Editorial

Desde hace tiempo se está viviendo en Rehabilitación Psicosocial una amalgama de formas de intervención, muchas de ellas radicalmente diferentes entre sí, que pueden llegar a confundir lo que realmente se entiende como rehabilitación psicosocial. Con esta entrada nos gustaría reflexionar sobre los nuevos retos y, sobre todo, lo que no debemos dejar pasar del quehacer primigenio.

Está más que demostrado que la rehabilitación psicosocial es una parte fundamental cuando acompañas a personas diagnosticadas de trastorno mental grave. Su complementariedad con otros servicios está ya fuera de discusión. Quizá lo relevante radica en cómo actuar una vez que estamos en un servicio de rehabilitación o, como decía Anthony (Anthony, 1982), cómo reconocer que nuestro servicio es un servicio de rehabilitación, cuáles son los ingredientes sustanciales que ayudan a percibirlo así.

Para intentar desgranar esto, lo haremos desde el estilo de los y las profesionales, aprovechando nuestra participación en el último congreso de la FEARP, donde tuvimos la oportunidad de intervenir.

El estilo de atención de los y las profesionales, es una parte del trabajo que ha sido muchas veces mal entendida, o bien por darle una importancia exclusiva a la parte más tecnológica, o bien por sobredimensionarla de tal forma que se ha utilizado como única herramienta de trabajo. Además, en ocasiones se entiende el estilo de atención como un estilo natural que depende de las características de comunicación de los y las profesionales y, por tanto, no puede cambiarse, por lo que solo las características de comunicación del o la profesional explicarían parte del proceso de rehabilitación de una persona. Pero sabemos que esto no es así. Muchos estudios nos indican que el estilo de atención es entrenable y, por tanto, podemos adecuarlo a la interacción con cada persona usuaria, apoyando la consecución de los objetivos planteados. Uno de los aspectos que debemos cuidar más es cómo equilibrar la parte más técnica con el estilo de atención. Para ello voy a intentar explicarlo:

En referencia al estilo de atención debemos tener varios aspectos en cuenta porque engloba mucho más que el propio estilo comunicacional que tengas como profesional, por mucho que lo entrenes y/o lo adecúes a la persona.

En primer lugar, es imprescindible el compromiso vinculante con la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad, el reconocimiento de los derechos como la base para la transformación en rehabilitación psicosocial. Garantizar los derechos humanos como base para el avance en nuestro trabajo.

En segundo lugar, es necesario poner la mirada en el trabajo en equipo, un equipo que es multi e interdisciplinar, esto es uno de los elementos clave para trabajar en rehabilitación psicosocial. El equipo debe tener un fin común, compartido y basado en los principios y filosofía de la rehabilitación psicosocial, que se enriquece de estar formado por diferentes profesiones, con funciones medulares propias, con responsabilidades bien delimitadas, que comparten espacios de trabajo formales e informales, con un lenguaje común y canales de información eficaces y claros. Para llegar a esto, es necesaria la frecuente coordinación de casos, de programas, de proyectos, reuniones diarias y jornadas de reflexión para la mejora del servicio y de la atención a las personas. Por otro lado, tener información compartida, entender que todo el personal de un servicio de rehabilitación es personal rehabilitador, incluido lo que se ha denominado personal "no técnico". Un equipo que funcione debe estar centrado en la tarea, y en nuestro caso, esta debe estar firmemente anclada en la filosofía y prácticas, en los principios y acciones propias de la rehabilitación.

El contexto físico también es un elemento relevante en la atención y que, en cierta medida, propicia un estilo de los y las profesionales. Es necesario hacer del contexto un espacio seguro, amable, favorable, donde el cuidado de ese entorno sea un asunto de todos, de todas, de todo el equipo, con cartelería que favorezca que las y los usuarios sepan que en este lugar se les puede ayudar, con información actualizada, etc.

Dentro del contexto incluimos también como variable relevante el contexto propio de trabajo de los integrantes del equipo, las condiciones laborales, condiciones de trabajo, la estabilidad que, al menos en algunas comunidades, se ha ido perdiendo a lo largo de los años, acorde a la devaluación de los servicios sociosanitarios en este país. Este aspecto creo que es de enorme relevancia y desde las asociaciones debemos posicionarnos ante ello. La clave está en dignificar nuestro trabajo.

Con respecto a la filosofía, me gustaría nombrar los principios que escribió Liberman hace más de 40 años y que siguen plenamente de actualidad en estos tiempos: tratar al usuario como una persona, esforzarnos en ofrecer servicios centrados en la persona y sus necesidades, y no forzar a las personas a adaptarse a los servicios, coordinarnos entre nosotros y tener en cuenta las prácticas basadas en la evidencia. Para ello debemos ser muy flexibles, entrar en la comunidad, salir de los centros y vivir la vida de las personas, darles una esperanza realista de que la recuperación es posible. Debemos tener la certeza de que toda persona con trastorno mental grave, por muy gravemente afectada que esté, es "rehabilitable".

Trabajar desde la compasión, entendida como el respeto al usuario o usuaria, basada en el interés genuino, la escucha plena y la legitimidad del discurso. Partir del principio de caridad interpretativa de Donald Davidson (Davidson, 1973) que nos habla de que "sería imposible comprender a un hablante si le atribuimos creencias falsas, si solo atribuimos nuestro propio sistema de creencias". Siguiendo con esto, Chadwick (Chadwick, 2006) nos habla de la colaboración radical y la aceptación. Para Chadwick el propósito del profesional es "ser uno mismo de manera más plena ante la persona que sufre, buscar la singularidad y entenderla como compleja, trabajar con las necesidades, demandas transformadas en objetivos del propio usuario".

Por otra parte, el apoyo al proyecto de vida, tener un papel proactivo de la comunidad, la participación como ciudadano o ciudadana. Adela Cortina, en una jornada en la AMRP a la que tuvo la amabilidad de acudir, nos hablaba del recovery no como un acto individual, sino como un compromiso social, en el que todos tenemos responsabilidad. Por eso, no tenemos que "resignarnos" al trabajo únicamente con la persona, hay que abrir la puerta, salir a la comunidad, y mirar alrededor de él o ella, es de vital importancia muchas veces trabajar en y con la comunidad, con los vecinos, el polideportivo, la escuela de adultos, favorecer el cambio en los espacios para su mayor y mejor inclusión. Debemos ser servicios integrados en los entornos comunitarios, no solo del centro, sino en los entornos donde se desarrolla la vida de las personas. Salir de los despachos, atenciones cercanas a los usuarios y entornos.

La rehabilitación psicosocial tiene tres patas, el usuario, la comunidad y la familia, y, por tanto, no debemos olvidarnos de esa tercera pata, la familia. La familia está presente en la vida de las personas atendidas en un porcentaje alto, por lo que parece lógico que también lo estén en los procesos de rehabilitación. Así ocurre en la mayoría de los casos, pero tenemos que tener cuidado en cómo lo hacemos, para no cometer el error de fomentar dependencias o sobrecargas en las madres o hermanas que son fundamentalmente las que realizan la función de cuidado. En este caso, no aprovecharnos del mandato que tenemos las mujeres de "ser para otros" (Lagarde, 2015) y alimentar las culpas que le alimentan en el cuidado de su familiar diagnosticado. Trabajar para consolidar una red de apoyos que faciliten el cuidado y la descarga de la cuidadora (Pié Balaguer et al., 2025) sería una buena forma de comenzar a cuidar a las personas y a sus familias.

No quiero olvidarme del trabajo desde la singularidad, con elementos a tener siempre presente, como la discriminación, la perspectiva de género, la interseccionalidad, el estigma, así como otros determinantes sociales fundamentales para un buen análisis de la situación, como la vivienda, pobreza, transculturalidad, violencia de género, etc. El estilo de atención viene definido también por un conocimiento profundo de la persona y de sus condicionantes ambientales. Poner la mirada en roles no tan investigados en personas con trastorno mental grave como la maternidad, la pareja, y sobre todo en las mujeres por el alto riesgo de violencia de género que hay sobre ellas.

Para ir acabando, reiterar la participación de la propia persona en rehabilitación psicosocial en su proceso de recuperación, así como la incorporación de *peers* bien formados a los equipos, con condiciones dignas de trabajo e incorporación plena a los equipos de rehabilitación psicosocial.

Y, por último, no perder de vista a las personas que verdaderamente son sujetos de nuestra intervención, las personas con trastorno mental grave. Los nuevos diagnósticos a veces nos hacen olvidar cuál es nuestro grupo de interés, no los olvidemos.

Este editorial sólo tiene como objeto poder repensar cuál es nuestro propósito sustancial cuando trabajamos en un servicio de rehabilitación psicosocial, cómo se conforma un estilo de atención reconocible en rehabilitación psicosocial. Creemos espacios comunes para pensar, para discutir y para mejorar nuestras prácticas.

Margarita Rullas
Junta Directiva de la AMRP

Referencias

- Anthony, W.A. (1982) "Can I recognize one if i see one?" Community Mental Health Journal. Summer.
- Davidson, D. (1973) "Radical Interpretation". En: Inquiries into Truth and Interpretation. Oxford: Clarendon Press, 1984. 125-139.
- Chadwick, P. (2006). Person-based cognitive therapy for distressing psychosis. John Wiley & Sons.
- Lagarde, M. (2015) Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas. 2ª edición, Siglo XXI editores. 620 p. (ISBN 978-607-03-0690-7).
- Pié Balaguer, A., Salas Soneira, M., Alegre Agís, E., Mora, E., López Gómez, D., Muñoz García, A., Costa, L., Aparicio, V., Correa-Urquiza Vidal Freyre, M., Martínez Hernáez, À., Serrano-Miguel, M., Pujal i Llombart, M., Forns i Fernández, M., Torrens Bonet, R., Sánchez Valle, F. (2025). Guía para un cuidado democrático y colectivo. Salud mental y redes de apoyo. Universitat Oberta de Catalunya, Proyecto CUSAM. https://hdl.handle.net/10609/152523.