



Rehabilitación y Psiquiatría. ¿Eterna Promesa o Pasada de Moda?

José J. Uriarte

Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación
Hospital de Zamudio. Osakidetza–Servicio Vasco de Salud
Presidente de la Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial–ASVAR

“Rehabilitación” es un término oscuro como la psiquiatría misma; como psicosis; como esquizofrenia; como cuanto se relaciona con la patología mental, por su complejidad y alcance, por la propia naturaleza del hombre enfermo, por los múltiples procedimientos comprometidos en la restitución de la salud, por las discrepancias en torno a conceptualizar y evaluar lo patológico, lo disfuncional, la discapacidad.

A. Colodrón

La rehabilitación psiquiátrica (o psicosocial, como es más comúnmente nombrada) toma impulso del conjunto de transformaciones sociales, políticas, económicas y tecnológicas que suceden en el mundo, a diferente velocidad, a partir de la segunda mitad del siglo XX, y que han llevado a los llamados procesos de reforma psiquiátrica. El desarrollo económico y social permite la aparición, al menos en los países económicamente desarrollados y con regímenes políticos democráticos, de una cultura de respeto a los derechos humanos, a la preocupación por las minorías y a la instauración, en mayor o menor medida, de procesos dirigidos a procurar una vida digna a las personas con enfermedades mentales. Los crecientes costes de las camas hospitalarias, la aparición progresiva de elementos tecnológicos que permiten un tratamiento más eficaz y la integración de la psiquiatría en la asistencia sanitaria impulsan los llamados procesos de reforma, palabra bajo la que subyacen muy diversas (y no siempre afortunadas) actuaciones en ocasiones identificadas meramente con procesos de desinstitucionalización ideologizados sin considerar las consecuencias de actuar sobre partes del sistema sin tener en cuenta el sistema completo. Aún así, es probable que el balance global sea positivo, a pesar del desarrollo incompleto y titubeante de esta

transformación asistencial en muchos lugares, desarrollo constreñido por dificultades reales de financiación del sistema público sanitario, de la realidad de pacientes muy difícilmente integrables, complejos y que ocasionalmente protagonizan conductas de riesgo, y de la insuficiente eficacia de los tratamientos, tanto farmacológicos como psicosociales, que deben sostener, más allá de las buenas intenciones, la mejoría clínica y de la calidad de vida de los pacientes y sus familias, objetivo fundamental de un sistema sanitario público.

El concepto de rehabilitación, tomado prestado de la medicina “física”, con sus conceptos simples de lesión, síntoma, secuela, se torna mucho más resbaladizo al ser aplicado a patologías psiquiátricas como la esquizofrenia, en las que el nivel actual de conocimientos impide separar síntomas de secuelas, en que la cronicidad puede adoptar formas clínicas en extremo variopintas, y en las que se confunden y entremezclan las consecuencias sociales con la clínica de la enfermedad. Lo cierto es que en los últimos años (desde la década de los 90, con la hasta cierto punto injustificada euforia biologicista, que de la mano de la genética y la biología molecular prometía un futuro inmediato de avances determinantes en el conocimiento y



tratamiento de la enfermedad mental, hasta el momento traducidos en poco más que una farmacologización de la asistencia psiquiátrica sin grandes cambios en los resultados globales asistenciales), la asistencia psiquiátrica parece cada vez más centrada en el corto plazo, en el tratamiento sintomático, relegando el tratamiento a la largo plazo, el de la clínica persistente, el de las secuelas y la cronicidad, a los espacios menos dotados y transformados del sistema sanitario y al sistema social.

A falta de que este conocimiento se desarrolle de forma suficiente permitiendo estrategias preventivas y terapéuticas más eficaces y con mayor impacto real en la prevalencia de enfermedades como la esquizofrenia y en evitar la cronicidad, es urgente que la asistencia sanitaria pública responsable de la llamada Salud Mental sea capaz de articular la atención a esta población, considerándola una prioridad. En este sentido, lo que llamamos rehabilitación es indistinguible de la organización de la asistencia continuada y a largo plazo de estas personas, integrando los medios disponibles y las técnicas eficaces conocidas, farmacológicas, psiquiátricas, psicológicas y psicosociales, con las medidas sociales necesarias. El adecuado desarrollo de servicios sociosanitarios que permitan abordar las minusvalías y las necesidades de apoyo social, especialmente en lo que concierne a necesidades de alojamiento, trabajo y ocupación, respaldo económico y protección de sus derechos debe ser complementario al desarrollo de los servicios sanitarios de rehabilitación capaces de abordar, de forma integral, las complejas necesidades médicas y psicosociales de los pacientes afectados. La rehabilitación no debe quedar relegada al limbo del espacio sociosanitario, al que acceden los pacientes tras múltiples fracasos, unidos de la condición de crónicos, condenados a talleres y centros de día infradotados. La rehabilitación debe concretarse en la capacidad de los servicios para aplicar la asistencia que una sociedad

desarrollada debe prestar a las personas con enfermedades mentales más graves, una asistencia basada en evidencia, y de eficiencia demostrada: una combinación integrada y coordinada de tratamientos farmacológicos, intervenciones psicosociales y seguimiento asertivo, cercano, y comunitario.

Servicios y Rehabilitación

Los procesos de reforma han ido seguidos de un desarrollo de recursos comunitarios a menudo anárquicos y de un trasvase de la atención a otros ámbitos como el social y la propia iniciativa privada. La disparidad entre los objetivos, personal, modelo de intervención, tipo de pacientes atendidos en cada dispositivo, etc., es enorme, haciendo inútiles las comparaciones e impidiendo cualquier tipo de evaluación y comparación. A esta diversidad se añaden otros factores como el cambio continuo y la variabilidad creciente de los servicios disponibles, la ausencia de límites precisos entre diferentes ámbitos asistenciales (como el sanitario y el social), la inadecuación de la tradicional separación entre servicios hospitalarios y extrahospitalarios, la tremenda variabilidad terminológica para designar recursos (como los hospitales y centros de día) y la falta de indicadores adecuados para controlar y evaluar el funcionamiento e impacto de dichos servicios¹.

La adecuada asistencia a la población con enfermedad mental grave requiere de un abordaje capaz de integrar los diferentes servicios necesarios, más allá de componentes ideológicos. El carácter comunitario de la asistencia no se deriva exclusivamente del lugar donde se ejerce (hospitalario *versus* extrahospitalario), sino de la capacidad del sistema para ofrecer las mejores intervenciones en cada momento, con los mejores resultados, favoreciendo así que los pacientes se mantengan durante más tiempo en su ámbito y entorno sociofamiliar con el mejor funcionamiento posible. No existen

¹ Salvador Carulla, 1998, 2002.



argumentos a estas alturas que soporten las bondades de una asistencia centrada en la hospitalización prolongada. Pero tampoco parece que pueda prescindirse, hoy en día, de recursos de hospitalización si quiere ofrecerse una asistencia integral².

El que un sistema de asistencia de Salud Mental sea definido como “comunitario” debe significar algo más que una mera postura ideológica. La simple identificación de lo comunitario con ciertos dispositivos asistenciales, en una especie de batalla entre el hospital psiquiátrico y los servicios ambulatorios, es de escasa utilidad para los pacientes a los que debe servir. El carácter comunitario de un sistema asistencial para personas con enfermedad mental grave deriva de su capacidad para conseguir y mantener la máxima normalización vital e integración social, y de proponer servicios lo más próximos posible a la población, facilitando el contacto con los mismos. Un Centro de Salud Mental puede ser menos comunitario que un hospital psiquiátrico, si sus miembros no trabajan con las familias, no realizan visitas domiciliarias y reducen la asistencia a la mera administración de fármacos. Una unidad de agudos en un hospital general no es por arte de magia un dispositivo más normalizado que una unidad en un hospital psiquiátrico, si sus pacientes están encerrados en un *gueto* dentro del hospital.

No es desdeñable en el desarrollo de servicios el coste de oportunidad que supone el enorme crecimiento en el gasto farmacéutico, en lo que a la atención a la población con enfermedad mental grave se refiere. La tendencia creciente a la farmacologización de la asistencia, en la que el tratamiento psiquiátrico parece identificarse únicamente con lo sintomático, y lo sintomático con el tratamiento farmacológico, parece haber ido moviendo la asistencia a la discapacidad a ámbitos cada vez más alejados de la primera línea asistencial, e incluso de la propia asistencia sanitaria. Y lo mismo puede decirse del abordaje

de los síntomas que no parecen accesibles a dicho tratamiento farmacológico, aún hoy en día con las nuevas generaciones de antipsicóticos. A pesar de la imposibilidad de distinguir entre síntomas y secuelas, aquellos síntomas negativos resistentes a los abordajes puramente medicamentosos se reconvierten en objeto de la rehabilitación, y condenados a ser abordados tardíamente, o en servicios infradotados, o no propiamente sanitarios. Como consecuencia, intervenciones cruciales en el tratamiento de enfermedades como la esquizofrenia pueden solo estar disponibles en dispositivos terciarios, lejos de los servicios pensados inicialmente para ser el eje de la asistencia comunitaria (como los centros de salud mental). Por otro lado, el desarrollo del ámbito sociosanitario, necesario para proporcionar servicios sociales imprescindibles para una adecuada integración social, corre el riesgo de suplantar a los servicios sanitarios que debieran ser responsables de dicha asistencia. Teniendo en cuenta que los servicios sanitarios son públicos y gratuitos y los sociales repercuten parte del gasto en el usuario, convertir síntomas en discapacidades y minusvalías, y relegar estas últimas al ámbito social puede suponer de hecho una barrera asistencial para los pacientes más graves y una sobrecarga adicional para sus familias. Es imposible abordar lo que llamamos Rehabilitación Psicosocial fuera del contexto más amplio de la asistencia a la población con enfermedad mental grave, tanto en lo que se refiere a la asistencia sanitaria como sociosanitaria. En palabras de Shepherd:

“Tradicionalmente se viene manteniendo una falaz distinción entre tratamiento y rehabilitación, que en la práctica asistencial dificulta la posibilidad de desarrollar una adecuada infraestructura integral de servicios comunitarios y una imprescindible continuidad de cuidados, tanto entre modalidades de tratamiento como entre dispositivos asistenciales”.

Shepherd (1998)

² *Balance Care*. Thornicroft y Tansella. (OMS, Health Evidence Network, 2004).



Conclusiones

En esta vida a veces las cosas, a fuerza de repetirse, se convierten en verdad aunque no exista ninguna evidencia que las soporte. Quizás porque no es demasiado importante que sean o no verdad, o quizás porque a pesar de su relevancia, otros factores juegan para que sea más cómodo hacer como si fuera así que hacer que sea así. Hace unos cuantos años que oigo (y que digo?) que la rehabilitación ha alcanzado por fin su mayoría de edad, que ha alcanzado un lugar central en la asistencia a las personas con enfermedad mental grave, que se reconoce de forma generalizada la eficacia (y por tanto, la necesidad) de sus planteamientos e intervenciones, etc. etc. Que la psiquiatría comunitaria es el eje indiscutible de todas las políticas asistenciales, que hay que escuchar a los pacientes y a sus familias, que se debe luchar con determinación contra el estigma, que el acceso al alojamiento y al trabajo es un elemento esencial, que hay que coordinarse de forma efectiva con los servicios sociales... Desde luego, es posible hacer un inventario rápido de las diferentes barreras que dificultan que la rehabilitación de las teorías se convierta en la rehabilitación de la práctica cotidiana. Porque admitámoslo, la rehabilitación es hoy en día en la mayoría de los contextos más una posibilidad teórica que una realidad rutinaria.

A mi juicio uno de los problemas más importantes que afronta la rehabilitación está en su propia concepción y desarrollo histórico. Mirándose en el espejo de la rehabilitación física, con un paradigma de escasos matices, comprensible para casi todo el mundo, pero muy alejado de la realidad de las cosas. La rehabilitación como abordaje de la discapacidad y de la minusvalía. La rehabilitación, como solución a las secuelas. La rehabilitación como una red de servicios terciarios, a la que acceden de forma ordenada los tullidos de la psiquiatría, y donde ejercitan sus músculos, ensayan con sus prótesis, pasean con sus muletas y lidian con los servicios sociales. Este planteamiento, a mi

modo de ver, no solo tiene grandes desventajas, sino que además se asienta sobre una concepción de la cronicidad y las necesidades asistenciales de nuestros pacientes muy alejada de la realidad. Quizás habría que empezar por eliminar el propio término de Rehabilitación, cuya existencia parece a veces más una barrera asistencial que una oportunidad. Hay muchas definiciones de rehabilitación, desde las más restrictivas y centradas en ese ámbito discapacidad–secuela, hasta las más amplias y acordes con lo que este humilde texto defiende: que lo que llamamos rehabilitación es indistinguible de la asistencia continuada, flexible y sensible a las necesidades psiquiátricas, médicas, psicológicas y sociales de los pacientes más graves, y por tanto es sinónimo de tratamiento integral de la enfermedad mental grave de curso crónico.

Basar, por otro lado, la defensa de la rehabilitación en la eterna referencia a los procesos de reforma psiquiátrica me parece de escasa utilidad a estas alturas. Las bases ideológicas de la reforma, muy necesarias y justas en su momento, pueden resultar un tanto anacrónicas a la hora de sostener políticas asistenciales en la actualidad y en nuestro medio. De lo que se trata no es de decir qué es lo justo en países como el nuestro, con cobertura sanitaria universal y acceso virtualmente gratuito a los fármacos, sino de saber y aplicar las intervenciones más eficaces y que mejores resultados obtienen sobre nuestros pacientes en servicios adecuados y dotados. Nuestros pacientes ya no son (o no solo son) los crónicos con años de hospitalización a sus espaldas, necesitados de técnicas y apoyos básicos. Con los que estamos muy familiarizados. Son también los “nuevos crónicos”, con problemas clínicos complejos que requieren servicios flexibles y preparados para afrontar nuevos problemas (como la coexistencia con el abuso de sustancias) con los que nos sentimos mucho menos competentes y cómodos.

Finalmente, una reivindicación desde la psiquiatría del campo de la rehabilitación. Para



muchos psiquiatras el campo de la rehabilitación parece terreno ajeno, poblado por psicólogos, asistentes sociales, profesionales de la enfermería, terapeutas ocupacionales, y que se ocupa, más o menos, de entretener a los pacientes en locales donde leen el periódico, practican manualidades, dan paseos y charlan amigablemente. En el otro lado, parece que lo *políticamente correcto* entre los que nos movemos en este campo es un desmarcaje a toda costa del llamado “modelo médico”, de una psiquiatría caricaturizada como una mera dispensadora de recetas, en la que lo médico parece ser la fuente de todos los problemas, culpable de un reduccionismo biológico ignorante de las necesidades psico y socio de los pacientes. Algo así como un empeño en reforzar una identidad bio–psico–social a fuerza de ignorar o despreciar lo *bio*. Tanto reivindicar las necesidades sociales de nuestros pacientes, que hemos terminado por confundirlos con mendigos. Nuestros pacientes no lo son por necesitar ocupación o alojamiento, sino que son pacientes porque están enfermos. Y como enfermos graves, precisan tratamientos complejos, que requieren de los mejores profesionales y de la mejor tecnología asistencial.

Y a mi me parece que cuanto más se acercan a lo social, más se alejan de dicha tecnología. En este sentido creo que es necesario no perder la perspectiva de que la esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica, médica, y de origen biológico. Y que si de algún sitio puede venir la esperanza para las millones de personas afectadas, y las que la sufrirán en un futuro es de ahí, del avance en los conocimientos biomédicos que puedan ofrecer conocimientos relevantes en la etiopatogenia de la enfermedad y, por ende, en intervenciones preventivas y curativas eficaces. ¿O es que es un disparate confiar en que en los próximos años o décadas se producirán avances que cambiarán el curso de muchas de las enfermedades psiquiátricas que actualmente parecen ser inasequibles a cualquier abordaje? Quizás cuando esto llegue, el edificio de la rehabilitación tendrá que estar presto a ser demolido, o al menos transformado en buena medida para dar respuesta a las nuevas necesidades que surjan, y tendremos que estar preparados para ello. O quizás esto sirva, por fin, para poner en evidencia la verdad que encierran las palabras de Sheppherd: la falaz distinción entre Tratamiento y Rehabilitación.



José J. Uriarte

jota.tota@telefonica.net

juriarte@hizam.osakidetza.net

BIBLIOGRAFÍA

1. Editorial (2005). Revista de Rehabilitación Psicosocial, Nº 2 (en prensa).
2. Fakhoury W; Priebe S. The process of desinstitutionalization: an international overview. *Current Opinion in Psychiatry* 152: 187–192.
3. Falloon IRH and The Optimal Treatment Project Collaborators. Optimal Treatment for Psychosis in an International Multisite Demonstration Project. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 615–618.
4. Informe sobre Salud en el Mundo. Salud Mental, Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. OMS 2001.
5. Lehman AF et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin* 2004, 30: 193–217.
6. Salvador Carulla L. y Cols (1998). ¿Se puede plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia? La reforma psiquiátrica desde una perspectiva internacional. *Psiquiatría.com* 2:3.
7. Salvador Carulla L., Bulbena A., Vázquez–Barquero J.L., Muñoz P., Gómez–Beneyto M., Torres F. (2002) La Salud Mental en España: ¿Cenicienta en el País de las Maravillas? Informe SESPAS 2002. Capítulo 15.
8. Thornicroft G., Tansella M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185:283–290.