

FILOSOFÍA DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL¹

Manuel Desviat

“Vistiéndose de normalidad para
poder estar entre los otros”

Pau, nikosiano, durante una emisión en el 2004

(Correa Urquiza M, 2010)

1

En principio, uno tiende a considerar la rehabilitación psicosocial como un conjunto de herramientas, técnicas, procesos y estrategias ancladas, en apariencia, en el sentido común. De hecho, la consideración que hacen de la filosofía de la rehabilitación psicosocial manuales y textos que la fundamentan, es una enumeración de unos pocos principios y objetivos comunes a las distintas experiencias. Unos fundamentos que han ido divergiendo en la práctica, abriendo un debate de gran interés no solo para la Rehabilitación sino para la manera de pensar la salud, la manera de entender la producción de la salud. Debate sobre la técnica y los valores. Sobre la acción sanitaria, sus actores y sus límites. Pues, en última instancia, si hablamos de filosofía de la rehabilitación, nos encontramos ante dos disyuntivas: ¿estamos ante un conjunto de técnicas cuya filosofía queda reducida a unos cuantos principios y objetivos que guían su actuación? ¿O ante una práctica cuya conceptualización puede, en mi opinión, contribuir a una nueva filosofía de la producción de la salud?

Si nos referimos a la técnica, hay diferentes enfoques, diferentes métodos que han demostrado su eficacia en la atención a las personas con problemas graves y persistentes de salud mental, en su hacer contra la discapacidad (falta de habilidades para el desempeño de las actividades sociales) y la minusvalía (consecuentes desventajas en ese desempeño). El consenso inicial es simple: instrumentar un conjunto de técnicas o métodos, mejor o peor definidos, que se aplican sobre personas que sufren enfermedades mentales y que llevan

¹ Notas para la conferencia inaugural del 4º Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, 22.10.2014

implícita una preocupación humanitaria genérica por el destino de estas personas. “Una mezcla de técnicas diversas”, tal como lo recogen la OMS y la WPA, “que van desde lo biológico (el uso de la farmacología) al entrenamiento en habilidades psicosociales, dentro de un modelo mayoritariamente cognitivo conductual. Dejando claro el objetivo de que estos procedimientos ayuden a las personas afectadas por problemas mentales graves a una vida lo más *normalizada* y con la mayor calidad posible”. Objetivo que se dice bajo la influencia de los derechos humanos de los pacientes y el *principio de normalización* (AEN, 2002).

Estaríamos, en este caso, ante unas herramientas técnicas, cuyo modelo teórico y filosofía de atención estará determinada por el sistema sanitario y social donde esté encuadrada, con independencia de los principios de su origen. O dicho con otras palabras, algo surgido en el proceso de desinstitucionalizador y comunitario, antimanicomial y anti-excluyente, puede devenir, como señala el informe técnico de la AEN antes citado, “en un instrumento tendencialmente excluyente”, que colabore “en acciones segregadoras y provocadoras de los que podríamos denominar “nuevos procesos de cronicidad.” (AEN, 2012)

En este caso, la rehabilitación quedaría reducida a un conjunto de instrumentos y técnicas, herramientas de cribaje y categorización justificadas en sí mismas. Con el riesgo, como señala el documento citado, de generar perfiles, categorías en función de las prioridades de criterios empresariales o profesionales (Categorías de rehabilitable/ no rehabilitable), excluyendo a aquellas personas que no se ajusten a los criterios de inclusión por no adecuados económica o profesionalmente. Desplazamiento hacia enfermos con mejores pronósticos clínicos y sociales, preferentemente en estadios precoces, abandonando aquellas otras con perfil más complejo, de mayor deterioro psíquico y sobre todo social. Con lo que queda abierta, de nuevo, la puerta al manicomio, se le llame larga estancia o residencia asistida.

Por otra parte, a nivel conceptual y de ideario asistencial, la rehabilitación se convierte en una terapéutica del aprendizaje, un tratamiento educativo de

modificación de conductas, situando el tratamiento exclusivamente en la propia funcionalidad del individuo.

2

La otra opción se encuentra en el mismo origen de la rehabilitación psicosocial, en su por qué surgió y en dónde y en el cuándo surgió, que como sabemos fue en la urgencia de la reforma psiquiátrica, para encontrar herramientas frente a la vieja y nueva cronicidad, en un horizonte volcado hacia la comunidad y ambición sociosanitaria. De ahí parte su campo de acción primigenio y se forja su filosofía de actuación fundacional. Un campo que exige la transversalidad, gracias a la multiplicidad de actores y escenarios y a la necesidad del conocimiento de unos saberes, académicos y profanos, que van más allá de lo meramente técnico sanitario. Un campo que debe ampliar la mirada médica y psicológica a lo social, lo ambiental, lo antropológico, lo político (en el sentido de acción pública, de gobernanza de lo común), sin tener porque renunciar a lo subjetivo ni a lo biológico.

Es desde aquí que la RP puede ayudar a construir una nueva teoría psiquiátrico-psicológica, y una clínica entendida de una forma nueva, que permita un eje subjetivo y un eje social y político, que salga de los muros hospitalarios, manicomiales o generales, en la que hasta ahora ha sido construida. Pues uno de los grandes problemas de la actual práctica en salud mental en general, y en rehabilitación en particular, es que por lo general no se diferencia de una forma suficiente de las prácticas biomédicas que denostamos. Algo que se ha convertido en un tema central en estos momentos en el campo de la salud, y más específicamente, en el de la salud mental, ante la hegemonía del reduccionismo biológico de la mano la estructura empresarial médico-tecnológica.

3

En esta perspectiva hablar de las filosofías de la RP nos lleva a considerar no tanto la bondad de unas u otras técnicas, sino a reflexionar sobre, en primer lugar, los valores, es decir sobre la ética de los cuidados, para después ocuparnos de los soportes teóricos. Esto nos plantea otros interrogantes y otro debate no necesariamente subsumido en las posiciones antes expuestas. Pues

aquí la cuestión tiene que ver con el trato con las personas aquejadas de problemas de salud mental, con los enfermos; es interrogarnos sobre los principios éticos y teóricos que fundamentan las prácticas; preguntarnos qué clínica es posible y a qué precio; se trata de plantearnos la cuestión del poder terapéutico y sus límites. Algo que va más allá de la RP, pero que tiene en esta actividad una importancia singular, dada la mayor indefensión de los pacientes que trata. Que tiene que ver con la clínica, al menos lo que yo entiendo por la clínica, que no es otra cosa que el abordaje terapéutico necesariamente intersubjetivo de los profesionales con los pacientes.

Hay quienes sostienen que la rehabilitación es otra cosa diferente a la clínica. Lo que supone ignorar la enfermedad en su subjetividad. En realidad, ignorar la clínica es hoy cada vez más habitual. Se da, por muy paradójico que parezca, en la psiquiatría meramente fármaco-biológica; pero se da también, en todo el mundo, en muchos servicios alternativos, comunitarios, cegados por una crítica que tira al niño con el agua sucia de su lavado; y se da en muchos programas de la RP parapetados en protocolos estandarizados, necesarios pero no sustitutivos de la intersubjetividad clínica. Protocolos estandarizados que pretenden la normalización de los pacientes. Procedimientos que pueden llevar a prácticas poco respetuosas con la dignidad de las personas con problemas de salud mental, como las que se denunciaban en un artículo de hace unos años de Alejandro Bello y Rodríguez Rodríguez M en el Boletín de la AMRP- castigos, imposiciones...--, y que, en cualquier caso, llevan a que los usuarios asuman un rol socio-asistencial pasivo. (Rodríguez Rodríguez M, 2008).

Es verdad que la clínica actual se centra en la enfermedad, no en el enfermo. Se reduce al diagnóstico, la prescripción y, en todo caso, el consejo; una clínica tendente al encuentro individualizado, muy estandarizada por las clasificaciones internacionales y por la obligación de un diagnóstico que la limita. Pero la cosa es no quedarse ahí; desde la práctica rehabilitadora el campo terapéutico nos enseña otros escenarios posibles. Se están intentando otros tipos de clínica en los últimos años. Hay quienes trabajan ya con un concepto de clínica ampliada que tenga en cuenta tanto las determinaciones del sujeto como las de la sociedad en la que vive; una clínica que encuentre

su base teórica en una psicopatología cuya condición de posibilidad sea la libertad y los derechos de los pacientes. Donde no se parta de la curación a cualquier precio. Donde la voz del paciente prevalezca.

La corriente de *Saúde Coletiva*, una forma de pensar la salud, que surge en Brasil frente al salubrisimo individualista dominante, abre nuevos caminos al propugnar una re-lectura del proceso salud-enfermedad que considere el individuo en su singularidad y subjetividad en relación con los otros y con el mundo. (Resende Carvalho S, 2007).

Pero construir una nueva clínica exige volver a relacionarnos con los saberes que constituyen nuestra realidad, con la filosofía, la antropología, la literatura, con el arte; con aquello que estuvo en el origen de la psiquiatría y que hoy se ha perdido enfangado en un utilitarismo inculto, pero no inocente, pues intenta dominar el pensamiento del mundo, para procurar ganancias a unos pocos. Es por lo que, una nueva clínica, exige una *praxis* que se interroge sobre la producción del saber, sobre el poder, sobre el Estado y los grupos internacionales de poder financiero.

Escribí, en un artículo sobre Fernando Colina, que su obra reciente rompía con el páramo intelectual de la psiquiatría actual dominante; tanto del lado de la llamada psiquiatría biológica, como del estancamiento teórico de la salud mental comunitaria, atrapada por urgencias asistenciales y recetas normalizantes. Pues si no podemos aceptar el reduccionismo de la psiquiatría biológica, tampoco podemos quedarnos enrocados en lo biopsicosocial como doctrina, pues en si mismo no es más que un camino, una estrategia conceptual frente a la simplificación órgano-farmacológica. Y ya no es posible el apaño, la cómoda tentación del todo vale. No es posible habitar en las dos alcobas, ni un tercero en la recamara. O se está con el síntoma como defensa, el delirio como intento de reconstruir un mundo que se fragmenta o se está con la falla neurofisiológica, las conexiones cerebrales, el soporte cerebral como respuesta, el monólogo de la razón (Desviat, 2014); donde ya no cabe atribuir sentido por parte del sujeto a lo que le sucede.

El hecho es que hemos conseguido destronar al manicomio, aunque persista vergonzante, más o menos disfrazado, y demostrar la viabilidad y mayor eficacia de la atención en red, la continuidad de cuidados, la atención en crisis, la rehabilitación en los tres niveles de actuación...Pero la sensación, como dice Martín Correa Urquiza en su tesis doctoral (2010, p. 28), es que, sin embargo, pocas modificaciones ha sufrido el paradigma global desde donde se piensan las problemáticas mentales. El modelo biomédico, continúa siendo el eje a través del cual se articulan las prácticas relativas a este ámbito de la salud.

Los avances técnicos de la rehabilitación cognitivo-conductual han demostrado de sobra su eficacia sobre el deterioro y la anomia de los pacientes psicóticos, aumentando su autonomía y calidad de vida. Ahora bien, en ocasiones, este progreso técnico, instrumental, se ha hecho a expensas de la negación de la psicopatología y la clínica. En el mejor de los casos, la clínica ha pasado a un segundo plano, confundiéndola con la psicofarmacología y el aprendizaje. La actividad y las píldoras, el protocolo y la economía de fichas, la disciplina en la desorganización psicótica, la reglamentación frente a la apatía...Uno puede revisar en algún centro de rehabilitación los informes de los pacientes y no encuentra prácticamente nada que tenga que ver con una aproximación clínica: al final se reduce al progreso en sus habilidades a través de una serie de ítems. Sin lugar a duda alguna, hacen falta protocolos, guías que regulen la actividad asistencial (estoy entre los que han sido decididos impulsores durante años de estas medidas); procedimientos que protocolicen la actividad, los planes individuales de rehabilitación, su seguimiento y evaluación; en suma, que informen y reglamenten el tratamiento de los pacientes. El problema no está en los protocolos ni en las guías, surge cuando estos se constituyen en la única atención al paciente, cuando sustituyen el entendimiento de sus síntomas como parte de su biografía, cuando la inevitable transferencia se desplaza a un cuestionario a rellenar puntualmente. El protocolo ha sustituido a la clínica. Hemos convertido en menores, de nuevo, a los pacientes, protegiéndoles de los riesgos de un nuevo brote, de la afectividad, de las transgresiones, protegiéndoles de la vida. Aún cuando estén siendo atendidos en servicios comunitarios, centros de salud mental, centros de día, viviendas alternativas..., quedan institucionalizados de nuevo, presos de las necesidades defensivas de

los terapeutas. Se les escucha, sí, pero desde el paternalismo del que tiene la verdad sobre cómo se debe actuar, de lo que es mejor para su salud, para su vida. Se habla de *recovery* y, de empoderamiento y de autonomía, pero son términos para adornar los programas. La negociación, el contrato terapéutico se reduce a un cumplimiento de tareas y normas de convivencia. Lo que es más grave en la atención a los trastornos más crónicos pues cuanto más dure el tratamiento mayor será la necesidad del que el paciente intervenga en el plan terapéutico.

Hay otros aspectos que interrogan a la práctica rehabilitadora, pero en realidad lo hacen a toda la salud mental. El primero de todos es el uso del diagnóstico. El diagnóstico entraña riesgo en la salud mental, hasta el punto que hay quienes plantean ponerlo entre paréntesis, y hasta suprimirlo, relegándolo a cuestiones institucionales. En cuanto al clínico le cierra el caso, le impide saber del paciente y puede hacer que éste lo asuma como un estatus, como una forma de vida. ¿Qué clínico no ha tenido la experiencia de la persona que llega a la consulta y ante la pregunta de qué le sucede dice: soy un bipolar o un trastorno límite...? En cualquier caso, sabemos que no ayuda a la decisión sobre el tratamiento a elegir y aumenta la estigmatización. Más aún cuando el diagnóstico responde al imaginario de un momento histórico, forjado por intereses profesionales y de empresas farmacológicas. Cada vez que me pones una etiqueta, me derrotas, escribió J-P-Sartre.

En segundo lugar, está la supuesta 'conciencia de enfermedad. La creencia en la conciencia de enfermedad, muy extendida en el tratamiento de la psicosis, desnudando la ausencia de una perspectiva clínica, allí donde se considera uno de los principales criterios de "curación", o de mejoría. Esa pretensión que denuncia Colina de "...arrancar al paciente la confesión de que está enfermo, cuando en el fondo por mucho que finalmente lo proclame, ni lo cree ni entiende a ciencia cierta lo que es eso que con tanto interés se le propone(Colina, 2014). Además, la noción conciencia de enfermedad nos remite a la noción de normalidad, a ese delirio de normalidad al que se refiere Ximena Castro por la imposibilidad de alcanzar normas comunes. ¿Pero que

entendemos por lo normalidad? Freud afirma en *Análisis terminable e interminable* (Freud S 1937) que es una “ficción ideal”.

Para el poeta Leopoldo Panero:

El capitalismo es un poco como el panóptico, es como una cárcel con una torre en el centro donde se vigila el comportamiento de todos los presos. Y de esta forma en el sistema no se puede tener más que una vida, que es lo que se llama normalidad y la normalidad, encima, es una cesación del sentido, porque, por ejemplo, normalidad en un grupo se llama a que vuelva en sí y diga: todo lo demás era un error, y yo no estoy de acuerdo. (Leopoldo María Panero, Arencibia L. *Locos*. Madrid, Libertarias, 1995).

Una normalización que se hace según los criterios del otro, del que representa la cordura en cada sociedad. Muy lejos del concepto de *recovery*, que no solo presupone la recuperación del trastorno mental. Implica la recuperación del proyecto vital, una vez que ha aparecido la enfermedad y la discapacidad. Supone apoyarse en las fortalezas, en las potencialidades que quedan para que la persona pueda volver a ser propietaria de su vida a pesar de las limitaciones que la enfermedad le ha dejado. Supone la devolución de la plena ciudadanía al enfermo psiquiátrico, pero una ciudadanía que no es la simple restitución de sus derechos formales -escribe Benedetto Saraceno (1999)-, sino la construcción de sus derechos sustanciales, y es dentro de esta construcción donde se encuentra la única resolución de la crisis o recuperación posible, la construcción de la clínica que proponemos. Una clínica donde la normalidad se entiende como diversidad, como diversas formas de hacer y de estar que hay que respetar en una clínica basada en primer lugar en la dignidad, pues sin dignidad, como dice María Zambrano, el ser humano se deshumaniza (1996).

Termino señalando lo que considero algunos riesgos y algunos caminos que empiezan a abrirse de cara al futuro. El primero de todos, respecto a la ética, pues considero que hoy no se puede plantear ningún programa sanitario o social que no parta de la ética, de la consideración del paciente como ciudadano con todos los derechos sobre su enfermedad y sobre su vida.

Hemos alcanzado un grado alto de cumplimiento de objetivos en aquel proceso que se inició hace ahora varias décadas, proceso de Reforma psiquiátrica e implantación de programas de RP en que vengo participando en este país y en otros desde su origen, un proceso complejo que ha creado nuevos sujetos, nuevas demandas, nuevos derechos de esos sujetos. ¿Pero dónde nos encontramos hoy respecto a los principios liberadores que guiaron nuestros primeros pasos reformistas? Decía Foucault que todas las filosofías de la libertad pueden convertirse con el tiempo en opresoras (Foucault, 1999). Lo que surge como innovador, puede instituirse, al cabo de los años de un cierto triunfo, como saber acabado, convirtiéndose en la Verdad, en la verdad de la rehabilitación, en la verdad de la vida de los otros. En el trasfondo: la conservación del estatus quo.

Después, o al tiempo, está la cuestión del conocimiento, la necesidad de una psicopatología y una nueva clínica, a forjar dialécticamente, rompiendo la separación entre la investigación y el trabajo asistencial, entre la producción teórica y la labor práctica de los equipos de la salud mental; superando la dificultad, de lo profesionales para considerar conjuntamente el trabajo de habilidades, las competencias y los recursos del sujeto, en la cotidianidad de la vida comunitaria, con otra aquella sobre el mundo interno para desarrollar la atribución de sentido y la comprensión por parte del sujeto de lo que sucede. No se consideran aspectos fundamentales del mundo interno (subjetivo) cuando predomina en un caso, y tampoco suficientemente la realidad externa (habilidades) en el otro (Hernández Monsalve M, 2011).

Una nueva clínica, del sujeto, emponderada, capaz de crear un vínculo con el sujeto enfermo y con su entorno. Basada en alianzas, en negociación, respeto, acuerdos renovables. Un trabajo clínico que tenga en cuenta tanto las determinaciones del sujeto como las de la sociedad en la que vive y que encuentre su base teórica en una psicopatología cuya condición de posibilidad sea la libertad y los derechos de los pacientes. Donde no se parta de la curación a cualquier precio. Donde la voz del paciente prevalezca. Una clínica de la dignidad.

En este proceso ya emprendido por una nueva clínica, la RP tiene un escenario privilegiado, por la amplitud de actores y escenarios, como señalaba antes, y por el peso que alcanza en su hacer nociones como empoderamiento, autonomía, cuidado de sí, o la irrupción de los saberes de los pacientes sobre su enfermedad como una exigencia complementaria con el saber profesional. Alianza de saberes profesionales y profanos para superar endeblez teórica del pragmatismo reduccionista dominante y en especial el abuso de poder que subyace en el discurso técnico de la medicina y la psicología clínica. Lo dice claramente Foucault (1999):

Lo que se reprocha a la medicina no es el disponer solo de un saber frágil y a menudo erróneo. Lo que se le critica es esencialmente que se ejerce un poder incontrolable sobre el cuerpo, sobre el sufrimiento del enfermo y sobre su vida y su muerte.

Bibliografía

Asociación Española de Neuropsiquiatría, *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuaderno Técnico, 6, 2002 pp. 24 y 25.

Asociación Española de Neuropsiquiatría, *Hacia una reformulación de la Rehabilitación psicosocial*. Cuaderno Técnico, nº 16, de 2012, p.88.

Colina F. *Sobre la locura*. Valladolid: cuatro, 2014.

Correa Urquiza, M. Radio Nikosia: *La rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)*, Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, p.28.

Desviat M. *El delirio en la obra de Fernando Colina, o la subversión del discurso al uso*. Valladolid: Anales, en prensa.

Foucault M. *Estética, ética y hermenéutica*. (III edn) Buenos Aires: Paidós, 1999, p. 115

Foucault M. *Estética, ética y hermenéutica*. (III edn) Buenos Aires: Paidós, 1999 p.122.

Freud S (1937). *Análisis terminable e interminable*. O.C. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967. Puede encontrarse en:
<http://www.lettrahora.com/ftp/Freud/Análisis%20terminable%20e%20interminable.pdf>

Hernández Monsalve M. Complejidad, complementariedad e integración en personas con psicosis P. En: Nieto (Coords). *Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis*. Madrid: Grupo 5, 2011, p. 66.

Panero L.M., Arencibia L. *Locos*. Madrid: Libertarias, 1995.

Resende Carvalho S *Saúde colectiva e promoção da saúde*. Sao Paulo: Hucitec, 2007

Rodríguez Rodríguez M and Bello Gómez A Desarrollos futuros en rehabilitación psicosocial. *Boletín AMRP*, 14 (22), 2008, pp. 3-5.

Saraceno B (1999) *Libertando identidades*. Río de Janeiro: TeCorá.

Zambrano M. *Persona y democracia*. Madrid: Siruela, 1996