

APRENDIZAJE Y REHABILITACIÓN. APORTACIONES DE LA EDUCACIÓN A LA REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

DESIDERIO LÓPEZ GÓMEZ
*Dpto. de Didáctica, Organización
y Métodos de Investigación
Universidad de Salamanca*

RESUMEN

Esta comunicación pretende ser una propuesta de intervención en la rehabilitación de enfermos psiquiátricos crónicos. Establece el aprendizaje como punto de encuentro entre los distintos profesionales que intervienen en ella y diseña una posible contribución de la educación en este ámbito, que permita establecer cauces de relación y colaboración entre ésta y la Psiquiatría y Psicología clínica.

Aprendizaje y rehabilitación son las dos orillas de un camino que conduce hacia el reconocimiento y la competencia social, por ello ambos deben estar acompañados de programas dirigidos a la asimilación progresiva de sus esfuerzos por parte de los distintos servicios comunitarios —educación, cultura, servicios sociales, etc.—. Desde esta perspectiva, aprender y rehabilitar es acompañar a la persona hacia su plena integración social. En definitiva, la intervención, el trabajo de rehabilitación con enfermos crónicos debe contemplar cuatro direcciones diferentes, pero íntimamente conectadas: Salud, Educación, Calidad de vida, Comunitaria.

LEARNING AND REHABILITATION. CONTRIBUTIONS OF EDUCATION TO PSYCHIATRIC REHABILITATION

SUMMARY

This paper is a proposal for intervention in the rehabilitation of chronic psychiatric patients. It establishes learning as a meeting point for the different professionals intervening and designs a possible contribution of education in this area, which would help to establish networks of relationship and collaboration among education, psychiatry and clinical psychology.

Learning and rehabilitation are the two sides of a road leading towards recognition and social competence, thus both should be accompanied by programs addressed to the progressive assimilation of their efforts by the different community services —education, culture, social services, etc.— From this perspective learning and rehabilitation accompany the person towards full social integration. In summary, intervention and rehabilitation work with chronic patients should contemplate different, but closely connected, directions: health, education, quality of life and community.

APPRENTISSAGE ET REEDUCATION: CONTRIBUTIONS DE L'EDUCATION A LA REEDUCATION PSYCHIQUE

RESUME

Ce travail voudrait être une proposition d'intervention dans la rééducation de malades psychiatriques chroniques. On y considère l'apprentissage comme un point de rencontre entre les différents professionnels qui interviennent dans la rééducation de ces malades, ébauchant une possible contribution de l'éducation à ce domaine; celle-ci permettrait d'établir des voies de communication et de collaboration entre la rééducation, la Psychiatrie et la Psychologie Clinique.

Apprentissage et rééducation sont les deux bords d'une même route qui conduit vers la reconnaissance et la compétence sociales; ils doivent alors être renforcés par d'autres programmes dirigés vers les différents services communautaires: éducation, culture, services sociaux, etc., visant la progressive assimilation des efforts déployés. C'est ainsi qu'apprendre et rééduquer c'est accompagner la personne vers sa pleine intégration sociale. En définitive, l'intervention, le travail de rééducation avec des malades chroniques doit comprendre quatre domaines différents étroitement associés: Santé, Education, Qualité de Vie, Communauté.

Esta comunicación pretende ser una propuesta de intervención en la rehabilitación de enfermos psiquiátricos crónicos. Establece el aprendizaje como punto de encuentro entre los distintos profesionales que intervienen en ella y diseña una posible contribución de la educación en este ámbito, que permita establecer cauces de relación y colaboración entre ésta y la Psiquiatría y Psicología clínica.

1. La persistencia de la enfermedad durante un período de tiempo superior a dos años, permite considerar a la misma como crónica según la D.S.M.III.R.¹. La persona tiene que efectuar un doble afrontamiento; por un lado, el específico de cada patología y por otro, el ocasionado por la prolongación temporal de sus síntomas. Aunque en muchas ocasiones es difícil deslindar ambos, en el primer supuesto el sujeto enfermo debe ser beneficiario de una intervención psicoterapéutica y en el segundo de una intervención rehabilitadora.

A través de la aportación de distintos modelos —médico, institucional, comunitario— se considera que la incidencia en la persona de la prolongación temporal de los síntomas abarca a las capacidades del sujeto, pero también a su uso, participación y disfrute de los diferentes recursos y servicios comunitarios.

Y así se configuran los conceptos de déficit y marginación como expresión de esta doble repercusión personal y comunitaria de la cronicidad. La respuesta que se produce a esta incidencia también se contempla desde la doble perspectiva sujeto-medio; la inhibición y pasividad es la conducta de elección más frecuente de las personas enfermas y, ante ella, en el ámbito comunitario, se presentan dos respuestas más o menos antagónicas: la institucional y la provisorio de recursos y estructuras intermedias en la comunidad. La primera refuerza y fortalece la respuesta de inhibición del enfermo crónico² e inicia con él un proceso de socialización invertida como

indica J. García³, la comunitaria crea espacios nuevos dentro de la comunidad para que en ellos se puedan producir experiencias subjetivas próximas a la normalización. Aunque cada vez se percibe con más claridad que la comunidad, sin una intervención conjunta en ella y en la persona enferma, también puede alienar y cronificar.

Estos análisis, aunque no exentos de aportaciones y sugerencias no dan una respuesta al núcleo de la enfermedad crónica y en consecuencia no han permitido clarificar la complejidad del término rehabilitación, dando lugar a aproximaciones tangenciales y en ocasiones a tomar a uno de sus componentes como sinónimo del término⁴.

2. Cronicidad es estar existiendo en función de estructuras, dinamismos y acontecimientos del pasado. Lo que caracteriza la repercusión de la enfermedad en el enfermo crónico es su dificultad para establecer expectativas, para aprender a conectar los deseos, la conducta y el medio ambiente próximo en el que se encuentra⁵.

Por ello mi propuesta de rehabilitación está encaminada a establecer una programación individual con cada enfermo crónico, para que pueda aprender a integrar lo deseable y lo posible como base de su normalización. En este proceso de aprendizaje, el estado de erosión en que se encuentran las capacidades del sujeto, su ubicación en una institución o en la comunidad, la mayor o menor presencia de estructuras intermedias comunitarias serán elementos importantes del mismo, pero no se les puede situar como sus elementos configurantes.

3. Este proceso de aprendizaje, que he definido como la integración de lo deseable y lo posible, y que a la hora de establecer una programación individual con la persona enferma se apoya en una evaluación de la misma, tiene los siguientes elementos:

3.1. Intervención en el contexto que ocupa el enfermo: Para desmenuzar sus estímulos y convertirlos en posibilidades para la persona, sobre todo los estímulos de comunicación, de trabajo, de afecto y de rol. Para ello, habrá que establecer programas a fin de recrear los espacios en los que la persona se encuentre, como los dirigidos a aumentar la calidad de vida en la institución psiquiátrica o los encaminados a modificar las actitudes de los familiares con los que convive o programas para crear espacios nuevos como Centros de Día y otros dispositivos comunitarios.

3.2. Intervenciones sobre la persona para que aprenda a escuchar sus necesidades, y establezca los cauces y canales para su satisfacción. La labor tutorial del rehabilitador, en muchas ocasiones, debe estar dirigida a evitar los excesivos y perturbadores tutelajes de personas del entorno del sujeto que le interpretan sus necesidades y le ofrecen pseudo-caminos de satisfacción. La intervención individual debe incidir también en que la persona aprenda a desear y valorar sus deseos en relación con las posibilidades de su entorno.

En este punto, se pueden sugerir, entre otros, programas encaminados al reconocimiento de derechos y deberes de los enfermos.

3.3. La intervención sobre el contexto —posible— y sobre la persona —necesario— permite que el sujeto establezca conexiones y lazos de unión entre ambos y permite que establezca expectativas. Las mismas podrían desvirtuarse y ahondar las estructuras patológicas del enfermo si no se procura que se comprueben en la realidad, para apreciar su oportunidad, su aplicabilidad y su conveniencia.

3.4. La comprobación de las expectativas representa para el sujeto la ocasión para emitir conductas, pero sobre todo la paulatina consolidación del proceso de toma de conciencia que se había iniciado al escuchar sus necesidades y que ahora

abandona sus veleidades narcisistas al comparar mediante un permanente autorregistro las consecuencias esperadas y las observadas.

3.5. La toma de conciencia es una oportunidad del sujeto de ajustar su conocimiento personal y contextual. Y lo hace recreando su historia y perfilando y desarrollando sus capacidades y habilidades.

Entiendo que aquí y no separado de los puntos anteriores, es donde cabe realizar programas dirigidos a que la persona proyecte y reelabore sus contenidos internos como técnicas de psicodrama o psicoterapia o que adquiera métodos de enfrentamiento como habilidades sociales o técnicas de resolución de problemas.

3.6. Mediante este ajuste, la persona enferma estará en condiciones de tomar conciencia no sólo de sí mismo, sino de lo que sucede y acontece en el sistema en el que está y en el contexto en que le envuelve. Iniciará tomas de posición, empezará a emitir y a tener un rol que le ofrecerá la oportunidad de relacionarse con otros miembros, de adoptar una posición en el juego sistémico⁶. Las intervenciones prioritarias en este punto serán sistémicas, bien en el sistema familiar, institucional o profesional.

4. Entendida la rehabilitación así, como un proceso de aprendizaje, el empeño por operativizarla es un lugar de encuentro entre distintos profesionales de las Ciencias Humanas. La aportación de la educación, además de intervenciones específicas, como programas de alfabetización y enriquecimiento instrumental, consiste en diseñar una programación individual para que la persona crónica alcance los objetivos establecidos por el equipo de trabajo y en establecer las estrategias de aprendizaje básicas y los procedimientos adecuados para alcanzarlos.

Los enfermos crónicos para que puedan ser rehabilitados, deben ir adquiriendo en su enfrentamiento con la consecución de los objetivos que se le presentan unas estrategias básicas de aprendizaje. Adoptando las sugerencias de Claxton⁷, señalo:

- Recoger información.
- Elaborar aproximaciones sucesivas antes de tomar una decisión.
- Descubrir características necesarias para obtener las consecuencias deseadas.
- Encontrar modelos que le sirvan de pauta en su enfrentamiento con la realidad —importancia de la figura del tutor—.
- Unión de expectativas que ya posee pero que no son adecuadas, cada una por separado para un problema concreto “a fin de crear un puente provisional entre el problema y la solución”.

Además de estas estrategias diseñadas a crear hipótesis, Claxton alude también a la práctica y el juego encaminadas a corregir hábitos que no funcionen correctamente.

Entre los procedimientos adecuados para desarrollar estas estrategias de aprendizaje, hay que situar en primer lugar, la temporalización. Toda programación, encierra en sí misma una referencia temporal que indica en qué momento se colocan los distintos objetivos, pero también debe contemplar como elemento básico de normalización unos plazos que transmiten unas exigencias a las que debe enfrentarse el sujeto. La ausencia de la primera referencia temporal convertiría a la programación en un procedimiento coercitivo y la falta de la segunda la reduciría a un planteamiento de buenas intenciones, carente de referencias y próxima a actitudes protectoras.

Programar y en definitiva temporalizar supone colocar al sujeto en una perspectiva histórica, en la perspectiva de su propia historia. Por ello las estrategias de

aprendizaje no pueden ir separadas de la toma de conciencia de sus experiencias subjetivas, de los cambios que en él se producen, de los estancamientos en que se sumerge y los recursos que tiene que utilizar al estar en otros contextos —al sentir las modificaciones del contexto habitual—.

Desde aquí, desde su posibilidad de retomar sus experiencias subjetivas, que al estar en una dinámica de aprendizaje que impide sea calcinada por la institución o por la homeostasis familiar, la persona se comunica y participa.

Su participación por la propia dinámica de aprendizaje y por el proceso de rehabilitación, se realiza en varios contextos de la comunidad —sanitario, laboral, familiar, educativo—. El establecimiento de relaciones formales entre ellos constituirá un procedimiento de desarrollo y cambio para el enfermo crónico⁸.

Estos procedimientos a los que me acabo de referir, le permitirán además de facilitar las estrategias de aprendizaje, la emisión de emociones nuevas alternativas que le pueden suponer iluminar e interpretar su propia cronicidad.

5. Aprendizaje y rehabilitación son las dos orillas de un camino que conduce hacia el reconocimiento y la competencia social, por ello ambos deben estar acompañados de programas dirigidos a la asimilación progresiva de sus esfuerzos por parte de los distintos servicios comunitarios —educación, cultura, servicios sociales, etc.—. Aprender y rehabilitar es acompañar a la persona hacia su plena integración social.

En definitiva, la intervención, el trabajo de rehabilitación con enfermos crónicos debe contemplar cuatro direcciones diferentes, pero íntimamente conectadas:

5.1. Salud: Evaluación de la erosión que la cronicidad ha ocasionado sobre la persona y diseño de intervención.

5.2. Educación: Programación de los pasos precisos para llevar adelante la intervención y mediación para desarrollar sus posibilidades más próximas.

5.3. Calidad de vida: Apoyo en la satisfacción de sus necesidades y reconocimiento de sus derechos. Normalización de su participación social.

5.4. Comunitaria: Fomento de estructuras, espacios y experiencias que conduzcan a su integración y reconocimiento de su individualidad.

NOTAS

- 1 ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (1988): *D.S.M. III. R. Criterios diagnósticos*. Barcelona, Toray Masson.
- 2 BARTON, R. (1974): *Neurosis Institucional*. Madrid, Paz Montalvo.
- 3 GARCÍA GONZÁLEZ, J. (1990): Epistemología de la Desinstitucionalización, *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, 0, Madrid.
- 4 FERNÁNDEZ, M. V., GONZÁLEZ, J. y GUERRERO, M. (1990): La rehabilitación Psicosocial: Un modelo de intervención, *Análisis y Modificación de Conducta*, 50. Valencia.
- 5 CLAXTON, G. (1987): *Vivir y Aprender*. Madrid, Alianza Editorial.
- 6 SELVINI-PALAZZOLI, M. (1990): *Los Juegos Psicóticos en familia*. Barcelona, Paidós.
- 7 CLAXTON, o. c.
- 8 BRONFENBRENNER, U. (1987): *La Ecología del Desarrollo Humano*. Barcelona, Paidós.