conduce, para empezar, a un mayor conocimiento del caso y a seguirlo más intensivamente. Una realidad así es enormemente deseable para dar la respuesta apropiada a los casos que cursan con deterioro psicosocial acusado y presenta rasgos claros de cronificación o alto riesgo de cronificarse.

■ Cuando la rehabilitación psicosocial obedece a estas leyes (individualización, sistematización, continuidad), hasta en los usuarios más gravemente afectados, se constata mejoría. Mejoría que comienza por lograr el control de los aspectos más disruptivos y desadaptativos del caso. La persona afectada comienza a vivir de forma más integrada en la familia, colabora más con sus familiares y con los profesionales, es menos renuente a tomarse el tratamiento, su conducta deja de ser llamativa, estrastralaria, extremadamente simple y empobrecida o problemática. Los familiares comienzan a observar un cambio en su comportamiento cotidiano. Le notan menos ausente y ensimismado, menos huidizo y aislado. Cada día les cuesta menos acercarse a él, hablarle, contar con él para hacerle participe de los asuntos de familia. La habitación poco a poco va dejando de ser su refugio y la cama el lugar donde descuenta minutos a las horas, y horas a los días. La ducha ya no es la pella constante de cada día y arrancarle una frase poner una pica en Flandes. Verle salir a la calle deja de sorprender y quienes con él conviven, renuevan la esperanza en su recuperación cuando se enteran de que habla con otras personas. Los transportes públicos no le son inaccesibles y bares, bibliotecas, parques o polideportivos vuelven a parecerle lugares y recursos que también están hechos para él. Tener amigos no supone algo así como el viaje a Ítaca. Volver a estudiar ya no es una meta inalcanzable y por fin trabajar, deja de ser una utopía.

© Juan Fernández Blanco