

## Rehabilitación psicosocial: una teoría, una práctica, una ética

«El problema es ver cómo los técnicos, para responder a las necesidades del usuario, hablan entre sí en lugar de hablar con el usuario».

Franco Basaglia (1)

A lo largo de los últimos años han aparecido en nuestro panorama nuevos conceptos, nuevas palabras, para participar en el debate que sigue suscitando un problema que ya es viejo: el de la locura, su abordaje, y en particular el grave problema de la cronicidad psiquiátrica. En este trabajo nos referimos a uno de esos nuevos conceptos: la Rehabilitación Psicosocial.

Nos planteamos fundamentalmente realizar una presentación de las ideas que constituyen la filosofía de la Rehabilitación. Sabemos que, de hecho, ya existen entre nosotros experiencias de trabajo bajo ese nombre –las Unidades de Rehabilitación–, y otras que sin usar ese término, se plantean intervenciones que concuerdan con su filosofía. Pero, siendo cierto también que son experiencias aún jóvenes y de una dimensión no muy amplia, consideramos que sigue siendo oportuno entre nosotros presentar la Rehabilitación, más que discutirla o devaluarla.

Hay al menos tres puntos de partida que pueden tomarse a la hora de introducir la Rehabilitación. El primero se sitúa en el consenso casi general sobre el fracaso del manicomio y, por consiguiente, toma partido por un movimiento desinstitucionalizador. El segundo, en la idea de que un concepto estrictamente y exclusivamente terapéutico de tratamiento del loco resulta

insuficiente. El tercero en la idea de que es fundamental dar un lugar a los derechos constitucionales y civiles del usuario, tanto en el sentido de no hacer al alienado objeto de tratos contra el derecho, como haciendo lo posible por que realicen sus derechos a un tratamiento suficiente, racional y adecuado, al trabajo, vivienda, a alguna inclusión social, etc.

I. No creo que a estas alturas haya que insistir mucho en la crítica del manicomio. Sí, acaso, en la reflexión de las causas que podrían seguir haciéndolo posible bajo otros nombres.

El recurso a la reclusión del loco ha sido largamente empleado a lo largo de la historia con intenciones y planteamientos variados que han sido pormenorizadamente analizados y criticados por distintos autores. Como es sobradamente sabido, uno de los momentos de máxima intensidad del análisis crítico a las instituciones para locos se situó aproximadamente a partir de los años sesenta, con la aparición de varios títulos emblemáticos: *Historia de la Locura en la Época Clásica* de Foucault (2) en 1967, *Internados* de Goffman (3) en 1961, a los que se puede añadir la obra de Basaglia, la de Laing y Cooper, y entre nosotros el título *Miserables y locos* de Álvarez Uría (4).

En los distintos autores vemos proseguir

el debate sobre la naturaleza de la locura, encontramos conceptos de ella y de su abordaje no coincidentes y, a veces, como es el caso de T. Szasz –*El mito de la enfermedad mental*– bastante radicales. Son cosas sobre las que se sigue discutiendo.

Pero si había una coincidencia regular entre todos ellos, era en la crítica del Manicomio, contemplado de manera unánime como institución anti-terapéutica, y en la consideración de que éste operaba más bien como una trampa para los alienados, de la que difícilmente les era posible salir sin haber sufrido una gran erosión personal añadida al problema psiquiátrico que motivara la entrada.

Contemplados históricamente, la miseria, la enfermedad, el deterioro, el empobrecimiento de la persona, parecen haber sido los efectos del manicomio clásico sobre la gente, más que la restitución de la salud y la posibilidad de retorno a la vida social libre.

Actualmente los manicomios, donde existen –y todavía existen (5, 6)–, son lugares donde probablemente los armarios no contienen ninguna percha, las habitaciones no tienen ninguna silla, las ventanas tienen rejas en vez de cristales, lugares donde las puertas de los retretes no cierran bien, donde los internos han de compartir la ropa, y donde faltan medios materiales hasta un punto que resultaría absolutamente inconcebible en un servicio de cualquier otra especialidad hospitalaria.

La crítica posible no se limita a los aspectos materiales. En Goffman (3), por ejemplo, leemos cómo en las instituciones llamadas por él totales –considera que el manicomio es una de ellas– se producen una serie de procesos sociales espontáneos que alejan a los internos de la posibilidad de recuperarse para la vida normal. Es de-

cir, que en vez de actuar terapéuticamente inciden perversamente hacia el deterioro y la cronificación del interno.

Recordemos cómo Goffman describe la aparición de códigos sociales diferentes de los que operan en la comunidad sana y que se considerarían ofensivos para cualquiera que los padeciese fuera del psiquiátrico. Describe la consolidación de jerarquías irracionales, el hecho de que el interno padezca problemas artificiales debidos a la forma de organización interna, a la falta de medios, a la deficiente formación del personal. Goffman también muestra cómo los intentos emancipatorios del paciente ante la institución, que podrían formar parte de una reacción sana de cualquiera que se viera en parecida situación, son confundidos con rasgos patológicos y combatidos. Y un larguísimo etcétera. Todos estos fenómenos indeseables fueron, y siguen hoy siendo, parte de la vida cotidiana del enfermo mental en una institución manicomial.

Ante la fuerza de los argumentos, pareció lógico intentar reformar el estado de cosas, y dio comienzo el movimiento tendente a la des-institucionalización del enfermo psiquiátrico. Movimiento que no se ha realizado en todas partes, pero que ha sido bastante general, al menos como planteamiento teórico, en los países donde la Sanidad goza de cierto desarrollo.

El ejemplo de los EE.UU., quizás el más frecuentado, puede resultar paradigmático en sus conceptos, en sus errores y en su evolución. Un país que dedica un importante porcentaje del PIB a sanidad (7) (el 11%), donde no existe una cobertura sanitaria universal comparable a las que existen en Europa, donde se anunciaron reformas –el Acta Kennedy, de 1963– que pretendían cambios cualitativos en la atención al enfermo mental y que posteriormente hubie-

ron de ver cómo sus aspiraciones sufrían rebajas considerables.

Durante la presidencia de Ronald Reagan, preocupado éste por la rentabilidad del sector sanitario, la des-institucionalización significó que gran cantidad de ex-internos de centros psiquiátricos fueron dados de alta sin preparar una adecuada infraestructura que pudiera sostenerlos en su nueva vida en la comunidad. Uno de cuyos resultados perversos resultó ser la universalización de la fotografía del «homeless» psiquiátricamente enfermo, con sus harapos, su carrito de supermercado con todas sus pertenencias, vagando por la ciudad.

En la experiencia americana encontramos la evidencia, que se puede confirmar en otros lugares, de que si se trata de buscar alternativas dignas a la institucionalización psiquiátrica ello no significará un ahorro de gasto sanitario –por la amortización de camas en los manicomios– ni de esfuerzo. Más bien se trata del cambio de asignación del gasto, que no se debería reducir sino reformar, y un mayor esfuerzo para encontrar maneras de sostener al alienado en la vida comunitaria.

Esfuerzo que, cuando se realiza, se reparte entre cuatro actores (8): familias, profesionales, sociedad y usuarios.

También en el caso del soporte social de la C.E.E. se ha cumplido el principio general enunciado por el sociólogo Lluís Flaquer de que, por la fuerza de las circunstancias, «la familia se ha especializado en todo aquello que es general y residual porque no está adjudicado a ninguna otra institución» (9).

A falta de recursos específicos –que no se han desarrollado adecuadamente en nuestro país– parece natural pensar que quien se debe hacer cargo del cuidado diario de los enfermos mentales son sus fami-

liares directos. En Inglaterra se ha estimado el valor económico de ese esfuerzo con cargo a la familia: 11.500 dólares por año, de los cuales el 30% representan gastos directos y el 70% indirectos (pérdida de ingresos en la economía familiar por problemas relacionados con el cuidado del alienado) (10).

Si admitimos que tener un familiar psicótico es un avatar de la vida y no una elección de la familia, es de ley tener en cuenta ese alto coste que pagan éstas si deciden asumir la responsabilidad de hacerse cargo del cuidado de su familiar alienado (11). Hay que añadir también que, por razones distintas, no todas lo hacen. De hecho, en la II Conferencia de la Asociación Europea de Familiares de Enfermos Mentales (EUFA-MI), celebrada en Barcelona en 1995, a través de un manifiesto, entre otras cosas, las familias reclamaron el derecho a elegir si aceptan o rehúsan ser cuidadores del enfermo mental. Asimismo reclamaron el reconocimiento de su propio estatuto y apoyo emocional y financiero (12). Creo que hay que entender este planteamiento, sin duda muy fuerte, en el doble contexto de un estado que garantiza supuestamente el derecho a la salud y a la atención médica, y del debilitamiento económico y sociológico de la familia en el mundo contemporáneo, que la convierte cada vez menos en una estructura social capaz de contener y dar soporte a sus integrantes.

En todo caso, el sector de las familias aparece como potencialmente muy importante por la legitimidad de los argumentos políticos que puedan aportar para ser oídas y apoyadas. Las familias, organizadas a través de asociaciones, tienen la posibilidad de presionar a los administradores de la cosa pública para hacer valer para sus allegados el derecho constitucional a una adecuada atención sanitaria en condiciones equi-

parables a otros colectivos que generan gasto sanitario de manera continuada (por ejemplo el tema SIDA), de forma que los recursos existentes no desaparezcan y eventualmente puedan aumentar. Y también por su posibilidad de organizarse para generar sus propias infraestructuras, tarea que ya ha comenzado con el apoyo de un sector de los profesionales (13).

Otro actor es precisamente el sector de los profesionales. Se trata de un actor de importancia a la vez limitada y crucial. Limitada por cuanto sus posibilidades se ven condicionadas de manera importante por factores ajenos a su decisión, por ejemplo, los servicios y medios materiales a su disposición, cuya existencia no depende de él. Crucial por cuanto es del técnico de quien se espera el saber necesario para lanzar los procesos de cambio, cosa que se espera por un lado de su formación y de su experiencia, pero también de un deseo y de una actitud que puedan mantener el proceso en marcha a través de las dificultades y las crisis. La importancia del deseo y la actitud del profesional no es intangible, y la podemos valorar directamente en la incidencia sobre el trabajo diario y la importancia subjetiva de la vivencia que ha sido llamada *Burnout Syndrome* (el «síndrome del profesional quemado») (14). La frecuencia con que se percibe –o se padece– este fenómeno nos recuerda que la actitud del profesional puede sufrir. O, dicho de otra manera, la subjetividad del profesional está en juego, y esto es un hecho que necesita su lugar en la teoría de la rehabilitación. El profesional quemado es un factor de riesgo de cronicidad.

Un tercer actor es el constituido por la sociedad en general y sus representantes políticos. Resulta un poco cómico que el pronóstico de los psicóticos resulte más favorable en países del llamado tercer mundo

que en los países desarrollados (15). Podríamos entenderlo como fenómeno de interacción entre la mayor competitividad y exigencia del medio social en nuestro medio y la vulnerabilidad de los sujetos.

Hay un fenómeno social particularmente desafortunado que el alienado ha de soportar, al margen de sus propios fenómenos psicopatológicos. Se trata de la estigmatización y el rechazo social, seguramente derivados –aparte de factores vinculados con el modo de interacción social del alienado, y de temores ancestrales más o menos conscientes que pueden llegar a suscitar sobre la gente– del tratamiento que se da a su imagen pública a través de los medios de comunicación de masas. Recordemos, por su valor paradigmático, al personaje Norman Bates de la película *Psicosis* de Alfred Hitchcock, imagen repetida incansablemente en múltiples variantes, en la que el alienado es asociado a la producción de un desorden social cualquiera. Teniendo en cuenta que esta asociación tan unívoca es impropia y perversa, la Rehabilitación propone a la sociedad una reflexión encaminada a lograr un cambio del modo de percibir al loco para no hacerle objeto de prejuicios injustificados (16).

En otro orden de cosas, se le pide a la Administración Pública que responda al esfuerzo económico de sostener servicios comunitarios para alienados a pesar del declive anunciado del Estado del Bienestar. Y se les pedirá a distintos sectores sociales –por ejemplo, a grandes empresas, bancos– que dediquen parte de sus beneficios, a través de fundaciones, a sostener programas sociales; o que colaboren con las empresas de iniciativa social proporcionando trabajo en condiciones favorables a los alienados que estén en condiciones de trabajar; y de otras maneras que se puedan imaginar (17).

Y el otro actor, que no podemos olvidar, es el usuario mismo. Si, como decía Bassaglia, «lo que hacemos es dar la responsabilidad a cada uno», hay que hacerse la pregunta de cuál es la que damos al usuario. Será necesario meditar sobre los estudios del sujeto psicótico, estudiar qué dice, qué quiere, cómo le es posible vincularse, y también cómo no le es posible, para no insistir en caminos irreales. Será necesario preguntarle si quiere rehabilitación, y qué podría ser eso para él, para no adelantarnos a decidir por nuestra cuenta cuáles habrán de ser sus actividades, que luego no realizará, o cuáles sus intereses, que luego no atenderá. Será necesario preservar el lugar de sujeto del usuario, tener paciencia para no adelantarnos a sus demandas, tratar de comprender cómo es la salida posible de su situación, para no inventar maneras de vínculo para ellos que no sean repeticiones de fracasos anteriores. Y a partir de ahí, pedirle que, en la medida de sus posibilidades, tome posición, elija y asuma sus elecciones.

Cada uno de estos cuatro actores tiene su lugar potencial en el proceso rehabilitador, como en el proceso cronificador. La mejor posibilidad no es que un actor se adueñe de todo el panorama sino plantear a cada uno que tiene su responsabilidad.

La Teoría de la Rehabilitación pecaría por exceso de optimismo si pensara que cierta nueva voluntad podrá acabar para siempre con el manicomio. Hoy día, a medida que son hechos consolidados la des-institucionalización, las unidades de rehabilitación, los recursos residenciales apoyados, etc., aparecen fenómenos como la llamada tras-institucionalización (los pacientes des-institucionalizados aquí, son re-institucionalizados en otro sitio) (18), la reaparición de hábitos manicomiales en el seno mismo de las unidades de rehabilitación

(19), o la consolidación de «minimanicomios» en el domicilio que el usuario que comparte con sus familiares (20). Son fenómenos que habrá que saber interpretar, pero en los que la falta de recursos suficientes ocupará un lugar preponderante en el análisis.

En todo caso, la idea de terminar con el espectáculo intolerable del interno del asilo manicomial, mal vestido, mal aseado, desatendido y abandonado, es una de las vías lógicas de acceso al concepto de Rehabilitación.

II. La Rehabilitación también parte de la idea de que el campo de lo terapéutico se queda estrecho cuando se trata de pensar el fenómeno de la cronicidad. Como se ha dicho, rehabilitación es «tratamiento... y algo más».

Precisamente el concepto mismo de cronicidad se establece sobre esa limitación: se trata de sujetos en los que el empleo continuado de medios terapéuticos no logra la restitución. Notemos que el concepto de Rehabilitación procede de otros campos de la terapéutica –por ejemplo, de la traumatología–, donde se parte de la premisa de que hay enfermedades en que no se logra la restitución *ad integrum*. Eso quiere decir que se admiten cambios en el modo de vivir de los sujetos que tienen a ser definitivos.

La OMS ha delimitado en 1990 varios conceptos para nombrar esos cambios. Por «dis-habilidad» entiende la dificultad de ejercitar una función física o mental. Serían dis-habilidades, por ejemplo, no poder caminar o tener vínculos sociales. Por «*handicap*» entiende la desventaja que un sujeto padece por sufrir una dis-habilidad. *Handicap* es la consecuencia de una dis-habilidad.

Este punto de vista contiene, en mi opinión, una virtud y un peligro. El peligro de

pensar al psicótico como «dis-habilitado» consiste en permitirse llegar a la conclusión de que no hay nada que hacer y reducir las expectativas de cambio, en las que Ciompi (21) ve el mejor indicador pronóstico de éxito en un proceso rehabilitador. La virtud consiste en poner de manifiesto que si admitimos que un sujeto está afectado de una determinada dis-habilidad, el grado de *handicap* es una variable que depende del ambiente que le rodea, y señala la posibilidad de intervenir también sobre el ambiente. Por ejemplo, si alguien padece la dis-habilidad de no poder caminar y ha de desplazarse en una silla de ruedas, el grado de *handicap* variará si los locales públicos están adecuadamente provistos de rampas y accesos especiales o no. Paralelamente, si alguien padece la dis-habilidad de no lograr establecer vínculos sociales estables, su *handicap* social variaría dependiendo de si hay lugares adaptados a sus características, como por ejemplo un centro de día o un centro de trabajo adaptado.

La Rehabilitación no discute la conveniencia de dirigirse al sujeto terapéuticamente para tratar de reducir su dis-habilidad, pero plantea que también es necesario actuar sobre el entorno con el fin de reducir el *handicap*. Creo que es importante destacar este punto si es cierto que, como escribe Sarraceno, «existe la peligrosa convicción (sobre todo en los psiquiatras más jóvenes) de que la psiquiatría es un sistema de técnicas terapéuticas» (22). Convicción que, para este autor, olvidaría que «la locura es también un problema que concierne a los modos y a la ética del control social, a la política, a la legislación, a la economía». Habría que recordar, en este sentido, que, hasta ahora, las reformas psiquiátricas no han nacido de los laboratorios científicos sino de los Parlamentos.

Es tal vez esa miopía que denuncia la teoría de la Rehabilitación, esa visión exclusivamente terapéutica, lo que explica el hecho que menciona Liberman (23) de que los enfermos mentales no contaron en los EE.UU. con el apoyo de los profesionales de la Salud Mental cuando trataron de crear centros de autoayuda para resolver sus problemas de la vida cotidiana, que hoy día constituyen una red importante allí. Eso contextualiza el hecho de que la Federación Mundial de Salud Mental haya difundido un documento –la «Declaración de Luxor» (24)– en que hace hincapié en el aspecto de los derechos humanos de los enfermos mentales, y recuerda que los tratamientos no son obligatorios, que deben perseguir el bienestar del propio enfermo y no el de terceros, donde se recuerda el derecho a la confidencialidad, el derecho a la protección contra el abandono, y otras cosas así. Eso explica también que psiquiatras de hoy día, como Rotelli (25), sigan empleando en sus argumentaciones conceptos como el derecho constitucional de todo ciudadano a una vivienda digna y a un trabajo que permita la subsistencia, para concluir que antes de pensar en rehabilitar a los pacientes, hay que rehabilitar los dispositivos y las ideas que se utilizan en ellos.

III. No deja de resultar curioso que Benedetto Sarraceno, presidente que fue de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicossocial, en lugar de definirla, se haya referido muchas veces a la rehabilitación como «una práctica en espera de una teoría» (26).

Aparte del hecho de que desde su responsabilidad de presidir la asociación mundial no resulte cortés decantarse demasiado hacia ninguno de los planteamientos teóricos concretos mediante los cuales se expli-

ca la Rehabilitación, en el fondo subyace el problema de las distintas orientaciones del pensamiento «psi», y de que, como ya explicaba Kuhn hace más de dos décadas, el estado del saber «psi» no forma un verdadero paradigma científico. Es decir, que no hay acuerdo universal sobre los objetos ni los métodos intelectuales que hay que usar para aproximarnos a la verdad en los problemas que queremos estudiar. Sea por ésta o por otra razón, Sarraceno prefiere centrar su apuesta más en la evaluación general de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los métodos que en una discusión *a priori* de éstos.

En la revisión incluida en su libro *La fine dell'intrattenimento* (27), Sarraceno reduce a cuatro los modelos principales de Rehabilitación tal y como se está practicando hoy día, que me limitaré a resumir brevemente, sin comentarlos, siendo consciente de que un resumen tan breve puede no representar fielmente el estilo original de cada modelo.

1. El modelo basado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales, de Liberman, Anthony, Farkas y otros, que aplica «principios de teoría de aprendizaje para promover la adquisición, generalización y permanencia de las habilidades necesarias...». Sus técnicas, muy estructuradas, muy directivas, incluyen demostraciones del rehabilitador o empleo de vídeos, *role-playing* o ensayos conductuales, técnicas de afrontamiento, *feed-back* reforzante o correctivo. E incluye evaluaciones al final de las sesiones de adiestramiento, basadas en control de la adquisición de «habilidades» concretas y mensurables.

2. El Modelo Psicoeducativo, toma su base en la búsqueda de Brown y Wing, dada en los años 60, de las variables relevantes para valorar la adaptación social de

pacientes psicóticos ex-hospitalizados e identificar los factores que precipitan las recaídas, que condujo a los autores a crear el constructo «Emoción Expresada» (EE). La finalidad de la intervención psicoeducativa se concreta en evitar los factores que precipitan la recaída, a través de varias fases. La primera, actuar pedagógicamente sobre los familiares, explicando la noción de psicosis, su sintomatología, su curso, su tratamiento, a fin de mejorar la comprensión de éstos. Una segunda fase propicia al encuentro entre familias de baja EE con familias de alta EE a fin de que se transmitan su estilo de afrontamiento de problemas de convivencia con el psicótico. Por último, trabajando con la familia completa –incluyendo al enfermo–, se trata de reducir la EE por medio de técnicas que, dependiendo de los autores, deben ser más concretas (Fallon) o pueden ser más eclécticas, incluyendo «desde la interpretación dinámica a la intervención conductual» (Leff).

3. El modelo desarrollado por Spivak en el Centro Shalom para el Desarrollo de la Competencia Social, de Jerusalén, se basa en un análisis original del fenómeno de la cronicidad, de inspiración claramente conductual. Es crítico con respecto a la medicalización del problema que representaría asignar diagnósticos, que para él significarían que el terapeuta, la familia y el mismo paciente, aceptan como un hecho la inevitabilidad de sostener un comportamiento inadecuado y justificarían una actitud de aceptación del mismo, que sería la base misma de la cronicidad. Spivak pretende intervenir sobre el proceso de des-socialización del usuario, pensado como la falta de recursos que permiten a un individuo lograr una «articulación social» eficaz a su medio social. Bajo su punto de vista, la cronicidad consistiría en la falta de competencia social y

la falta de respuesta concreta a los riesgos personales, sociales, económicos y emotivos. Spivak asigna a la rehabilitación la tarea de acrecentar la «articulación social» del sujeto con el ambiente y de potenciar los Comportamientos Socialmente Competentes, cuyos déficits serían detectados a través de una valoración particular de cada paciente en cinco áreas: vivienda, trabajo, familia y amigos, autocuidado e independencia, actividad social y recreativa. Opera a través de la Actividad de Grupos de Competencia Social, estructurados y orientados a potenciar los Comportamientos Socialmente Competentes esenciales y específicos del comportamiento del usuario en la comunidad.

4. Por último, el modelo de Luc Ciompi, que ha estudiado la epidemiología y el curso de la esquizofrenia en estudios longitudinales muy largos (más de 30 años) y ha aportado sus propios argumentos en favor de la interpretación de la cronicidad como un artefacto social. Concluye que la hipoesestimulación y el hospitalismo son responsables de la sintomatología negativa, que determinados patrones de interacción familiar contribuyen a la cristalización en proceso crónico de la crisis, considera la escasa especificidad de los síntomas de esquizofrenia crónica, etc. Plantea al esquizofrénico como alguien de elevada vulnerabilidad y en riesgo de precipitarse al episodio agudo en condiciones especialmente estresantes. El episodio psicótico, opina, puede conducir al fracaso existencial o servir como ocasión de maduración y cambio. Por nuestra parte, nos parecen del máximo interés los estudios que le llevan a concluir que la expectativa hacia el paciente, de los familiares y del personal rehabilitador, es el principal factor predictivo de la evolución del usuario. Ciompi sostiene que el proceso de cam-

bio se activa más con la modificación del entorno social del usuario que con intervenciones focalizadas estrictamente en él.

Como toda práctica, la de la Rehabilitación representa algo menos codificado de lo que los modelos teóricos exponen. Para A. Rodríguez (28) la rehabilitación es «una práctica en pleno proceso de definición». Sarraceno admite que comprende «estrategias complejas y prácticas multivariadas» (29). Por nuestra parte, nos gusta pensar en ella como el arte de lo posible aplicado al enfermo mental crónico, mediante lo que tratamos de acentuar nuestra convicción de que es una práctica donde lo importante es hacer bien lo que sea posible hacer en cada situación particular, tomadas una por una.

Como toda intervención institucional, es lógico que la Rehabilitación sea una actuación organizada, con programas definidos, que incluyan las metas deseables, los medios apropiados, los modos de evaluación exigibles para comprobar si la institución y los programas están cumpliendo lo que se espera de ellos.

Por nuestra parte, en la experiencia de trabajo con psicóticos en «Hospital de Día Madrid», creemos trabajar en una doble perspectiva terapéutica y rehabilitadora mediante la utilización de un conjunto de técnicas y programas variados que dan un lugar muy importante a los dispositivos de cura por la palabra, en los cuales ayudamos al sujeto psicótico a plantearse cuál será su propio modo posible de transitar por el mundo a través de su propia e irreplicable perspectiva personal complicada por la incidencia de fenómenos psicopatológicos, a construir el proyecto de una nueva vida posible, a recuperarse para sí mismo y a tratar de volver a tomar el control sobre su propia vida.

Nos parece un problema técnico de la



mayor importancia lograr que el usuario se sitúe ante el proceso de rehabilitación como el sujeto protagonista de su propio proyecto –que eventualmente le ayudaremos a construir– antes que como el objeto de unas técnicas. Creemos que esta perspectiva fundamental, natural desde nuestra orientación teórica que es psicoanalítica, es compartida de forma muy general incluso desde otras perspectivas teóricas y es básica para emprender un proceso verdaderamente rehabilitador de un sujeto.

Sin descuidar otros dispositivos cuyos objetivos abarcan desde la mejoría cognitiva del usuario a través de técnicas de terapia ocupacional, la planificación de actividades de la vida diaria –aseo, cocina, autoadministración de medicación, transportes públicos, ocio–, o la planificación de inserción en recursos normales de la red social (formación, trabajo, familia), a pesar de la importancia de la definición de las técnicas y del diseño razonable de los programas, su trascendencia es, a nuestro juicio, secundaria, al trabajo de suscitar ese deseo de cambio. Nos parece comprobar en nuestra práctica que el despertar del deseo de cambio hace surgir a menudo posibilidades insospechadas. Valoramos, con Ciompi, que muchas «dishabilidades» se pueden comprender como fenómenos de abandono del uso de las «habilidades», fenómeno que en la psicosis es tan importante como la dificultad inducida por los síntomas positivos.

IV. Si, como decía Basaglia, «las instituciones son la estrategia del sistema social» (30), el cambio de estrategia social frente a la locura habrá de notarse, en la práctica, en las transformaciones de las instituciones consagradas a su tratamiento y de los roles de los profesionales que las ocupan.

Si pensamos en la situación de nuestro país, no se pueden negar los cambios operados entre nosotros en los últimos años. La asistencia pública ha hecho un gran esfuerzo para transformarse –la Reforma Psiquiátrica–, a lo que también se ha unido la aparición de iniciativas privadas que han roto con el patrón manicomial, a las que nos hemos sumado modestamente desde la creación en 1988 de nuestro hospital de día.

En una tendencia que viene de lejos, hemos visto crearse otro tipo de instituciones con modos de intervención variable.

Así, por ejemplo, el «modelo hospital de día» ha diluido el abismo que suponía la disyuntiva entre el ingreso psiquiátrico de 24 horas al día y el tratamiento ambulatorio aplicado mediante consulta cada tres o más semanas. Como dispositivo, el hospital de día ha demostrado que si está suficientemente dotado puede sustituir muchas veces al internamiento, con la ventaja de no separar al paciente de su comunidad.

Han aparecido los centros de día como respuesta a la precariedad que caracteriza el vínculo social espontáneo de los psicóticos. Hay los centros de rehabilitación psicosocial, donde se aplican programas rehabilitadores, con objetivos concretos y procedimientos de evaluación.

Ha podido verificarse que personas que habían estado mucho tiempo internadas en hospitales psiquiátricos –a veces muchos años– pueden ser preparadas para vivir en la comunidad si lo desean y si cuentan con el apoyo necesario: las casas de transición son una realidad como institución que lo hace viable.

Son una realidad en muchas partes los recursos residenciales –apartamentos protegidos, asistidos, supervisados, apoyados– donde gentes consideradas enfermos mentales crónicos pueden hacer una vida relati-

vamente ordenada con grados de apoyo variables. Ello es posible y más satisfactorio para el usuario que el asilo. Hay toda una gama de recursos técnicamente posibles, que no necesitan más que recursos económicos para poder aplicarse a escala proporcional a las necesidades.

Hay un movimiento de asociacionismo entre las familias de los enfermos, fomentado desde los responsables de los programas públicos, para la creación de fundaciones que puedan recaudar y administrar fondos para sostener recursos ocupacionales y residenciales, o las llamadas «casas de respiro» adonde van a pasar unos días los pacientes que permiten descansar un poco a los familiares que los cuidan, o realizar funciones de tutela de los enfermos o de sus bienes si ello fuera conveniente, para evitar que se vean abandonados tras el fallecimiento de los padres y ayudarles a administrar los bienes que hayan podido recibir en herencia.

Y también existe la posibilidad, hecha realidad en varios lugares, de crear y desarrollar empresas cooperativas que proporcionen trabajo remunerado a gentes diagnosticadas de esquizofrenia. Se comunican experiencias (31) donde ex-usuarios de programas de rehabilitación se convierten en *case-managers* competentes de nuevos usuarios y logran obtener ingresos económicos en tal concepto, reconvirtiendo su rol de clase económicamente dependiente a clase socialmente productiva.

Hay la posibilidad de que el uso de la iniciativa y la imaginación de las partes interesadas –profesionales, familiares, usuarios, instituciones– produzcan salidas racionales y posibles al atolladero de la exclusión de los circuitos sociales normalizados por causas psíquicas.

En este tiempo en que se plantea abierta-

mente la crisis del «estado del bienestar» y correlativamente la crisis de los sistemas de protección social, interesa destacar la posibilidad, ya aludida y que también es realidad en otros lugares (32), de que el sector privado pueda colaborar con el Estado, las Administraciones Públicas, y los demás agentes sociales –asociaciones de afectados, grandes empresas–, a través de fórmulas –son fuertemente sugeridas las cooperativas– que puedan aportar las mejores garantías de fidelidad a los fines sociales: creación de nuevas empresas y empleos, lucha contra la exclusión, e innovación social.

Procede añadir que todas estas posibilidades concretas, que son ya entre nosotros realidades evaluables, no existen en la cantidad que sería de desear, ni en términos absolutos ni en términos comparativos con los países europeos con los que solemos homologarnos. Se percibe con frecuencia en la práctica diaria que no se encuentra el taller protegido que requeriría tal usuario, o la residencia que requiere tal otro, o la plaza en un centro de rehabilitación para el de más allá, etc.

También los roles de los profesionales han sido alcanzados por la nueva orientación, y han aparecido figuras no previstas en los planes oficiales de estudios, como el *Case Manager*, el Técnico en Rehabilitación, o profesionales que orientan su trabajo hacia la gestión de empresas sociales que incluyan a los usuarios, abandonando el campo de la clínica pura.

Como en otras áreas de la actividad humana, no son tanto las limitaciones técnicas sino la limitación –cuando no la escasez– de medios, presupuestos y recursos lo que crea dificultades. Aquí adivinamos un punto de fuga en la Rehabilitación hacia el campo de la economía y la política.

V. En nuestra lectura de los trabajos sobre el tema, la Rehabilitación es un concepto que no se comprendería sin una perspectiva ética. Si pensamos que la Rehabilitación no parece ser un proceso «natural» –para la civilización de los últimos dos o tres siglos, lo «natural» parece más bien que el alienado sea darwinianamente excluido y olvidado–, Rehabilitación es el acto ético de detener e invertir el proceso de exclusión, cronicación y deterioro que la experiencia manicomial mostró en su faceta más material.

Los actos éticos –por ejemplo los imperativos categóricos kantianos– son aquellos con los que un sujeto se siente comprometido por razones distintas de su propio interés o comodidad. Si el manicomio representa un pacto social en defensa de la comodidad colectiva para excluir del comercio social a los alienados, que ofenden el buen sentido o el buen gusto, la Rehabilitación representa la exigencia ética de respetar los derechos sociales de los excluidos.

Los teóricos de la rehabilitación invocan con frecuencia la ética colectiva, la que debería regir la conducta política de los hombres, que es expuesta en los artículos de las Constituciones de los Estados, en las Declaraciones de Derechos del Hombre de la ONU. Declaraciones sobre el derecho a la vida, derecho al trabajo, derecho a la educación, y a la vivienda. Es una invocación a la ética colectiva trasladada al Estado Ideal, del que se solicita que se realicen determinados derechos individuales que tienen la particularidad de, muy frecuentemente, no ser realizados. El mundo de los Ideales no se aviene a la rutina de un mundo real violento y lleno de diferencias.

Entonces, desde la perspectiva ética que demanda la teoría de la Rehabilitación, ad-

mitiendo el carácter problemático que para el Estado significa la aspiración a satisfacer las aspiraciones éticas que le transfieren los ciudadanos –el problema de, por ejemplo, cómo se realiza el derecho del alienado a trabajar en un país con más de 20% de parados–, admitiendo los límites del Estado ante el fenómeno que Foucault llama «la demanda ilimitada de seguridad social» (33), admitido que la promesa utópica de felicidad es un factor de la política, incluso admitido todo eso, cada uno habría de pedirse éticamente, y pedir de la sociedad de todos y, en su nombre, a los representantes políticos, el compromiso en defender seriamente, como deseo, y como deseo que se note en hechos, algunos mínimos.

Para el sector de los profesionales, ello podría significar pedirnos éticamente una práctica comprometida, reflexiva, abierta a admitir y comprender los errores, a mejorar cada año los planteamientos, los programas, las intervenciones. Debería significar indagación permanente para el cambio y la mejora. Y no debería significar el ejercicio de una práctica aprendida de una vez y para siempre, ejecutada sin crítica, repetida ritualizadamente.

Creo que la ética de la Rehabilitación debería significar, para las instituciones y para sus responsables, ser adecuadas, adaptables, y racionales. No serviría, por ejemplo, un tipo de institución que haya de soportar una burocracia perversa que emplee, como se ha citado en alguna ocasión (34), porcentajes de hasta el 50% de sus fondos en gastos administrativos. No serviría una institución si hacen falta tres firmas para reemplazar una bombilla. No servirían unas instituciones si no hay una cultura de colaboración entre ellas, intercambio de información, posibilidad de actividad coordinada. No servirían instituciones que nunca se

hagan preguntas y donde el peso de la tradición reduce la práctica a una repetición sin esperanza.

Las familias están llamadas a desempeñar un doble papel. Uno es político, mediante sus asociaciones: el de personarse en los debates sociales, al igual que hacen otros colectivos, para hacer oír sus demandas y exigir que implementen en políticas de hechos concretos los medios apropiados para mejorar su situación. Incluso, más allá podrían trascender la cultura de la reivindicación para impulsar proyectos propios —ya existen algunos— de captación de fondos mediante las instituciones adecuadas.

El otro puede consistir en hacerse las preguntas adecuadas, reflexionar sobre su propia historia, pensar en las actitudes que sostienen hacia el familiar enfermo, medir las responsabilidades que le incumben, considerar los actos y las palabras, sopesar las decisiones.

Insistimos en que Rehabilitación también debería significar cosas para el usuario. Debería significar la responsabilidad, el desafío de asumir su parte del trabajo, de descubrir su deseo de cambiar, de entenderse, desde su propia peculiaridad, con ese mundo tan contradictorio y falto de sentido que es el mundo en que vivimos, hacerse la pregunta de si en alguna medida, con sus actitudes —los psicóticos también tienen actitudes— él mismo es responsable de parte de su infortunio.

Creo que Rehabilitación, para los Administradores de la Sanidad y de los Servicios Sociales, debería significar una reflexión sobre los capítulos del gasto público. Una elección frente al desembarco de la tecnología en Psiquiatría, que pronto sugerirá la necesidad adquirir costosas y sofisticadas herramientas de ingeniería médica. Una reflexión sobre el crecimiento asombroso del

coste de los nuevos fármacos, gravados con el gasto suplementario del impresionante despliegue de *marketing* que les acompaña. Una reflexión sobre el lugar comparativo que se da al alienado en relación con otros ciudadanos usuarios del sistema público de salud, a los que no se les discute su derecho a recibir los tratamientos más sofisticados y costosos. Una reflexión sobre el riesgo de un modelo que, medicalizando de manera radical el problema de la psicosis, puede conducir a una distribución del gasto que se olvide de las necesidades fundamentales de los usuarios: un lugar donde vivir que se parezca a un hogar, unos ingresos mínimos para sobrevivir con dignidad, un lugar en la comunidad que les permita sentirse alguien.

VI. Esta nueva palabra que nos llega para ser aplicada al viejo problema de la locura tiene aún una vida corta. El tiempo dirá cuál será su lugar en el desván de las palabras. A dos siglos de historia del nacimiento de la Psiquiatría, desde el célebre acto de Pinel de liberar del encierro a los locos de Bicêtre, hay una interesante historia que recorrer. Con el Tratamiento Moral apareció una nueva posición del alienista frente al alienado. Después, toda una serie acontecimientos: permanentes dificultades en las formas de articular el problema del control social, el problema de la escasez crónica de recursos suficientes que transformó las casas de salud en lugares de miseria, el desarrollo de las neurociencias, la aparición de los neurolépticos, etc. Todo para encontrarnos de nuevo el problema del manicomio en toda su dimensión en los años 60.

Hoy, dos siglos después de Pinel, resulta que en la pretensión de que haya Rehabilitación Psicosocial para los alienados estamos hablando de administrar, a través de la

## DEBATES E INFORMES

des-institucionalización, algo que podría parecerse a un nuevo intento de liberación histórica del alienado.

Desde nuestra perspectiva, no podemos dejar de saludar con simpatía al desafío de dar dignidad a esa nueva tentativa teórica y política de que los alienados tengan un lugar en la comunidad y una verdadera oportunidad de vivir una vida digna de ese nombre, y le deseamos la mejor de las suertes.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) BASAGLIA, F., «Psiquiatría o ideología de la locura», en *Razón, Locura y Sociedad*, Basaglia F., y otros, México, Siglo XXI Ed., 1989, p. 38.
- (2) FOUCAULT, M., *Historia de la locura en la Época Clásica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1967.
- (3) GOFFMAN, E., *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.
- (4) ÁLVAREZ, F., *Miserables y locos*, Barcelona, Tusquets, 1981.
- (5) GONZÁLEZ-TORRES, V., «El usuario y sus Derechos Humanos», *Abstract Book: V Congress World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR)*, Rotterdam, 1996.
- (6) Citamos la intervención de clausura de Benedetto Sarraceno, presidente de la WAPR en seminario internacional «Il futuro degli ospedali psichiatrici nelle aree metropolitane. Progetti ed esperienze in Europa» celebrado en Milán en 1995, reseñada en el *Boletín de la AMRP* n.º 2.
- (7) DESVIAT, M., *La Reforma Psiquiátrica*, Madrid, Dor, 1994.
- (8) SARRACENO, B., «Entrevista con Benedetto Sarraceno», *Boletín de la AMRP*, 1995, n.º 3, p. 11.
- (9) FLAQUER, L., «La familia como arena de contienda», *Claves de Razón Práctica*, 1994, n.º 46, Madrid.
- (10) BLASI, R., «Salut... Salut Mental comunitaria», en *La Rehabilitació Psicossocial a la Comunitat i amb la Comunitat*, 1995, n.º 0, Barcelona, Aran.
- (11) GASSER, I., «Familles et Réhabilitation», *WAPR Bulletin*, 1994, vol. 6, n.º 1.
- (12) EUROPEAN FEDERATION OF ASSOCIATIONS OF FAMILIES OF MENTALLY ILL PEOPLE, «Manifiesto of the II Conference for Relatives of the Mentally Ill, *Abstract Book: V Congress World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR)*, Rotterdam, 1996.
- (13) MORENO, S., «Intervención en la Mesa Redonda de las II Jornadas de la AMRP», reseñadas en *Boletín de la AMRP*, 1994, Madrid, n.º 1.
- (14) ÁLVAREZ, E., «El Síndrome *Burnout* o el desgaste Profesional», *Revista de la AEN*, 1991, n.º 39.
- (15) MURPHY, H. B.; RAMAN, A. C., «The chronicity of schizophrenia in indigenous tropical people», *British Journal of Psychiatry*, 1971, n.º 18.
- (16) ROTELLI, F., «Tiempo de Rehabilitación», *Boletín de la AMRP*, 1995, n.º 4.
- (17) Nos referimos a diversas intervenciones escuchadas en las «I Jornadas de Cooperativismo Social», celebradas en Barcelona del 15 al 17 de febrero de 1996.
- (18) SARACENO, B., «Entrevista con Benedetto Sarraceno», en *Boletín de la AMRP*, 1995, n.º 3.
- (19) DONAS, M., «Unidades de Rehabilitación o almacenes de pacientes», *Boletín de la AMRP*, 1995, n.º 4.
- (20) FERNÁNDEZ, A., «Hablan las familias», en *Boletín de la AMRP*, 1995, n.º 4.
- (21) CIOMPI, L., y otros, «Un programa di ricerca sulla riabilitazione del malato psichiatrico», *Psicoterapia e scienze umane*, 1987, n.º 4.
- (22) SARRACENO, B., *La fine dell'intrattenimento*, Milán, Etaslibri RCS, 1995.
- (23) LIBERMAN, R., *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*, Barcelona, Martínez Roca, 1993, p. 23.
- (24) FEDERACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL, «Declaración de los Derechos Humanos de los Enfermos Mentales» (1989), *Boletín de la AMRP*, 1995, n.º 2.

- (25) ROTELLI, F., *op. cit.*
- (26) SARRACENO, B., «Entrevista con Benedetto Sarraceno», en *Boletín de la AMRP*, 1995, n.º 3.
- (27) SARRACENO, B., *La fine dell'intrattenimento*, Milán, Etaslibri RCS, 1995, pp. 16 y ss.
- (28) RODRÍGUEZ, A., «Rehabilitación Psicosocial. Reflexiones y perspectivas», *Boletín de la AMRP*, 1994, n.º 0.
- (29) SARRACENO, B.; MONTERO, F., «Rehabilitación. Entre Modelos y Prácticas», en V. APARICIO (coord.) *Evaluación de Servicios de Salud Mental*, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- (30) BASAGLIA, F., «Psiquiatría o ideología de la locura», en *Razón, Locura y Sociedad*, Basaglia F., y otros, México, Siglo XXI, 1989.
- (31) HUTCHINSON, D., «Acerca del *Case Management*», *Boletín de la AMRP*, 1995, n.º 4.
- (32) COMITÉ EUROPÉEN DE COOPERATIVES DE PRODUCCION ET DE TRAVAIL ASSOCIÉ (CECOP), Documento de Trabajo en *Jornades Europees de Cooperativisme Social*, Barcelona, 1996.
- (33) FOUCAULT, M., «Seguridad Social: un sistema finito frente a una demanda infinita», *Saber y verdad*, Madrid, La Piqueta, 1985.
- (34) ALLODI, F., *Intervención en las I Jornadas de la AMRP*, Madrid, 1994.

\* Ricardo Guinea Roca, médico-psicoanalista, coordinador de Hospital de Día Madrid.  
*Correspondencia:* Ricardo Guinea Roca, Hospital de Día Madrid, c/ Manuel Marañón, 4, 28043 Madrid.

\*\* Fecha de recepción: 10-II-1997.