

El complejo quehacer de la rehabilitación

En la mayoría de los proyectos de reforma iniciados tras la Segunda Guerra Mundial, la llamada prevención terciaria o rehabilitación, se circunscribía a la necesidad de eliminar el papel nocivo del manicomio y aproximar los medios de tratamiento al entorno sociofamiliar en el caso de que, a pesar de las acciones desarrolladas a través de un diagnóstico y un tratamiento precoz, el paciente llegara a cronificarse. Los principios de salud pública, inspiradores de textos constitutivos de las teorías de la reforma, fueron pronto abandonados, cuando no ignorados en la práctica desde siempre. La atención a las patologías "agudas", a la Psiquiatría en el Hospital General, o la atención supuestamente comunitaria de muchas experiencias buscaron desconocer el futuro incierto de muchos de sus pacientes que no terminaban de "curarse" e iban abandonando sus consultas.

El congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psiquiátrica celebrado recientemente en Montreal puso de manifiesto que la cronicidad constituye uno de los mayores desafíos de la atención psiquiátrica, siendo la responsable directa del fracaso de transformaciones que no supieron o quisieron prever su importancia. Hoy la rehabilitación se contempla como el elemento central en la atención a una serie de trastornos mentales graves, que son crónicos por naturaleza, pero tienen un curso y unas consecuencias en la vida de quienes los padecen que dependen en gran medida de la atención recibida. Y se concibe como un proceso sofisticado que requiere el concurso de técnicas especializadas basadas en paradigmas teóricos diferentes, y la participación de profesionales diferentes con diferentes papeles en dicho proceso. Afortunadamente, la no profesionalización de antaño —cualquiera podía hacer rehabilitación— y la idea de que evitar el asilo y un puñado de buenas intenciones —cualquier cosa servía—, era lo que necesitaban unos enfermos caracterizados por encarnar el fracaso de otras alternativas "más nobles", han dejado paso a una compleja práctica, que busca la evaluación de sus actividades. El congreso de la AMRP se abrió con una intervención de Ellen Corin que subrayaba esta característica de complejidad y diversidad y se cerró con las palabras de un clásico de la desinstitutionalización norteamericana, Leona Bachrach, preguntándose sobre la eficiencia de unos programas que llevan más de 30 años en funcionamiento, sobre sus aciertos y errores, acotando las expectativas iniciales. Pero el contenido de las sesiones hubiera hecho innecesaria tanta explicitación: allí se discutía el procedimiento de formar *case managers*, cómo trabajar la motivación de los pacientes, construir planes individualizados de atención o evaluar la calidad de vida; se debatía sobre las medidas legales necesarias o sobre las formas de participación de los usuarios en el diseño y la gestión de los servicios. Un debate en el que intervinieron activamente asociaciones de familiares y usuarios, conscientes de que en el nuevo modelo de atención psiquiátrica juegan un papel protagonista. Un debate de inmensa actualidad para nuestro país, inmerso en una reforma de las formas de atención psiquiátrica, y que arrastra el lastre, por imperativos de una historia malhadada, de haber suplantado la Psiquiatría social por un movimiento ideológico.

M. Desviat y A. Fernández Liria