



DOCUMENTO DE CONCLUSIONES

I CONGRESO FEARP / AMRP / WAPRⁱ

Madrid, 24/26 noviembre de 2005.



Conclusiones científicas:

Aunque resultaría demasiado ambicioso pretender resumir en un breve documento de *conclusiones* los tres intensos días de trabajo, la multiplicidad de puntos de vista presentados y la riqueza de las exposiciones, se puede, no obstante, intentar rescatar algunas de las líneas maestras que pudieran resultar más o menos comunes y puedan representar las *tendencias* contemporáneas del pensamiento de la Rehabilitación Psicosocial actual.

1. Existen razones epidemiológica y socialmente consistentes, avaladas por consensos científicos y por organizaciones internacionales, para pensar que la rehabilitación psicosocial debe ocupar un lugar fundamental entre las prioridades de los sistemas públicos de salud y de servicios sociales.
2. Constituye un consenso emergente que un objetivo realista y posible de la RPS sería ofrecer a los usuarios la oportunidad de “recuperarse” de su enfermedad. Aunque el

concepto de “recuperación” (“recovery”) se ha definido de maneras distintas, se lo podría resumir como una *situación en la el usuario, aunque no se encuentre totalmente asintomático, ha encontrado la posibilidad de reorganizar su vida a pesar de las consecuencias de la enfermedad, goza de un nivel significativo de independencia personal, cuenta con una red social razonablemente estable, cuenta con alojamiento adecuado y estable, puede disfrutar del ejercicio de algunos roles socialmente valorados, mantiene ocupaciones remuneradas durante al menos una parte del día, - o al menos, actividades que ocupen su tiempo de manera útil y socialmente valiosa - y, por último, pero no menos importante, tiene la posibilidad de intervenir en la toma de las decisiones que le afectan y de vivir en un marco social normalizado que tiene en cuenta sus preferencias personales.*

3. La intervención profesional en rehabilitación se contempla entonces como un repertorio de intervenciones, servicios y sistemas de soporte social orientados hacia la “recuperación”. Ello implica que deberían estar centrados en el usuario, que buscan (porque la *necesitan*) la participación de éste, que deben ser tan prolongados en el tiempo como sea necesario, y que pretenden ayudar al sujeto en su proceso personal en función de los tiempos y plazos que el sujeto necesite (y no a la inversa, en función de plazos predeterminados determinados por las necesidades internas de los servicios).
4. Las intervenciones profesionales que componen la rehabilitación constituyen otras tantas formas de ayuda al proceso de recuperación, que deberían comprender el proceso individual de recuperación de cada sujeto, y ponerse al servicio del proceso, y no comprenderse como finalidades en si mismas.
5. La búsqueda procedimientos y formas eficaces de ayuda profesional a los pacientes sigue siendo una prioridad, así como la búsqueda de procedimientos de valoración y de establecimiento de consensos profesionales. Sin perjuicio de los procedimientos de evaluación objetiva necesarios para saber si la gama de intervenciones que componen las posibilidades de intervención profesional o de evaluación de los procedimientos de gestión resultan adecuadas (es decir, efectivas, eficaces, o eficientes), se asume que la rehabilitación contiene igualmente elementos cualitativos que deben comprenderse y manejarse como tales. En este sentido pueden comprenderse algunas de las reflexiones que han aparecido en las exposiciones de numerosos ponentes, en algunos casos retomando conceptos de los años ´60 o ´70 (Maxwel Jones y las “comunidades terapéuticas” para pensar los dispositivos residenciales) o el recurso a conceptos epistemológicamente “no lineales” (como el de “complejidad”), o el uso de terminología adecuada para el análisis grupal o los fenómenos de carácter subjetivo y cualitativo (como por ejemplo, el concepto de “rol social personalmente valorable”, etc.)

6. Constatamos que las intervenciones de nuestros ponentes nacionales han aportado calidad y creatividad, de manera que, sin olvidar la idoneidad de una actitud científica de apertura a las novedades e informaciones de las autoridades científicas de todo el mundo, podemos también confiar en el trabajo de nuestros profesionales y merece la pena estimularlos a la reflexión teórica, a la investigación y a la innovación.
7. La Rehabilitación, además de ser un campo abierto a la validación científica de procedimientos u de búsqueda y establecimiento de consensos profesionales que nos orienten hacia la excelencia profesional, es un campo donde tienen importancia primordial los valores, esto es, los consensos sociales que establecen lo que consideramos colectivamente como los derechos de los usuarios, las leyes, los factores que afectan a su imagen social, etc.
8. Forma parte de la estrategia social de la rehabilitación la constitución de cauces de cooperación con las asociaciones de familiares, y de usuarios, y en particular, el apoyo a aquellas formas de participación en que los usuarios pueda ejercer, individual o colectivamente, sus derechos civiles y su autodeterminación personal.

Valoraciones del comité científico:

1. En primer lugar, ha sido muy valorada la oportunidad de contar en nuestro primer congreso con varias de las figuras mas relevantes de la rehabilitación psicosocial de la historia científica reciente.
2. Ha sido destacada la gran calidad media de las presentaciones libres y de los talleres.
3. Ha sido destacada la gran satisfacción respecto de los espacios de “encuentro con el experto”.
4. Resultó de gran interés, y altamente valorada por los asistentes en particular, la mesa redonda sobre “El papel de los usuarios”.
5. La convocatoria a la reunión de usuarios, si bien resultó interesante y permitió establecer (¿primeros?) contratos entre asociaciones y redes de usuarios de distintos puntos de España, no logró ningún resultado concreto de los que se habían propuesto como posible objetivos (no hubo acuerdo para continuar contactos; solo se acordó genéricamente “mantener contactos por e-mail”). Por otra parte, algunos de los puntos tratados en esa reunión (como por ejemplo los relacionados con la experiencia holandesa de “tarjeta de crisis”) resultaron de mucho interés y hay iniciativas a nivel particular para mantener el contacto con Rene van del Male para estudiar su posible implementación es España en alguna asociación.

6. Se tuvieron en cuenta la totalidad de las propuestas ofrecidas desde FEARP al comité, tanto respecto de propuestas a ponentes invitados como para la realización de talleres y simposios.
7. El Congreso permitió albergar reuniones relacionadas con la Revista, con la creación de una red de centros especiales de empleo y una región del *Board* de WAPR.
8. Constatamos la conciencia compartida de la trascendencia fundacional e histórica de la celebración de este congreso. Sin olvidar algunos encuentros previos que constituyen en nuestra memoria antecedentes importantes, es la primera vez que se celebra en España un congreso consagrada específicamente a la Rehabilitación Psicosocial del enfermo mental grave y auspiciada por una red estatal de organizaciones profesionales dedicadas específicamente a esta tarea.
9. Valoramos con optimismo las perspectivas de continuación de celebración periódica de eventos de esta naturaleza, con la posibilidad ya apuntada de celebrar un próximo congreso estatal en Bilbao a finales de 2007.

ⁱ Documento elaborado por el Comité Científico Nacional de FEARP y consensuado por correo electrónico con las distintas Asociaciones de la Federación.

Terminado en Madrid a 12 de febrero de 2006.