

LAS INTERVENCIONES EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL TIENEN LIMITADA SU EFICACIA

Juan Fernández Blanco, psicólogo del CRPS de Alcalá de Henares.

EL artículo se organiza en tres partes. Una introducción en la que se sitúa la cuestión de la limitada eficacia del trabajo que se realiza en el ámbito de la rehabilitación psicosocial, de aquellos que padecen una enfermedad mental severa. Una reflexión crítica sobre el hecho y su por qué. Un resumen, a modo de conclusiones, de lo que se ha ido exponiendo en la introducción y en las disquisiciones.

1. INTRODUCCIÓN

Es sabido que la persona que padece una enfermedad mental crónica sufre desajustes en las actitudes personales y sentimentales. Sus percepciones y creencias se tornan inconmensurables respecto de las percepciones y creencias de los demás. Las capacidades funcionales que necesitan para vivir el día a día, se deterioran o extinguen. El paso del tiempo, de no remediarse esta situación, da lugar a que sólo puedan desempeñar el rol de enfermos, y no roles útiles para sí y socialmente considerados. En cuanto a sus expectativas y objetivos vitales, lo común es que se trunquen o se disloquen. No es difícil que cuando alguien se ve inmerso en un proceso como este, su vida pierda sentido.

La rehabilitación psicosocial hoy se considera como una prestación básica e ineludible para afrontar, detener e invertir, esa deletérea evolución hacia la alineación personal y la desestructuración social. Sin dejar de ser un proceso individualizado en el que se conjugan diversas prácticas psicológicas y sociales debidamente estructuradas y sistematizadas, la rehabilitación psicosocial, trasciende este límite pragmático para convertirse en una filosofía, en una manera de entender estas severas problemáticas biopsicosociales.

Su objetivo básico consiste en conseguir que quienes lo necesitan recuperen, y en su caso adquieran, las capacidades y habilidades necesarias para vivir con la mayor autonomía y lo más ajustadamente posible en diferentes entornos comunitarios. A medida en que tales discapacidades e inhabilidades se vayan superando o compensando, la vida ganará en calidad y el futuro, al llenarse de contenidos, será algo más que el caer de las horas a la derecha del reloj.

Pero, ¿no ignoraremos con demasiada frecuencia que para llevar a término este cometido no basta con que el profesional se esmere, con que las técnicas que utilice sean eficaces y con que los interesados se esfuercen lo necesario? Factores socio-estructurales y políticos, preliminarmente condicionan esmeros, técnicas y esfuerzos. Si ese condicionamiento no es tenido en cuenta, o lo que es peor se ignora, los objetivos a conseguir para el control de la enfermedad y la rehabilitación de una vida normalizada y de calidad para quien la sufre, quedarán irremisiblemente hipotecados.

Tal vez por eso conviene recordar que en la bibliografía podemos hallar reiteradas alusiones a una serie de factores que incidirían, según distintos autores (Zubin y Spring, 1977, Lemos, 1986, de la Gandara y col., 1995, Dalgard y Tambs 1997), en la etiopatogénesis y evolución de la enfermedad mental. El estatus social bajo, la ausencia de red social de apoyo, la emigración, el origen étnico no privilegiado, la marginación social, las características de la vivienda, el ruido, la polución, el hacinamiento, la carencia de bienes, servicios y soporte comunitario, son de los más mentados.

Antes de embocar el cierre de este punto, interesa destacar dos o tres reflexiones sobre uno de sus componentes principales por su prevalencia e incidencia, el estigma. La mayoría de la población marca a quienes tienen un diagnóstico psiquiátrico como individuos distintos. Esa señal distintiva, a veces alude a una presunta peligrosidad potencial que invita, "por lo que pueda pasar", a no descuidarse cuando se está en su presencia. Otras veces, alimenta la creencia de que en su desgracia llevan impresa la huella de la hostilidad hacia sí y hacia el mundo. Pero lo peor es que ni si quiera el estamento profesional se libra de atribuir a los enfermos mentales estereotipos contruidos desde el atavismo mítico y alimentados de falacias.

Julián Espinosa (2001) en la revista de la AMRP, recoge distintos estudios que ponen de manifiesto como la población en general y la clase médica en particular, con sus percepciones, creencias y juicios, promueven la estigmatización de quienes sufren un trastorno mental severo. El ciudadano medio, leemos en la revista, percibe a estas personas como peligrosas. Casi tres cuartas partes de una muestra de estudiantes creen que los esquizofrénicos tienen dos características, la agresividad y la hostilidad. La clase médica los juzga como pacientes incurables, violentos y peligrosos, y opina que deberían tener limitados sus derechos constitucionales. Cuando se estudian los informes forenses o clínicos de los psiquiatras resalta una variable primordial, la clase social. Habría que buscar una explicación al hecho de que los pacientes de clase social baja, sean diagnosticados de patologías más severas y de mucho peor pronóstico que las patologías diagnosticadas a los de clase acomodada.

Razonando el dato podríamos ensayar dos tipos de explicaciones. Una, que la evaluación médica esté sesgada por un prejuicio social y por atribuciones tópicas en las que abundan las clases medias y altas, a la hora de referirse a los más desfavorecidos. Dos, que, como aquí ya se ha dicho, factores socio-económicos incidan claramente en la etiopatogénesis y evolución hacia la cronicidad y el severo deterioro psicosocial, de las enfermedades mentales más graves.

Ángel Martínez Hernández en su libro "Has visto cómo llora un cerezo?" (1998) mantiene una línea argumental concordante con la segunda explicación. Cita varios estudios y distintas explicaciones en las que se resalta "(...)el papel de la pobreza como variable explicativa en el desarrollo de la esquizofrenia (...)", o "*la mayor prevalencia de este trastorno en las ciudades dormitorio(...)*" (p. 46).

Así mismo, alguno de los resultados obtenidos en un modesto trabajo (Sánchez y Fernández, 2000) realizado en Alcalá de Henares, con una muestra de enfermos mentales crónicos, también sintonizan con la segunda explicación. En dicho trabajo se trataba de comprobar si coincidía que en los distritos municipales en los que vivían un mayor número de enfermos mentales crónicos, también eran los distritos más saturados de los factores, que según la literatura especializada, están implicados en la génesis y evolución de las problemáticas psiquiátricas severas. Al menos dos de los cinco factores en los que se basó el estudio, estatus social bajo y situación social desfavorecida, tienen claramente que ver con la conformación de lo que se denomina clase social baja. Así lo prueban los parámetros utilizados para definir cada uno de esos factores. El nivel de renta fue utilizado como parámetro indicativo del estatus social, y el paro, la precariedad en el empleo, el analfabetismo y la carencia de estudios primarios, fueron utilizados como parámetros indicativos de una situación social desfavorecida.

Pues bien, alguna de las conclusiones obtenidas informan que es precisamente en el distrito en el que más crónicos viven, el distrito que registra más factores socio-ambientales de riesgo, tres de cinco. Pero es que además, dos de esos tres factores son, precisa y significativamente, estatus social bajo y situación social desfavorecida; factores que como hemos dicho se utilizan como criterios regulativos del significado de clase social baja.

El hecho de que ya en el siglo XXIX (Griesinger, 1867) se constatare la influencia e importancia de lo socioambiental en relación a las enfermedades mentales, obliga, siglo y medio después, a darle la consideración debida. Desatender esos factores es tanto como empobrecer la comprensión de esta problemática. No darles cumplida y adecuada respuesta, considerándolos marginal u oblicuamente, es tanto como limitar o lastrar las posibilidades de normalización e integración comunitaria. Lo uno y lo otro, desatender esos factores y no darles respuesta, para nada ayudan a conseguir que un día la enajenación mental deje de ser el llamativo, sorprendente y enigmático fenómeno que aún hoy la sociedad cree que es.

2. DISQUISICIONES

Convendría ahora reflexionar a propósito de cómo estos factores socioestructurales condicionan la rehabilitación psicosocial. Condicionamiento que no ha de sorprender a quien tiene claro que las enfermedades mentales severas son algo más que una cuestión clínica (OMS, 1999). De su estirpe biopsicosocial es fácil deducirlo. No sólo la problemática incide y repercute en la vida de las personas afectadas desde la vertiente biológica, también lo hace desde las vertientes psicológica y social de la enfermedad.

Dos o tres razonamientos ad hoc igual ayudan a esclarecerlo. Si nos centramos en el eje biológico, observamos como las anomalías del neurodesarrollo (bioquímicas y anatomofuncionales) irrogan entre otras, alteraciones en la percepción, en el curso y el contenido del pensamiento y en la interpretación de la estimulación medioambiental. Todas estas alteraciones, al interpolar capacidades esenciales al animal social que somos, complican, limitan y en el peor de los casos invalidan el normal operar en contextos normativos estructurados morfosintácticamente.

Pero si atendemos al eje psicológico, también comprobamos que afecta perniciosamente el vivir adaptado de quien tiene problemas psiquiátricos. El deterioro o la pérdida de habilidades y capacidades que tienen que ver con repertorios conductuales asociados a las distintas áreas vitales (autocuidados, aseo, relaciones sociales, integración comunitaria, trabajo, etc.), son la causa de incompetentes interacciones con las distintas circunstancias (sucesos y eventos) que acontecen en los dispares nichos ecológicos que estructuran y dan forma a la vida. El incompetente Inter-actuar con todo lo que conforma las circunstancias ambientales que nos permiten y nos hacen ser, necesariamente des-adapta y des-identifica.

Junto a los ejes biológico y psicológico está el eje social, cerrándose así esa multiaxialidad interactiva característica de los problemas psiquiátricos severos. Eje al que hay que prestar gran atención. De él también depende que la acción de los profesionales contribuya a que, como dicen con palabras precisas y elegantes Galilea y Colis (2000, p.108), los individuos que tienen una enfermedad mental puedan "*incorporarse al tiempo real y en él (re)-conocerse, (re)-hacerse, (re)-habilitarse*".

Pero para ello no se ha de pasar por alto que han de aprender a vivir con la enfermedad, dado que, al evolucionar ésta hacia la cronicidad, las manifestaciones o implicaciones psicosociales, bien en acto bien en potencia, estarán ahí.

Sería fenomenal que pudiese ser de otro modo, pero aquí se defiende la tesis de que quien no logra con-vivir con una enfermedad mental, porque la enfermedad mental a la vuelta de los años termina siendo él, es un ser cuyo tiempo es, como el tiempo de la melancolía, inmóvil y vacío. Postrado en su aislante pasividad, ya sólo puede escuchar los gritos del silencio. Posiblemente no se percate, no sepa que vive en un presente perpetuo. Tal vez aún no se haya dado cuenta de que sobre-viviendo en la

interminable espiral del hoy, no es que el futuro no sea de él, es algo mucho peor, es que él no tiene futuro.

Convivir con la enfermedad desde el propio hacer que de sentido activo a lo cotidiano; conocerse en espacios de vida que en el tiempo se vayan llenando de propósitos; habilitar modos y maneras conmensurables con los modos y las maneras de los demás, no se hará realidad hasta que no se produzcan reales transformaciones sociales.

Transformaciones que pasan porque los medios de comunicación, no sesguen las informaciones sobre quienes tienen trastornos mentales hacia lo tenebroso y lo dramático. Transformaciones que pasan porque la gente de la calle, no siga creyendo que estas personas son pintorescos alunados incapaces de dominar su impulsividad tanática. Transformaciones que pasan porque en los distintos niveles educativos, de la enseñanza primaria a la universidad, se toleren ciertas consideraciones diferenciales respecto del resto de los alumnos. Por qué si a quién tiene una acusadísima deficiencia visual se le permite hacer exámenes orales o dictárselos a otra persona, no se puede permitir, es un ejemplo, que quien tiene un problema psiquiátrico pueda abandonar momentáneamente el aula si no controla la ansiedad. Transformaciones que pasan porque los trabajadores que tienen un trastorno mental, no se escondan para tomar medicación, o no se ingenien lo que no está en los escritos para poder justificar sus ausencias cada vez que les cita un profesional de la salud mental, por el fundado temor al despido.

No hace falta verter más considerandos. Lo hasta aquí dicho es suficiente para intuir que las intervenciones en rehabilitación psicosocial tienen un límite. Límite que viene dado por todas estas realidades relevantes que desde el trabajo técnico no se pueden controlar o a las que no se les puede dar respuesta. El hecho de no poder controlarlas ni darles respuesta, tiene que ver con que su naturaleza es de índole socioestructural y no biopsicológica.

A la luz de este presupuesto, parece sensato afirmar que la labor de los profesionales de la salud mental y la rehabilitación psicosocial, si se da en la más absoluta de las orfandades, resulta claramente insuficiente. Sólo cuando vaya acompañada de una decidida voluntad política para tomar en cada momento las decisiones oportunas y convenientes, así como de una activa y positiva implicación de la sociedad civil, será posible lograr que tal labor tenga la necesaria y suficiente proyección socio-comunitaria, y no se quede, en el mejor de los casos, en el raquíptico ámbito de lo socio-sanitario.

No es difícil comprobar empíricamente que por sí solas las praxis profesionales, no pueden crear todas las condiciones que se necesitan para llevar hasta sus últimas consecuencias esa filosofía que defiende que es posible que quien sufre un problema psiquiátrico, pueda vivir integrado en su comunidad de referencia, desempeñando roles útiles y valorados socialmente.

Sin olvidarnos de la particularidad diferencial que da con-vivir con una problemática de estas características, es sensato entender que re-habilitar una vida cotidiana homologable a la de cualquier otro ciudadano, exclusivamente capacitándose para superar las limitaciones funcionales asociadas a la patología, y por tanto, sin la activa labor de las administraciones públicas y la colaboración de la sociedad civil, no es desde luego imposible, pero sí muy poco probable.

Sin oportunidades laborales, sin acceso franco a una vivienda, sin recursos comunitarios suficientes y sin unas condiciones materiales de existencia dignas, por poner cuatro de los muchos ejemplos que se pueden referir, no hay que engañarse, es improbable que quienes tienen problemas psiquiátricos crónicos puedan hacer una vida cotidiana homologable a la de cualquier otro ciudadano.

Cuando a la incompetencia, asociada a un proceso mórbido, para desenvolverse y operar funcional y adaptativamente en distintos contextos comunitarios, se une un estatus social bajo, el pronóstico de rehabilitación psicosocial es necesariamente malo. ¿Cómo no va serlo, cuando el día a día da lugar a una vida frágil? ¿O es que puede ser de otra manera si no se te deja salir de la precariedad económica, sentenciándote a ser rehén de un mañana siempre incierto? ¿Cómo va dar igual ser o no ser menesteroso? Quién es pobre, paupérrimas son las posibilidades de decir sobre el futuro. ¿A caso rehabilitar un existir organizado y estructurado socialmente, es independiente del lugar en el que se viva? No puede serlo si es verdad que vivir en barriadas marginales, es causa de desorganización y desestructuración social.

Vivir en la precariedad, tener recortada a su mínima expresión la posibilidad de decidir sobre el futuro y que la organizada estructuración de los procesos de sociabilidad sea cosa ajena, no solamente se constituye en una variable de alto riesgo desde una perspectiva psicopatológica, sino que restringe severamente o anega las praxis rehabilitadoras.

Si rehabilitar psicosocialmente implica superar la dependencia vital, la heteronomía personal y la exclusión social, cómo olvidar que el trabajo supone para cualquier persona, la posibilidad de independencia vital y contribuye a la autonomía personal; cómo ignorar que el trabajador en paro está en situación de desventaja social y por ende, en riesgo de marginación. Por eso salta a la vista que la consecución de un empleo para aquellos que tienen problemas psiquiátricos es especialmente importante.

Lo malo es que las características del mercado laboral y las condiciones del modelo de crecimiento económico, estructurales a la fase de desarrollo actual del modo de producción de las sociedades occidentales, dificulta, más que favorece, el derecho al trabajo. Es sabido que las relaciones laborales, cuando están presididas por un perenne desequilibrio entre la oferta y la demanda de empleo, imponen una suerte de darwinismo social que desplaza inmisericorde al que tiene dificultades especiales o limitaciones de cualquier índole.

El trabajo como derecho, el trabajo como necesidad, el trabajo comopreciado valor de nuestra cultura occidental, el trabajo cómo columna vertebral de la vida, el trabajo como medio de inclusión e identificación social, (se es si se trabaja y si no se trabaja no se es) será una realidad no coyuntural para los enfermos mentales, no sólo cuando se hayan sometido a eficaces y eficientes programas de rehabilitación. Adquirir hábitos y habilidades que permitan mejorar las condiciones para acceder y manejarse en el mundo del trabajo es sin duda una necesidad inexcusable, pero no única.

Preparar, enseñar, ayudar, entrenar a los enfermos mentales crónicos a que compitan en el mercado laboral sin más armas que las que ellos puedan llevar, es alimentar el deseo y recrear una ficción. La concreción material del deseo, la realización de la ficción exige acometer con decisión medidas socio-políticas útiles en cuanto que eficaces; medidas que necesariamente han de ir más allá de la retórica grandilocuente, del sesudo programa y de la multiplicación de lugares en los que los enfermos mentales son (bien tratados) y están (bien acogidos). Es imposible, sino al tiempo, que los profesionales contribuyamos a transformar la realidad de ser un enfermo en la realidad de ser un trabajador que convive con una enfermedad, sin que ocurran cosas tales como: que las legislaciones de fomento y promoción del empleo de discapacitados se cumplan; que las distintas fórmulas de empresa de inserción, desde la tesis que asegura que donde existe contradicción intrínseca no puede existir armonía, persigan preferentemente el interés y beneficio de los discapacitados, y no la plusvalía; y que la lucha contra el estigma y la marginación se asiente en medidas concretas (educativas, de inversión de valores, de denuncia activa a quién estigmatice, discrimine, o fomente el estigma y la discriminación, etc.)

programadas para ser llevadas a término, y en su caso presupuestadas, y no en el lirismo verborrérico de lo políticamente correcto.

Y si es verdad que la sociedad quiere buscar la plena integración de este colectivo, no tiene otro remedio que propender a (...) *que el contexto global de las políticas en las que se enmarca la rehabilitación permita e impulse de un modo coherente y continuado el trabajo rehabilitador y ofrezca oportunidades para el logro de sus objetivos* (Rodríguez, 1997).

3. CONCLUSIONES

1. Las enfermedades mentales son de naturaleza biopsicosocial. Tienen que ver con conductas desadaptadas, desajustes emocionales y alteraciones en la percepción, las creencias y los pensamientos.
2. La rehabilitación psicosocial se propone no sólo como una respuesta pragmática a los aspectos psicológico y social de la problemática, sino como un marco filosófico desde el que comprenderla.
3. Los objetivos de la rehabilitación psicosocial están condicionados preliminarmente por factores socioestructurales y políticos.
4. Dentro de estos factores destaca de forma notable la estigmatización de quienes sufren estas patologías. Los profesionales de la salud mental no son ajenos al fomento, promoción y recreación del fenómeno social del estigma.
5. Ciertas transformaciones sociales son imprescindibles para normalizar la vida de quienes tienen una patología mental.
6. La eficacia y el sentido de las intervenciones en rehabilitación psicosocial, está limitada por cuestiones de orden socioeconómico y político. Tal límite sólo podrá ser salvado desde la ejecución, por parte de las distintas administraciones públicas, de medidas políticas concretas y desde la activa colaboración de la sociedad civil.
7. Sin un trabajo digno, sin una vivienda salubre, sin recursos económicos suficientes, sin los precisos recursos comunitarios, en suma, sin unas condiciones materiales de existencia que den calidad de vida, los servicios especializados en el tratamiento, la rehabilitación, el apoyo y el soporte comunitario, serán claramente insuficientes y modesto el impacto que pueden provocar en la vida de quienes tienen un problema psiquiátrico severo.

BIBLIOGRAFÍA

- Dalgard, O. S. And Tambs, K. (1997). Urban environment and mental health. *British Journal of psychiatry*, 171, 530-536.
- de la Gandara Martín, J. Y col. (1995). Influencia del estrés psicosocial en la evolución de la esquizofrenia. *La rehabilitació psicosoial integral a la comunitat i am la comunitat*. 1,(0), 27-31.

- Espinosa, J.(2001). Estigma, enfermedad mental y medios de comunicación. *AMRP*, 12, 5-8.
- Galilea, V. y Colis, J. (2000). Algunas razones en favor de la rehabilitación laboral de personas con enfermedades mentales crónicas. *Trabajo Social hoy*, 28, 105-112.
- Griesinger (1876). *Patología y terapéutica de las enfermedades psíquicas*. Berlín.
- Lemos Giráldez, S. (1986). Esquizofrenia. ¿Enfermedad crónica? Consideraciones teóricas. *Estudios de psicología*, 25, 37-53.
- Martínez Hernández, A. (1998). *¿Has visto cómo llora un cerezo?* Barcelona: Universidad de Barcelona.
- OMS., (1999). Documento de trabajo. ¿Qué es la esquizofrenia? ¿Cómo se trata?
- Rodríguez González, A. (1997). A modo de epílogo. En A. Rodríguez (coord.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 455-4649. Madrid: Pirámide

Zubin, J. y Spring, D. (1997). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal Psychology*, 86, 103-126.

[Volver](#)