

PENSIONES SUPERVISADAS. RECONQUISTAR UNA IDENTIDAD .

(Palabras clave: recuperación, estigma, exclusión, acompañamiento, soledad)

RESUMEN

Este artículo describe el trabajo que se realiza en el programa de Pensiones Supervisadas para personas con enfermedad mental grave y su evolución a lo largo de estos años. Un servicio ubicado en la Comunidad, en el que las personas que lo utilizan viven en un espacio público y "normalizado", principalmente en el centro de Madrid y donde el objetivo principal, es acompañar a los usuarios del mismo, en el camino de entrada a una sociedad que les ha desterrado temporalmente.

El punto de partida para poder iniciar un trabajo personal es disponer de un alojamiento y espacio desde donde partir y construir una nueva vida. Un espacio que reduzca el miedo, la angustia y la inseguridad de poder verse en situación de calle y abandono.

Que los usuarios de Pensiones encuentren una nueva red en la que apoyarse, debe ser el punto de anclaje, ya que la exclusión social como concepto multidimensional (Castel, 1990), no depende, ni está vinculada solo a los ingresos económicos, también tiene un eje social, donde el aislamiento y la ausencia de vínculos son elementos tan importantes, como tener ingresos reducidos o el acceso limitado a otros recursos sociales.

ABSTRACT

This article describes the work being done in the Supervised Pensions program for people with severe mental illness and its evolution over the years. A service located in the Community, in which the people who use it live in a public and "normalized" space, mainly in the center of Madrid and where the main objective is to accompany the users of it, on the way to a society that has temporarily banished them. The starting point to be able to start a personal work is to have an accommodation and space from which to start and build a new life. A space that reduces the fear, anguish and insecurity of being able to see themselves in a situation of street and abandonment. That the users of Pensions find a new network on which to rely, must be the anchor point, since social exclusion as a multidimensional concept (Castel, 1990), does not depend, nor is it linked only to economic income, it also has a ...

INTRODUCCIÓN

El servicio de pensiones supervisadas es probablemente uno de los más desconocidos dentro del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid.

Pensiones Concertadas Supervisadas es uno de los dispositivos de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad grave y persistente, concretamente de los recursos que cubren la atención a las necesidades residenciales y de apoyo al alojamiento. Se concibe

como un dispositivo que, desde un modelo comunitario de atención, da respuesta a las necesidades de alojamiento y soporte residencial en un entorno normalizado.

Su inicio es en el año 1991 como ayuda económica, dotando de 11 plazas al distrito Centro y gestionadas desde el propio centro de Salud Mental.

Es el año 2003 con el Plan de Atención Social (2003-2007) a personas con enfermedad mental grave y crónica, cuando se establece un contrato de gestión de Servicio Público y es el punto de partida desde el que se va desarrollando y evolucionando hacia un recurso específico dentro del plan, con un equipo propio de intervención y con un aumento paulatino, a lo largo de los años, de plazas y áreas sanitarias de atención, gestionado desde sus inicios por Hermanas Hospitalarias.

El artículo describe el proceso de atención y evolución del servicio tomando como referencia el año 2016 hasta el 2021.

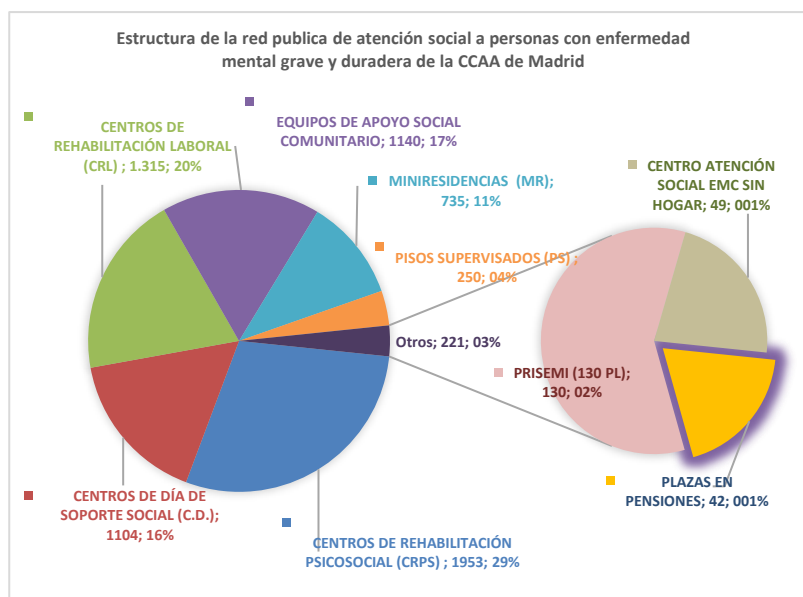
CONTEXTO GENERAL.

Estructura de la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la CC.AA de Madrid.

En el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 elaborado por la Oficina Regional de Salud Mental se pone de manifiesto que: "En la Comunidad de Madrid las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población. Además, estas enfermedades tienen un peso especialmente alto en los jóvenes y adultos menores de 45 años y generan una enorme carga económica y emocional en el sistema familiar de apoyo. Se puede considerar, desde una perspectiva amplia, que los trastornos mentales y neurológicos son el mayor reto en atención sanitaria del siglo XXI en nuestro entorno."

Con objeto de hacer frente a esta problemática social, la estructura de servicios relacionados con la salud mental se establece desde dos ámbitos vinculados funcionalmente a dos grandes áreas de gestión, la sanitaria, dependiente de la Consejería de Sanidad que actúa sobre los elementos vinculados a diagnóstico y tratamientos clínicos y la red pública de atención social, dependiente de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, centrada en la gestión social y familiar de las personas con enfermedad mental grave y duradera.

Partiendo de este punto, y centrados en el Plan dependiente de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera, el gráfico muestra los distintos servicios y su peso relativo en el conjunto de acciones vinculadas a la integración social de las personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020

La Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera es un dispositivo de atención de la Comunidad de Madrid que estructura su acción a través de distintos servicios vinculados a las características psicosociales de los usuarios, en el marco de las políticas de atención a la salud mental.

Esta Red de atención centra sus esfuerzos en recursos y servicios de atención diurna, como los centros de rehabilitación psicosocial, que representan el 29% de las plazas de atención ofertadas, los centros de rehabilitación laboral, que representan el 20%, los equipos de apoyo social comunitario y los centros de día de soporte social que respectivamente representan el 17 y el 16% entre los recursos de atención diurna. En lo relativo a los recursos residenciales, las miniresidencias representan el 11% de la oferta total de plazas del sistema y que asciende a un total de 6.669 plazas.

Estos servicios concentran el 93% del total de la oferta de servicios, el 7% restante se distribuye entre 4 servicios, representando los pisos supervisados, 4% y el 3% restante se distribuye entre los servicios de PRISEMI, 2%, Centros de atención social para personas sin hogar y el servicio de Pensiones que respectivamente no llegan al 1% de la oferta.

Si bien, el servicio de Pensiones es cuantitativamente el menor de los ofertados de la red, posiblemente sea el que tenga un mayor grado de concordancia con la cita de María Zambrano que preside el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid:

"No se pasa de lo posible a lo real, sino de lo imposible a lo verdadero"
 María Zambrano

Pues, de todos los recursos de atención residencial de La Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera, miniresidencias y pisos supervisados, el de Pensiones es el que atiende a las problemáticas que, por las características psicosociales de los usuarios, no pueden mantenerse en los mismos, con el consiguiente peligro de exclusión de los ya excluidos del sistema.

Poner el foco sobre este servicio es hacerlo, en la mayoría de los casos, sobre una de las últimas oportunidades de un ser humano que, por sus características sociales y mentales, está condenado a sufrir la mayor de las exclusiones que una sociedad avanzada y civilizada no puede moralmente permitirse, pues como el film dirigida por Mel Gibson, "Hacksaw Ridge", en español, "Hasta el último hombre", el servicio de Pensiones, a pesar de los muy limitados medios con los que cuenta, tiene como propósito fundamental no dejar a nadie atrás.

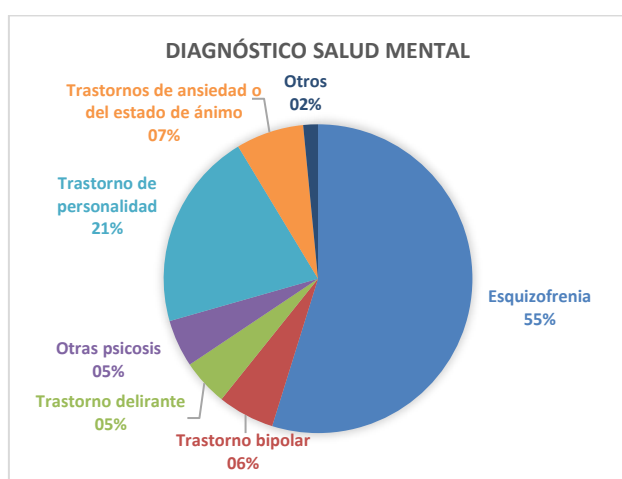
El Servicio de Pensiones de la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la CC.AA de Madrid.

Actualmente Pensiones Supervisadas dispone de 42 plazas para atender a usuarios de los Centros de Salud Mental, incluidos en el programa de continuidad de cuidados de tres áreas sanitarias, el área 1 (Vallecas Villa, Puente de Vallecas, Retiro, Moratalaz-Vicalvaro, Arganda-Rivas), el área 7 (centro, Latina y Chamberí) y el área 11 (Usera, Carabanchel, Arganzuela, Villaverde, Aranjuez, Valdemoro).

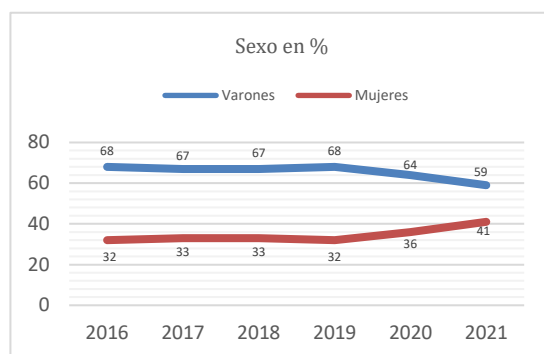
El acceso al recurso es a través de la derivación de los Centros de Salud Mental y propuesta de otros recursos del Plan de Atención, que por las circunstancias psicosociales del usuario no encajan en los mismos.

Perfil psicosocial de los usuarios:

Conforme a los datos suministrados por el Servicio de Salud Mental, el diagnóstico principal de los usuarios es el de Esquizofrenia (54,8%), seguido del trastorno de personalidad (20,8%), el 24,4% restante corresponde a otras patologías, tales como trastornos de ansiedad, trastorno delirante, trastorno bipolar y otras psicosis.



Fuente: elaboración propia datos diagnósticos red pública de Salud Mental



Las personas que acceden a pensiones presentan unas características especiales por su historia vital, llegan al recurso con un sentimiento de fracaso al haber pasado por multitud de recursos donde no han encajado, acuden con una mochila cargada de frustración, con unos recursos económicos muy limitados, con una narrativa mantenida durante años de locura, cronicidad, gravedad respecto a su diagnóstico y largos años de medicación, claudicación familiar, soledad, nula red de apoyo social, carencias afectivas importantes y con experiencias traumáticas en un elevado número de casos.

Fuente: elaboración propia, datos del servicio

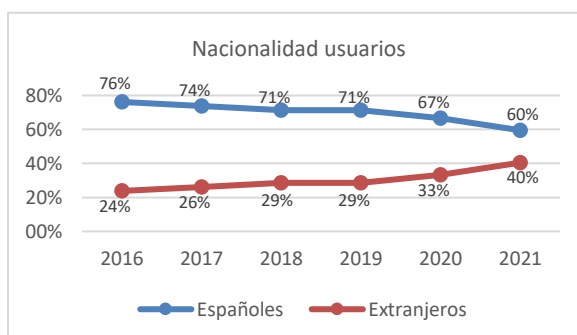
Por sexo, se ha observado que en los dos últimos años de ha incrementado la presencia de mujeres, pasando del 32% en los años 2016-2019 al 41% en el año 2021, si bien es aún pronto para asociar dicho incremento a los efectos de la pandemia, la evolución indica un notable incremento a partir de ese hecho.

Con relación al nivel educativo de los usuarios, padecer una enfermedad mental y sufrir exclusión social no parece estar correlacionado con el nivel formativo, afecta a todas las personas independientemente de su formación.

Nivel educativo	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Analfabeto	2,00	-	1,00	1,00	1,67	1,67
Sin estudio (lee y escribe)	7,00	4,33	5,66	5,66	4,00	4,67
Enseñanza primaria. E.G.B. (1ª etapa): 6º de EGB	17,00	22,62	19,81	19,81	16,00	17,17
Bachiller elemental, E.G.B. (2ª etapa), 8º de EGB,	40,00	32,01	36,01	36,01	39,33	36,00
Bachiller superior, BUP, COU, Bachillerato	9,00	7,14	8,07	8,07	7,33	9,17
F.P. 1º grado.	6,00	7,43	6,71	6,71	3,33	3,33
F.P. 2º Ciclo de grado medio.	11,00	12,70	11,85	11,85	9,00	7,83
3º grado. Ciclo de grado superior.	2,00	1,55	1,78	1,78	3,00	3,17
Título de graduado medio universitario	2,00	3,10	2,55	2,55	5,33	10,67
Título de graduado superior universitario	4,00	9,13	6,56	6,56	11,00	6,33

Fuente: elaboración propia datos del servicio

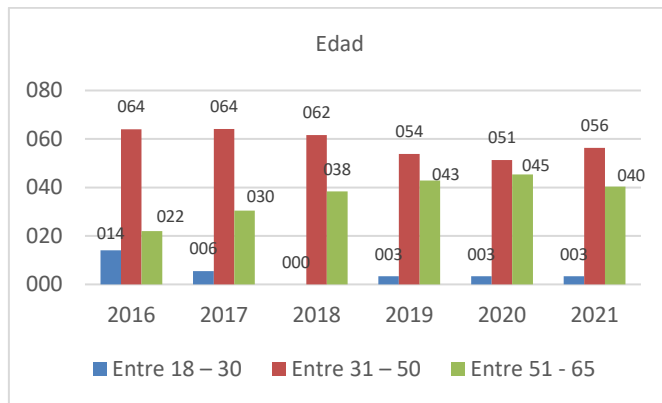
En cuanto a la nacionalidad, en el período 2016-2021 se observa un incremento notable de los extranjeros, pasando del 23,8% en el año 2016 al 40,5% en el año 2021, del mismo modo que en el perfil sexo, no es posible asociar el notable incremento de casi 12 puntos entre los años 2020 y 2021 a los efectos de la pandemia, este incremento notable en estos dos últimos



años coincide también con ese hecho.

Fuente: elaboración propia datos del servicio

Por último, con relación a la estructura de edad de los usuarios, indica una tendencia al envejecimiento de los mismos, dado que la franja de edad de más de 50 años viene sufriendo un incremento cada vez mayor en su proporción.



Fuente: elaboración propia datos del servicio

A modo de resumen, el perfil de usuario del servicio de pensiones sería el de un hombre de nacionalidad española de entre 30 y 50 años que padece esquizofrenia.

Estrategias de recuperación e integración

El Sainsbury Centre for Mental Health define la recuperación como una serie de valores sobre los derechos de la persona a construir una vida significativa para sí misma, con o sin la presencia continua de síntomas de salud mental. Hace énfasis en la importancia de la esperanza, en el mantenimiento de la motivación y en la creación de expectativas para una vida individual plena. (Shepherd, Boardman, & Slade, 2008) William Anthony, psiquiatra del centro de rehabilitación psiquiátrica de la Universidad de Boston, define Recuperación o "Recovery" como el desarrollo de un nuevo sentido y propósito en la medida en que uno crece, más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental. Según la definición de Anthony, lo importante son las expresiones, un nuevo sentido y propósito. Sobrevivir no es suficiente para recuperarse; la recuperación consiste en el desarrollo de uno mismo, como un miembro de la comunidad, pese a la discapacidad psiquiátrica y a sus efectos catastróficos (Farkas, 2007)

Saavedra Macías (2011) en su artículo "Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves", el concepto de recuperación va más allá del establecimiento de la identidad a través de un trabajo personal. Supone la reconstrucción y negociación de la nueva identidad, pero dentro de un contexto cultural y social. Los contextos sociales, por tanto, se convierten en la clave para la construcción de la identidad de las personas con trastorno mental grave.

Partiendo de estos conceptos, por tanto, desde pensiones la intervención tiene que ir destinada a ofrecer a las personas herramientas para que puedan encontrar "su lugar en el mundo" y "la mejor versión de uno mismo", de manera que puedan tomar sus propias

decisiones con total libertad e ir proyectando un camino de vida que les resulte satisfactorio, de una manera normalizada y como un miembro más de pleno derecho.

La intervención en la Comunidad tiene que ir dirigida a promover el cambio, la participación, contar con las personas, mejorar, componer o construir relaciones. Atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario, es básico para evitar la exclusión social y la institucionalización.

Bajo estos grandes principios, el servicio de Pensiones responde a las necesidades del sistema como última alternativa para la recuperación de estas personas, situando el foco de las acciones en la intervención de los profesionales del recurso que se inicia con la búsqueda de estos establecimientos, una característica y peculiaridad de este servicio y que supone el primer contacto con los prejuicios, los estereotipos y el estigma hacia las personas con enfermedad mental.

Encontrar un espacio digno para vivir, que rompa la idea del binomio pensión/marginación con unos recursos económicos limitados, es una ardua tarea. "convencer" a los propietarios de las mismas de que las personas que van a residir allí, no son sinónimo de conflictos ni problemas, es complicado. El equipo de profesionales tiene por tanto, que dar garantías de presencia y responsabilidad ante cualquier circunstancia conflictiva que pueda darse y respuesta ante situaciones difíciles.

Cualquier persona anónima, puede reservar habitaciones en establecimientos públicos, no hay preguntas, no hay dudas, se da por hecho que todo está bien. Por el contrario, en el caso de los usuarios del servicio de Pensiones, es necesario contar con la complicidad de los propietarios y gestores de las pensiones a los que se hay que solicitar una oportunidad, salvaguardando la privacidad y la dignidad de los usuarios.

La experiencia en todos estos años, ha demostrado y enseñado que no se puede evitar "señalar" a los usuarios desde el momento en el que un equipo de profesionales está presente en el día a día de estas personas, pero que sí es posible dar la vuelta, desmontando el prejuicio y favoreciendo el apoyo de los propietarios y los encargados de las pensiones en el proceso de recuperación de los usuarios.

Para hacer frente a esta casuística, la estructura funcional del equipo de atención está formado por cuatro educadores y una Trabajadora Social que ejerce las funciones de Coordinadora del recurso a jornada completa y un educador y trabajador social a media jornada. La ampliación del equipo ha sido progresiva y en función del aumento de plazas.

El recurso les ofrece la habitación individual, desayuno y lavandería semanal. Las pensiones carecen de cocina y los baños en la mayoría de las ocasiones, son compartidos.

Ya se cuenta con algunas pensiones con una trayectoria larga de atención a colectivos en exclusión social, personas sin hogar principalmente, en estos casos, contratar habitaciones es más fácil, pero también hay que trabajar más para conseguir un trato digno y mayor calidad de los servicios que ofrecen, ya que es fácil que se produzca un "abandono" en la calidad de la atención que no se produciría si se tratase de personas anónimas y "normales".

El cuidado en la relación con los propietarios de las pensiones, ganarse la confianza de los mismos y demostrarles, con la convivencia diaria y el buen funcionamiento de la mayoría de los usuarios en su día a día, es un trabajo indispensable y continuo que hay que llevar a cabo para garantizar el bienestar de los usuarios de pensiones.

En el momento en el que los usuarios utilizan la palabra "casa" y que los propietarios de los establecimientos llaman para ofrecernos habitaciones que les quedan disponibles, se puede empezar a hablar del proceso de estabilidad en el lugar de residencia.

Salvo casos aislados, la relación personal que se establece entre los dueños o encargados de las pensiones y los usuarios, termina siendo muy cercana, se construye una relación afectiva y de confianza. En numerosas ocasiones, son los dueños de las pensiones quienes alertan de que alguna persona está pasando por un mal momento, muestran su preocupación por estos y ofrecen su ayuda. Conseguir esto, es un esfuerzo y un trabajo diario por todas las partes, los profesionales en su intervención diaria, los usuarios demostrando sus capacidades y rompiendo con estereotipos y los propietarios desde el respeto a los usuarios.

El equipo de profesionales no cuenta con un equipo multidisciplinar donde la intervención se organiza en función del perfil y la categoría profesional, como en la mayoría de los dispositivos, hay que sustituir, por tanto, categoría profesional por capacidad personal, con un equipo formado, flexible y creativo, planificando la intervención desde una asistencia global.

Cada persona que se incorpora a pensiones tiene un referente en el equipo. El referente se designa en función de sus características y las del usuario que, junto con la coordinadora, se ocupa de todos los pasos que se van dando en el proyecto de esa persona.

Cuando un usuario llega a pensiones, hay que empezar desde lo primordial, conocer con que recursos cuenta para cubrir sus necesidades más básicas, teniendo en cuenta las características de la pensión en cuanto a prestaciones y comodidades, su economía y apoyos externos con los que pueda contar, esta información es importante para poder ofrecer unas condiciones lo más dignas posibles en su nueva vivienda.

El acompañamiento en todo este proceso es fundamental, conocer sus destrezas y capacidades de organización para manejarse en tareas cotidianas es el punto de partida para saber los apoyos y tiempos que necesita cada persona en este proceso inicial.

A la vez que se acompaña en la adaptación al recurso, se trabaja la confianza y vinculación a los profesionales. Conocer a la persona, su historia de vida, qué narrativa hace de la misma y como se sienten y se identifican, es imprescindible. Para conseguir esta confianza y vinculación, es necesaria la escucha activa constante.

Si el objetivo principal es tener una vida autónoma e independiente, como un proceso lógico y natural en todas las personas, hay que centrarse en los recursos con los que cuentan más que en sus déficits, conocer sus fortalezas y capacidades para rescatarlas y reconocerlas, ya que como supervivientes que son, las tienen y las han estado utilizado para sobrevivir, pero no lo reconocen ni identifican.

La intervención se desarrolla en el medio, ya sea en la habitación (su casa), tomando un café, paseando o conociendo el barrio. Esta manera de intervenir tiene la complejidad de poder cuidar y garantizar la intimidad y privacidad de las conversaciones y el contenido de estas, que en numerosas ocasiones son desgarradoras.

Los profesionales deben por tanto, prever con anterioridad que se va a trabajar o abordar en la intervención en el día concreto de la cita, para buscar el espacio más adecuado que permita una buena comunicación.

Se interviene en todos los aspectos de la persona, la variabilidad en los perfiles y características de los usuarios es muy amplia, pero algo que les define y que es común en un porcentaje muy elevado, es la soledad y la carencia de apoyos. Conseguir una rutina y dotar de contenido su día a día que provea de sentido levantarse cada mañana, así como, conectar nuevamente con la sociedad y conseguir que los usuarios encuentren una nueva red en la que apoyarse, son objetivos vitales del recurso.

La búsqueda de recursos como los colectivos de apoyo mutuo, los espacios comunitarios, recursos formativos, culturales, etc., deben ser puntos de anclaje para los usuarios. Desde Pensiones, además de realizar esta búsqueda, también se crean espacios y actividades según las preferencias de ellos y las necesidades que son detectadas, de los que se ocuparán los distintos miembros del equipo en función de sus conocimientos. Estas actividades se desarrollan en espacios comunitarios que nos ceden alguna de sus salas y que sirven también para conectar a la persona con una oferta de actividades y favorecer el contacto social.

Las reuniones del equipo de profesionales aseguran que toda la información sea compartida, pudiendo de esta manera conocer y trabajar con todos los usuarios en la medida en que las personas lo precisen y allí donde sea necesario.

La intervención de los profesionales abarca el todo de una persona y de manera individualizada y desde las necesidades que expresan y los apoyos que piden, se planifica el trabajo con cada uno de ellos. El nivel de autonomía y sus habilidades personales marcan la frecuencia en las intervenciones con cada uno de ellos.

Acompañar, asesorar, apoyar en la búsqueda de recursos y orientar en trámites y gestiones son intervenciones que se realizan de manera continua en pensiones, así como la coordinación con profesionales de otros dispositivos que intervienen y trabajan con los usuarios.

Como se ha mencionado, no contar con un equipo multidisciplinar implica abarcar todas las facetas de la persona, ante esto, la escucha activa es fundamental para que los usuarios puedan expresar todo aquello que llevan arrastrando desde años y que frena o dificulta su proceso de recuperación, como son traumas, la baja autoestima, Autoestigma, estrés, duelos no resueltos, etc. Para abordar este trabajo personal, buscamos entre profesionales de otros dispositivos de la Red el apoyo para esta atención, o bien a través de Salud Mental o de asociaciones donde lleven a cabo terapia individualizada que implique el menor gasto económico posible a los usuarios y que proporcione un equilibrio en la intervención.

La atención en crisis de un usuario en pensiones es compleja y muy delicada, contar con el apoyo de Salud Mental y sus personas de referencia es básico para evitar situaciones delicadas y dañinas para el usuario, como pueden ser los ingresos involuntarios. Poder intervenir antes de que se tenga que acudir a medidas drásticas y cumpliendo con los derechos fundamentales de la persona es lo deseado, pero no siempre se consigue.

Cuidar y proteger al usuario en momentos de crisis y que no se tenga que actuar con medidas coercitivas que vulneren sus derechos y su dignidad, es en la mayoría de las ocasiones imposible, tal y como están organizados los servicios sanitarios y desde donde tenemos que realizarlo.

Las consecuencias de estas intervenciones que requieren un traslado forzoso porque no se ha podido frenar antes, implican en muchas ocasiones la pérdida de confianza con los profesionales, el rechazo de los propietarios, reforzar la imagen de “peligrosos” y “violentos” y remover las emociones de los demás compañeros del recurso que comparten pensión.

El daño puede ser irreparable o implicar un volver a empezar, lo que obliga a reconstruir la relación y trabajar con profundidad y en base a sus deseos, como prevenir y evitar estas situaciones.

Evaluación del recurso y resultados.

A pesar de las dificultades y la peculiaridad del recurso, una mirada a la dinámica de las actividad desarrollada por el Servicio de Pensiones, permite realizar una evaluación objetiva del éxito del mismo.

Tal como se comentó al inicio, el Servicio de Pensiones se alimenta de las derivaciones realizadas por los servicios del sistema de Salud Mental, a él llegan las personas que por diversas casuísticas no se han adaptado a los distintos servicios con los que cuenta la red de asistencia por problemas de socialización. Partiendo de ahí, el servicio ofrece un nuevo marco de atención relacional con los usuarios que busca la recuperación e integración de estas personas en el sistema.

El número de plazas ofertadas se ha mantenido constante durante el período, si bien en el año 2016 se inició con 37 plazas y durante el mismo se incrementó a 42.

Existe una lista de espera que cubre las plazas liberadas durante el año, esta lista de espera está formada por las derivaciones de los Centros de Salud Mental, su evolución pasó de 40 plazas en lista de espera a 31 de diciembre del año 2016 a 59 en los años 2017 y 2018, a partir de ese momento la lista de espera se ha ido minorando pasando a 35 en el año 2019, 31 en el año 2020 y 21 en el año 2021.

En el siguiente gráfico se presenta la dinámica de actividad del servicio de Pensiones del sexenio, 2016-2021.



Fuente: elaboración propia datos del servicio a 31/12.

El Servicio de Pensiones no tiene un período mínimo ni máximo de estancia, los usuarios están en él durante el tiempo que sea preciso hasta que obtienen el **Alta**: Usuario que sale del centro por cumplimiento significativo de los objetivos previstos en su plan individual.

Baja: Usuario que sale del centro sin haber cumplido los objetivos debido a diferentes motivos: traslado de domicilio, derivación a otro recurso, no adecuación al centro, fallecimiento, etc.

Abandono: Usuario que por decisión propia deja de asistir al centro sin haber cumplido objetivos.

Tal como muestra el cuadro, la media de nuevas incorporaciones al servicio de Pensiones es del 27% durante el período, estas incorporaciones sustituyen a aquellos usuarios que salieron del mismo por haber obtenido el alta, 11%, una cifra muy relevante si se tiene en consideración el punto de partida que implica haber podido recuperar a 27 personas que cuando entraron en el sistema carecían de toda esperanza, 13% de bajas causadas por fallecimiento, cambios de domicilio y derivación a otros servicios del sistema de salud mental y tan solo un 2% de abandonos.

El servicio de Pensiones se ofrece como un modelo de éxito en la recuperación de personas con patologías mentales y en situación de grave exclusión social, que por problemas de adaptación inicial al sistema, son derivados al mismo. Poder acompañar a la persona en un proyecto único y propio que sirva para recuperar el control sobre su propia vida, tomando sus propias decisiones y desde su cotidianidad y en sus espacios físicos, no es tarea fácil, por tanto, el esfuerzo de nuestra práctica cotidiana debe dirigirse a la reconstrucción de la identidad y promoción de su libertad en un viaje largo y complejo, lleno de idas y vueltas.

Susana González Chacón

Directora del Servicio de Pensiones Concertadas Supervisadas

REFERENCIAS

- Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007, Comunidad de Madrid
- Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020
- Las relaciones sociales en salud mental: Estudio sobre la percepción del impacto de las relaciones sociales en la mejora de la autonomía de las personas con diversidad mental y la relación con el trabajo social. Cazorla, J. Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social no. 21 p. 161
- Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. Francisco Javier Saavedra Macías Publicación 02 Jun 2011
- La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. M Hernández Monsalve - Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.37 no.131 Madrid ene./jun. 2017
- G Shepherd, J Boardman, M Slade- 2008 Making recovery a reality.
- Manual de instrucciones para la deconstrucción de un dispositivo Laura Martín López-Andrade.
- Acción terapéutica comprometida con la dignidad del sujeto y con la sociedad Apuntes Laura Martín López-Andrade. Curso Institucional del Experto Universitario en "La acción terapéutica y su repercusión social: de la subjetividad a lo social". UNED-IdiPAZ. 2016. Clase del 12 de Abril de 2016
- Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales (issn 1886-6530) Algunas contradicciones en la construcción en las prácticas rehabilitadoras 1. Antonio Tarí García
- Informe sobre los derechos en Salud Mental 2020. Confederación Salud Mental España
- La Rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. M.Hernandez Revista asociación Española de Neuropsiquiatria Volumen 37 no. 131 2017.
- La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. Marta R. M. Hernández, Simon Peter, H Smith. Revista asociación Española de Neuropsiquiatria. Vol. 33 no. 118 Madrid 2013

- Reflexividad, Trabajo Social Comunitario y sensibilización en derechos. Belen Lorente Molina, Carlos Vladimir Zambrano. Cuadernos de Trabajo Social 2010.