

Rehabilitación psicosocial y asistencia a la enfermedad mental severa en el marco de las prestaciones de salud de los Sistemas Sanitarios

J. J Uriarte

Presidente de la Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial-ASVAR.

La rehabilitación psiquiátrica, especialmente desde su vertiente más comunitaria, 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. 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, una preocupación por las minorías y la instauración, en mayor o menor medida, de procesos dirigidos a procurar una vida digna a las personas con enfermedades mentales. Los crecientes costes asistenciales 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 a menudo identificadas meramente con procesos de desinstitucionalización ideologizados, sin considerar las consecuencias de actuar sobre partes del sistema y sin tener en cuenta el sistema completo. Aun 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 ocasionalmente peligrosos, 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 la calidad de vida de los pacientes y sus familias, objetivo fundamental de un sistema sanitario público.

El concepto de rehabilitación, tomado 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 la que el nivel actual de conocimientos impide separar síntomas de secuelas, en que la cronicidad puede adoptar formas clínicas en extremo variopintas, y en la 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 noventa, 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 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.

La consideración de la rehabilitación como parte esencial de la asistencia a la enfermedad mental severa se recoge en diversos documentos y recomendaciones de organismos locales, estatales e internacionales, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS):

“Los gobiernos, como garantes últimos de la salud mental de la población deben poner en marcha políticas, dentro del contexto de los sistemas sanitarios generales y de las disponibilidades financieras que protejan y mejoren la salud mental de la población [...] Dichas políticas deben asegurar el respeto por los derechos humanos y tomar en cuenta las necesidades de los grupos más vulnerables. La asistencia debe moverse desde los grandes hospitales psiquiátricos hacia servicios comunitarios [...] Los medios de comunicación y las campañas de sensibilización a la población pueden ser efectivos para reducir el estigma y la discriminación [...] Debe apoyarse a las ONG y a los grupos de usuarios y familiares, útiles para mejorar la calidad de los servicios y las actitudes de la población [...]”

OMS. Informe sobre la Salud Mental en el mundo 2001

El tratamiento adecuado de las enfermedades mentales severas de curso crónico, como la esquizofrenia, requiere asegurar la adecuada provisión de servicios capaces de afrontar tanto los síntomas agudos como los persistentes, así como las discapacidades derivadas. Para ello, y tal y como señala la OMS (Informe sobre la Salud Mental en el mundo OMS 2001), es necesario garantizar el acceso tanto a un uso racional de medicación como a las intervenciones psicológicas y psicosociales. La rehabilitación psicosocial es un elemento clave de cualquier sistema asistencial para personas con enfermedades mentales severas que aspire a un modelo comunitario, normalizado e integrador. La reducción del abordaje sanitario de la enfermedad mental severa al tratamiento sintomático, dejando de lado el abordaje de la discapacidad y de los síntomas deficitarios persistentes, coarta los derechos de las personas afectadas a recibir un tratamiento integral de sus trastornos y contribuye a su cronificación, estigmatización y al riesgo de marginalidad. Dicho tratamiento integrado es un derecho de las personas afectadas, que no pueden ver reducido, en el ámbito de problema social, las graves alteraciones y discapacidades que acompañan a tales trastornos.

A pesar de la imposibilidad de distinguir entre síntomas y secuelas en el conjunto de manifestaciones clínicas de enfermedades como la esquizofrenia, 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, dependientes de servicios sociales, de asociaciones de familiares, etc. Como consecuencia, intervenciones cruciales en el tratamiento de enfermedades como la esquizofrenia se relegan a los márgenes del sistema, 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, está suplantando a menudo 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 es una forma de gestión que sin duda contribuirá a reducir gastos sanitarios (a costa de los pacientes más enfermos). Es imposible abordar lo que llamamos rehabilitación psicosocial fuera del contexto más amplio de la asistencia a la población con enfermedad mental severa, 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”.

El concepto de rehabilitación psiquiátrica no deja de ser equívoco. Entendido desde una postura más tradicional, de compensación de discapacidades y de soporte a minusvalías, la rehabilitación corre el peligro de quedarse en poco más que una voluntariosa actuación, a modo de ONG, para dar ocupación, alojamiento y apoyo a los pacientes crónicos. La rehabilitación psiquiátrica es tanto un objetivo como un proceso: obtener los mejores resultados terapéuticos y en calidad de vida para los pacientes con enfermedad mental severa que siguen un curso crónico, especialmente la esquizofrenia. Y para ello utiliza medios y técnicas medicopsiquiátricas, psicológicas, psicosociales y sociales. El concepto de rehabilitación como objetivo se superpone al de recuperación: obtener cursos clínicos que lleven a las personas afectadas a una vida lo más normalizada y feliz posible. El término “feliz”, en este caso, tiene que ver con calidad de vida. Este término es también resbaladizo tanto en cuanto puede esgrimirse, en virtud de la calidad de vida de los pacientes más graves, la necesidad de políticas asistenciales paternalistas que reivindican, por el bien de los pacientes y de la sociedad, nuevos modelos de institución total. Pero un elemento fundamental de la calidad de vida es la capacidad de decisión sobre el propio destino, la autonomía, la máxima independencia, aun a costa de algunos riesgos (para el paciente y para la sociedad), de acuerdo con una política de derechos humanos. Para ello la rehabilitación psiquiátrica requiere no sólo de recursos y de bagaje técnico, sino de una organización de servicios médicos, educativos, vocacionales y sociales que potencie el encuentro entre las necesidades de los usuarios y los recursos disponibles, y permita orientar la asistencia hacia un modelo que facilite la integración, la normalización y la máxima calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias.

Si realmente se desea una asistencia basada en un modelo comunitario, será necesario un soporte político decidido capaz de cambiar de forma paulatina la asignación de recursos de la hospitalización a servicios comunitarios, de garantizar, a través de políticas sociosanitarias flexibles, el acceso al alojamiento y los recursos económicos básicos, de facilitar el acceso a los servicios de rehabilitación y dar soporte a las familias. Será necesario también desarrollar planes de integración social y luchar contra el estigma. La traducción final del modelo comunitario es la de proporcionar a las personas afectadas los medios, sanitarios y sociales, necesarios para poder ejercer la condición de ciudadano, la auténtica rehabilitación.