



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 21 – Invierno 2017

ALGUNAS CONTRADICCIONES EN LA CONSTRUCCIÓN EN LAS PRÁCTICAS REHABILITADORAS ¹

Antonio Tarí García ²

“La psiquiatría es una maestra del “como sí”. En lo que se refiere a la ley 180 (la ley que cerró los manicomios en Italia), Italia se divide en tres opciones:

Quien trabaja para llevarla a cabo de forma plena

Quien trabaja para combatirla

Quien (y esta es la mayoría) aun adhiriéndose a estos principios, los pervierte, los vacía de sentido, de hechos, los transforma en un fetiche hueco: mejor los enemigos de la ley.

Convendrá por tanto poner la ley entre paréntesis, y día a día trabajar en lo real.

“Ria-abilitare la ria-abilitazione “. Franco Rotelli , 1987 (1)

“La salvaguarda de lo negativo se ha vuelto una urgencia institucional absoluta”

E. Morin 1976 (2)

INTRODUCCION

Esta presentación parte de una doble implicación como profesional que trabaja específicamente en el campo de la rehabilitación y como integrante de colectivos en defensa de una salud mental comunitaria. Saraceno hace ya más allá de 20 años, señalaba que “La Rehabilitación psicosocial es un punto de encuentro entre conocimientos técnicos, solidaridad y política” (3).

¹ Ponencia presentada en las XXVII Jornadas Estatales, AEN 2017. Madrid 1 a 3 de junio.

² Antonio Tarí es psiquiatra. Zaragoza

Este trabajo plantea una serie de cuestiones a fin de debatir y contribuir a una clarificación sobre posibles posicionamientos de la Asociación en torno a las prácticas rehabilitadoras en nuestro país (a veces no suficientemente habladas entre nosotros en aras del consenso). Considero que nuestra tarea como asociación debe compatibilizar el cuidarnos como colectivo con poder definir mejor conjuntamente hacia dónde vamos y qué tipo de cambios queremos impulsar en la realidad asistencial.

La presentación está dividida en dos partes, en la primera abordo cuestiones más macrosociales, en la segunda más microsociales, más dirigidas a las concepciones de la intervención y las prácticas rehabilitadoras.

Se trata de retomar en consideración ciertas situaciones-emergentes de la realidad asistencial. Sabemos que los recursos disponibles, la organización asistencial, y las decisiones de política asistencial y social, constituyen elementos contextuales que condicionan de modo importante las prácticas rehabilitadoras y sus logros.

Tomarlas en cuenta, sacarlas a la luz, analizarlas y desarrollar estrategias de acción dirigidas a modificarlas formarían parte de la rehabilitación militante de la que hablaba Saraceno, diferenciándola de la rehabilitación falsa o paradójica del hospital psiquiátrico y de la rehabilitación como intervención comunitaria fuera del asilo (3).

Los principios de la rehabilitación pueden servirnos como guía entendidos como plantean A. Rodríguez y Mari Fe Bravo (4) no como un catálogo formal sino como soporte metodológico y ético “para avanzar en el desarrollo coherente del campo y para guiar procesos de rehabilitación que sirvan para mejorar la calidad de vida y para avanzar en el logro de una ciudadanía plena y digna para las personas con TMS”.

Si bien los procesos que se describen no son nuevos, siguen hoy reproduciéndose y constituyéndose como obstáculos para los procesos de recuperación. Muestran también una brecha entre nuestros discursos centrados en la rehabilitación, recuperación, empoderamiento, ciudadanía, antiestigma, participación, normalización, integración, y prácticas asistenciales absolutamente contradictorias con ellos.

El criterio de selección de dichas situaciones es exclusivamente la experiencia profesional propia y la compartida por algunos compañeros de la Asociación en Aragón, son situaciones detectadas en nuestra comunidad autónoma, aunque en diversas ocasiones he podido compartir dificultades similares con compañeros de otras comunidades autónomas, así como en documentos y revistas de nuestra asociación. Es precisamente por ello que no pueden ser tomadas más que como “planteamientos provisionales” que si tienen algún interés podrán ser debatidos, profundizados e investigados.

DESINSTITUCIONALIZACIÓN / NEOINSTITUCIONALIZACIÓN

Uno de los elementos importantes del proceso de desinstitucionalización y de la creación de la red de salud mental comunitaria, que desde nuestro punto de vista ha sesgado nuestra percepción del proceso que se estaba produciendo, ha sido la identificación de lo comunitario con dispositivos extrahospitalarios o de intervención fuera de los hospitales. La consideración que la institucionalización coincidía con el manicomio fue un error común, por momentos no se distinguió entre establecimiento e institución. Una consecuencia fue el posible descuido frente a nuevas formas de exclusión.

“El sitio de tratamiento se convirtió en ocasiones en el campo de batalla de la ideología del cuidado y el tratamiento” decía L. Bachrach (5). En nuestro ámbito se instaló en ocasiones algo que podríamos enunciar como “la buena conciencia antimanicomial”, donde el rechazo al manicomio (como establecimiento) aparecía como la línea divisoria ideológica que separaba teórica y sobre todo prácticamente la psiquiatría tradicional y la progresista.

Ya nos advertía Wing y Brown en 1980 (6): “Más tarde, a medida que la experiencia de los servicios en la comunidad se desarrollaban, se ha hecho claro que el institucionalismo podía reproducirse en un hogar de acogida, en una familia o en un centro de día”.

Más recientemente autores europeos han llamado la atención sobre este fenómeno de la reo o neoinstitucionalización (7), arguyendo que la reinstitucionalización refleja un nuevo patrón internacional que está ocurriendo en diferentes países europeos aunque a diferencia de la desinstitucionalización “esta vez está ocurriendo pasando ampliamente desapercibido por la comunidad científica e indetectado por políticos y medios de comunicación”. Incremento de camas forenses, actitudes hacia el tratamiento involuntario, residencias protegidas con escaso soporte asistencial, institucionalización de dispositivos comunitarios son algunos de los fenómenos que engloba dicho proceso.

Quería subrayar en esta presentación lo que podríamos llamar formas blandas de este fenómeno dejando de lado formas duras como el incremento de enfermos graves en prisión, y de la cual publicaciones y autores miembros de la AEN han tratado extensamente.

A qué nos referimos con el término neoinstitucionalización, a la reubicación de los pacientes graves en lugares de segregación y exclusión, lugares que satisfacen necesidades básicas de un modo total y caracterizada por una actitud de nihilismo terapéutico donde las expectativas de cambio han desaparecido a la vez que el trabajo necesario para conseguirlo. Lugares donde se produce un achatamiento de las necesidades de las personas con TMG exclusivamente a sus necesidades básicas, a partir de lo cual, para determinados pacientes

es inútil esforzarse en pensar en el otro y donde el paciente se convierte en objeto, identificado con un rol totalmente pasivo y dependiente.

Tal actitud aparece como la expresión a veces sin disimulo de un rechazo social, de una gestión “económica” de la asistencia a los considerados enfermos más graves. Las neoinstituciones son meros lugares de aglomeración, donde las lógicas de tipo exclusivamente “de gestión” prevalecen en detrimento del reconocimiento de la utilización, en la función terapéutica, de las dinámicas relacionales e institucionales.

Creemos que, como ocurrió en su día en los años previos a la generalización de la denuncia de los manicomios, los profesionales que trabajamos en salud mental vamos asistiendo a la reaparición (si es que alguna vez desaparecieron), de nuevas formas de marginación y discriminación.

Me apoyaré por tanto en casos concretos de la realidad asistencial de nuestra comunidad autónoma, desde la impresión de que posiblemente no sea un caso excepcional. Está claro que no podemos hacer generalizaciones a partir de casos aislados. Simplemente sirven para ilustrar puntos concretos y para destacar situaciones sobre las que habrá que profundizar en forma más sistemática.

Ante el lamentable estado del edificio que albergaba una Unidad de Larga Estancia pública (lo que también ofrece información sobre donde se sitúan las prioridades en las administraciones), sus pacientes deben ser ubicados en otros centros, decidiéndose el traslado, más allá de la urgencia de la situación, de una buena parte de ellos a residencias de ancianos. La adopción de esta alternativa con tanta naturalidad, nos lleva a percatarnos que en estos momentos es práctica frecuente, y casi habitual, derivar pacientes adultos a residencias de ancianos ubicadas en bastantes ocasiones en zonas alejadas del núcleo urbano, a veces con el argumento de la normalización e integración en la comunidad.

De nuevo, el respetable objetivo de la “normalización”, que nos hacía defender la posibilidad de que personas con algún diagnóstico psiquiátrico no fueran excluidas de la atención en residencias por tener este diagnóstico se pervierte, utilizando las residencias como sustituto de los psiquiátricos en su peor acepción, la del lugar de la exclusión social. El objetivo último del trabajo rehabilitador, en ausencia de una posibilidad real de integración, se convierte entonces en encontrar un sitio al crónico mediante el proceso de convertir a los enfermos mentales en ancianos jóvenes.

Una reciente reforma de la legislación de nuestra CA establece a los enfermos mentales como beneficiarios de recursos residenciales, estancias diurnas u ocupacionales en recursos sociales. Pueden ahora ser aceptadas en residencias de mayores, influencia quizás de la

reducción en la ocupación de plazas en estas residencias durante la crisis, personas en situación de dependencia, personas con discapacidad, mujeres mayores y mujeres con discapacidad víctimas de violencia, personas en situación de riesgo de exclusión social, personas bajo la acción protectora de la Comisión de Tutelas y Defensa Judicial de Adultos... y enfermos mentales.

Realizado en ese contexto, lo que podía haberse entendido como un avance en la normalización de las personas con enfermedad mental, siempre que dicha inclusión se realizase de modo singularizado y aportando los medios para trabajar con esa singularidad, supone de hecho “colocar” al psicótico de forma indiferenciada junto con otros colectivos vulnerables de un modo nos hace recordar vagamente el asilo, recordemos con Foucault, el precursor del manicomio, como espacio que acogía a vagabundos, huérfanos, deficientes, pobres y alienados. El ingreso sin equipos ni objetivos terapéuticos conlleva el peligro real de presuponer ineluctablemente una asistencia de por vida "porque no hay otra cosa que hacer". En otros términos se acaba por admitir que no el tener una enfermedad mental no supone una necesidad específica de atención en relación con su salud mental.

Venturini (9) señalaba peligros similares cuando nos advertía de que, “Lamentablemente, también en la organización de los servicios psiquiátricos del pos-manicomio la respuesta a las necesidades de las personas se reduce únicamente al tratamiento clínico y la asistencia es desvalorizada, y es atribuida a figuras profesionales colocadas al final de la escala jerárquica. El estilo de algunos servicios es el de “dar el encargo”: Se interesan esencialmente por la cura y remiten todo lo demás a un sector “social” indefinido. Terminado el tratamiento clínico, parece terminar el interés y la responsabilidad: estos servicios logran solo ocultar el problema”.

Siguiendo con la necesidad residencial, poco a poco, nuestro deseos de que los usuarios pasaran de la institución a un hogar, se van pervirtiendo con la creación de redes de alternativas residenciales que nos hacen recordar en algunos aspectos el modelo clásico asilar; ¿de qué empoderamiento estamos hablando, cuando la persona no elige donde vivir ni con quien vivir, y es a veces trasladada de domicilio por motivos vinculados a la gestión o directamente al interés de las organizaciones proveedoras del servicio? Sin entrar en el detalle de la cuestión, mencionaremos solo como ejemplo criterios de gestión de pisos protegidos con mínimos de 15 m² por usuario, dos usuarios por habitación.

El riesgo mayor de institucionalización en los dispositivos de rehabilitación es el estancamiento del actuar rehabilitador, sustituyendo los objetivos genéricos rehabilitadores y de reinserción social por la rutina de la gestión de usuarios por tiempo indefinido. En dichas situaciones, no se abordan los procesos que mantienen inmodificables los comportamientos desocializados y las relaciones disfuncionales entre paciente y contexto

de vida, encerrándose en la asistencia del usuario, no provocando un recorrido evolutivo, sino “limitándose a la función de entretenimiento y/o de normalización, produciendo “nuevos procesos de cronicidad” o sea, reduciendo al silencio la diversidad”(10).

Como concluye Priebe (11) “Parece necesario, en todo caso, un debate informado sobre los valores que hay detrás de la neoinstitucionalización y una investigación sistemática sobre su razones, costes y efectos”

EL HOSPITALISMO Y SUS CONSECUENCIAS PARA LA REHABILITACIÓN

La hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales, impulsada por la L.G.S., supuso un avance tanto en el proceso de desinstitucionalización como en la normalización de la asistencia a los enfermos mentales dentro de la estructura sanitaria. Hablar de hospitalocentrismo, no implica estar en contra de los servicios de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales, aunque actualmente hay voces críticas respecto a su funcionamiento como instrumento terapéutico, más bien esos mismos servicios se ven afectados por ese mismo fenómeno que tratamos de cuestionar.

Los lugares encarnan determinadas concepciones, prácticas y hegemonías, así como el manicomio encarnó en su tiempo la exclusión y segregación de la institución psiquiátrica. Se trataría de resaltar el fenómeno de cómo el hospital y sobre todo el modelo biomédico reduccionista que tiende a imponerse en la mayoría de las plantas de hospitalización, con la considerable contribución de la lógica gerencial, adquieren un papel preponderante a la hora de definir necesidades y a satelizar los diferentes recursos de la red de salud mental.

El desarrollo de la Reforma Psiquiátrica en nuestro país llevó a que al menos nominalmente casi la totalidad de las administraciones de las diversas comunidades autónomas aceptaran el modelo comunitario como modelo asistencial en salud mental.

Sin embargo paralelamente se aceptó un modelo de gestión incluido dentro de la atención especializada, en el que el liderazgo se ubicaba en los distintos tipos de hospitales, sin tomar en consideración la complejidad de una red con gran diversidad de los dispositivos ni en la multidisciplinariedad de los equipos, “Los servicios se han centrado de nuevo en los Hospitales, en este caso no en los hospitales psiquiátricos sino en los generales. Allí se ubica el Jefe de Servicio y se impregna la asistencia del modelo biomédico que se comparte con el resto de las especialidades” (12) (Colina, F).

Me parece que es una experiencia común observar la tendencia centrípeta del hospital, la centralización de la atención sanitaria que tiende a jerarquizar las necesidades de los

usuarios de la red, considerando como prioritarios los momentos agudos en la asistencia desde una concepción biomédica de la enfermedad, convirtiendo en secundarias las necesidades e intereses en otros niveles asistenciales.

Son frecuentes las propuestas de unidades de subagudos, pensadas para descargar a los hospitales generales, la defensa de consultas monográficas para argumentar la necesidad de aumentar plantillas, o solo por preferencias temáticas personales; los criterios restrictivos de dichas consultas, los indicadores de eficacia en función de la temporalidad de las intervenciones, produciendo complementariamente servicios y dispositivos donde cabe todo y en cualquier momento y por tiempo indefinido.

Aquí no son las necesidades de los pacientes las que marcan la inversión económica, sino las necesidades de los propios hospitales, que no son otras que las necesidades de sus servicios de cumplir los indicadores señalados por los gestores, que casi siempre hacen predominar una lógica hospitalocéntrica sobre una lógica comunitaria. Las intervenciones rehabilitadoras, incluso las comunitarias de los CSM suelen tener mal encaje en el planteamiento gerencial de las administraciones hospitalarias.

Recientemente en las conclusiones de la I Conferencia de CSM de Madrid (13) se señalaba la “devaluación de la atención a la salud mental comunitaria frente a la psiquiatría hospitalaria”, la reducción de la autonomía organizativa de los centros en favor de las políticas hospitalarias y la dificultad creciente para el desarrollo del trabajo en equipo. Se reivindicaba así mismo la necesidad de un liderazgo bien definido para el buen funcionamiento de los equipos multiprofesionales, “Al frente de cada Centro de Salud Mental tiene que haber un responsable-jefe con funciones de planificación, organización y gestión, más allá de cómo se integren los Centros de Salud Mental en la organización de las Unidades Asistenciales funcionales adscritas a cada gerencia hospitalaria”.

El peso de lo hospitalario también ha sido detectado en el campo de la rehabilitación; en el Cuaderno técnico “Hacia una Reformulación de la Rehabilitación Psicosocial” ya nos hacíamos las siguientes preguntas en relación a su importancia, “¿A qué dispositivo de la red se le asigna la facultad/propiedad de control del proceso?...¿Es irrelevante que la vertebración del sistema se sitúe en un dispositivo u otro o que el lugar de decisión se ubique en el ámbito de lo comunitario o de lo hospitalario?” (14).

Recojo aquí ciertos riesgos que conlleva el hospitalocentrismo:

- a) La medicalización del modelo de asistencia por el efecto de influencia y contaminación que inspira la acción biomédica en todos los servicios de la red. Modelo biomédico, de formato individual, determinismo biológico, síntomas,

diagnósticos y tratamientos. Se manifiesta en la formación de los profesionales, en la influencia en la población conllevando un riesgo de medicalización, eludiendo la atención a los aspectos psicosociales de toda patología mental. De esta forma van perdiendo fuerza los apoyos iniciales a elementos tales como los programas de salud, el trabajo y la participación comunitaria.

- b) Riesgo de discriminación de la asistencia de los crónicos en relación con los agudos en función de su reductibilidad más adaptados a la lógica médica
- c) Dicha discriminación de los usuarios corre paralela a la discriminación entre los dispositivos encargados de gestionar la “nueva cronicidad”. La lógica médica se ocupa de la enfermedad y deja de lado la discapacidad y la minusvalía, ubicando a los dispositivos encargados de ellas en una posición subalterna.
 - a. La red de rehabilitación se considera con frecuencia una red de segundo orden, “Se detecta en los discursos, en los recursos que se destinan, las dotaciones profesionales...”(15), tanto lo que se refiere a la cantidad de recursos como a la cualificación de los profesionales, como al carácter finalista de los dispositivos, como lugar de entretenimiento o de alojamiento. Se considera así la intervención rehabilitadora una intervención de bajo nivel y de baja complejidad, siendo algunas de sus manifestaciones lo que se ha venido en definir rehabilitación tardía o en la cultura de las derivaciones.
 - b. En muchos casos creo que esta orientación hospitalocéntrica de la red ha favorecido y favorece la marginación de los dispositivos de rehabilitación de la asistencia sanitaria, con el riesgo de que “permita al sistema investirlos como depositarios exclusivos de las acciones rehabilitadoras, descapitalizando al resto de la red/redes de esta función, con las posibles consecuencias y riesgos que tal reducción conlleva” (14) .Entre ellos la tendencia bastante generalizada en muchas comunidades autónomas a trasladar la asistencia a los pacientes graves a servicios sociales y a la concertación de los servicios de rehabilitación, a diferencia de los servicios para agudos.
- d) Deslizamiento automático hacia la implantación de un modelo tecnocrático de asistencia que hace bascular hacia el Hospital general la iniciativa y gestión asistencial del Área.

Dicho deslizamiento contribuye a una concepción tecnicista de la rehabilitación, disociando el tratamiento y la rehabilitación. No toma en cuenta la comunidad como fuente potencial de soporte y recursos y dificulta una visión más solidaria e interactiva de las relaciones entre asistencia y comunidad.

Un modelo altamente jerarquizado facilita la atención en parcelas disociadas, dificultando un verdadero trabajo en equipo y red, ya que para que pueda darse necesita de la participación en la toma de decisiones y la democratización del poder, único modo de posibilitar la confianza, seguridad, motivación y respeto mutuo necesarias para la cooperación.

Un modelo altamente jerarquizado dificulta el compartir información necesaria sobre los procesos de atención y cuidado de los diferentes roles profesionales.

La necesidad de escucha de lo que sucede a los equipos, a los diversos profesionales en su relación con pacientes y familiares o entre ellos en el mismo servicio, relacionado con la distribución de funciones, roles, tareas y responsabilidades o de cómo la organización de la asistencia influye en el desempeño asistencial de cada uno. La necesidad de un recuestionamiento constante sobre la experiencia que posibilita el aprendizaje continuo casa mal con los modelos excesivamente jerarquizados. Un modelo más democrático de los servicios, una mayor horizontalidad de los distintos dispositivos formaba parte de las aspiraciones del movimiento de desinstitucionalización, mientras que en el momento actual parecemos asistir a una rejerarquización de la asistencia.

Se trataría de profundizar en la propuesta de Saraceno de considerar la rehabilitación como la posibilidad de demostrar la complejidad de la enfermedad y los límites de la medicina, “como la conciencia crítica de la psiquiatría médica, como el único lugar no ideológico sino práctico de la recomposición entre lo psíquico-biológico individual y el ser social” (3)

LA CULTURA DE LA INCAPACITACION

Hay que mencionar la evidente contradicción de los últimos años, en la que, de forma simultánea a la implantación de los modelos de rehabilitación y recuperación, se ha producido un drástico incremento de los procesos de incapacitación. No dispongo de datos sobre otras comunidades autónomas pero sí sobre Aragón, y me temo que no somos una CA muy diferente de las demás (16).

En el incremento del nº de incapacitaciones, seguramente ha influido que los pacientes psiquiátricos graves han podido acceder a disponer de algún tipo de ingreso a partir de la certificación de minusvalía, en otras ocasiones por ser considerada la incapacitación un requisito para el acceso a determinados servicios a partir de la ley de la dependencia, o la

idea difundida de que el hecho de estar incapacitado mejora las posibilidades de acceso a algunos recursos sanitarios (ingresos....).

En relación con los diversos procesos de invalidación hay por supuesto indicios de que “algo se mueve”, se ganó afortunadamente la batalla contra el reciente intento de restricción de derechos en el código penal.

Diversos pronunciamientos de instancias internacionales han venido a poner encima de la mesa la problemática de la incapacitación de los discapacitados.

Un importante paso fue la Convención de la ONU en 2006 sobre Derechos de personas con discapacidad, que acordaba un modelo basado en una mínima limitación del ejercicio de los derechos, la promoción de autonomía, y la prestación de apoyos para superar las barreras.

La Comisión europea de derechos humanos del Consejo de Europa en 2012 (17) afirmaba: “La aplicación real del derecho a la salud está intrínsecamente conectada al derecho a la capacidad jurídica y por tanto al derecho de poner en práctica tal capacidad. Tener plena capacidad jurídica nos permite elegir dónde y con quién queremos vivir, votar al partido que preferimos, saber que nuestras decisiones en materia de salud serán respetadas, tener el control de nuestras finanzas y tener acceso a las actividades recreativas”.

Por tanto, no es un problema de existencia o no de la capacidad, sino del nivel de apoyo y de asistencia necesaria para ejercerla y la superación de las barreras para su ejercicio.

Mención importante merece el trabajo de la Comisión de Ética y Legislación de la AEN con el documento del año pasado “Sobre la reforma de la legislación civil en materia de protección de personas con discapacidad”, (18) donde plantea alternativas dirigidas a potenciar la flexibilidad en la respuesta jurídica, hasta ahora tan drástica.

Si bien las modificaciones legislativas constituyen un impulso fundamental a la problemática de la incapacitación, y forman sin duda una importante contribución al movimiento de la recuperación, no es sobre las modificaciones legislativas en torno al tema de la incapacitación sobre lo que me quiero centrar aquí, sino en las actitudes y comportamientos basados en estereotipos, prejuicios y representaciones colectivas estigmatizantes y más en concreto en la iatrogenia de la cultura de la incapacitación (civil, laboral, residencial...) que predomina en ocasiones en el establishment psiquiátrico, en la red asistencial. La ciudadanía del paciente no es la simple restitución de sus derechos formales sino la construcción de sus derechos sustanciales; es dentro de tal construcción (afectiva, relacional, habitativa, productiva) donde está la única posible rehabilitación.

También en este proceso, la cuestión no se puede sustanciar en sí misma, deterioro o no, incapacidad o no, sino que depende mucho de los elementos contextuales y del apoyo y elaboración de las situaciones que llevan a estos procesos.

Todos sabemos que las decisiones “definitivas” totales tienen mucho que ver con los recursos disponibles para el apoyo de la persona, con la disponibilidad del cuidado, con la accesibilidad a este cuidado, con los procesos terapéuticos en los que el paciente está incluido...y demasiado a menudo las intervenciones son escasas, pocos minutos cada tres meses y a veces poco más. En este contexto se promueven medidas de incapacitación civil o laboral. Un factor importante es el prejuicio, la estereotipia y las actitudes invalidantes de la propia institución sanitaria, la conciencia de los profesionales respecto a los propios prejuicios culturales y de la capacidad de reconocer que nos vemos atravesados por estereotipos culturales como el resto de la sociedad, que nos hacemos cargo de delegaciones de nuestra institución, familia, sociedad, o de otras instituciones (laborales, educativas, etc.) muchas veces sin ser conscientes de ello.

La demanda de un proceso de incapacitación civil o laboral debería ser señal de alarma, luz roja, indicador que llevara a replantear en qué medida este proceso es resultado del fracaso en el intento de “abolir barreras y prestar los apoyos necesarios para que las personas vulnerables por razón de discapacidad gocen de mayores cotas de autonomía”.

Es frecuente encontrarse en los dispositivos de rehabilitación con usuarios con procesos de incapacitación puestos en marcha inmediatamente antes de ser remitidos o incluso una vez comprometido el paciente en un programa de rehabilitación, lo que hace imprescindible incluir esta temática en los procesos de continuidad de cuidados.

Son conocidos los efectos de la incapacitación sobre la restricción de derechos, y lo que es más importante, sobre la autopercepción de la persona incapacitada, es por ello que necesitaríamos explorar la psicología social de la incapacitación, que entre otros rasgos se caracterizaría por:

- Actuar imaginariamente como la *solución* con mayúsculas para diversos tipos de problemas, disminución de estrés, control del dinero y de comportamientos nocivos, de evitación de riesgos, mayor facilidad para el acceso a servicios sanitarios (ingresos,...).
- En esa cultura las incapacitaciones, ya sean de tipo laboral o civil, son representadas como un bien para la persona enferma, casi como un favor que se le realiza en un puro afán de protección. El manicomio nos enseñó que muchas actuaciones que se hacían en nombre y para el bien supuesto del enfermo, no tenían otra finalidad que

la segregación de la sociedad, al tiempo que la liberaba de la responsabilidad de su integración en la sociedad, ocultando detrás de ellas la desprotección y el abandono.

- La evitación sistemática del riesgo que conlleva la adopción de prácticas defensivas por parte de los servicios y restricciones de la autodeterminación del usuario, o justifica intervenciones más o menos abiertamente coercitivas, actuando como potente factor de desempoderamiento. La práctica defensiva que impregna los servicios invita a no aceptar apuestas y riesgos, sin los cuales sin embargo no puede haber cultura del empoderamiento y de la recuperación.(19)

En definitiva el proceso de incapacitación, es la conclusión de un recorrido, el resultado de un proceso teñido en muchas ocasiones de cosificación, y despersonalización. Como señala Marta Nussbaum (20) no se respetan igual los derechos de las personas que los derechos de quienes han sido, por diversas razones, deshumanizados.

No se toma en cuenta suficientemente que éstos son procesos de gran trascendencia para la persona, que determinarán su vida, sus relaciones, su autonomía y cualquier proyecto vital, agravando muchas veces el propio padecimiento, disminuyendo su autoestima, autonomía y valor personal dificultando considerablemente cualquier proceso de recuperación.

Se nos abre el interrogante como podemos seguir actuando como profesionales sin abdicar de nuestras competencias y responsabilidades a la vez que facilitando el empoderamiento y evitando privar a la persona de su interacción con la sociedad como sujeto digno e íntegro en sus derechos civiles y ciudadanos.

Conclusiones

- La red es frágil, y también capilar, y por tanto muy difícil de visualizar y evaluar; observar las miserias del manicomio era relativamente fácil, más difícil es hacer un seguimiento vigilante y continuado de procedimientos y de minúsculas estructuras, adecuadas o abusivas, diseminadas por la comunidad. Como decíamos en nuestros C.T.16, la “implantación, organización y coordinación de los nuevos dispositivos no elimina la posibilidad real de que cierta lógica segregadora y estigmatizante siga presente e incluso se acabe imponiendo sobre intentos más o menos pragmáticos de construcción de nuevas estructuras pretendidamente rehabilitadoras”.
- También en dicho cuaderno se planteaba la evolución en paralelo del sistema “sanitario” y el “social encargado de la rehabilitación”, “Ambos sistemas se han relacionado, en las últimas décadas, desde la distancia dada por su propia misión y por el encargo institucional asignado, sin entrar en colisión ni interferirse

sustancialmente más allá de lo estructuralmente aceptable (14). Lo que me gustaría plantear es si esta distancia no ha contribuido a que el discurso de la rehabilitación y recuperación contribuya a la invisibilización de los fenómenos expuestos y aparezca como una propuesta paralela y adyacente teniendo como efecto el integrar en el establishment de modo superficial el poder emancipatorio del recovery. Así como no era posible, decía Basaglia, “tratar” a los pacientes sin el cierre del manicomio, considero que no es posible creer que podemos desarrollar procesos de recuperación dejando al margen dichas prácticas.

- No ignorar estas prácticas, sino reflexionar en como afrontarlas, elaborarlas y desarrollar un antagonismo posible. Hay que contemplar como uno de los niveles de la recuperación, como plantea Mezzina (21), la necesidad de recuperar a los servicios y a los profesionales, “rebelándose contra lo que se da por descontado, las condiciones de trabajo deshumanizantes, la institucionalización de las personas, las lesiones de los derechos, defendiéndolos activamente con los usuarios mismos” , o como decíamos, de nuevo, en nuestro último cuaderno sobre rehabilitación, “construir una dialéctica con el territorio, con el resto de organizaciones e instituciones, presidida por la negociación, la interacción e incluso la tensión y cierto conflicto.”(14)
- No es esta una operación fácil e indolora, tiene que ver con estructuras de poder, se requiere compromiso político a nivel local, nacional, ampliando el contexto de cambio con usuarios, ciudadanos y fuerzas sociales más allá de esperarlo exclusivamente de la influencia de la psiquiatría académica o de evidencias científicas emergentes.

Para concluir este primer apartado, queremos recoger estas palabras de Colina que vendrían a resumir planteamientos similares a los expuestos: “Los términos autonomía, responsabilización y empoderamiento, con que rellenas alegremente nuestros discursos, se van convirtiendo en clichés y retórica vacía. Se acompañan de un incremento de las tutelas, de recursos residenciales excesivos y de medicalización desproporcionada, lo que si bien yugula las crisis con más facilidad y prontitud contribuye sin embargo al atontamiento y cronificación de los pacientes. Por un lado, se intenta dar mayor protagonismo a los enfermos, y por otro, y de forma contradictoria, se les inhabilita o se les reduce a una normalidad impuesta, de carácter poco activo y menos creativo” (12).

DE LA REHABILITACION A LA RECUPERACION: UNA LECTURA POSIBLE

Sabemos de la influencia fundamental que tuvieron los movimientos de usuarios en la redefinición del campo de la Rehabilitación en términos de recuperación personal. Considero que también contribuyó a ello la conexión con aspectos latentes en la práctica clínica y social (lo instituyente) asistencial que no habían dejado de sostener la subjetividad, la consideración de la persona y no solo la enfermedad y sus discapacidades en la atención a los pacientes graves. Los institucionalistas designaban con el nombre de efecto Barbier el hecho de que algunas teorías pueden encontrarse olvidadas, dejadas de lado, aunque sean operativas en un campo específico, y como resultado de esta ignorancia y de una posición de fuerza ser excluidas del campo en cuestión.

Podríamos describir algunas etapas o pasos del recorrido de la rehabilitación a la recuperación.

Entre esas etapas o pasos, destacaríamos, el paso de un modelo centrado en síntomas, déficits, discapacidades, a un modelo basado en las fortalezas, desde un modelo profesional directivo y proteccionista a un modelo de participación de los usuarios en las decisiones de su tratamiento y rehabilitación (de cómo esto se da en determinados contextos más en términos de declaraciones que de realidades prácticas hemos puesto algunos ejemplos en el primer apartado), desde un modelo profesional superespecializado a un modelo de profesional como instrumento para el cambio personal del paciente, desde un modelo de paciente a un modelo de cliente.

Definiciones de la recuperación, como la clásica de Anthony (22) y otras abrieron el campo de la rehabilitación a las formulaciones y prácticas que incluyen la subjetividad y la necesidad de trabajar sobre aquellos aspectos intrapersonales y vinculares necesarios para el logro de los objetivos o metas de la recuperación.

Hoy en día parece aceptado que la recuperación es un nuevo paradigma en el campo no solo de la rehabilitación, si no en el más amplio de la salud mental, muchos países de hecho tienen como objetivo construir servicios de salud mental recovery oriented.

La nueva visión de la recuperación se ha ido difundiendo en gran parte de la red de rehabilitación, como dice M. Hernández “todo parece apuntar hacia un nuevo modelo clínico —nuevo paradigma, se atreven a sugerir otros—, en el que las variables personales renacen con fuerza frente a las centradas meramente en los supuestos de la «enfermedad» (23). O como dice Alejandro Bello “Sin duda alguna, por evolución científica unas veces y por ética otras muchas, cada vez son menos los profesionales que no conceden importancia a la subjetividad de la persona diagnosticada de un trastorno mental” (24).

“Lo nuclear y más relevante en cualquier aproximación psicopatológica al proceso de recuperación de la psicosis es el rescate del sujeto por la psicopatología «centrada en la persona», frente a las perspectivas centradas en el cerebro y el fármaco, o la psicología clínica meramente funcionalista” (23). (Hernández, M.)

En la medida en que la subjetividad del paciente aparece en escena, la palanca de la rehabilitación se desplaza al campo de lo intersubjetivo.

Diversos autores en nuestro país han señalado errores e insuficiencias de prácticas de rehabilitación, especialmente interesantes me parecen las señaladas por M. Hernandez en su artículo Psicopatología y recuperación, así como por Eva Muñiz en su artículo Primum non noscere...(25).

En esta segunda parte de la presentación trato de continuar explorando con otros (Hernández, Muñiz, Nieto, Chico, Martínez, Ferrer...) algunos peligros, riesgos y necesidades que podríamos detectar en algunas de nuestras prácticas rehabilitadoras, fruto de no tener suficientemente en cuenta que tenemos que enfrentarnos con los vínculos de varios sistemas en interacción (el equipo, la familia, el grupo social), o con un único sistema de elevado grado de complejidad.

- **Riesgo de no entender la rehabilitación como parte de una estrategia asistencial integrada.** basada en la continuidad de cuidados, lo cual conlleva diferentes peligros, uno de ellos la separación temporal de las intervenciones, en la cual el momento rehabilitador se pospone al momento en que han fallado todas las otras alternativas terapéuticas, en lugar de desarrollarse desde el inicio de la intervención asistencial, lo que determina que la subjetividad y la especificidad que se podía apreciar bien al inicio de la enfermedad pueda desaparecer dejando solamente un residuo devastado que se ajusta bien a las evaluaciones funcionales “cosificadoras”. El acceso a los recursos especializados de tratamiento y rehabilitación es tardío y se produce sólo en estados avanzados de la enfermedad, a pesar de las pruebas a favor de la importancia de las intervenciones tempranas. Con demasiada frecuencia la intervención rehabilitadora se produce cuando todo, dentro y alrededor del paciente se ha encronizado.

Otro peligro consiste en la parcelación del ser humano, en base a la división operativa que se hace de los comportamientos humanos, se reifican, se cosifican, se naturalizan dichas facetas convirtiéndose en aislados objetos de intervención, no percibiéndose como expresiones de un individuo total, reapareciendo ahora bajo otra perspectiva, las disociaciones tan características del pensamiento biologicista. Desde nuestra perspectiva, una de las funciones que han de realizar los profesionales que "toman a cargo" los

trastornos graves es la de favorecer la integración, intrapsíquica, entre el individuo y su grupo familiar, con el medio institucional y comunitario.

- Riesgo de que la vida mental sea práctica y técnicamente reducida a los comportamientos.

Ya Ciompi (26), consideraba el trabajo rehabilitador como un trabajo de aprendizaje que sigue dos direcciones: una, la del trabajo sobre las habilidades, las competencias y los recursos del sujeto, en la cotidianidad de la vida comunitaria; otra, aquella del trabajo sobre el mundo interno, para desarrollar la atribución de sentido y la comprensión por parte del sujeto de lo que sucede, y, podríamos añadir de lo que le sucede.

Tomkiewicz (27) también hace varios años avisaba, comentando la trilogía de Wood que tanta importancia ha tenido en el campo de la rehabilitación, del perjuicio para el paciente de planteamientos reduccionistas donde “esta vida mental sea práctica y técnicamente reducida a los comportamientos, haciendo abstracción de todo lo que el sujeto puede comunicar única y solamente mediante el lenguaje: dolor moral, aspiraciones, sentimientos, o, dicho brevemente, "lo vivido" momentáneo o más o menos permanentemente”.

Para ello la relación personal con el usuario se presenta como fuente insustituible de datos de otra manera indetectables, como por ejemplo, el vinculado a la vivencia del individuo respecto a su propia situación. Centrándonos, por ejemplo, en el momento de la evaluación, solamente el relato de las vivencias nos permitirá conocer aquellas incapacidades resultado de "infinitas maniobras de evitación, por ser consideradas peligrosas, de relaciones potencialmente significativas y gratificantes. Dicha evitación disminuye la calidad de la vida cotidiana y contribuye al mantenimiento de la cronicidad”. Ferrara las define como "inhabilidad aparente”. O aquellas “habilidades inaparentes” (28) nunca desarrolladas por falta de oportunidad o por imposibilidad de expresarse fuera del ámbito rígidamente prescrito por la sintomatología, fundamentalmente para no entrar en conflicto con el propio rol de enfermo”.

Más recientemente autores como Lysaker (29), Harding y McCrory (30), o Hernández (31) en nuestro medio, han planteado la necesidad de una práctica integradora entre psicoterapia y rehabilitación como modo de tomar en consideración este vivido subjetivo.

Lysaker señala cómo las intervenciones que se focalizan en la adquisición de habilidades y en los problemas específicos no suponen necesariamente una ayuda en la tarea de dar sentido a la vida, por lo que “quizás lo que es necesario no es otra intervención altamente específica sino más bien una psicoterapia integradora que esté interesada en cómo las personas se

comprenden a sí mismas y a sus vidas en medio de la esquizofrenia. De este modo parece posible que una psicoterapia integradora, guiada por una comprensión teórica de los procesos psicológicos implicados en la natural experiencia profunda de la recuperación, podría ser de gran utilidad para muchas personas” (29).

La separación entre terapia y rehabilitación, como consecuencia de los modelos organizativos o de abordajes implícitos en el desarrollo de la disciplina han desvalorizado la dimensión del sentido y la narratividad o la importancia de los procesos inconscientes en los procesos de recuperación.

La recuperación necesita que el momento meramente psicoterapéutico y aquel educativo se integren, y el usuario esté presente con sus características singulares y competencias, y no solo ni principalmente por su enfermedad o las secuelas de enfermedad. Será necesario para ello la presencia de una actitud psicoterapéutica en las prácticas rehabilitadoras, o como dice Eva Muñiz “cualquier profesional que establezca una relación de ayuda ha de tener incorporadas de manera transversal las funciones que desarrollaría una figura de apego durante el crecimiento” (25).

Convendría rescatar las enseñanzas teóricas y prácticas de la psiquiatría de sector francesa ampliamente inspirada en las ciencias del hombre (psicoanálisis, psicología de grupos y sociología), que sosteniéndose en una organización del dispositivo de atención, el sector, autoriza respuestas diversificadas (medicamentosas, psicoterápicas y sociales), sin descuidar la subjetividad, la vida relacional y la implicación social.

- Riesgo de la ausencia de un enfoque ecológico.

Los modelos socio-ecológicos (32, 33, 34) que amplían el análisis del individuo al contexto social sirven de referencia para afrontar la complejidad categorizando los determinantes de la conducta en cinco niveles de influencia en interacción (políticas públicas, comunidad, organizaciones, ámbitos interpersonal e individual), focalizando la atención tanto en el individuo como en los factores sociales-ambientales como objetivo para las intervenciones. El marco de la recuperación contemplado desde la perspectiva relacional y ecológica (5) permite soslayar “El peligro de considerar que lo que le sucede a una persona es una cuestión individual, el trastorno mental, independiente del ecosistema en la que la persona vive, no determinada por el contexto y por las características de la red social” (15). (Arqués Martí, E.)

Una visión mecánica de la metáfora de la llave y la cerradura, a pesar de su demostrada utilidad en el campo de la rehabilitación puede llevar a algunas confusiones de importancia

para la práctica. Se podría entender que se interviene sobre las discapacidades del paciente, se las repara y se interviene simultáneamente sobre el contexto reparándolo a su vez de forma de poder adaptar uno a otro, algo así como la reintroducción de una pieza reparada en una máquina engrasada. Nadie puede poner en duda los beneficios concretos para los usuarios que prácticas inspiradas en esta metáfora han supuesto.

Considero sin embargo que la relación de los diversos contextos no ha de ser solamente contemplada en términos de causa-efecto, sino también en términos de reciproca determinación, de influencias, de significados, de expectativas y de conflictos. Así por ejemplo las discapacidades no son solamente contempladas solo como resultado del compromiso patológico, sino también y sobre todo de la dinámica conflictual entre expectativas del sujeto y expectativas del ambiente familiar y social, o mejor de los círculos viciosos de interacción patológica entre el individuo y su ambiente (35).

No consideramos los contextos exclusivamente como contextos perfectamente discriminados que interaccionan entre ellos, sino que los contemplamos también en su capacidad de atravesar la subjetividad del usuario (y también de los profesionales) formando parte constitutiva de su identidad. Así por ejemplo en la demanda al servicio de rehabilitación están ya implícitas las múltiples pertenencias del sujeto (individual, familiar, institucional y comunitario). El vínculo entre usuario y profesional contemplado desde una perspectiva ecológica implicará en cada polo del vínculo las diversas pertenencias grupales, institucionales y comunitarias. Son precisamente estas múltiples pertenencias que se actualizan en el vínculo las que permitirán entender la reproducción de un modo relacional similar al comportamiento en su contexto socio-familiar.

- Del doble riesgo de la iatrogenia de permanecer en los lugares de tránsito al desconocimiento de la institución-servicio-dispositivo-equipos como instrumento de cura.

Ya Ferrara (28) nos advertía de que una intervención auténticamente rehabilitadora es aquella que favorezca la transición del “lugar de unos pocos al lugar de todos”.

Eva Muñiz (25) en nuestro medio detalla en un excelente artículo con mucha precisión el peligro de que “la rehabilitación, en lugar de servir como puente entre la persona y su entorno, incrementa las distancias aislándolas en un mundo pueril y poco estimulante”, que lleva como consecuencia a “la iatrogenia de permanecer en los lugares de tránsito”.

El intento de conjurar dicho peligro y el imprescindible enfoque hacia la inserción en la comunidad, puede llevar en las prácticas rehabilitadoras a aquel otro peligro de no tomar en cuenta la necesaria adquisición o reestructuración de los recursos internos, ni los tiempos de los pacientes. Seguramente en aras de una rápida reincorporación a la “comunidad”,

condenemos a los pacientes debido a la persistencia del funcionamiento psicopatológico, o de sus discapacidades al aislamiento y a una adaptación pasiva en la realidad.

Son ilustrativas de lo que estoy planteando ciertas palabras de Castel (36) que afirmaba “la llamada a la responsabilización de los usuarios señala una intención admirable, sin embargo las personas no se encuentran por azar como usuarios de un servicio social: las dificultades en las que ellos se encuentran son bien reales y si pudieran salir de ellas solas, no necesitarían estar allí”.

Los trastornos psicóticos requieren para su rehabilitación y recuperación, entre otras medidas, de un equipo de profesionales y de un marco institucional contemplado psicoterapéuticamente que pueda dar una respuesta coherente y adaptada a la cambiante expresividad de la compleja vida psíquica del paciente.

En los casos más graves una “asistencia institucional vehiculizada a través de la vida cotidiana de la institución se constituye muchas veces en el instrumento privilegiado y la indicación terapéutica recuperadora de elección”. Esta experiencia institucional posibilita a los pacientes experimentar en situaciones controladas y de manera compartida (con la comunidad de pacientes y con el equipo profesional) secuencias de vida cotidiana apuntando a la revitalización del paciente a través de la administración lenta, gradual y calibrada de experiencias afectivas, que puedan ser elaboradas y asimiladas.

Estas intervenciones requieren de un encuadre-continente, que tenga en cuenta la relación que establecen los usuarios con la institución-equipo como un todo, el vínculo diverso, plural y contradictorio con cada uno de los profesionales, y que permita una elaboración integradora de las relaciones que se dan en su contexto.

La consideración del dispositivo como institución destinada a mejorar el funcionamiento psíquico debe apoyarse en los siguientes elementos esenciales (37):

- La personalización de las relaciones. El interés de los profesionales está orientado sobre la vida psíquica, sus reacciones emotivas, sus comportamientos, sus modalidades relacionales, su proyecto vital y social.
- La pertenencia de cada paciente a un pequeño grupo, donde poder explorar y afrontar las propias dificultades relacionales.
- La inmersión de este grupo en la realidad de un lugar y de un aparato institucional fácil de descodificar. Es necesario un sistema donde los mensajes actuados puedan ser leídos desde la tarea que da sentido al encuentro equipo-usuario.

Habría que añadir que la institución también debe ser curada, como nos recordaba la psicoterapia institucional, o como decía Rotelli, desde la psiquiatría italiana, se trata de rehabilitar la rehabilitación.

- Riesgo de la falta de pensamiento clínico en torno a la recuperación como proceso de cambio.

El problema del cambio, de la transformación, constituye una dimensión central del proceso de recuperación. Es “esencial que el profesional que se plantea colaborar en ese cambio disponga de una teoría psicológica sobre el sujeto” (38).

En el proceso de recuperación se dará una contradicción, como en toda tarea, entre el proyecto ligado a las metas de la recuperación y la resistencia al cambio que tiene que ver con la necesidad de preservar la identidad tal como ha estado constituida.

En otros trabajos hemos recogido la importancia del grupo para favorecer dichos cambios.

Sabemos que todo intento de adaptación en el sentido de respuesta coherente y significativa a las demandas de la realidad genera en los sujetos una resistencia al cambio. La resistencia va a estar presente en todo movimiento que implique un cambio subjetivo, una transformación, un camino hacia la modificación de sus condiciones de existencia. En el campo de la recuperación el cambio irá ligado a una redefinición de la relación del sujeto consigo mismo y con el mundo.

Dicho conflicto entre la tendencia hacia la maduración y la resistencia a hacerlo está presente en cada uno de los aprendizajes que constituyen los procesos de rehabilitación, como señala A. Bello “Imaginemos la promoción del cambio en un sujeto cualquiera respecto a sus actividades instrumentales de la vida diaria, hábitos de alimentación, formación u orientación laboral. Pues bien: en todos y cada uno de esos cambios, por pequeño que sea, se pone en juego la identidad del sujeto” (24).

No debemos pensar la resistencia como un fenómeno anormal, como un cuerpo extraño que de pronto pudiese aparecer. No existe persona que pueda, cuando trabaja por lograr una meta, evitar pasar por momentos de resistencia a ese mismo trabajo, y eso es parte del proceso de aprendizaje.

Nosotros, como profesionales, debemos estar muy atentos a esto porque la resistencia va a aparecer, la cuestión es conseguir que la ansiedad que despierta en el profesional el encontrarse con dichos obstáculos, no impida, si fallaron las técnicas con comprobación

empírica, la posibilidad de seguir pensando sobre el paciente, sobre sus vínculos con el contexto y también sobre el vínculo asistencial y en cómo éste puede facilitar o bloquear las metas que los pacientes se proponen conscientemente.

Quiero recalcar también que la tarea de pensar psicológicamente sobre lo que facilita o dificulta el proceso de recuperación, dicho de otro modo de mantener una actitud psicoterapéutica no es monopolio de ninguna categoría profesional, ni de ningún dispositivo concreto de rehabilitación (laboral, residencial, ocio, terapéutico, CSM...), sino que dicho ingrediente ha de ser transversal, común a todos los profesionales y a todos los dispositivos. El día que nos dejemos de preguntar por el sentido, por las vivencias y la interpretación que el paciente da de su vida, de sus posibilidades y de sus dificultades veremos poco a poco insidiosamente reproducirse la lógica manicomial.

- Del riesgo que el trabajo en equipo se convierta en un como si.

Diversas publicaciones específicas recogen la importancia del equipo en rehabilitación, si bien con excepciones (39) (40) (41) esta cuestión no suele ser desarrollada en profundidad. Usualmente se considera el trabajo en equipo en rehabilitación exclusivamente como la suma de intervenciones diferenciadas de profesionales, más o menos protocolizadas, o se da por sentado y resuelto al hablar de la organización por procesos.

La rehabilitación se basa en un programa integrado de las diversas funciones de los profesionales en función de una lectura adecuada de las necesidades del paciente. Un programa integrado necesita no solamente un equipo que trabaje en la rehabilitación, sino un trabajo de equipo. Trabajar en equipo, así como en red, supone organizar la eficacia y la coherencia de la pluridisciplinariedad, lo que implica una buena circulación de las informaciones entre los integrantes, pero también compartir algo más, las impresiones, la opinión, los sentimientos y pensamientos en relación con la tarea y entre ellos.

A nadie se le escapa ya la importancia de las relaciones grupales en el desempeño del trabajo en cualquier ámbito. Será necesario abordar la constitución del equipo como grupo de trabajo. Conseguir compartir el proyecto, la capacidad de colaborar con los otros, confianza y apoyo mutuo y la búsqueda de un terreno común sobre el cual entenderse, son pasos ineludibles para construir un proyecto. Dicho aprendizaje no se puede hacer sino de la experiencia.

Decía Bleger, “nos oponemos a la vieja ilusión, tan difundida, de que una tarea se realiza mejor cuando se excluyen los factores subjetivos y solo se considera objetivamente, por el contrario afirmamos y sostenemos, operativa, prácticamente, que el más alto grado de

eficiencia en una tarea se logra cuando se incorpora sistemáticamente a la misma al ser humano total” (42).

El trabajo en el campo de la rehabilitación requiere a menudo en el profesional la capacidad de tolerar la frustración, de soportar el sentimiento de impotencia que se experimenta frente a la imposibilidad de obtener resultados positivos en un tiempo breve.

También son frecuentes las emociones y sentimientos que experimenta frente al sin sentido de las conductas (confusión, vacío, no guardar nada bueno dentro de sí...) y a las experiencias de fracasos (ansiedad, culpa, ira...), volviendo difícil la actividad reparatoria que conlleva todo trabajo rehabilitador.

El equipo no solo es un conjunto de profesionales especializados en diferentes disciplinas sino también un colectivo con el cual el paciente establece un tipo de vínculo plural como institución. El equipo-institución se constituye como espacio de teatralización donde se representan los diversos aspectos relacionales de los pacientes, lo cual facilita la discriminación y el reconocimiento de los sentimientos dolorosos y angustiantes que el paciente experimenta.

El propio usuario genera estados emocionales contradictorios resultado de la propia ambivalencia respecto a su propio proceso de cambio. Los profesionales se ven sometidos a oscilaciones entre la omnipotencia y la impotencia. Omnipotencia que al verse confrontada con las limitaciones de los pacientes desemboca en la desilusión, atribuyendo a los pacientes características de inmodificabilidad (“residual”) como consecuencia de los sentimientos de impotencia experimentados, estableciéndose el círculo vicioso de la cronicidad.

Estos estados emocionales contradictorios pueden depositarse frecuentemente en diferentes miembros del equipo como consecuencia de la presentación de partes de sí mismo diferentes a cada uno de los diversos profesionales que intervienen en el proceso encontrando también diferentes respuestas en función de las propias características personales del profesional. Todo ello puede generar un estado de tensión emocional y de confusión que puede inducir a posicionarse rígidamente en relación con el propio punto de vista excluyendo el de los otros y generando conflictos interpersonales que no dejarán de tener un efecto sobre el usuario. Así el malestar intrapsíquico puede convertirse en malestar interpersonal y acaba por perturbar las relaciones organizativas. Los mayores conflictos se dan cuando no se logra contextualizar la ansiedad vinculada a la tarea y se proyecta involuntariamente este invisible sufrimiento sobre los compañeros, los superiores, o los pacientes, sobre la institución o sobre sí mismo (somatizaciones, enfermedades).

Si bien las intervenciones protocolizadas, la definición de roles y tareas pueden ayudar a minimizar el riesgo, consideradas como un absoluto o consideradas en términos de que la solución a los inevitables problemas es el incremento de la protocolización y la definición más minuciosa de los roles, contribuye a un enquistamiento de los problemas y a una burocratización de la actividad asistencial y al ahogo de la espontaneidad, de la iniciativa y de la creatividad necesarias y puede dar lugar a que los pacientes terminen por ser considerados meros destinatarios de intervenciones y se vea negado su deseo de ser reconocidos como objeto de interés y afecto.

Una tarea fundamental para que el equipo se constituya en un figura de cuidado seguro, fuente de acogimiento y seguridad para el paciente, así como instrumento que fomente la autoestima y la autonomía del paciente, consistirá en el saneamiento de tensiones y conflictos que ineludiblemente se presentan, ya sean como parte del funcionamiento de cualquier colectivo humano o los que surgen de los modos de vincularse del paciente con los diferentes miembros, dada la facilidad con la que estos vínculos adquieren características disociadas o fragmentadas, sabiendo que ambos tipos de conflicto están íntimamente relacionados.

El equipo se convierte así en un soporte importante de las diversas actividades individuales, un lugar de reflexión de la experiencia cotidiana y sostén y apoyo de la situaciones angustiosas y de reelaboración de los conflictos que cada uno vive en el contacto con el paciente.

Es por lo tanto necesario, también, un aprendizaje por la experiencia en la aceptación de los propios límites de los profesionales y del equipo como un todo, también en eso consiste adquirir y sostener el sentido de realidad.

Se hace necesario establecer modelos organizativos capaces de ofrecer a los profesionales la posibilidad de poder observar, diagnosticar y diseñar las intervenciones, así como la creación de espacios que permitan minimizar, analizar y abordar las ansiedades y suministrar el soporte psicológico preciso para enfrentar la ansiedad que el trabajo con pacientes graves conlleva inevitablemente. Y eso significa también, poner todo el cuidado, el detalle, y la formalización necesarias para que las reuniones de equipo, los espacios de coordinación entre los profesionales sean anticipados, pensados y ejecutados tan precisamente como se detallan los planes individualizados de tratamiento en algunos programas.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Rotelli, F. "Ria-abilitare la ria-abilitazione" .Per la Normalità. Trieste. Edizioni e.1987
- (2) Morin, E. Marxisme, revisionisme meta-marxisme. Cap. La dialéctica y la acción. Arguments 2 10/18 Union Generale d' Editions 1976
- (3) Saraceno, B. La readaptation comme "conscience critique" de la psychiatrie Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiene mental n°4 – 1986
- (4) Rodriguez, A., Bravo Mª Fe. Marco general y Conceptualización. En Gisbert C. (Coord) Rehabilitación psicosocial y Tratamiento integral del Trastorno Mental Severo. Madrid: Ed. AEN.2003
- (5) Bachrach L. A conceptual approach to deinstitutionalization. Hosp Community Psychiatry 1978; 29 (9): 573-578).
- (6) Wing J. K.; Brown, G . Institutionalism and schizophrenia Cambridge. Cambridge University Press 1970 ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (1980) Psychiatric Rehabilitation in the 1980s, London
- (7) Priebe S, Turner T. Reinstitutionalisation in mental health care. BMJ 2003;326:175-6.
- (8) ORDEN de 16 de abril de 2015, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia CAA)
- (9) Venturini, E. "En realidad el verdadero problema no es cerrar, sino abrir: el caso de Imola". En La salud mental es cosa de todos. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO): 2005: 9-15
- (10) Scala, A. L'agire riabilitativo Roma. Il pensiero scientifico editore 1998
- (11) Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F,Turner T, Wiersma D: Reinstitutionalisation in mental health care:comparison of data on service provision from six European countries.BMJ 2005, 330:123–126.
- (12) Colina, F Luces y sombras de la salud mental. Norte de salud mental, 2016, vol. XIII, nº 54:11-13
- (13) Documento de Conclusiones de la I Conferencia de CSM de Madrid. Madrid 2017
- (14) Fermín Pérez Coord Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial. Cuadernos Tecnicos de la AEN nº 16 Madrid: Ed. AEN.2012
- (15) Arqués Martí E () Continuidad de cuidados y rehabilitación psicosocial. En La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Madrid: Ed. AEN pp 131-141
- (16) Ferrer, C.; Zorrila, A.; Delgado, Mª P.; Lucas, S.; Alonso, R. Incapacitación civil y recuperación ¿Trabajando en la contradicción? Norte de Salud mental, 2014, vol XII, nº 50:21-34
- (17) Council of Europe, Commissioner for Human Rights, 2012

- (18) "Sobre la reforma de la legislación civil en materia de protección de personas con discapacidad", (2016) Comisión de Ética y Legislación de la AEN
- (19) Mezzina, R. Per una discussione critica sul tema della "recovery" in Italia e in Europa. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.9, n.21, 2017 :158-178,
- (20) Nussbaum, M., *El ocultamiento de lo humano*, Buenos Aires, Katz, 2006, cap. 2.a
- (21) Mezzina, R. Tra soggettività e istituzioni. Da Franco Basaglia alla recovery. *RECOVERY Nuovi paradigmi per la salute mentale a cura di Antonio Maone e Barbara D'Avanzo*. Milano. Raffaello Cortina Editore. 2015 : 195-217
- (22) Anthony W. Recovery from mental illness: The guiding vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16:11-23.
- (23) Hernández, M. Psicopatología y Recuperación. *Informaciones psiquiátricas* 2013: 213(3): 285-319
- (24) Bello, A. Respeto a la locura. Intervenciones no lesivas en salud mental. En http://www.terapiacognitiva.net/wp-content/uploads/respecto_a_la_locura-alejandro_bello.pdf
- (25) Muñiz, E. Primum non nocere también en rehabilitación. En *Psiquiatría Crítica* Ortiz Lobo a. Ed. Grupo 5
- (26) Ciompi, L, Hofmaun H. Soteria Berna. Un entorno terapéutico innovador en la esquizofrenia aguda fundamentado en el abordaje afectivo-lógico. *World Psychiatry* (edición española) 2008;2;3:140-146.
- (27) Tomkiewicz, S. "Quelques reflexions sur la trilogie de Wood". "Classification Internationale des handicaps: du concept a l'application" .Actes du colloque CTNERHI 28 - 29 Novembre 1988. Flash Informations.
- (28) Ferrara M.; Germano, G.; Archi, G. *Manuale della riabilitazione in psichiatria*. Il Pensiero Scientifico Editore. (1990)
- (29) Lysaker PH, Roe D, Kukla M. Psychotherapy and Rehabilitation for Schizophrenia: Thoughts About Their Parallel Development and Potential Integration. *J Psychother Integr* 2012; Vol 22, No 4: 344-55.
- (30) Harding CM, McCrory DJ. Relación entre los abordajes psicoterápicos y la rehabilitación psiquiátrica en pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes: una llamada hacia estrategias más integradoras. En: Alanen YO, González de Chávez M, Silver AL, Martindale B, editors. *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas*. Madrid: Fundación para la Investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos, 2008; p. 371-89.
- (31) Hernández M. Complejidad, complementariedad e integración de intervenciones en personas con psicosis. En: Hernández M, Nieto Degregori MP,

- editors. Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. Madrid: Editorial Grupo 5, 2011; p.15-78.
- (32) Bleger J. Psicohigiene y Psicología institucional. Buenos Aires: Paidós, 1984
- (33) McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Educ Q 1988; 15:351-77.
- (34) Bonfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. Buenos Aires: Paidós Ibérica, 1987.
- (35) Casado, D. Notas sobre la cronicidad y la rehabilitación. Comunicación personal a la Sección de Rehabilitación de la AEN. 2016
- (36) Deutsch, C. De la prise en charge à la prise en compte. Vie sociale et traitements nº 113. 2012 :95-101
- (37) Sassolas, M. Terapia delle psicosi. Roma :Ed. Borla,2004
- (38) Rodríguez, M. y Bello, A. (2008) Desarrollos futuros en rehabilitación psicosocial. A.M.R.P. , 22, 3-5.
- (39) Nieto P. El equipo terapéutico en patologías mentales graves. En: Hernández M, Nieto Degregori MP, editors. Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. Madrid: Grupo 5, 2011; p. 211-23.
- (40) Irazabal, E. Apuntes para una psicología social de los equipos (de salud mental). En: Bauleo A, Duro JC, Vignale R, editors. La concepción operativa de grupo. Madrid: AEN, 1990; p. 191-203.
- (41) Suárez F. Apuntes para una reflexión sobre la gestión de recursos y coordinación de equipos. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales 2001; 8:42-6. www.area3.org.es
- (42) Bleger, J. Temas de Psicología (entrevistas y grupos). Buenos Aires: Ed Nueva Visión. 1979