

Editorial



Fuente: pixabay

“Se habla de la salud mental como un producto de consumo... psicoterapia... se uberiza y devalúa... disponibilidad inmediata de usar y tirar...”

“El ciclo ha cambiado, pero los pacientes siguen desatendidos o atendidos por quienes no tienen capacidad de resolver el origen de sus males... Si el escalón garante de la longitudinalidad y la continuidad asistenciales no puede ejercer como tal, el resto tampoco podemos.”

QUÉ HAY DE LO NUESTRO

La salud mental está de moda. En telediarios, tertulias, magazines, podcasts y cualquier otro formato de comunicación es el tema estrella. No sólo son los medios de comunicación, se habla en las calles, en los bares, en los eventos familiares. No es casual que esto pase después de una crisis tan peculiar y alienante como la del COVID, ni tampoco es casual que esa salud mental de la que se habla diste mucho de recoger el sufrimiento psíquico que se diagnostica como trastorno mental grave, el más desestructurante, el más estigmatizado, el más excluido. Se habla de la salud mental como un producto de consumo. Se pone en valor la psicoterapia (bien) pero inmediatamente se uberiza y devalúa, no importa el *setting*, ni el contexto, ni el vínculo, sólo una disponibilidad inmediata de usar y tirar (no tan bien). Pese a esta *clasesmedianización*, si nos permiten el término, y mercantilización del sufrimiento psíquico, lo cierto es que la ciudadanía sufre, lo manifiesta y pide ayuda.

La salud mental está en todas las agendas políticas. La red de salud mental crece por primera vez en décadas. Deberían ser buenos tiempos para nuestras profesiones y nuestras redes asistenciales. ¿Lo son?

En la parte sanitaria de la red la cotidianidad de la organización de los servicios constata un cambio de ciclo; contra lo que sucedía durante los años de las políticas austericidas, lo difícil no es que un profesional consiga encontrar un lugar donde trabajar; ahora el quebradero de cabeza es encontrar profesionales para cubrir las vacantes. Si hace diez años no se suplía la ausencia de un, por ejemplo, facultativo, porque no había dinero (ni voluntad) para pagarla, ahora no se suple porque no hay nadie disponible. Mientras tanto la demanda se dispara, la población atendida está más dañada, con sus redes de apoyo cada vez más exiguas y con un futuro cada vez más cuesta arriba. La psicopatología está –nunca se ha ido– pero es difícil trabajarla tras capas y capas de sufrimiento social. El ciclo ha cambiado, pero los pacientes siguen desatendidos o atendidos por quienes no tienen capacidad de resolver el origen de sus males. A su vez, el desmoronamiento de la atención primaria tras décadas de maltrato se traslada al resto del sistema sanitario. Si el escalón garante de la longitudinalidad y la continuidad asistenciales no puede ejercer como tal, el resto tampoco podemos. Eso se traduce en un colapso a cámara lenta, con profesionales cada vez más quemados; un servicio público eternamente ocupado en apagar fuegos, que consigue hacer el mínimo imprescindible pero que nunca encuentra tiempo para crecer y nutrir como todos sabemos que podría. Las consultas pierden potencia de intervención, aunque mantienen, más fuerte que nunca, su rol de taquígrafos del desastre. Desde la red de salud mental le gritamos al futuro “en este momento histórico es por aquí por donde se desangra esta sociedad”. Pero como el tiempo es lineal, no escuchamos la respuesta.

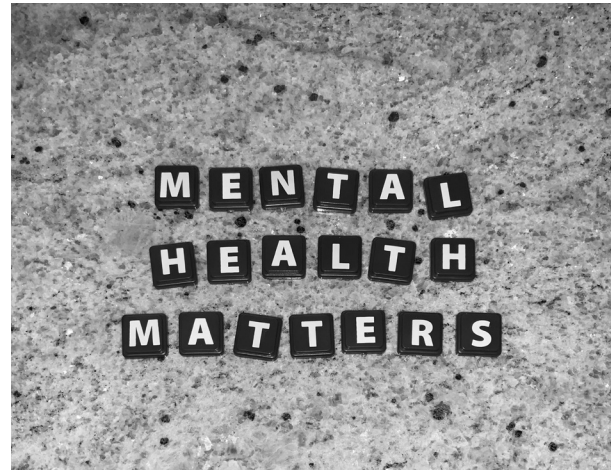
Mientras tanto en la red de rehabilitación psicosocial, las ratios y la sobrecarga asistencial no pesan tanto. Sí pesa la subordinación de la red a la parte sanitaria, pesa el poco aprecio a lo complejo de su tarea, pesan los acuerdos marco y el “precio plaza ocupada” que, aunque no deberían, condicionan (y mucho) todo el trabajo técnico. Pesa enormemente mantener el diseño de hace décadas centrado en las necesidades de una población que ya no existe, pues al igual que ha cambiado la demografía, ha cambiado lo que entendemos como trastorno mental grave. Las personas ma-

nifiestan su sufrimiento de forma diferente, tienen necesidades de intervención diferentes, pero las redes se mantienen impertérritas, como esfinges, cada vez más distanciadas de la realidad social. Pero por encima de todo pesa constatar cómo los fondos de inversión de capital de riesgo han entrado arrolladoramente, trayendo con ellos bajadas temerarias de presupuesto, implicando la amenaza de monopolio de quien puede permitirse tirar los precios, provocando una transformación de estructuras en el resto de las organizaciones para poder competir con esta forma de funcionar... la calidad de la intervención técnica se diluye tras nuevas prioridades como la rentabilidad. Y lo peor, no parece que –al menos por el momento– alguien vaya a poner coto a esto.

Deberían ser buenos tiempos para las redes de atención a los problemas de salud mental ahora que por fin la salud mental es una prioridad social. Sin embargo, no es esa la sensación de quienes cada mañana se enfrentan a una tarea cada vez más parecida a vaciar el mar con un cubo.

¿CUÁL ES ENTONCES EL PAPEL DE LA AMSM EN ESTE MOMENTO HISTÓRICO?

Somos conscientes de que atravesamos un momento histórico muy significativo para nuestras profesiones, para nuestros marcos teóricos y para la ciudadanía. En el futuro se analizarán en profundidad estos años, se verán clarísimas las claves que ahora se nos escapan. Lo que no se nos escapa es que el desaliento de los profesionales y el clamor de los ciudadanos obedece a una razón fundamental: todo podría ser mejor. Nos merecemos, de un lado y otro de la relación terapéutica, una atención más digna, más humana, más útil. El sistema vale para muchas más cosas que apagar fuegos. Nuestras redes nacieron para ser espacios de seguridad para personas dañadas, en los que pudieran encontrar respaldo para volver al mundo que les había expulsado, pero también para transformar ese mundo y hacerlo menos expulsivo. Cada vez que en una coordinación alguien se encoge de hombros y dice “es que no da el perfil” nos convertimos en una caricatura de lo que deberíamos ser. La clave es que ese desaliento de los profesionales no es un signo de colapso o de derrota, sino de vida y potencia. Es la constatación de que no aceptamos nuestra realidad laboral actual como la única realidad laboral posible, que no nos creemos ese *There Is No Alternative* que intentó inculcar Thatcher y parece hegemónico. Sabemos que todo el talento profesional, todo el esfuerzo cada día en cada equipo, todo el trabajo que hacemos podría ser mucho más útil. Porque nos merecemos, como profesionales y como ciudadanos, algo mejor.



Fuente: Unsplash

Para eso necesitamos un escudo social efectivo, para que la ciudadanía no tenga nuestra puerta como única salida ante el sufrimiento derivado de las condiciones de vida. Necesitamos también rediseñar las redes de atención, con la multidisciplinariedad, la equidad, la longitudinalidad, la continuidad asistencial y la vocación comunitaria en el centro, dejando atrás diseños obsoletos y también jerarquías obsoletas.

En este momento histórico tan relevante para la salud mental queremos que el papel de la AMSM sea doble, hacia la ciudadanía como taquígrafos del desastre, levantando acta del sufrimiento social para que a todos los niveles se tomen medidas al respecto; pero también hacia los profesionales, articulando esa realidad mejor que la que tenemos ahora. Convirtiéndola en una posibilidad palpable, siendo un foro donde se puedan imaginar y aterrizar medidas concretas para esa transformación que necesitamos y efervesce bajo nuestra frustración. Medidas que no recaigan –otra vez– en el sobreesfuerzo de los profesionales (ya lo hicimos en la crisis de 2008 y no salió bien) sino que sirvan para devolver la dignidad y hacer florecer nuevamente a los servicios públicos.

Nuestras próximas jornadas se llaman Salud Mental en los infelices años 20. Porque necesitamos contexto histórico para entender dónde estamos, pero también para comprender que tenemos derecho a una realidad mejor.

Junta Directiva de la AMSM

Homenaje a Mikel Munarriz

En mayo de 2022 cerramos los agradecimientos de *Transformar los barrios para una mejor salud mental* diciendo que 'Mikel Munarriz era lo mejor que le había pasado a la AEN en sus primeros 98 años' sin saber que nos dejaría antes de que acabara ese año.

No volveremos a escuchar su voz, ni a consultarle dudas, ni a enseñarle ilusionadas nuestros proyectos ni a dejarnos embolar en una de sus míticas *liadas*.

Salvo porque quienes hemos tenido el honor de compartir espacios con Mikel llevamos dentro de nosotras, ardiendo incombustible, una llamita de esas *liadas*, de ese incitar a hacer cosas, a construir comunidad, a levantar el futuro con las manos, sin dejarse llevar por la desidia. Hay personas que pasan por la vida haciendo arrancar motores en el resto, motores que el resto ni siquiera sabemos que tenemos pero una vez encendidos funcionan y crean, y se contagian.

Se fue sin avisar de que no volveríamos a hablar, pero dejando indeleble en nuestro recuerdo lo que sabemos que nos diría al final de cada conversación: que la vida puede ser mucho mejor, que merece la pena esforzarse, que cree en nosotras, que pasito a pasito no hay ningún sitio al que no podamos llegar. Que tenemos una responsabilidad histórica con la profesión y la capacidad de dejarla mucho mejor de lo que la encontramos. Que no es que lo vayamos a hacer, que es que ya lo estamos haciendo.

En el congreso de Barcelona nos dijo "por, al menos, cien años más de AEN". Te lo prometemos, Mikel. Lo que has arrancado tú, ya no lo para nadie.

Marta Carmona en nombre de toda la Junta de la AMSM



Fuente: Pexels

LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LOS RECURSOS RESIDENCIALES DE LA RED DE REHABILITACIÓN: DINÁMICAS, CONTROVERSIAS Y HORIZONTES¹



Fuente: Pexels

1. CONTEXTUALIZACIÓN

Desde la Segunda Guerra Mundial se han venido produciendo cambios sociopolíticos que en la segunda mitad del siglo XX se tradujeron en una transformación del modo de atender los problemas de salud mental, desde la institucionalización hacia un modelo comunitario (Desviat, 2020). Este proceso de cambio colocaba a los determinantes sociales (contextuales y relacionales) en un lugar fundamental en la génesis y mantenimiento de los problemas de salud mental, y a los tratamientos farmacológicos como una herramienta útil pero claramente insuficiente, lo que condujo al desarrollo de recursos alternativos a la institucionalización psiquiátrica. La red de recursos de rehabilitación psicosocial de la Comunidad de Madrid surge como respuesta a esta necesidad y se ha constituido en referencia para muchas comunidades del territorio nacional. Algunos de sus logros más destacables son: la territorialización y zonificación de sus recursos, que pretende garantizar la coordinación con los servicios de salud mental y la accesibilidad de la persona derivada, el mantenimiento de unas líneas y procedimientos de intervención comunes por tipo de recurso, y la articulación de sistemas de cooperación entre los recursos de la red y con el tejido asociativo.

“...los determinantes sociales (contextuales y relacionales) ... fundamental en la génesis y mantenimiento de los problemas de salud mental... desarrollo de recursos alternativos a la institucionalización psiquiátrica.”

Sin embargo, tras un recorrido de más de 30 años, en el que hay amplia evidencia de la efectividad de los abordajes comunitarios para aliviar el sufrimiento de las personas con trastorno mental grave, el modelo hegemónico sigue siendo el biológico, quedando los determinantes sociales relegados a un papel complementario y en muchos casos prescindible. De ahí que gran parte de los profesionales de la salud y la ciudadanía en general desconozcan la existencia de esta amplia red de centros y servicios para atender a las personas con trastorno mental grave y de larga duración que ofrece la Comunidad de Madrid, o la consideren un complemento prescindible del tratamiento farmacológico.

“...en general desconozcan la existencia de esta amplia red de centros y servicios para atender a las personas con trastorno mental grave y de larga duración... hemos considerado necesario hacer una primera introducción a la estructura y funcionamiento de esta red.”

Con el objeto de paliar este déficit, hemos considerado necesario hacer una primera introducción a la estructura y funcionamiento de esta red. Se trata de una red amplia, diversa y profundamente desconocida, y es necesario contextualizar la complejidad de la atención que se ofrece, así como los desafíos a los que se enfrenta para dar una cobertura real a la población, teniendo en cuenta el escenario socioeconómico en el que nos encontramos.

La Comunidad de Madrid comenzó en 1988 desarrollando un programa de Servicios sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica cuyo principal objetivo era la rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave y de larga duración. En palabras de Hernández (2011) la rehabilitación psicosocial es “un conjunto de estrategias para afrontar las dificultades para el desempeño de la vida diaria

1) Este texto ha sido elaborado con las aportaciones de profesionales de la red de rehabilitación y de los centros de salud mental, con diferentes puestos y responsabilidades, que han preferido permanecer en el anonimato. Agradecemos a todas ellas el tiempo que nos han dedicado para reflexionar conjuntamente, compartir experiencias y dar coherencia a una realidad plural. Ha sido un lujo.

(para la tarea del vivir)", en estas estrategias caben muchos modelos teóricos y muchos tipos de intervención (este es uno de los puntos de riqueza y controversia de la red), siempre que se acojan a los principios de autonomía, normalización, responsabilización y recuperación (como señala el mismo autor) y velen por un trato digno y respetuoso con los derechos fundamentales. Uno de los grandes retos está siendo incorporar nuevos modelos de trabajo. La propuesta de finales de los 80 centraba la intervención en "entrenar" y recuperar las habilidades para el funcionamiento cotidiano que estuvieran mermadas, desde un modelo cognitivo conductual. Después de más de 30 años de recorrido, en los que se han ido introduciendo nuevas maneras de ayudar a las personas y sus familias en la tarea de vivir, y en los que hemos sido testigos de un cambio de paradigma respecto a la comprensión del trastorno mental grave (derivado en gran parte del activismo en primera persona) parece necesario reflexionar sobre cómo entendemos la rehabilitación, cómo se conceptualizan algunos programas de intervención básicos, o cómo definimos la salud mental comunitaria. Es una tarea compleja que no implica desechar lo que funciona sino ampliar el abanico de posibilidades para producir cambios, sin duda no vale todo, la fundamentación teórico-metodológica es un requisito técnico y ético.

En 1997 se estableció el Régimen Jurídico básico que regula los objetivos, ámbito y principios generales de actuación, tipología de los centros (Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), y recursos residenciales en esta primera etapa), los requisitos para acce-

der a los mismos y las formas de gestión del servicio público. Un aspecto fundamental es que el único modo de acceso a la Red es a través de la derivación del centro de salud mental que le corresponda por zona, lo que permite garantizar un plan de continuidad de cuidados coordinado, pero también introduce la posibilidad de que el recurso no cubra sus plazas si los facultativos del centro de salud mental no lo consideran pertinente, desde esa lógica biologicista de que la intervención social es prescindible.

El programa fue creciendo de manera muy progresiva, hasta que se desarrolló el Plan de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la Comunidad de Madrid, 2003-2007, cuyos objetivos fundamentales eran la ampliación significativa de la red de recursos (con la incorporación de los Centros de Día y los Equipos de Apoyo Social Comunitario), el apoyo a las familias y al movimiento asociativo, la coordinación con la red sanitaria de Servicios de Salud Mental y el desarrollo de acciones contra el estigma. En el informe sobre evolución de Recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2000-2015 elaborado por la AMSM (2016) puede verse el notable incremento de recursos que se produce desde 2002 a 2008.

En la actualidad (datos de agosto de 2021) esta Red, perteneciente a la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad, dependiente de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, está compuesta por:

TIPO DE RECURSO	Nº DE RECURSOS DE ESTA TIPOLOGÍA EN LA CAM	Nº DE PLAZAS
Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	27	1953
Centro de Día (CD)	33	1074
Centro de Rehabilitación Laboral (CRL)	27	1315
Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC)	38	1140
Minirresidencia (MR)	25	716
Pisos supervisados	64	250
Pensiones supervisadas		42
Servicios de apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave sin hogar	1	130
Centro de atención social de apoyo a la reinserción de personas con enfermedad mental grave sin hogar	1	49

En total 6669 plazas, que van a seguir ampliándose pero que siguen estando lejos de cubrir las necesidades de la población. La red de rehabilitación, como otras redes, tiene un doble efecto: de sujeción, amparo y protección, pero también de atrapamiento y cronificación. Es necesario trabajar en y con la comunidad, tejiendo vínculos y zurciendo los agujeros de una sociedad que tiende al individualismo y a la exclusión del diferente. Este trabajo es lento y requiere un método. A día de hoy, pese a que todos los recursos realizan actividades denominadas “comunitarias”, no siempre cumplen el requisito de construir vínculos de cooperación en y con los barrios para entender y atender lo que tenemos en común.

Una de las particularidades de esta red es que nació fuera del circuito público, es decir, los recursos son públicos para los ciudadanos, pero son gestionados por entidades privadas mediante contratos de gestión de servicios públicos en dos modalidades: concesión (si el edificio es propiedad de la Comunidad de Madrid) y concierto (si el edificio es propiedad de la entidad adjudicataria). La administración establece unos pliegos de prescripciones técnicas y administrativas que definen el perfil de derivación, los objetivos, la metodología, los recursos humanos y materiales necesarios y las condiciones de solvencia que deben tener las entidades para prestar los servicios. Las entidades concursan por la adjudicación proponiendo un proyecto técnico y una oferta económica, que no debería ser inferior a la que propone la administración.

Es importante tener en cuenta que el convenio al que se adscriben los recursos de esta red es el Convenio Colectivo General de Centros y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad², cuyos rangos salariales van de 1750 € de salario base en el personal titulado de nivel 3 a 930 en los técnicos auxiliares, salarios muy bajos que abaratan la gestión, precarizando un trabajo necesario y complejo. Como veremos más adelante, los equipos se enfrentan con retos que requieren formación y supervisión para aplicarla a la tarea, así como trabajo terapéutico personal (si fuera necesario) para minimizar la posibilidad de ser generadores de locura. Dado que las empresas no siempre cubren estas necesidades, es el trabajador el que tiene que invertir sus recursos económicos para paliar este déficit, lo que se ve dificultado por la precarización de los salarios.

Hasta 2013 los presupuestos se asignaban en función de las particularidades y necesidades de cada recurso (zona en la que estaba situado, necesidades de mantenimiento, ...), y en los concursos el proyecto técnico tenía un peso importante en la adjudicación. Con las sucesivas crisis económicas y las reduc-

ciones presupuestarias derivadas de las mismas se priorizó la bajada económica en los concursos, y la solvencia técnica, la creatividad o la innovación dejaron de tener importancia. En junio de 2013 se publicó el “Acuerdo marco de Residencias, Centros de Rehabilitación Laboral, Equipos de Apoyo Social Comunitario, Centros de Día, Pisos Supervisados y Centros de Rehabilitación Psicosocial para personas con enfermedad mental grave y duradera en las distintas zonas de la Comunidad de Madrid” que establecía modificaciones drásticas respecto al sistema de gestión anterior. Por un lado, se distribuye



Fuente: Pixabay

el presupuesto asignado de manera uniforme en función del tipo de recurso, y por otro, se establece un precio plaza ocupada/día diferente en cada uno (todas las plazas concertadas en residencias tienen el mismo precio, las de Centro de Día tienen otro, etc.), definiendo qué se considera plaza ocupada (en función de la asistencia), y estableciendo las reducciones en el pago en función del tipo y tiempo de absentismo; además, se establecen unos mínimos en las plantillas (que rara vez las entidades mejoran) que suponen, en la mayoría de los recursos, modificaciones a la baja del número de profesionales y de las jornadas.

Como señalamos en un artículo anterior, el hecho de que se priorice el precio frente al proyecto técnico ha ido expulsando a las entidades del tercer sector de los concursos, ya que no pueden hacer frente a las bajadas económicas que proponen las grandes empresas, que, en ocasiones, ofrecen valores anormales a la baja que son aceptados por la Administración (es importante señalar la incoherencia que esto supone teniendo en cuenta que en los pliegos de cláusulas administrativas se recogen las circunstancias en las que una proposición no puede ser cumplida como consecuencia de la inclusión de valores anormales o desproporcionados, según estipula el artículo 149 de la LCSP). En la actualidad nos encontramos con un escena-

2) En la actualidad se está negociando un nuevo convenio.

rio en el que una parte importante de los recursos sociosanitarios de la Comunidad de Madrid están gestionados por fondos de inversión, lo que para empezar, y sin entrar en profundos debates, supone considerar a los inversores como un cliente al que satisfacer al mismo nivel que la administración, las personas usuarias de los recursos o sus familias, lo que lleva a tratar de conciliar la calidad de la atención con el beneficio económico, utilizando los términos de “eficiencia, rentabilidad y sostenibilidad” como coartada.

Otro de los aspectos que añaden complejidad y riqueza al funcionamiento de la red es que tiene que trabajar en estrecha coordinación con los servicios de salud mental, responsables de la derivación y de la continuidad de cuidados de las personas con trastornos mentales severos y de larga duración. Esta continuidad de cuidados requiere articular la intervención de los diferentes recursos de tal modo que la persona reciba una atención coordinada y coherente con sus necesidades, potenciando que sea un agente activo en la toma de decisiones sobre su recuperación. Requiere además colocar los diferentes abordajes (biológicos, psicológicos y sociales) en una relación de simetría y coordinación, que nada tiene que ver con la jerarquización derivada del modelo biomédico. Implica, por tanto, establecer una relación de estrecha cooperación para, desde diferentes perspectivas, abordar la tarea común que es mejorar la calidad de vida de las personas que atendemos.

Pero nos enfrentamos a una realidad totalmente diferente:

- Los Programas de Continuidad de Cuidados (en adelante PCC³) están siendo dinamitados, lo que lleva a los centros de salud mental a hacer una importante dejación de funciones, “depositando” a la persona atendida en los recursos, sin tener una idea clara del objetivo del propio recurso. Los facultativos sanitarios en ocasiones ocupan las plazas desde la lógica de paliar sus propios límites en la atención, derivados de la precarización de sus condiciones laborales. Esta situación se ha agravado con la gestión del personal sanitario que se ha realizado durante la pandemia.
- En pocas ocasiones se realiza un trabajo previo con la persona sobre el sentido de la derivación. Cuando decimos “trabajo previo” no nos referimos a brindarle una información breve y persuadirlo de que acepte, sino al proceso necesario para que la persona pueda definir sus necesidades, conocer

los objetivos y el funcionamiento del recurso, y decidir si esta derivación le va a ayudar a satisfacerlas.

- Los informes de derivación, en muchas ocasiones, carecen de la información básica para iniciar la intervención (según se establece en los pliegos “historia biográfica, situación clínico-psiquiátrica, situación social y familiar, nivel de funcionamiento psicosocial, motivos que justifican la demanda de acceso...”), tampoco se comparte lo que ha funcionado y lo que no, los objetivos identificados parecen aplicables a todas las personas derivadas, carecen de matices que permitan conocer la particularidad de cada sujeto. Todo esto lleva a los equipos de rehabilitación a tener que “empezar de 0”, a improvisar en lo que se va conociendo a la persona y a repetir procesos con personas hastiadas tras su largo recorrido en los recursos.
- A menudo es difícil que fluya un diálogo constructivo durante el proceso de intervención, más allá de un intercambio de anécdotas o de demandas que se viven desde la exigencia de un lado y desde la angustia por el otro.
- La información transmitida desde rehabilitación (informes semestrales y anuales, o la transmitida sobre el curso del proceso por otros canales) no siempre obtiene una respuesta, ni da lugar a un debate de ideas.

Teniendo en cuenta todo esto, es difícil que profesionales de sanidad y de rehabilitación tengan la sensación de pertenecer a un equipo ampliado que trabaja conjuntamente, se apoya y se cuida. Sería interesante investigar si el pronóstico de una persona tiene que ver más con la calidad del trabajo en red que con el diagnóstico.

En este escenario están ubicados recursos de diversa índole, pero que comparten inquietudes, dilemas, controversias y dinámicas de funcionamiento. Queremos hacer un documento dedicado específicamente a las Residencias (también denominadas Mini Residencias), por ser un recurso complejo en el que se manifiestan en lo cotidiano y de manera ampliada las dificultades de los recursos ambulatorios, y que ha sufrido con especial intensidad la escisión entre salud física y salud mental que se ha producido durante la pandemia, con el consiguiente riesgo de iatrogenia y trasgresión de derechos fundamentales.

ALGUNAS PARTICULARIDADES DE LOS RECURSOS RESIDENCIALES

Los pliegos de prescripciones técnicas de 2021 definen las residencias como “un centro residencial comunitario de en torno a 20/30 plazas con supervisión de 24 horas, destinado a atender las necesidades de alojamiento y soporte residencial de

3) “El Programa de Continuidad de Cuidados (PCC), está dirigido a la atención de pacientes con TMG, se organiza como un proceso asistencial multiprofesional y longitudinal para pacientes que presentan deterioro, déficits o discapacidad en relación con su enfermedad mental y que requieren, o se prevé que van a requerir, una atención multidisciplinar continuada y/o, el uso simultáneo o sucesivo de varios dispositivos de la red, tanto sanitarios como sociales” (Dieterich , 2017; Bravo, 2009).

“...cualquier dispositivo que suponga atención profesional durante 24 horas tiene más riesgo de caer en la institucionalización y en la trasgresión de derechos fundamentales que un recurso ambulatorio...”



Fuente: Pixabay

“...La accesibilidad a espacios habitados por los demás ciudadanos, la eliminación de los elementos que pueden contribuir al etiquetamiento prematuro de sus residentes y la posibilidad de que se tejan vínculos cotidianos en el contacto diario son elementos básicos en el trabajo comunitario.”

las personas afectadas de enfermedades mentales graves y duraderas con deterioro de su autonomía personal y social. Proporcionan con carácter temporal (estancia corta o transitoria) o indefinido (estancia larga): alojamiento, manutención, cuidado y soporte, apoyo personal y social, así como apoyo a la mejora del funcionamiento psicosocial y a la integración comunitaria de los usuarios atendidos”.

La primera residencia se abrió en 1990, desde entonces se ha reflexionado mucho sobre el funcionamiento de estos recursos y su impacto en el proceso de recuperación de las personas que en ellos viven. Es importante tener en cuenta que cualquier dispositivo que suponga atención profesional durante 24 horas tiene más riesgo de caer en la institucionalización y en la trasgresión de derechos fundamentales que un recurso ambulatorio, en parte por las dinámicas relacionales que se establecen entre personas que conviven, en parte porque de alguna manera se consideran recursos que “custodian” y deben garantizar la seguridad de sus residentes, lo que supone una vigilancia y control por parte de la administración, las entidades y las familias, que complejiza tanto la gestión como la intervención, especialmente en lo que se refiere a la conciliación de lo normativo con los procesos de participación, autogestión y emancipación.

Las contradicciones aparecen desde la definición del recurso con el residente, al que, por un lado, se transmite “esta es tu casa” pero se establecen dinámicas que indican que “hay que merecerla” y que expulsan a quien no hace méritos.

Hay múltiples variables, aparentemente superfluas, que condicionan la capacidad del recurso para cumplir con las prescripciones para las que ha sido diseñado. A continuación, exponemos algunas de ellas:

- **Lugar donde se ubique el recurso y aspectos estructurales del edificio**

Cuando pensamos en la integración comunitaria de los residentes, un factor importante en el que reparar es el lugar donde se sitúe el recurso y las características del edificio.

Algunas de las razones para que sea tan difícil encontrar residencias integradas (lo que no es lo mismo que ubicadas) en las ciudades y los pueblos son: el precio del terreno se encarece, en muchos casos las entidades aprovechan antiguas instituciones rehabilitadas y adaptadas a los nuevos paradigmas, y, estando lejos del núcleo urbano, se reducen los conflictos derivados de los prejuicios en torno a las personas con trastorno mental.

La accesibilidad a espacios habitados por los demás ciudadanos, la eliminación de los elementos que pueden contribuir al etiquetamiento prematuro de sus residentes y la posibilidad de que se tejan vínculos cotidianos en el contacto diario son elementos básicos en el trabajo comunitario. No se trabaja el lugar como ciudadano de pleno derecho igual cuando la residencia está situada en el centro urbano, se parece a cualquier hogar de otras personas de la zona y los carteles de las entidades gestoras o financieras aparecen mimetizados con otros elementos decorativos teniendo mínimo protagonismo, que cuando están totalmente apartadas del resto de viviendas, o estando en el núcleo urbano se sitúan dentro de un recinto vallado, tienen aspecto de hospital y comparten espacio con otros recursos de tipo sociosanitario con grandes carteles/logos que remiten a la institución más que a un domicilio.

Por otra parte, el emplazamiento actual de la mayoría de las residencias no atiende al criterio de territorialidad, lo que hace que la persona se tenga que trasladar lejos de su contexto habitual y de su entorno próximo. Eso dificulta y obstaculiza los procesos de vinculación y desvinculación del recurso y una intervención integral durante su estancia.

Respecto al interior de las residencias, hay gran variedad. En algunos casos, la mayoría de las habitaciones son dobles, lo que no permite la intervención en situaciones de especial vulnerabilidad, siendo imposible respetar el derecho a la intimidad. Dichas habitaciones compartidas no dejan lugar al disfrute personal como espacio íntimo y privado. Hay un celo por que los espacios personales estén cuidados desde un criterio externo y estándar, se suele perder de vista que es la casa de la gente durante un tiempo, y que el modo en que organizan su espacio está en sintonía con su subjetividad, lo que puede ser una oportunidad para conocer al individuo más allá de patrones estereotipados.

- **Los equipos**

Los equipos de las residencias son los más numerosos de la Red. Tienen que dar cobertura a 24 horas de atención, 7 días a la semana, lo que implica diferentes turnos de trabajo y la consiguiente creación de subequipos (mañana, tarde, noche, corretornos y turnos de fin de semana; según los casos). La complejidad de la coordinación dentro del equipo tiene que ver fundamentalmente con dos factores: su organización para cubrir 24 horas y su estructura.

Respecto a la organización, los diferentes turnos no resuelven juntos los retos del trabajo cotidiano y, por tanto es difícil que se constituyan en un grupo operativo, en el sentido de configurarse como un grupo de personas que se organizan para sacar adelante una tarea común (tan solo pueden transmitirse la información para que haya cierta coherencia en la atención, pero con muy pocas ocasiones para el debate y la construcción conjunta).

Respecto a su estructura, los equipos están muy jerarquizados. Hay un “equipo técnico” formado por psicóloga y terapeuta ocupacional, que son quienes definen las directrices, y un grupo de educadoras/monitoras que cuando pueden debaten estas directrices y cuando no, se ven obligados a resolver sus discrepancias desde un acatamiento no conforme, o desde una actuación unilateral. Esta jerarquización lleva, en algunos casos, a que las educadoras no participen de otros espacios de coordinación fuera de la residencia, es decir con otros recursos y con la red de sanidad, aunque como profesionales de re-

ferencia tengan información de la persona de primera mano. El “equipo técnico” comparte la mayor parte de su jornada laboral con el turno de mañana, lo que también supone una diferencia relevante en la constitución y relación de los distintos subequipos. Todo ello es caldo de cultivo para una comunicación ineficaz, fomenta actitudes de competitividad frente a las de cooperación, favorece la existencia de conflictos y complica el abordaje y la resolución de los mismos.

Uno de los avances conseguidos a través de la reivindicación de diferentes colectivos de profesionales y la colaboración de la administración ha sido asegurar el nivel de cualificación de los equipos, definiendo en los pliegos de prescripciones técnicas que los educadores “contarán con la titulación mínima de Formación Profesional de Grado superior como Técnico en Integración Social o similar o equivalente; o en su caso con titulación universitaria de diplomatura o grado en Educación Social; o en el caso de monitores con experiencia que ya vengán trabajando desde hace más de 5 años en este Centro contarán la titulación mínima de Bachillerato, antigua FP II o equivalente”. No obstante, el salario de este grupo profesional dista mucho de tener una correspondencia con el nivel de cualificación, madurez y experiencia necesarios para realizar las tareas que tienen entre manos.

Más adelante profundizaremos en el efecto que tiene el funcionamiento del equipo en la calidad de la intervención. Aquí sólo queremos insistir en el riesgo de caer en prácticas institucionalizadoras o en la vulneración de derechos fundamentales. Para evitarlo, un requisito indispensable es el compromiso profesional y personal con la defensa de los Derechos de las personas que se atienden, así como contar con una supervisión externa para análisis de dificultades y gestión de cambios orientado a la mejora de la calidad y la detección de mala praxis. La supervisión externa, pese a ser una clara herramienta de cuidado de los equipos y por ende de mejora de la calidad de la atención, supone un coste económico alto que no todas las entidades gestoras están dispuestas a hacer.

- **La relación con el centro de salud mental derivante.**

Otra de las particularidades de las residencias es que pretenden atender tanto necesidades de alojamiento derivadas de situaciones socioeconómicas precarias, como las relacionadas con las vicisitudes de la convivencia o con otros desafíos del proceso de recuperación, en muchas ocasiones, todas con un tinte de urgencia. La temporalidad de las estancias puede llegar a establecerse no tanto en función del tiempo requerido para cumplir los objetivos, sino de la amplitud de la lista de espera y de las situaciones de vulnerabilidad.

La fluidez en la coordinación con el equipo de salud mental y la posibilidad de hacer una construcción del caso conjunta va a determinar en función de qué criterios se hacen las entradas y salidas del dispositivo y cómo se da continuidad a la intervención una vez la persona haya abandonado la residencia.

Es fundamental que el responsable de continuidad de cuidados del centro de salud mental traslade a la persona que va a derivar, la idea de que vivir en una residencia es diferente que alojarse en una pensión o un hotel, implica vivir en colectivi-



Fuente: Unsplash

dad, y por tanto una corresponsabilidad en construir el espacio seguro a partir del cual van a poder abordar otras cuestiones del proyecto vital. Si esto no se trabaja como paso previo, las normas de convivencia adquieren un carácter persecutorio en lugar de estar al servicio del cuidado de todos.

Durante la estancia, especialmente las temporales cuyo objetivo es “descanso familiar” requieren de una intervención familiar coordinada entre el equipo de salud mental y rehabilitación, para que la vuelta al domicilio no forme parte de un proceso de puerta giratoria en el que es el residente el señalado como causa del problema.

Las salidas de las residencias son un asunto sensible en el proceso de recuperación. Conlleva elaboraciones complejas relacionadas con la pérdida de la sensación de seguridad y amparo que se siente (siempre que el recurso funcione bien), implica despedirse de personas con las que se habían construido vínculos cotidianos, y enfrentarse a problemas antiguos si no se ha resuelto la situación que provocó su entrada o desafíos nuevos. En ocasiones, se minimiza esta función de amparo y acogimiento tan necesaria para afrontar los retos de la vida, priorizando como criterio la situación económica de la persona usuaria, que

si se puede pagar otro alojamiento es “dada de alta” para que la plaza pueda ser cubierta con otra situación de emergencia.

También se minimiza la importancia del proceso necesario para realizar un cambio a un piso supervisado. Dado que la gestión de las plazas se realiza en muchas ocasiones en función de urgencias, las personas que llevan tiempo en condiciones de pasar a pisos se les anticipa un cambio posible, pero no demasiado definido en términos de tiempo, lugar, compañeros, quedando sumidos en una incertidumbre que les impide cerrar en un sitio y acercarse progresivamente al otro. Por otro lado, no siempre es suficiente el tiempo establecido por pliegos para adaptarse al nuevo alojamiento conservando la plaza, lo que conduce a algunos “saltos sin red”, con importantes consecuencias.

• Coexistencia de plazas públicas y privadas

Las residencias son el único recurso que permite la coexistencia de plazas privadas y públicas. Estas últimas son un reclamo para las privadas, puesto que contar con la supervisión de la administración es para las familias o las entidades tutelares una garantía de la calidad del servicio.

La presencia de plazas privadas pervierte la atención en dos dimensiones:

- Los ingresos económicos de la entidad gestora dependen de la satisfacción de sus clientes. En el caso de la administración, esta satisfacción tiene que ver con el cumplimiento de unos pliegos que obedecen a criterios técnicos y administrativos, mientras que cuando el cliente es un particular, sus intereses tienen más que ver con su experiencia subjetiva. Si la entidad quiere mantener su nivel de ingresos tiene que satisfacer ambos clientes, pese a que, en ocasiones, los intereses particulares entren en contradicción con el criterio técnico que vela porque exista un equilibrio entre lo individual y lo colectivo. El riesgo es que se produzcan agravios comparativos entre unos residentes y otros.
- Los profesionales son contratados en función de las ratios que aparecen en pliegos, es decir, los que corresponden a las plazas públicas. Sería fundamental velar porque las ratios no estén forzadas, usando ese número de profesionales para atender a todos los residentes.

2. CONTRADICCIONES QUE SOBREVUELAN CUANDO LA GESTIÓN SE BASA EN OBTENER RENTABILIDAD ECONÓMICA

Como hemos apuntado anteriormente la Red de Centros y Servicios de Rehabilitación nace concertada. Las Administra-

ciones públicas exigen a las empresas que contratan el cumplimiento de una serie de cláusulas y condiciones sociales.

Además de la normativa de la Unión Europea, la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 establece “la obligación de los órganos de contratación de velar por que el diseño de los criterios de adjudicación permita obtener obras, suministros y servicios de gran calidad, concretamente mediante la inclusión de aspectos cualitativos, medioambientales, sociales e innovadores vinculados al objeto del contrato” y el Acuerdo de 3 de mayo de 2018, del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, establece “la reserva de contratos públicos a favor de ciertas entidades de la economía social y se impulsa la utilización de cláusulas sociales y ambientales en la contratación pública” (BOCM 16/05/2018). Se entiende por cláusula social “aquella condición de ejecución del contrato que establece la legislación o el órgano de contratación en los pliegos de prescripciones administrativas particulares, exigible a los licitadores y contratistas, a fin de promover, impulsar o garantizar objetivos de política social”⁴.

Este compromiso social exigible a las empresas desde el punto de vista de una contratación pública sostenible debe quedar reflejado y detallado en los pliegos técnicos y administrativos, documentos que recogen los requisitos y condiciones del contrato. Pero ¿qué pasa cuando los objetivos de las empresas que se presentan a las licitaciones no coinciden con estos fines de política social?, ¿qué ocurre cuando las empresas tienen como fin principal sacar el máximo beneficio en el menor tiempo posible? No podemos dejar de cuestionar si esta contradicción es compatible con el respeto a los derechos sociales y laborales que recogen las distintas normativas y si se cumple con el compromiso y responsabilidad de las entidades públicas hacia la sociedad.

Muchos de los centros y servicios de la Red están gestionados por los llamados fondos de inversión, cuyas características principales son precisamente obtener el máximo rendimiento en el menor tiempo posible y la temporalidad de la gestión, abaratando para ello los servicios al amparo de razones de eficacia, eficiencia y reducción de costes. Otra de sus características es la inversión en recursos de *marketing* y comunicación en dos sentidos: hacia fuera, para reforzar su imagen social con un despliegue de planes programas y acciones; y hacia adentro, maquillando la falta de cuidados a sus equipos a través

de mensajes corporativistas, que no dejan de ser una forma velada de limitar la capacidad de reflexión crítica y de desviar el foco de atención a otros lugares.

Las bajadas de precios en los concursos de contratación pública y el consiguiente empeoramiento de las condiciones laborales, sociales, y de calidad en la atención, tiene especiales consecuencias en los recursos que nos ocupan, las residencias, al cubrir necesidades básicas de la población a la que atienden y afectando directamente a su bienestar. Reflejo de esto, lo encontramos en muchas situaciones de la cotidianidad y en un funcionamiento atravesado por múltiples contradicciones entre la calidad de la atención y la reducción de costes.



Fuente: Unsplash

La gestión de la atención residencial focalizada en obtener rentabilidad económica conlleva la externalización de servicios fundamentales como cocina, limpieza o mantenimiento, siendo en ocasiones empresas pertenecientes al propio fondo de inversión las que los cubren. Esta doble externalización, de la pública a la privada y de éstas a subcontratas, supone una vuelta de tuerca a la precarización de las condiciones laborales siendo los recursos humanos, de nuevo, el principal foco de los recortes.

Nos gustaría ilustrar esta situación explicando las implicaciones que tiene la reducción de costes en el servicio de cocina, por ser un área especialmente relevante que permite articular diferentes áreas de intervención descritas en pliegos (autocuidados, psicoeducación y actividades de la vida diaria). En muchas ocasiones, estos servicios que pasan a manos de empresas externas, se prestan bajo condiciones contractuales que no cubren la totalidad de las necesidades residenciales, de

4) INAP (Instituto Nacional de Administración Pública)

forma que se traspasan algunas de las funciones que deberían prestar (por ejemplo limpieza de utensilios, sacar las bandejas que dejan preparadas en cocina y fregarlas al terminar...) a los equipos educativos, quienes se ven en la tesitura de asumir funciones que no están dentro de su ámbito competencial y que además, les resta tiempo para poder desarrollar las funciones que sí les corresponden. Ante estas situaciones, a los profesionales solo les queda asumir la incoherencia o emprender acciones legales para reivindicar sus derechos como colectivo.

La priorización del ahorro económico impacta en la atención y en la relación terapéutica, pervirtiéndola. La externalización y el consiguiente abaratamiento del servicio de cocina, lleva implícito una significativa reducción de la calidad, la cantidad y la variedad de los productos que se ofrecen, lo que provoca un malestar general y constituye una queja (legítima) constante en muchos de los contextos de intervención.

Estas quejas no pueden obtener respuesta real (debido a que no existe margen alguno de mejora en los servicios contratados) y se repiten sistemáticamente, porque, aunque no hay manera de solucionarlo, no se explicita esta realidad ni las causas de la misma; generando una creciente impotencia, frustración y enfado: por un lado en las personas atendidas, que no se sienten escuchados, ni legitimados; y, por otro, en los profesionales, que para evitar criticar abiertamente el servicio que presta la empresa para la que trabajan (por miedo a las consecuencias que pudiera tener), opta bien por callar y decir que trasladará la queja a quien corresponda, o bien por tratar de sofocar el conflicto desde lo normativo y desde el control.

Paralelamente a todo esto, se impulsan programas de promoción de buenos hábitos alimenticios, generando dilemas y contradicciones en el sentido de la intervención. Por ejemplo, ante el control de las cantidades o la falta de variedad de algunos productos, algunas personas atendidas resuelven comer fuera, con el consiguiente desorden en cuanto a sus hábitos.

A veces también sucede que se adjudican ciertas tareas a las propias personas atendidas, argumentándolo desde la asunción de responsabilidades y el trabajo por su autonomía, cuando en realidad responde a un reparto de esas funciones que ya no prestan los servicios contratados: por ejemplo, poner un lavavajillas industrial (o lo asume el equipo de educadores, o se traslada como tarea a las personas atendidas). En realidad, el fondo de la cuestión no es si tiene sentido o no que las personas pongan un lavavajillas industrial (lo cual efectivamente, sería objeto de debate), sino el lugar desde el que se plantea,

que, de nuevo, vuelve a negarse: el motivo es económico, pero se trata de parchear justificándolo con criterios técnicos.

La trascendencia que estas cuestiones tienen en la intervención es tan profunda como difícil de aterrizar. Genera vivencias, aprendizajes y un efecto dominó que patologiza, enloquece y cronifica. Ejemplo de ello son los espacios asamblearios. Son una herramienta muy potente de participación de las personas atendidas en el funcionamiento del recurso y constituyen un lugar privilegiado para fomentar aspectos tan importantes como la convivencia, el sentido de pertenencia, el debate o la asunción de derechos y deberes. Sin embargo, en algunas ocasiones, el contenido de estas asambleas gira en torno a todas estas quejas y malestares irresolubles. Esto es doblemente perjudicial: porque traslada el foco y evita que se puedan abordar otros conflictos y dilemas que tienen que ver con la convivencia; y porque proporciona una experiencia infructuosa respecto a la participación y la implicación ("no sirve para nada").

Cabría preguntarse por qué este tipo de quejas y demandas no suelen canalizarse por las vías al efecto (reclamaciones y denuncias), que realmente sería la única forma de conseguir cambios y mejoras (sin obviar que es un derecho que la persona tiene para ejercer). Es incompatible trabajar en pro de la autodeterminación y participación de las personas y, al mismo tiempo, invalidar y silenciar las críticas.

Este panorama que atraviesa el día a día de las residencias tiene su reflejo en los equipos que intentan mantener el equilibrio en sus intervenciones, basculando entre las expectativas o encargos institucionales y los dilemas (éticos) que éstas les plantean. La vocación y profesionalidad de muchas de las personas que atienden la vulnerabilidad y que acompañan en la ardua tarea de la vida, acaba sosteniendo este frágil sistema de contradicciones. Ahora bien, aunque los dilemas presiden la mayor parte de nuestras intervenciones, y así debe ser, el conflicto de valores y el posicionamiento ético conlleva, desde una posición desigual, estrés y agotamiento en los equipos, lo que provoca la deriva entre un modelo asistencial y un modelo crítico que planea en el día a día de la práctica diaria.

Por último, queremos señalar que todas estas contradicciones no están presentes de la misma manera, ni con la misma prevalencia en todas las entidades. No todas se fundamentan sobre criterios de rentabilidad y ahorro económico. Hemos querido hablar de la entrada en juego del sector mercantil y de los fondos de inversión, porque nos preocupa la transformación que está provocando en la Red de Rehabilitación. Igualmente preocupantes son los esfuerzos por invisibilizar estas transformaciones y que el discurso (y la acción) institucional consista en

“...a la larga, el resto de entidades se vean obligadas a competir para tratar de subsistir, siguiendo este modelo de reducción de costes y prescindiendo de cualquier mejora que implique un mayor gasto...”

mantener y repetir que esta deriva (la priorización del precio frente a lo técnico y la presencia de fondos de inversión) no supone un deterioro de la calidad asistencial de la Red. Es un efecto lógico y esperable que, a la larga, el resto de entidades se vean obligadas a competir para tratar de subsistir, siguiendo este modelo de reducción de costes y prescindiendo de cualquier mejora que implique un mayor gasto (supervisiones externas, formaciones, mejoras de Convenio...) que aunque son valoradas por los trabajadores y las trabajadoras, no constituyen una ventaja en la adjudicación de los servicios.

3. LA INTERVENCIÓN EN RESIDENCIAS: CARACTERÍSTICAS Y DINÁMICAS DEL RECURSO

LA LUPA DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Quienes trabajan o han trabajado en una residencia, lo saben. Lo han experimentado quienes han vivido o viven en estos recursos. Todo se magnifica en estos lugares: tanto las posibilidades de ayuda, como las de daño... Las ventajas y los riesgos juegan una partida reñida y complicada.

“...Todo se magnifica en estos lugares: tanto las posibilidades de ayuda, como las de daño... Las ventajas y los riesgos juegan una partida reñida y complicada.”

La diferencia trascendental con otros dispositivos radica en que son recursos que están atravesados por la convivencia. Y la convivencia intensifica todo, cual lupa de aumento. Hace que la distancia sea mínima y que, por tanto, la cercanía sea mucho mayor. Pero también dificulta en gran medida poder conseguir la perspectiva suficiente y necesaria para sostener un enfoque técnico.

Las interacciones se multiplican y también las posibilidades y los efectos que se derivan de esas interacciones (tanto entre profesionales, como entre personas atendidas, así como entre profesionales y personas atendidas). El contexto de la intervención es diferente, porque incluye situaciones cotidianas. Esto ofrece al profesional un margen muchísimo más amplio y rico para conocer a la persona atendida y para construir un vínculo seguro; pero también reduce su percepción de control, porque la convivencia hace que los sucesos y las interacciones no sean tan previsibles y, exige, a menudo, dar respuesta de forma inmediata a situaciones que van ocurriendo sin posibilidad de aplazamiento, ni de análisis conjunto en equipo. El encuadre de la relación terapéutica tiene más matices y es infinitamente más complejo de establecer que en recursos de atención diurna, con la consiguiente confusión que esto genera.

Las implicaciones de la intervención en un contexto convivencial son múltiples y responden a dinámicas circulares (aquí nos referimos a la imposibilidad de entender lo que sucede desde una causalidad lineal centrada en un individuo actúa y otro responde a esa conducta, sino desde el enfoque de que ambos interactúan y se retroalimentan), por lo que resulta imposible e irreal esquematizarlas y jerarquizarlas. Lo nombramos porque no pretendemos pensar en ellas de forma aislada; sino poder ser conscientes de que existen, pensar críticamente sobre cómo afectan en nuestro rol profesional y evidenciar la realidad de que solo una formación continuada y sólida, nos va a posibilitar identificarlas y manejarlas. En cualquier caso, el impacto es siempre doble y en interrelación: en la atención y en el propio equipo de trabajo.

Muchas de estas implicaciones no son exclusivas de los recursos residenciales, pero sí nos parece que juegan un papel más protagonista:



Fuente:Unsplash

- Omnipresencia profesional: dentro del recurso hay profesionales en todo momento. Esta realidad puede ser vivida desde la protección, pero también desde la invasión y la persecución.
- Necesidad de normas y límites que regulen la convivencia y el funcionamiento diario: es necesario construir un espacio seguro cuidando lo colectivo, sin perjuicio de lo individual.
- Inmediatez impuesta: en cuanto a los procesos, las líneas fronterizas entre acogida, evaluación e intervención están desdibujadas y son confusas. En la atención diaria, la intervención es constante y sin tiempo para reflexionar, porque hay muchas situaciones que requieren respuesta inmediata. Se pierde perspectiva.
- Responsabilidad formal y percibida sobre las personas atendidas: el grado de responsabilidad depositado en los recursos residenciales es mucho mayor. Esto fomenta actitudes paternalistas, sobreprotectoras y controladoras; que desresponsabilizan a los residentes. En la balanza “riesgo/beneficio”, pesan otros costes que no tienen que ver con la persona, sino con las responsabilidades que puedan ser exigibles a los profesionales, los miedos derivados de la historia personal o con carencias en competencias técnicas para lidiar con situaciones difíciles.
- Contextos cotidianos: espacios y situaciones de intimidad que exigen de los equipos un potente fundamento ético y una defensa activa de los derechos humanos.
- Relaciones de poder: presentes entre profesionales y personas atendidas, y entre los propios profesionales. El uso del poder corre el riesgo de pervertirse y utilizarse como instrumento de coacción ante las personas atendidas, o como forma de manejar las discrepancias con otros miembros del equipo profesional (ya sea de forma individual o a través de coaliciones).
- Comunicación y manejo de la información: los sistemas y canales de comunicación que predominan en el equipo son por escrito y en diferido. Se dan pocas ocasiones donde pueda producirse un diálogo igualitario con búsqueda de acuerdos. Las coordinaciones presenciales se limitan en algunos recursos a los relevos de unos 15 minutos entre turnos y a una reunión semanal de equipo de unas 2 horas, en la que no suele estar convocado la totalidad del equipo (normalmente, no estará presente el turno de noche y/o de fin de semana). La comunicación se reduce a un traspaso o intercambio de información, en el que cada profesional o cada turno debe decidir y priorizar qué es relevante y qué es prescindible que sepa el resto del equipo. Estos sesgos en la información permiten que la realidad se distorsione con mayor facilidad y que “lo urgente” eclipse “lo importante”.
- Incidencia de los conflictos: entre las personas atendidas y entre el propio equipo. Alimentados por todas las variables anteriores. Tienden a manejarse desde la imposición de la ley y lo normativo, tratando de mantener el orden y la sensación de control.
- Aunque no nos centraremos en ello, cabe subrayar que la labor de la coordinación con un equipo y en un recurso de estas características es especialmente espinosa y será un factor que facilite u obstaculice la tarea de forma significativa. La dirección es responsable de crear un clima seguro y saludable tanto para el equipo como para los residentes, ha de saber construir un modelo relacional que minimice la construcción de vínculos enloquecedores, lo que se complica en un recurso con trabajo a turnos.

UNA BALANZA DIFÍCIL DE EQUILIBRAR

Inmediatez vs. procesos

Desde el mismo momento de la acogida, en una residencia, hay que atender cuestiones y resolver dilemas que no se dan en otro tipo de recursos y que ya van a marcar de forma significativa la orientación de la atención.

El hecho de que la persona derivada se quede a vivir temporalmente en el recurso implica que haya mayor necesidad de conocimiento mutuo y que algunas cuestiones no puedan aplazarse, lo cual puede comprometer el proceso de adaptación y vinculación de la persona atendida. En este primer momento será necesario explicar las rutinas de funcionamiento del recurso, los derechos y deberes de las personas atendidas, así como las normas internas.

Normalmente se recaba también información necesaria y útil para la organización práctica, que se compartirá con todo el equipo: por ejemplo, tipo de dieta, si hubiese que prestar algún apoyo en alguno de los turnos... cosas que haya que saber sobre la persona de cara a nuestra labor.

En las residencias existe el riesgo de priorizar, sin darnos cuenta, las necesidades del profesional frente a las necesidades de la persona atendida. Ante las exigencias y la complejidad del trabajo diario en este contexto, el profesional busca incrementar su sensación de control, saber “lo que tiene que hacer” y necesita saberlo desde que la persona se incorpora al recurso. La persona atendida necesita, sin embargo, flexibilidad, tiempo para adaptarse y para ir conociendo el nuevo contexto. Las



Fuente: Unsplash

“prisas” del profesional, pueden provocar que se inviertan los procesos naturales de atención y que se precipite la intervención; antes siquiera de conocer a la persona, evaluar, ni definir objetivos y acciones. Si esto ocurre, la práctica profesional está condenada a realizarse desde la indicación, la pauta y la norma; sin posibilidad de atender a características, causalidades, significados y motivaciones individuales. El foco estará centrado en resultados superficiales (lo que consideramos que tiene que hacer o conseguir la persona) y no en la persona (quién es, qué le pasa, qué necesita y cómo serle de ayuda).

La inmediatez en las respuestas que algunas situaciones requieren hace que muchas veces nos quedemos solo en el síntoma e intervengamos superficialmente. Ya sea porque esa situación pone en riesgo a la persona o al resto de convivientes, porque genera una disrupción en nuestro propio trabajo o, por ambas cosas; resolvemos atendiendo solamente a la conducta y aplicando contingencias. Estas intervenciones efectivamente pueden resolver y ser necesarias en lo inmediato, pero corremos el riesgo de olvidar que otra intervención queda pendiente: la intervención posterior, la que trate de incidir más allá de la superficie y busque entender lo que pasa para poder generar cambios que tengan que ver con procesos internos de la persona y no solamente con un control externo, que soluciona en el momento, pero no genera cambio real en el proceso de rehabilitación.

Un ejemplo de esto sería el consumo de tóxicos, que forma parte de la realidad cotidiana de las personas que atendemos y que puede ser criterio de exclusión en muchos recursos. Ante este tipo de transgresiones antes de aplicar una amonestación, es necesario hacerse preguntas que nos permitan comprender el significado y la función del consumo y que sirvan a la persona en su proceso. Sería más útil que la gestión de las contin-

gencias estuviera vinculada no tanto con la transgresión de la norma, sino con el hecho de que estar bajo los efectos de las drogas puede ser impedimento para llevar a cabo el proceso que la persona quiso abordar, así como un obstáculo para la construcción de un espacio de seguridad para el resto de los residentes, especialmente aquellos que han tenido historial de consumo previo y que entraron abstinentes. De nuevo compaginar los procesos individuales y colectivos resulta complicado por lo que las amonestaciones o expulsiones tienen más que ver con no saber o poder manejar este tipo de situaciones debido a la propia estructura tanto física (habitaciones compartidas) como funcional del recurso y a la necesidad de soluciones rápidas, normalmente “exigidas” por el propio equipo.

Nuestro trabajo exige que toleremos procesos de velocidad variable y una gran cantidad de incertidumbre. Exige que seamos vinculados con la persona y eso requiere tiempo y dedicación. En recursos diurnos, el profesional tiene más presente esta necesidad de construir un vínculo seguro porque, sencillamente, la persona atendida podría no volver si no confía en nosotros. Sin embargo, en los recursos residenciales, es más fácil descuidar los aspectos vinculados porque la persona “está ahí” y tenemos mucha más facilidad para acceder a ella y mayor control sobre el contacto que tenemos con ella. Sin embargo, mayor contacto no implica mayor ni mejor vínculo: lo seguimos necesitando ambas partes.

En el histórico de la rehabilitación, muchas veces se han utilizado los primeros encuentros con la persona atendida para incrementar la sensación de control del profesional recabando información sobre aspectos íntimos y personales que no se correspondían con lo que la construcción del vínculo exigía. Se ha dado un trato infantilizador a las personas y se han vulnerado sus derechos en nombre de la supervisión y la protección. Estamos hablando de cosas como obligar a la persona a dejar su documentación, dinero, medicación y/o tabaco, de hacer inventarios y supervisión directa de todas las pertenencias de la persona, de preguntar por hábitos de higiene, forzar acuerdos de control y asignación económica o de frecuencia de duchas, establecer que se va a supervisar cómo se ducha la persona para “evaluar” ... etc., estableciéndolo como una cuestión normativa y por tanto unilateral.

Afortunadamente, llevamos camino recorrido, y aunque no conocemos el funcionamiento interno de todos los recursos; sí sabemos que este tipo de vulneraciones han ido desapareciendo debido a la incorporación de nuevas maneras de trabajar y gracias al empeño, al desgaste y a la denuncia de numerosos profesionales comprometidos con su trabajo y con el respeto de los derechos humanos. Es llamativo que prácticamente no

hayan existido quejas, ni denuncias sobre este trato por parte de las personas atendidas. Hipotetizamos que pueda deberse a que, comparada con la violencia ejercida en ámbitos hospitalarios, esta otra violencia es más sutil y pasa desapercibida.

Si bien es cierto que todo este proceso de evolución y transformación en las prácticas y modelos de intervención va constituyendo mejoras en la atención, no podemos obviar que también está dando lugar a nuevos riesgos, peligros y perjuicios:

- Por un lado, el cuestionamiento y la denuncia de las prácticas coercitivas, no garantiza una eliminación real de las mismas. No es suficiente con identificar y entender que estas praxis son iatrogénicas. Si no hay una formación y una teoría detrás que sustente el aprendizaje y capacite para intervenir de otra manera, estaremos condenados a la repetición de patrones anteriores que, como ya no están legitimados, tratarán de mimetizarse bajo el disfraz de argumentos y discursos nuevos. El peligro es que se transforme el discurso, pero no la práctica real, de forma que se invisibilicen los daños aún más que antes.
- Por otro lado, en la huida de la vulneración de derechos, del uso de la coerción y del mal uso del poder, también es fácil perder la orientación y acabar paralizados por el miedo a dañar. El peligro aquí es renunciar a nuestro poder en nombre del respeto y la autonomía del otro, perdiendo la capacidad para identificar sus necesidades de ayuda y protección. El peligro es irse al extremo del abandono: creer que estamos cuidando y respetando, cuando estamos abandonando y dañando.

Evidentemente la realidad es más compleja de lo que puede describirse: no siempre nos ocurren las mismas cosas, ni de la misma manera, ni se pueden categorizar o generalizar.

Defendemos que para poder hacer un buen trabajo que pretenda no dañar, pero que también cumpla su función de cuidado, protección y ayuda es imprescindible ser conscientes de todos estos riesgos y de la necesidad de formarse continuamente como un medio imprescindible para equilibrar nuestras dudas y certezas. Certezas que nos permitan hipotetizar, entender y actuar con la suficiente seguridad. Dudas que nos sitúen en un constante cuestionamiento crítico y que nos obliguen a parar, pensar y revisar.

Autonomía vs. abandono

Los procesos de rehabilitación psicosocial tienen como último fin favorecer los procesos de autonomía, independencia y diferenciación de las personas que atendemos. Es un hecho que un

elevado porcentaje de estas personas llevan a sus espaldas un largo recorrido por diversos circuitos de la atención a la salud mental, con un amplio saldo de cronicidad.

Resulta imprescindible preguntarse si nuestras intervenciones fomentan la cronificación o la autonomía y el empoderamiento. En el contexto residencial gran parte de la intervención tiene que ver frecuentemente con las actividades de la vida diaria (horarios y rutinas, aseo personal, tareas domésticas, gestión de la medicación, gestión económica...). El objetivo será, por tanto, que la persona sea capaz de realizar por sí misma estas actividades. El reto de los profesionales estriba en graduar correctamente el nivel de apoyos y supervisión necesarios para contribuir a la consecución de este objetivo.



Fuente: Unsplash

Podemos empezar por pensar en prácticas más asistencialistas, con grados intensos de supervisión y apoyo profesional como elementos que no favorecen la adquisición de destrezas y que van a incrementar la dependencia y la cronicidad. Pero si nos situamos en niveles muy bajos o ausentes de supervisión y apoyo, tampoco posibilitamos el aprendizaje y estaríamos siendo negligentes en nuestro desempeño profesional. En un extremo aparece la cronificación y, en el otro extremo, el abandono negligente.

Puede parecer evidente que la clave para fomentar la autonomía sea un nivel intermedio de apoyos y supervisión, pero en realidad, no lo es. La clave está en ser capaces de individualizar el grado de apoyos y supervisión que cada persona necesita.

Pongamos un ejemplo sencillo con respecto al uso de la medicación: un grado máximo de apoyo y supervisión consistiría en que los profesionales custodien la medicación, preparen las

diferentes tomas en un pastillero, la administren y supervisen presencialmente que se tome. En el supuesto contrario, la persona tendría su medicación y los profesionales no supervisarían nada, ni darían ningún apoyo. Un nivel intermedio podría ser que los profesionales custodien las cajas de medicación, pero que la persona tenga la medicación correspondiente a una semana y se encargue de tomarla.

No podemos afirmar que este nivel intermedio sea lo adecuado para todas las personas. Tampoco podemos decir que el grado máximo de apoyos/supervisión sea perjudicial para todas las personas, ni que la ausencia de los mismos lo sea. Es fácil imaginar tantas situaciones y necesidades como personas. Lo que queremos subrayar es que una misma acción puede resultar adecuada y beneficiosa para alguien, pero absolutamente negligente para otra.

Es cierto que sobre el papel resulta muy obvio, pero en el día a día, la complejidad se multiplica exponencialmente porque interfieren muchas otras variables: la necesidad de organización del recurso fomenta que muchas cuestiones que deberían ser individualizadas, terminen estandarizándose o normativizándose; las diferencias que surgen al individualizar la atención en un contexto de convivencia genera conflictos por vivirse como agravios comparativos y, si no se tiene suficiente solvencia técnica para manejar estos conflictos, se acaban “solucionando” con medidas “igualitarias” o normas “nuevas”, que no están vinculadas a las necesidades de nadie y que no responden a un criterio técnico, sino que están al servicio de la evitación de conflictos al que recurren los profesionales ante su propia impotencia. Sumemos a estas variables las presiones externas que podamos tener (ya sea de la familia, de Salud Mental, institucionales...) y que también condicionan nuestro margen de acción y nuestras decisiones.

Sumemos también el dilema ético que se produce cuando los profesionales valoramos que la persona necesita determinados apoyos, pero la propia persona los rechaza y su decisión sobre algún aspecto contradice nuestro criterio. Aquí es mucho más difícil calibrar qué implica abandono profesional o negligencia y qué supone una vulneración del derecho de autonomía de la persona. Recordemos que el principio ético de no dañar prevalece sobre el de beneficencia. Pero ¿qué significa dañar en cada caso?, ¿qué es beneficiar?, ¿qué supone respetar la decisión del otro?...

“El principio de autonomía atribuye al sujeto libertad y responsabilidad. Una persona autónoma debe ser capaz de ejercer el autogobierno, lo que supone la comprensión, razonamiento, reflexión y elección independiente...Supondremos que el

principio de autonomía está presente cuando el sujeto actúa de modo intencional, sin coacción y con consciencia de lo que hace.” Esto implica que, si ejercemos coacción, ya no existe autonomía. Implica también que sea necesario asegurarse de que existe consciencia e intencionalidad; porque si no están presentes, corremos el riesgo de interpretar la inacción como respeto a la autonomía de la persona, cuando en realidad esta inacción esté suponiendo un abandono o una negligencia.

A veces el trabajo consiste en no abandonar y seguir ofreciendo cuestionamientos (que no imposiciones) sobre lo que una persona está decidiendo: comprometernos con un acompañamiento que sea útil para disminuir el malestar y el sufrimiento psíquico, respetando al mismo tiempo los derechos. El riesgo opuesto es precisamente el de entender el principio de beneficencia como una licencia para doblegar la voluntad de la persona y someterla a acatar lo que el profesional “decide” que es “bueno para ella”.

“Renunciar a la victoria y a imponerse a toda costa, incluso bajo las más sutiles coacciones y dependencias, significa devolver el poder al loco y colaborar decididamente en su autonomía. Pues no se le devuelve el poder para que haga por su cuenta y sin nuestra ayuda lo que previamente le hemos inculcado, sino para que decida y camine según su saber y entender”.

Piedras angulares o piedras de tropiezo

Las normas suponen una piedra angular para la convivencia porque “proporcionan una base para predecir la conducta de los demás y preparar respuestas adecuadas, ya que, si cada miembro del grupo decidiese por sí mismo la forma de comportarse en cada interacción, reinaría el caos. (...) Proporcionan un marco de principios éticos, además de otros resultados más funcionales, tales como la reducción del miedo. También eliminan la inseguridad en el comportamiento; adquieren carácter de atenuantes de los conflictos, en cuanto que regulan el comportamiento de unos miembros con respecto a otros”.

La tarea de lidiar con las normas, los límites, el poder y las figuras que representan autoridad atraviesa la existencia de cualquier persona y va a condicionar nuestros modos de relacionarnos, nuestra capacidad para responsabilizarnos, diferenciarnos e integrarnos en diversos contextos del mundo social.

En contextos de rehabilitación se han distorsionado en ocasiones algunos paradigmas teóricos centrados en la participación en primera persona, con la búsqueda de una horizontalidad que, por definición, es imposible que exista, ya que las rela-

ciones entre profesionales y personas atendidas son complementarias y resulta confuso y enloquecedor actuar como si esa horizontalidad fuese real o siquiera posible.

“La horizontalidad no pasa tanto por la negación del poder de los y las profesionales, como por la prevalencia de la transparencia en su reconocimiento y por el compromiso de procurar entablar relaciones comunicativas donde prime el diálogo igualitario con voluntad de acuerdo, la acción comunicativa a la que se referirá Habermas (2010), en la que todas las opiniones tienen cabida y se argumentan sin recurrir a criterios de autoridad, abriendo la puerta a una posible redefinición de las relaciones entre los y las profesionales y las personas destinatarias del recurso”.

Nos parece fundamental asumir y aceptar que tenemos poder. Negarlo sería eludir una responsabilidad que nos corresponde: usar el poder como posibilidad, como capacidad enfocada al cambio; y no como dominación o manipulación.

Establecer las normas en un recurso residencial, es una responsabilidad que recae en el equipo profesional: habrá normas que estén previamente estipuladas por las instituciones y, otras, que se establecerán de manera interna en cada recurso. Lo importante es que haya claridad respecto a las mismas: que dejemos claro qué normas podemos flexibilizar y cuáles no son negociables; así como las consecuencias de transgír las mismas. Que las normas no sean confusas o “arbitrarias” garantiza un marco de certeza y de coherencia que posibilita la asunción de responsabilidades individuales y la existencia de un espacio colec-



Fuente: Unsplash

tivo seguro, también posibilita el debate sobre las mismas y su transformación o su eliminación. Las normas estarán, por tanto, al servicio de la convivencia y el bienestar común. Esto significa que no deberían ser excesivamente numerosas, ya que, si el marco es muy estrecho, inevitablemente entrarán en conflicto el bienestar común y el bienestar individual.

Los daños sobrevienen cuando esta piedra angular (las normas, la autoridad, el poder), se torna piedra de tropiezo. Esto ocurre si el equipo siente demasiada inseguridad, si se siente fracasado en su labor rehabilitadora, si teme una fantasía catastrófica o si se percibe incapaz de gestionar los conflictos. Entonces pervertirá la función protectora de las normas, utilizándolas para imponer o prohibir comportamientos determinados en el otro, con la ilusión de crear una realidad controlada y controlable. Sin embargo, solo se obtendrán así resultados de sometimiento, confrontación o violencia.

Cuando perdemos el sentido de las normas, éstas dejan de tener una validez compartida por el grupo, porque dejan de comprenderse. A veces no está claro el origen o los motivos de una norma, ni siquiera para los propios profesionales: pueden surgir del intento de controlar alguna situación aislada o individual y terminan objetivándose sin ningún cuestionamiento crítico, sino como algo que “siempre se ha hecho así”, de lo que con el paso del tiempo no sabemos dar cuenta. En este sentido es necesario revisar la validez de las normas establecidas e ir analizando la necesidad de cambios en las mismas.

Veamos un ejemplo que puede parecer estúpido, pero que es más frecuente de lo que imaginamos: en una residencia ocurre que sistemáticamente desaparecen los vasos. Parece que esto sucede porque se llevan a las habitaciones o a otros lugares y acaban rompiéndose. Sería una buena oportunidad para trabajar la responsabilidad individual en relación con la colectiva. Sin embargo, ese trabajo es arduo y lento. Resulta más fácil y rápido abordarlo desde una norma: “no se pueden sacar vasos del comedor”. Y efectivamente, si el objetivo es tener vasos disponibles y que no se rompan, es una medida más eficaz. Pero cabe preguntarse si acaso el objetivo y la intervención no deberían estar vinculados a los sujetos en lugar de a los objetos.

También ocurre que, para abordar una cuestión individual, en ocasiones se acaba imponiendo una nueva norma al grupo. Nos sirve el ejemplo de los vasos: supongamos que, en este caso, hemos identificado que hay una persona en concreto que se lleva vasos, los acumula en diferentes espacios del recurso y se acaban rompiendo. Podemos abordarlo de manera individual, analizando motivos, buscando soluciones alternativas y estableciendo los límites necesarios. O podemos perder el

sentido individual de esta acción y manejarlo a través de una norma general, aunque para el resto no sea necesaria y suponga una restricción de libertad sin sentido.

Con todo esto pretendemos alertar sobre el peligro de abusar de lo normativo como herramienta “falsa” de intervención. Incluso cuando obtengamos resultados cortoplacistas y cambios “deseables”, solamente será un engaño superficial motivado por el control externo, y no por un significado personal o motivación interna. En el mejor de los casos podremos obtener mayor orden y menor conflicto en nuestro recurso, pero no estaremos ayudando a que las personas generen cambios propios. Otras veces, el resultado será una respuesta de confrontación ante la norma y la consiguiente escalada simétrica en el conflicto, que en última instancia podrá manejarse desde la posibilidad de expulsión del recurso y que debería invitarnos a cuestionarnos nuestra intervención como un fracaso.

Otro ejemplo de uso (o abuso) de la norma que tiene más que ver con las necesidades del recurso que de las personas, aunque también con la hegemonía del enfoque biomédico; está vinculado al tratamiento farmacológico. En ocasiones, el excesivo celo de los profesionales en tener un control exhaustivo de la toma de la medicación, sin dar tiempo al proceso de incorporar las pautas, equivocarse, experimentar... aparte de responder a una demanda de la familia y del centro de salud mental, tiene que ver con incrementar la propia sensación de seguridad, minimizando las probabilidades de que se dé una situación de crisis (por síntomas o por convivencia) que, dependiendo del turno, van a tener que contener 2 personas. Tener a los residentes “bien medicados”, es decir, más tranquilos, apáticos y con menos deseo, no solo conduce a una mayor sumisión; también, a una mayor dependencia.

Por otro lado, y más allá del conflicto de responsabilidades y de asunción de riesgos que conlleva nuestro trabajo, conviene recordar que una parte de estos dilemas obtienen respuesta clara si conocemos y respetamos el marco legal y los derechos individuales.

La atención a la subjetividad individual es, como vemos, especialmente delicada en las residencias. Las necesidades y las formas de hacer de cada persona están en permanente conflicto con las necesidades de organización y protocolización del recurso. El equilibrio se complica si hablamos de las tareas domésticas y de las actividades de autocuidado personal, cuestiones profundamente íntimas y personales, que requieren un trato sumamente respetuoso con las diferencias individuales. No nos sirve una mirada superficial que se limite a juzgar lo que no comparte o lo que no está socialmente aceptado. Nos



Fuente: Unsplash

sirve una mirada dispuesta a bucear en las profundidades del otro, que es la única manera de entender y la única manera de poder ayudar sin anular la subjetividad.

Nuevamente, podemos emplear nuestro poder para forzar cambios que consideramos deseables en las personas atendidas. Podemos adoctrinar, coaccionar, doblegar o convencer. Podemos conseguir que una persona se duche con mayor frecuencia, por ejemplo. Pero no es ningún éxito si lo hace porque la hemos “obligado”, ni supone un cambio verdadero si no tiene correspondencia en su voluntad y motivación interna.

A veces pretendemos modificar el desempeño entrenando de forma estandarizada, invalidando los hábitos ajenos en pro de un criterio “normalizador” que se desentiende de los significados que cada cual atribuye y de las funciones que cumplen las acciones e inacciones para esa persona en concreto. “El acogimiento, la necesaria complicidad del trato con el malestar y el sufrimiento se ha convertido en el distante cumplimiento de unos protocolos”.

No podemos eliminar, prestar, sustituir, ni conquistar los significados del otro. La tarea no es esa. Nuestra tarea es un diálogo, no un monólogo: conocer y entender sus significados propios y acompañar, si es su voluntad, en la búsqueda de nuevos significados.

Como dice Freire, “en tanto en la teoría de la acción antidualógica, la conquista, como su primera característica, implica un sujeto que, conquistando al otro, lo transforma en objeto; en la teoría dialógica de la acción, los sujetos se encuentran, para la transformación del mundo, en colaboración”.

Equipo por fascículos

Cualquier atención a la salud mental requiere construir una relación que no enloquezca, es decir, que parta de un clima de seguridad, no se deslice hacia el doble vínculo o la emoción expresada, y no genere situaciones de triangulación con la familia o con otros profesionales. Para ello, no solo es necesario tener un modelo de atención, tener la capacidad de aplicar la formación al trabajo diario y tener conciencia de las propias vulnerabilidades, sino que es imprescindible tener tiempo para reflexionar sobre lo que está ocurriendo.

En palabras de Zamanillo, “la reflexión es una vacuna contra la alienación que toda institución lleva consigo: la domesticación”.

La estructura y el funcionamiento diario de una residencia, imprime una velocidad en el quehacer profesional, que va “atrapando” al equipo en la acción, alejándole cada vez más de la reflexión (fundamentalmente la reflexión previa a la acción, pero también el análisis posterior de dichas acciones y de sus resultados).

La configuración del equipo terapéutico en turnos no solo dificulta la reflexión conjunta y la comunicación, sino también la elaboración de las discrepancias y el pensamiento crítico, que tienden a vivirse desde una competitividad que impide la colaboración y la cooperación.

La propia inmediatez que requieren algunas intervenciones, esa sensación de trabajar sin tener tiempo para parar y pensar genera en el profesional sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad, que fomentan que perciba los cuestionamientos externos como un juicio o ataque personal. Ante esta precariedad individual, se van a buscar irremediamente alianzas y coaliciones que proporcionen seguridad y protección: cada turno va a ir generando una pertenencia e identidad grupal necesaria para fortalecerse. El problema es que esta diferenciación, muchas veces se construye “contra” otros profesionales y otros turnos. Cuando esto ocurre, se traduce en que, si algún miembro del equipo plantea un análisis crítico sobre alguna intervención realizada en otro turno, será difícil que encuentre capacidad de escucha y debate constructivo al respecto. Al contrario, habrá resistencias, actitudes defensivas e incomodidades que, aunque no puedan reconocerse y nombrarse, están actuando. Al fin, se acaba teniendo un pulso de poder, más centrado en demostrar “quién tiene razón”, “quién trabaja mejor” o “quién lo ha hecho mal”; que en hacerse cargo de la tarea del equipo.

Los conflictos no resueltos en el equipo se trasladan y se tratan de resolver a través de las intervenciones con las personas

que atendemos, llegando a pervertir nuestra praxis, sin que siquiera podamos identificarlo. “Cuando la falta de tiempo, las rivalidades por llevar la batuta del proceso o el prejuicio hacia los distintos abordajes hacen imposible una construcción común, se coloca a la persona atendida en una situación insostenible, en la que, a su ya fragmentada percepción de sí mismo y su desorientación, se unen la confusión, la incertidumbre y el miedo que genera el desacuerdo (y en ocasiones la invalidación) entre los que se supone que tienen que ayudarlo a reconocerse, reconstruirse y relacionarse. A veces incluso se le coloca en la disyuntiva de elegir ‘a quién quieren más’ de entre los profesionales que le atienden, colocándole en un conflicto de lealtades e impidiendo que se beneficie de un abordaje integral, coordinado y, por ende, más eficaz”.

Para que una residencia sirva a los principios de recuperación tiene que hacer funambulismos entre el cumplimiento de lo normativo y la flexibilidad que posibilita la autogestión, entre la protección del daño y el riesgo que supone experimentar y emanciparse, la resolución inmediata de crisis y el desarrollo paulatino de estrategias, los procesos individuales y la creación de un sentido de pertenencia y de colectividad. Conseguir esto requiere que la figura de coordinación esté sostenida por un marco teórico robusto, un trabajo personal profundo y una organización que le ampare cuando surjan dificultades. Este amparo va a estar mediatizado por la necesidad de la entidad de dar buena imagen tanto para la administración como para los servicios de salud mental. Lamentablemente esta buena imagen no siempre está relacionada con la solvencia técnica para conseguir que situaciones críticas sirvan al proceso de recuperación, sino con la evitación de cualquier incidente que pueda ponerla en jaque.

El rol de la coordinación lleva implícito ocupar un lugar de soledad. Es habitual que las figuras de coordinación tengan dificultades para tolerar esta soledad, lo cual es fuente de confusión y de conflictos. En ocasiones, las alianzas o coaliciones que se establecen con alguna o algunas personas del equipo, son “secretas” y se niegan de tal forma que, al no reconocerse, no pueden visibilizarse como fuente de conflicto. Esto da lugar a posicionamientos que, en lugar de responder a argumentaciones técnicas y racionales, se configuran en base a deudas de lealtad personales.

Si una residencia en la que conviven 30 personas, con diferentes situaciones personales, funciona sin conflictos, sin revueltas, sin crisis, sin que la sexualidad aparezca y con ello, todas las derivas de vínculos dañados, probablemente no se están poniendo en juego las dificultades en la tarea de vivir, no se están manifestando las diferencias, no se están expresando las

emociones o no se está mostrando la disconformidad con la institución. Por ello, cuanta más vida hay en un recurso de estas características, más difícil es gestionarlo sin represión y más soporte necesita el equipo en su tarea cotidiana.

Como ya se ha mencionado, son equipos muy jerarquizados, con un “equipo técnico” cuya función debería ser, no tanto dar pautas que haya que obedecer desde una posición asimétrica, sino brindar la seguridad técnica para realizar las intervenciones que sean pertinentes.

Los educadores tienen un papel fundamental en la atención cotidiana en las residencias, que no consiste en “enseñar” o “entrenar” utilizando un procedimiento descrito en pasos, puesto que una regla básica en rehabilitación es la individualización del trabajo en coparticipación con la persona atendida. Para hacer esta tarea es necesario un marco teórico que les permita establecer hipótesis sobre lo que está sucediendo tanto a nivel individual como grupal, construir un vínculo seguro que permita acompañar en la resolución de las vicisitudes que surgen en la convivencia y velar por el cumplimiento de las normas y el cuidado de los residentes sin caer ni en actitudes paternalistas o asistencialistas, ni en el abandono y la negligencia en nombre de la autonomía. Esto requiere un nivel alto de conocimiento técnico tanto de los procesos individuales como grupales, además de habilidades de regulación emocional que reduzcan la reactividad ante determinadas circunstancias cotidianas, de modo que prevalezca el acompañamiento en el proceso de recuperación frente a la función de “entrenador” o de “apagafuegos”.

La jerarquización de los equipos, lejos de optimizar u organizar el trabajo, muchas veces genera mayor división y origina dinámicas de desresponsabilización y de culpabilización mutua que mantienen al equipo en la queja, y no en la construcción de una intervención coherente y eficaz. Los fracasos y errores se pueden atribuir con relativa facilidad a una parte del equipo, en lugar de asumirlos como equipo: el equipo de educadores puede reprochar que no hay suficientes pautas e indicaciones por parte del equipo técnico, a quien se le exigen “recetas” con garantía de éxito que no existen; y el equipo técnico, podrá argumentar que el equipo de educadores no sigue sus indicaciones e interviene de forma unilateral.

Como vemos, existen muchas variables que amenazan la constitución de un equipo terapéutico capaz de desempeñar su tarea de forma competente. Nos parece esencial poder hablar sobre ellas, porque suelen pasar desapercibidas y se niegan de forma sistemática. La formación y supervisión sobre grupos y equipos es más deficitaria, si cabe, que sobre el resto de las

cuestiones que atraviesan nuestra práctica diaria. Y quizá sea la más trascendente o, al menos, la que más nos desgasta personal y profesionalmente.

Nos parece que esta desatención y descuido sobre los equipos no está permitiendo aprovechar el potencial que ofrece la variedad de categorías profesionales y la riqueza que supone un equipo tan numeroso.

4. HORIZONTES Y PROPUESTAS

En este texto hemos pretendido visibilizar aspectos del trabajo que quedan eclipsados en el día a día, y que, aunque influyen claramente en la calidad de la atención y en la salud mental de profesionales y usuarios, están en el terreno de lo oculto y, por tanto, de lo inefable. Ahora que están encima de la mesa, nos gustaría hacer algunas propuestas de cambio, por si pueden ayudar a seguir pensando. Esperamos que sean útiles.

- Es imprescindible un trabajo transversal real entre consejerías y direcciones generales de vivienda, empleo, sanidad, dependencia, rentas económicas básicas y dignas.... que promuevan y faciliten una salida de la red capacitante, fácil, fluida y digna. De otro modo estaremos provocando mayor cronicidad, sufrimiento, sentimiento de incapacidad, despersonalización, sobrecarga, etc. en las personas.
- Reforzar el programa de continuidad de cuidados, desde una metodología de participación activa de la persona atendida y de coordinación fluida con los recursos.
- Introducir en los pliegos de condiciones técnicas una ratio de atención para la figura del terapeuta ocupacional equiva-



Fuente: Unsplash

- lente a la establecida para psicología; e incorporar una trabajadora social con el mismo ratio (una profesional a jornada completa por cada 30 plazas adjudicadas; o en su caso la parte proporcional de jornada en función del número total de plazas adjudicadas). Velar por que se cumpla con las ratios de profesionales establecidas en pliegos, especialmente cuando el número de plazas obliga a incorporar una parte proporcional de la jornada de los profesionales que corresponda.
- La coexistencia de plazas públicas y privadas en las residencias conlleva dos riesgos: el uso del personal asignado para las plazas públicas (cuyo ratio está definido en pliegos) para atender a todos los residentes, lo que inevitablemente disminuye la calidad del servicio; y que la rentabilidad económica atraviese los procesos de atención de las personas que entran en plaza privada. Es imprescindible velar por que ninguna de estas dos circunstancias suceda, a ser posible evitando la coexistencia de estos dos tipos de alojamiento en el mismo contexto residencial.
 - Velar por el cumplimiento y buen uso de lo indicado en los pliegos en lo que se refiere al concepto de plaza ocupada: “cuando un usuario se planifique su salida de la residencia hacia una opción de alojamiento más autónoma como a un piso supervisado de la propia red [...] este proceso se organizará de un modo progresivo y paulatino durante un plazo máximo de 30 días y a tal fin en este proceso de transición de plaza de residencia a piso supervisado durante este tiempo se podrá seguir facturando en su caso como plaza ocupada en la residencia”. Según se establece en los propios pliegos esta plaza se paga al 75%, lo que implica una pérdida económica para las entidades gestoras, sería deseable que se pudiera abonar el 100% para evitar que la rentabilidad económica se interponga en el proceso de la persona.
 - Establecer herramientas de cuidado de los equipos de tal modo que se incremente la estabilidad de los mismos, sobre la base de criterios de buen funcionamiento y salud laboral. Incorporar en los pliegos las supervisiones de equipo como herramienta que puntúe en la adjudicación de los concursos de tal modo que el equipo pueda abordar la tarea con solvencia técnica, gestionando las diferencias y creando sistemas de colaboración. Construir un vínculo de confianza desde el que conocer al otro, transmitir limitaciones, solicitar apoyo en la tarea, dar *feedback* honesto, y colaborar en pro de la tarea común sirviendo como herramienta de supervisión de cada miembro sin que el vínculo se deteriore.
 - Reforzar los sistemas de inspección en los recursos residenciales, estableciendo indicadores de calidad y criterios de transparencia que sean públicos con carácter oficial, así como el sistema de sanciones previstas por ley.
 - Revisar los indicadores de calidad actuales, especialmente las escalas de satisfacción dado que no discriminan (las puntuaciones son homogéneas y altas en todos los recursos y por parte de todas las personas usuarias, lo que daría cuenta de la necesidad de potenciar el pensamiento crítico), y no recogen de manera específica muchos de los aspectos de la atención que suponen un servicio de calidad (p.e. el trato, el proceso de toma de decisiones, la respuesta ante etapas de crisis, la resolución de conflictos, la aplicación de normas...).
 - Establecer mecanismos de participación de las personas atendidas en la evaluación interna de los diferentes servicios del recurso, más allá de las fórmulas asamblearias. Si bien, el tema de la participación está en boga en todos los recursos, y nos consta que se diseñan diferentes estrategias para potenciarla, nos parece importante tener en cuenta el sutil modo de “guiar” la opinión que tenemos los profesionales, ignorando o minimizando que se nos supone un saber y un poder ante el que es difícil mostrar discrepancia. El proceso de participación, para que no sea un “como sí”, requiere un trabajo conjunto en el que tiene que estar claro sobre qué aspectos se puede decidir y sobre cuáles no, qué cuestiones son meramente consultivas y cuáles decisorias, y en estas últimas, los profesionales deben ceder terreno, colocar su criterio en un lugar de horizontalidad respecto al de los residentes, y tolerar que haya decisiones que no compartan. Si esto no es posible, debe quedar explícito.
 - Potenciar la información y el uso de sistemas de reclamación en las personas atendidas. Si bien está claro el Derecho a tener información clara y precisa de los instrumentos y mecanismos de reclamación desde el momento de la acogida, hay múltiples maneras de disuadir a una persona de que reclame. El proceso de reclamación implica varios elementos: un criterio sobre lo que se tiene derecho en un recurso, en términos de servicios básicos, programas de intervención y trato; un ambiente que propicie el pensamiento crítico y que acoja la disidencia, y la garantía de que la queja/reclamación no va a ser diagnosticada o va a suponer la pérdida de privilegios o incluso de la plaza.
 - Reducir la omnipotencia. El modelo de atención actual no da respuesta a las necesidades que están emergiendo tanto en lo que se refiere a perfil de edad de la población como a las maneras en que se manifiesta el sufrimiento psíquico. Es fundamental revisar las limitaciones que tiene la red sociosanitaria para dar respuesta al desbordamiento de las demandas de la población y anticiparnos a una posible patologización del sufrimiento psíquico especialmente en los jóvenes, evitando su cronificación en la red.

BIBLIOGRAFÍA

- Desviat, Manuel (2020). *Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria*. Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 17-45.
- Hernández, M (2011). *Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica*. Estudios de Psicología, 16(3), setembre-diezembre/2011, 295-303.
- Alonso, F. (2015). *Se necesita otro pensar. Y se necesita ya*. <https://amsm.es/2015/03/19/se-necesita-otro-pensar-y-se-necesita-ya/>
- Comunidad de Madrid. (2022, 3 noviembre). *Red de Atención Social a personas con enfermedad mental*. <https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/red-atencion-social-personas-enfermedad-mental>
- Consejería de servicios sociales [Comunidad de Madrid]. (2003). *Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007017.pdf>
- AMSM. (2016). *Informe sobre evolución de recursos de salud mental de la comunidad de Madrid 2000-2015*. <https://amsm.es/2016/05/14/informe-sobre-evolucion-de-recursos-de-salud-mental-de-la-comunidad-de-madrid-2000-2015/>
- Consejería de familia, juventud y política social [Comunidad de Madrid]. (2021). *Cuadros resumen de los recursos existentes (enero 2005) del plan de atención social a personas con enfermedad mental grave*. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/cuadro_resumen_tipologia_centros_red_atencion_social_a_personas_con_enfermedad_mental_septiembre_2021.pdf
- AMSM. (2013). *Informe AMSM sobre los cambios en la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental tras el Acuerdo Marco para la Contratación de Servicios Públicos en modalidad de Concerto*. <https://amsm.es/2013/10/29/informe-amsm-sobre-los-cambios-en-la-red-de-atencion-social-a-personas-con-enfermedad-mental-tras-el-acuerdo-marco-para-la-contratacion-de-servicios-publicos-en-modalidad-de-conciertos/>
- AMSM. (2021). *Alarmante situación en la rehabilitación de la salud mental madrileña*. <https://amsm.es/2021/04/30/alarmante-situacion-en-la-rehabilitacion-de-la-salud-mental-madrilena/>
- Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE. Boletín Oficial del Estado, 272, de 26 de febrero de 2014. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2017-12902>
- Acuerdo de 3 de mayo de 2018, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la reserva de contratos públicos a favor de ciertas entidades de la economía social y se impulsa la utilización de cláusulas sociales y ambientales en la contratación pública de la Comunidad de Madrid. http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?nmnorma=10263#no-back-button
- Páez-Cala, Martha Luz. 2019. *Intervención sistémica Con Familias: De La Linealidad a La Circularidad*. Revista CS, n.º 28 (junio), 207-27. <https://doi.org/10.18046/recs.i28.2629>
- García-Alonso, M. (2016). *Ética y antropología*. Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Colina, F. (2013). *Sobre la locura*. Valladolid, España: Cuatro.
- Zamanillo, T. (2008). *Trabajo social con grupos y pedagogía ciudadana*. Madrid, España: Síntesis.
- Martínez González, A. (2018). *Repensar la intervención social con grupos: premisas y orientaciones para una práctica transformadora*, en Cuad. Trab. Soc. 31 (2), 369-379.
- Colina, F., Desviat, M., Pereña, F. (2021). *La razón de la sinrazón. Capitalismo, subjetividad, violencia*. Madrid, España: Enclave de libros.
- Freire, P. (2ª Ed. 2005). *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI.
- Zamanillo, T. (2008). *Trabajo social con grupos y pedagogía ciudadana*. Madrid, España: Síntesis
- Muñiz, E. (2013). *Primum non nocere también en rehabilitación, en Hacia una psiquiatría crítica: excesos y alternativas en salud mental*. Salud mental colectiva, 1. Madrid, España: Grupo 5.



Fuente: Pixabay

colaboraciones

ESTUDIO DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EMPLEADAS POR PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DURANTE LA PANDEMIA POR LA COVID DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO



Fuente: Pixabay

“...conocer el modo en el que habían afrontado la pandemia por la COVID las personas usuarias de los recursos de atención social a personas con trastorno mental grave del distrito de Usera”

“...posibles consecuencias e implicaciones de las restricciones en el plano psicosocial de las personas atendidas. Y...sobre el impacto de los condicionantes de género en el manejo y afrontamiento de la pandemia.”

Eva María Pizarro Bernal
*Coordinadora de los Equipos de Apoyo Social y Comunitario (EASC) de Usera.
 Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral S.L.*

Marina Minondo Romero
Psicóloga del EASC 2 de Usera

Ana Isabel Carmona Sánchez
Trabajadora Social del EASC 2 de Usera

Tamara Martín Mendoza
Integradora social del EASC 2 de Usera

Sara Coello de la Esperanza
Monitora del EASC 2 de Usera

Resumen: El objetivo de este estudio fue conocer el modo en el que habían afrontado la pandemia por la COVID las personas usuarias de los recursos de atención social a personas con trastorno mental grave del distrito de Usera. Y concretamente, comprobar si el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas diferían o no según el género. El total de participantes fue 96 (48 mujeres y 48 hombres). Para medir las diferentes estrategias de afrontamiento se dispuso de la Escala COPE-48. Se realizó un análisis cuantitativo de los datos, para ello se calcularon los estadísticos *t* de Student y Chi-cuadrado. En cuanto a los resultados obtenidos, no existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento empleadas por las mujeres y hombres participantes. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron: la aceptación de la situación, el afrontamiento activo, la búsqueda de apoyo social y las acciones dirigidas a refrenar el afrontamiento. Estos datos ponen de manifiesto las capacidades y recursos personales de las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave.

Palabras clave: *Salud Mental, Servicio de Salud Mental, COVID-19, Adaptación Psicológica, roles de género.*

INTRODUCCIÓN

Los recursos de rehabilitación psicosocial del distrito de Usera (Centro de Rehabilitación Laboral, Pisos Supervisados, Centro De Día y Equipo de Apoyo Social Comunitario 1 y 2) son dispositivos de atención a personas con trastorno mental de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera, de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social de la Comunidad de Madrid (en adelante, la Red). Estos dispositivos pertenecen a la sociedad Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral, S.L. (en adelante Walk S.L.), empresa especializada en servicios de atención y formación sociosanitaria y rehabilitación psicosocial.

Este estudio se ha realizado desde el Equipo de Apoyo Social Comunitario 2 de Usera (en adelante, EASC 2) con la colaboración de todos los recursos de Walk S.L. Dicha iniciativa surgió a partir del inicio y evolución de la pandemia COVID-19, producida por la propagación del Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo-2 (SARS-CoV-2). Situación que llevó al equipo de profesionales a reflexionar, por un lado, sobre las posibles consecuencias e implicaciones de las restricciones

en el plano psicosocial de las personas atendidas. Y por otro, sobre el impacto de los condicionantes de género en el manejo y afrontamiento de la pandemia.

A pesar de que las restricciones fueron las mismas para la población general de la Comunidad de Madrid, se ha evidenciado que las consecuencias de la pandemia han sido más perjudiciales para las mujeres, en comparación con los hombres, debido al impacto de género. En esta línea, el Instituto de la Mujer señaló que las mujeres han estado en primera línea de atención respecto a los cuidados (tanto remunerados como no remunerados). Un dato representativo de ello es que han constituido cerca del 70% del personal sanitario (1). Así mismo, cabe destacar la triple dimensión de la pandemia –social, económica y sanitaria–, esferas atravesadas por las desigualdades de género. Estos datos llevaron al equipo de profesionales a valorar la necesidad de analizar el impacto diferencial de la pandemia en hombres y mujeres.

En esta línea, resulta necesario tener en cuenta la perspectiva de género en el diseño e implementación de investigaciones de índole psicosocial con el fin de no contribuir a las desigualdades ya existentes, y paralelamente construir conocimiento que promueva la igualdad de oportunidades.

Por otra parte, el tipo de afrontamiento empleado durante situaciones altamente demandantes o estresantes –como es el caso de la pandemia– es una variable que puede tener un alto impacto en los procesos de recuperación iniciados desde los recursos de atención a la salud mental. A través de los cuales, se promueve el uso de las propias herramientas y fortalezas para hacer frente a situaciones difíciles. De estos puntos deriva el objetivo e interés del presente estudio.

La Organización Mundial de la Salud elevó el pasado 11 de marzo de 2020 la situación de emergencia de salud pública ocasionada por el COVID-19 a pandemia internacional (2) lo que provocó que desde el 14 de marzo del 2020 se hayan aplicado diferentes medidas restrictivas para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 debido a la propagación del Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo-2 (SARS-CoV-2) (3).

Posteriormente, con la implantación del segundo y tercer Estado de Alarma en territorio español –desde el mes de octubre del año 2020 hasta mayo del 2021– se decretó que las Comunidades Autónomas pudieran aplicar medidas restrictivas de diferente intensidad a la ciudadanía en parte o en la totalidad de su territorio, siendo cambiantes según los resultados de los informes epidemiológicos (4). En el caso de



Fuente: Pixabay

la Comunidad de Madrid, derivaron en la restricción de la circulación de personas en Zonas Básicas de Salud según la tasa de incidencia acumulada, cierre perimetral de la Comunidad en puentes, limitaciones de aforo en espacios públicos y privados, prohibición de reuniones en domicilios y toques de queda (5). Además, desde el inicio de la pandemia se ha mantenido la suspensión de la actividad total o presencial en gran parte de los recursos comunitarios, así como cambios en el sistema sanitario.

En este sentido, la situación pandémica ha tenido como consecuencia un alto impacto a nivel psicológico y social en la población general: mayor desinterés en mantener la rutina y

ocupación diaria, estado de ánimo decaído, nerviosismo y preocupación, apareciendo en mayor medida estos síntomas en la población con edades comprendidas entre 18 y 39 años (6). Otros estudios señalan que las personas que experimentaron mayor sufrimiento por las consecuencias derivadas del confinamiento fueron aquellas con trastorno mental previo, personas de edad avanzada y personal sanitario (7).

En el caso de las personas que ya presentaban un diagnóstico de trastorno mental previo a la pandemia COVID-19, tuvieron más probabilidades de presentar recaídas o de empeorar sus síntomas en esta situación (4). Por tanto, las personas en tratamiento psiquiátrico podrían ser particularmente vulnerables a tales restricciones, tal como señala Kontoangelos (8). Los resultados de su estudio apuntaban a que los pacientes psiquiátricos tenían mayores dificultades que la población en general para emplear estrategias de afrontamiento durante la situación pandémica (p.ej. seguir una rutina, hablar con familiares o amigos y mantener hábitos de vida saludables) (9).

MARCO TEÓRICO

El afrontamiento se define como el esfuerzo cognitivo y/o conductual dirigido a manejar una situación estresora para liberarse de las experiencias emocionales negativas que supone (10). La valoración de si las estrategias empleadas para hacer frente a dicha situación son adaptativas o desadaptativas, dependerá de si la persona alcanza el objetivo que se propone con su aplicación y por tanto obtiene resultados positivos o no (11, 12).

En esta línea, la gran mayoría de autores consideran que las estrategias que se centran en el problema y su solución facilitan el proceso adaptativo, mientras que algunas estrategias orientadas a la emoción son desadaptativas y fomentan la angustia y la rumiación (13). Asimismo, el afrontamiento basado en la mera preocupación –sin realizar esfuerzos constructivos de regulación del afecto– tiende a promover síntomas ansioso-depresivos, estrés y afecto negativo (14).

En cuanto al estudio de las estrategias de afrontamiento empleadas según el género, las mujeres tienden a usar mayor cantidad y variedad de estrategias de afrontamiento, tanto adaptativas como desadaptativas (15, 16, 17). Éstas usan en mayor medida estrategias centradas en la expresión emocional (15, 16, 18), mientras que los hombres se inclinan en mayor grado por estrategias instrumentales y activas, centradas en el problema y en sus alternativas de solución (18, 19). No obstante, las mujeres también usan estrategias de afrontamiento activo, especialmente a través de la búsqueda de apoyo social (15, 20, 21). En lo referente a las conductas evitativas, algunos estudios señalan que las mujeres las aplican en mayor medida (15, 22); dato que no concuerda con los resultados de otros estudios, en los que se ha evidenciado que los hombres tienden a utilizar estrategias de afrontamiento evitativas, como el consumo de alcohol (19, 21).

En relación con las consecuencias psicológicas de los sucesos estresantes, las mujeres tienden a experimentar en mayor medida que los hombres síntomas depresivos y somáticos (23). El estudio realizado en China relativo a las consecuencias producidas por la pandemia

COVID-19, reveló que las mujeres sufrieron mayor impacto psicológico, mayores niveles de estrés, depresión y ansiedad en comparación con los hombres (24).

Por su parte, Segura (25) sugirió que la interpretación de las investigaciones centradas en las variables estrés y género debe realizarse teniendo en cuenta los patrones de socialización

existentes; ya que las mujeres están expuestas en mayor grado que los hombres a determinados estresores diarios (p.ej. rol de cuidado, conflictos familiares y laborales). Como señalan las teorías ambientalistas, las variables socioculturales –impuestas a través de roles y patrones de conducta– condicionan la manera en que se manifiesta el sufrimiento psicológico y las estrategias que se utilizan para satisfacer las necesidades individuales (26). Esta variedad de respuestas ante una misma situación pone de manifiesto la importancia de analizar los resultados de los estudios desde una perspectiva de género, ya que el proceso de socialización y, por tanto, el punto de partida de ambos géneros es diferente.

OBJETIVO E HIPÓTESIS

Los objetivos del estudio fueron los siguientes:

- Conocer las estrategias de afrontamiento empleadas por los usuarios/as de los recursos de Walk durante la pandemia.
- Identificar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas usuarias de Walk durante la pandemia por la COVID en función del género.
- Revisar y adaptar en caso necesario las prácticas profesionales teniendo en cuenta la perspectiva de género.

En cuanto a la hipótesis de inicio, se esperaba encontrar diferencias en las estrategias de afrontamiento empleadas por hombres y mujeres. Concretamente, una tendencia por parte de los participantes hombres a usar estrategias de afrontamiento evitativo (p.ej. consumo). Y una tendencia por parte de las participantes mujeres a emplear estrategias de afrontamiento enfocadas a la expresión emocional y la búsqueda de apoyo social.

PARTICIPANTES

La investigación fue presentada a 111 personas con un diagnóstico de Trastorno Mental Grave atendidas desde uno o varios recursos de Walk que cumplieran con los criterios de inclusión definidos previamente por el equipo de profesionales, lo que estriba en una selección intencional de la muestra. Estos criterios pueden consultarse en la Tabla 1. La labor de difusión y presentación de la investigación se llevó a cabo desde el 9 de febrero al 15 de abril del 2021, tanto en atención directa individual como grupal desde cada recurso, y vía email o telefónica en aquellos casos donde no era posible de manera presencial.

Tabla 1: Criterios de inclusión, exclusión y eliminación de la muestra

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN
Ser usuario/a de los recursos Equipo de Apoyo Social Comunitario 1 y 2, Pisos supervisados, Centro de Día y Centro de Rehabilitación Laboral del distrito de Usera.	Ingreso de larga duración: que la duración del ingreso haya sido igual o mayor a del periodo comprendido desde el 25 de octubre de 2020 hasta el 31 de marzo del 2021.	Personas que deciden abandonar voluntariamente durante el desarrollo de la investigación.
Tener un diagnóstico de Trastorno Mental Grave.	Encontrarse fuera de la Comunidad de Madrid desde el 25 de octubre hasta el 31 de marzo del 2021.	
Edades comprendidas entre los 18 y 65 años.	Procesos iniciales de acogida cuando aún no conocen el recurso.	
Personas que aceptaron voluntariamente participar en la investigación.	Personas que no se encuentran psicopatológicamente estables.	
	Personas que fueron alta o baja del recurso antes de presentarse la investigación.	

Del total de personas a las que se presentó la investigación, finalmente decidieron participar y terminaron la investigación un total 96 personas (lo que supone un 86,48% de participación final). De las cuales, 48 se identificaban con el género “hombre” y 48 con el género “mujer”. La media de edad fue de 47,58 años (DE=11,17). La participación fue voluntaria y sin gratificar.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño de la investigación

Se trata de un estudio piloto con diseño cuasi experimental *ex post facto*.

Instrumentos

- Cuestionario de datos sociodemográficos: Los datos sociodemográficos se recogieron mediante un breve cuestionario cuyos ítems hacían referencia a la edad, el género con el que se sentía identificado cada participante y el recurso o recursos a los que asistía en el momento de la aplicación.
- Escala COPE-48: Se utilizó la adaptación española de la escala COPE (*Coping Orientation to Problems Experienced*) (26). Este instrumento permite conocer las estrategias que utilizan las personas para afrontar situaciones estresantes. Está diseñada para ser autoadministrada y consta de 48 ítems agrupados en 9 escalas que miden las

diferentes estrategias de afrontamiento. Cada uno de los ítems se evalúa mediante una escala de respuesta tipo Likert de 1 a 4 puntos (Siendo 1 “*No lo hago nunca*” y 4 “*Lo hago muchas veces*”). Para una mayor comprensión de las diferentes escalas que la componen puede consultarse la tabla 2.

Procedimiento

Tras una primera fase de revisión bibliográfica, diseño de la investigación y elección de los instrumentos de recogida de datos, se procedió a una segunda fase de difusión y presentación del estudio al resto de profesionales de los recursos gestionados por Walk S.L. Ellos fueron los encargados de presentar, entregar y recoger los instrumentos de dicha investigación a las personas atendidas desde cada recurso, durante el período comprendido entre el 9 de febrero de 2021 y hasta el 15 de abril de 2021. A todas las personas interesadas se les explicó –mediante un consentimiento informado– la voluntariedad, anonimato, protección de sus datos y el carácter no gratificado del estudio.

Durante el período de entrega de cuestionarios, se ofreció a las personas interesadas rellenarlo de forma individual o junto con los profesionales, en el caso de que así lo considerasen oportuno. La entrega y recogida de los mismos fue llevada a cabo por diferentes medios, adaptados a la situación y preferencias de los participantes: presencialmente, a través de correo ordinario o correo electrónico.

Tabla 2: Descripción de las dimensiones que componen la Escala COPE-48

DIMENSIONES COPE-48	DESCRIPCIÓN
Afrontamiento activo de la situación problema	Llevar a cabo acciones, ejercer esfuerzos por eliminar o paliar el estresor
Consumo de tóxicos	Tomar alcohol u otras sustancias para hacer frente al estresor.
Expresión emocional	Incremento de la emoción hacia el propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a descargar o a expresar esos sentimientos
Apoyo social	Buscar ayuda, información o consejo acerca de qué hacer y/o buscar simpatía o apoyo emocional de alguien.
Negación	Rechazar la realidad del suceso estresor.
Religión	Aumento de la implicación en actividades religiosas.
Humor	Hacer bromas sobre el estresor.
Refrenar el afrontamiento	Afrontar la situación pasivamente, posponiendo cualquier tentativa de afrontamiento hasta que pueda ser útil.
Aceptación y crecimiento personal	Aceptar el hecho de que el suceso ha ocurrido y es real. Sacar lo mejor de la situación para desarrollarse como persona apartir de ella, o verla desde una perspectivamás favorable.

Análisis de los datos

Los resultados se obtuvieron mediante el análisis estadístico realizado por el programa estadístico SPSS versión 28.

Las variables analizadas fueron: Género (hombre o mujer) y Tipo de estrategia de afrontamiento, según las dimensiones de la Escala COPE-48 (afrontamiento activo del problema; consumo de alcohol o drogas; centrarse en las emociones y desahogarse; búsqueda de apoyo social; humor; religión; negación; refrenar el afrontamiento; aceptación y crecimiento personal).

Para el análisis descriptivo de los datos se calcularon las medias y desviaciones estándar totales y segregadas según el género en cada una de las dimensiones de la escala COPE. A su vez se calcularon los estadísticos *t* de Student y Chi-cuadrado para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en los tipos de estrategias de afrontamiento que usan los hombres y mujeres participantes.

RESULTADOS

En cuanto a los resultados descriptivos, en la tabla 3 se exponen las medias y desviaciones estándar calculadas para la muestra total y segregadas según el género. En la Figura 1 puede observarse el porcentaje de uso de cada tipo de estrategia de afrontamiento en el total de participantes.

Medias, desviaciones estándar y resultados de la prueba *t* de Student: comparación de medias para las nueve estrategias de afrontamiento (n=96).

En cuanto al análisis comparativo de los datos, en la tabla 3 se exponen los resultados de la prueba *t* de Student, y en la Tabla 4 los resultados de la prueba Chi-cuadrado. Ambos análisis estadísticos están dirigidos a comparar el uso de estrategias de afrontamiento ante la pandemia por la COVID según el género de los participantes.

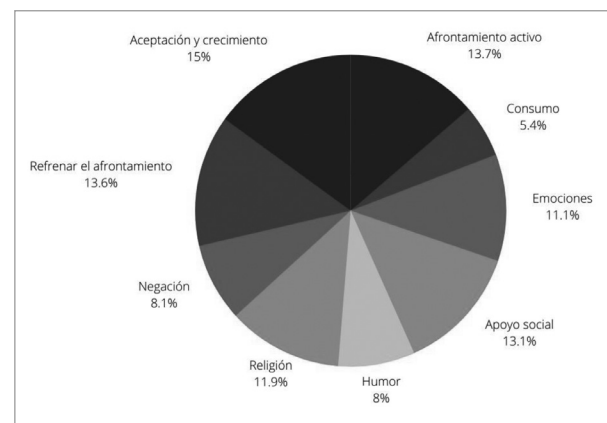


Figura 1: Porcentaje de uso de cada estrategia de afrontamiento (n=96).

Tabla 3: Medias, desviaciones estándar y resultados de la prueba t de Student: comparación de medias para las nueve estrategias de afrontamiento (n=96).

Estrategia de Afrontamiento (COPE-48)	Muestra total (n= 96)		Hombres (n=48)		Mujeres (n= 48)		t	p
	M	DE	M	DE	M	DE		
Afrontamiento activo del problema	2,74	0,61	2,77	0,59	2,72	0,64	0,33	0,36
Consumo de alcohol o drogas	1,09	0,35	1,11	0,41	1,06	0,29	0,64	0,26
Centrarse en las emociones y desahogarse	2,22	0,85	2,17	0,84	2,27	0,86	-0,53	0,29
Búsqueda de apoyo social	2,62	0,76	2,56	0,76	2,68	0,76	-0,81	0,20
Humor	1,60	0,88	1,65	0,89	1,55	0,87	0,54	0,29
Religión	2,39	1,03	2,39	1,14	2,40	0,91	-0,04	0,48
Negación	1,63	0,71	1,66	0,77	1,60	0,66	0,35	0,36
Refrenar el afrontamiento	2,73	0,77	2,80	0,79	2,67	0,76	0,85	0,19
Aceptación y crecimiento personal	3	0,65	3,08	0,60	2,92	0,70	1,15	0,12

Tabla 4: Resultados de la prueba de Chi- Cuadrado entre las variables Género y Tipo de estrategia de afrontamiento.

Estrategia de afrontamiento(COPE-48)	χ^2	p
Afrontamiento activo	28,72	0,18
Consumo	3,01	0,69
Emociones	4,50	0,97
Apoyo social	17,26	0,74
Humor	14,01	0,30
Religión	12,40	0,41
Negación	9,60	0,56
Refrenar el afrontamiento	10,51	0,48
Aceptación	12,16	0,83

DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos se puede concluir que las estrategias de afrontamiento más utilizadas entre los y las participantes durante la pandemia –concretamente, ante las restricciones sociales y de movilidad impuestas en la Comunidad de Madrid durante el segundo y tercer Estado de Alarma– fueron

las relacionadas con la aceptación de la situación, el afrontamiento activo, la búsqueda de apoyo social y las acciones dirigidas a refrenar el afrontamiento. Estos datos coinciden con los obtenidos en otros estudios, cuya muestra estaba compuesta por personas atendidas en recursos ambulatorios de salud mental (27); siendo las estrategias más utilizadas la aceptación y crecimiento personal, la búsqueda de apoyo social y la expresión emocional y desahogo.

En cuanto a la comparativa entre géneros, con los resultados obtenidos no podemos afirmar que existan diferencias estadísticamente significativas en el modo en el que han afrontado la pandemia y sus consecuencias los y las participantes. Por lo que, se rechaza la hipótesis inicial con relación a que hombres y mujeres participantes hayan afrontado de forma diferente esta situación. Concretamente, no podemos afirmar que los hombres tiendan a usar en mayor medida estrategias relacionadas con un afrontamiento evitativo y que las mujeres opten por estrategias centradas en la emoción y el apoyo social. Estos resultados difieren de los aportados por otros estudios realizados (27), según los cuales las mujeres tienden a usar en mayor medida que los hombres estrategias de afrontamiento religiosas, de negación y centradas en la emoción; y en cambio, los hombres se inclinan por las estrategias de afrontamiento basadas en el consumo de tóxicos.

Estos datos pueden explicarse por la excepcionalidad del contexto en el que se ha estudiado el uso de las estrategias de afrontamiento. Teniendo esto en cuenta, es posible que la situación de confinamiento y aislamiento social derivada de la pandemia –así como las consecuencias a nivel psicológico, relacional y social que implican– haya favorecido el uso de unas estrategias frente a otras en la población general. Siendo la aceptación de la situación, la adaptación a las nuevas circunstancias y la búsqueda de apoyo social, estrategias de afrontamiento compartidas independientemente del género.

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe destacar que se trata de un estudio piloto y los datos recogidos únicamente corresponden al segundo y tercer Estado de Alarma impuesto en el territorio español. Al tratarse de un estudio transversal, se han recogido y analizado los datos en un solo momento temporal. Por estas razones, sería conveniente desarrollar investigaciones con un diseño longitudinal; así como incorporar metodologías cualitativas de recogida y análisis de datos en futuras líneas de investigación, que permitan un mayor acercamiento a los aspectos subjetivos y experienciales que subyacen. Asimismo, resulta necesario continuar diseñando investigaciones que tengan en cuenta la perspectiva de género, con el fin de adaptar las prácticas profesionales y contribuir a la igualdad de oportunidades.

En definitiva, el presente estudio aporta información útil sobre las estrategias de afrontamiento empleadas en mayor medida por usuarios y usuarias de varios recursos de rehabilitación psicosocial en salud mental durante la pandemia. Estas estrategias fueron: el afrontamiento activo, la búsqueda de apoyo social, la aceptación de la situación y crecimiento personal, y acciones dirigidas a refrenar el afrontamiento; las cuales suponen un modo de afrontamiento adaptativo ante un contexto altamente demandante. Estos datos constituyen una aportación valiosa en el área de la salud mental comunitaria de cara a visibilizar y difundir la realidad, fortalezas y recursos de las personas con Trastorno Mental Grave.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio se ha realizado gracias a la participación de las personas usuarias y profesionales de los recursos de Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral S.L.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Instituto de la Mujer (2020, Mayo). *La Perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19*. Ministerio de Igualdad. Secretaría de Estado de Igualdad contra la violencia de género. Madrid. https://www.inmujeres.gob.es/disenov/novedades/PlantillaCovid-19/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID-19_03.pdf
- (2) Organización Mundial de la Salud (2020, Marzo). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>
- (3) Boletín Oficial del Estado, número 67 (2020, Marzo). *Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*.
- (4) Boletín Oficial del Estado, número 282 (2020, Octubre). *Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2*.
- (5) Boletín Oficial Comunidad de Madrid, número 261 (2020, Octubre). *Decreto 29/2020, de 26 de octubre, de la Presidenta de la Comunidad de Madrid, por el que se establecen las medidas de contención adoptadas para hacer frente a la COVID-19, en aplicación del Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, del Consejo de Ministros, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2*.
- (6) Ausín, B. González-Sanguino, C. Castellanos, M.A. López-Gómez, A. Saiz, J. Ugidos, C. (2020, Abril). *Estudio del impacto psicológico derivado del COVID-19 en la población española (PSI-COVID-19)*. Universidad Complutense de Madrid y Grupo 5. www.ucm.es/file/estudio-grupo5-univ-complutense-observatorio-impacto-psicologico-covid19-psi-covid-19
- (7) Rodríguez Cahill C. *Cinco retos psicológicos de la crisis del COVID-19*. JONNPR. 2020;5(6):583-88. DOI: 10.19230/jonnpr.3662. <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n6/2529-850X-jonnpr-5-06-583.pdf>
- (8) Kontoangelos, K. Economou, M. Papageorgiou, C. (2020). *Mental Health Effects of COVID-19 Pandemia: A Review of Clinical and Psychological Traits*. *Psychiatry Investigation*. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0161>.
- (9) Stubbs, B. Vancampfort, D. Smith, L. Rosenbaum, S. Schuch, F. Firth, J. (2018, Mayo). *Physical activity and mental health*. *The Lancet Psychiatry*. [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(18\)30343-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(18)30343-2/fulltext).
- (10) Pascual Jimeno, A. Conejero López, S. (2019). *Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias*. *Revista Mexicana de Psicología*. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243058940007>.
- (11) Pascual Jimeno, A. Conejero López, S. Etxebarria Bilbao, I. (2016). *Coping strategies and emotion regulation in adolescents: Adequacy and gender differences*. *Ansiedad y estrés* Vol. 22 (1), 1-4. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134793716300070?via%3Dihub>
- (12) Puigbó, J. Edo, S. Rovira, T. Limonero, J. Fernández-Castro, J. (2019). *Influencia de la inteligencia emocional percibida en el afrontamiento del estrés cotidiano*. *Ansiedad y Estrés*. Vol. 25 (1), 1-6. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113479371830112X?via%3Dihub>.
- (13) Meléndez, J. Delhom, I. Satorres, E. (2020). *Las estrategias de afrontamiento: relación con la integridad y la desesperación en adultos mayores*. *Ansiedad y Estrés*. Vol. 26 (1), 14-19.
- (14) Smith, M. Saklofske, D. Keefer, K. Tremblay, P. (2015). *Coping Strategies and Psychological Outcomes: The Moderating Effects of Personal Resiliency*. *The Journal of Psychology*. Vol. 150 (3), 318-332.
- (15) Meléndez, J. Mayordomo, T. Sancho, P. Tomás, J. (2012). *Coping Strategies: Gender Differences and Development throughout Life Span*. *The Spanish journal of psychology*. Vol. 15 (3), 1089-1098.

- (16) Tamres, L. K. Janicki, D.H. Elgeson, V. S. (2002). *Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping*. Personality and Social Psychology Review. Vol. 6 (1), 2–30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1
- (17) Zavarize, S.F. Wechsler, S.M. (2016). *Evaluación de las diferencias de género en las estrategias de afrontamiento del dolor lumbar*. Acta Colombiana de Psicología, 19 (1), 35-45. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/939>
- (18) Ptacek, J. Smith, R. Zanas, J. (1992). *Gender, Appraisal, and Coping: A Longitudinal Analysis*. Journal of Personality, 60 (4), 747-770.
- (19) Gianakos I. (2002). *Predictors of coping with work stress: The influences of sex, gender role, social desirability, and locus of control*. Sex Roles, 46 (5), 149-158.
- (20) Herrera, S. Fernández, B. Barros, C. (2018). *Estrategias de afrontamiento en relación con los eventos estresantes que ocurren al envejecer*. Ansiedad y Estrés, 24 (1), 47-52.
- (21) Martín Seoane, G. Lucas Molina, B. Pulido Valero, R. (2011). *Diferencias de género en el afrontamiento en la adolescencia*. Brocar Cuadernos de Investigación Histórica, (35), 157-166.
- (22) Vasudevan, P. Chakrawarty, S. Dhanalakshmi, D. (2014). *Protective factors mitigating health in middle age*. Indian Journal of Health and Wellbeing, 5 (11), 1281-1286.
- (23) González Ramírez, M. Landero Hernández, R. (2008). *Síntomas psicósomáticos y estrés. Comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres*. Ciencia- UANL, 11 (4), 403-410.
- (24) González Casas, D. Mercado García, E. Corchado Castillo, A.I. De la Paz Elez, P. (2020). *COVID-19 y su asociación con síntomas depresivos en población española*. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 19 (5), 1-15. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3631>
- (25) Segura González, R. (2015). *El efecto de los factores estresantes en las mujeres*. Alternativas En Psicología, Número especial (1), 35-47.
- (26) Montero, I. Aparicio, D. Gómez-Beneyto, M. Moreno-Küstner, B. Reneses B. Usall, J. et al. (2004). *Género y salud mental en un mundo cambiante*. Gaceta Sanitaria, 18 (4), 175 - 181. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400028.
- (27) Martínez Ortega, Y. Gomà-i-Freixanet, M. Fornieles Deu, A. (2016). *The COPE-48: An adapted version of the COPE inventory for use in clinical settings*. Psychiatry Research, 246, 808-814.

FRENTE AL ABURRIMIENTO CLIMÁTICO, ACCIÓN COLECTIVA

Contra el diluvio



Fuente: Pexels

Texto inspirado en la intervención de Contra el diluvio, en la mesa sobre Salud Mental y Emergencia Climática, compartida con Belén González, realizada en el Ateneo Maliciosa en enero de 2023

Ver en: <https://www.youtube.com/watch?v=rJuuXU14cHc>

Aunque no sea el principal, uno de los muchos problemas que presenta el cambio climático es que es aburrido. Es aburrido de explicar y aún más aburrido de sufrir. Implica un empeoramiento constante de las condiciones de vida en el planeta, pero generalmente tan lento que apenas hay cambios perceptibles de un día a otro, de un mes a otro, de un año al siguiente.

Contarlo es repetir una y otra vez la misma cantinela: la actividad industrial desplegada por las sociedades humanas, principalmente por las capitalistas, desde la invención y despliegue global de la máquina de vapor y sus sucesoras (de 1850 en adelante) ha producido una alteración en la concentración de gases de efecto invernadero en la atmósfera terrestre, lo que a su vez ha llevado a un cambio del equilibrio térmico del planeta y a un calentamiento cada vez más rápido de aire, tierra y océanos, sin que exista precedente en la historia del planeta. Este calentamiento, el más rápido que ha experimentado jamás la humanidad, ha sido, si hacemos la media para todo el planeta, de 1.2 grados centígrados (dato de la Organización Meteorológica Mundial para 2022), y es mucho más acusado sobre los continentes que sobre el océano, y en particular en regiones como el Polo Norte y Europa, que se están calentando hasta cuatro veces más rápido que la media global. Pero si hace tiempo que hablamos de cambio climático y no de calentamiento global es porque, aunque el origen del problema esté ahí, cada vez está más claro que sus efectos más perniciosos tienen que ver con la intensificación de dinámicas climáticas existentes: olas de calor más largas y extremas, pero también nevadas y episodios de frío fuera de temporada; huracanes más fuertes e incendios nunca vistos; inundaciones costeras y desaparición de glaciares.

Efectivamente: el lento empeoramiento del clima (desde el punto de vista, claro, de la supervivencia de las especies existentes, en concreto de la nuestra) está punteado de momentos –cada vez más frecuentes, cada vez más intensos– en los que la normalidad se rompe y se vuelve a reconfigurar. Los incendios cubren gran parte de la península ibérica durante meses, producen evacuaciones de miles de personas, y al poco son una cifra más, tantas hectáreas quemadas, se reforestarán con un plan especial de ayudas, etcétera. Pasamos a la ola de calor en China, las inundaciones en Pakistán –30 millones de desplazados, algo jamás visto antes–, más incendios en el Amazonas. No pierde actualidad la manida metáfora de la rana metida en un recipiente con agua, cuya temperatura va subiendo poco a poco hasta que hierve. Con el añadido de que igual la rana está tan hecha a estar pasándolo mal que si le das un calentón repentino al agua tampoco se quejará mucho.

Pero ¿en qué se concreta, en nuestras vidas, esta disrupción de lo que hasta ahora era el clima normal? ¿Cómo nos afecta? Aquí se plantea el primer problema funda-

“...la actividad industrial desplegada...desde la máquina de vapor... de 1850 en adelante...ha producido una alteración en la concentración de gases de efecto invernadero...calentamiento cada vez más rápido...”

“...el lento empeoramiento del clima... está punteado de momentos –cada vez más frecuentes, cada vez más intensos– en los que la normalidad se rompe y se vuelve a reconfigurar”

mental del cambio climático entendido como un fenómeno social: no afecta por igual a todos. Las consecuencias del cambio brusco del clima no son las mismas para los habitantes de las tierras bajas de Bangladesh, que directamente ven cómo desaparecen sus zonas de cultivo e incluso sus viviendas debido al aumento del nivel del mar y las inundaciones costeras, que para las ciudades de la India que dependen del agua de los cada vez más escasos glaciares del Himalaya para beber. Y las altas temperaturas de verano no afectan de la misma forma a quien vive en Aluche, Madrid, en un piso de cuarenta metros sin aire acondicionado que a quien, viviendo en el mismo barrio, tiene un piso de ciento veinte metros con buen aislamiento y piscina, además de la posibilidad de irse un mes de vacaciones a la sierra o la costa. Igual que las lluvias torrenciales no tienen las mismas consecuencias, aunque sean terribles en ambos casos, para el productor de naranjas de Valencia que para el enfermo crónico que vive en un pueblo de León sin consultorio médico y que queda aislado si el agua se lleva por delante la carretera. El cambio climático es, en resumen, un multiplicador de desigualdades, un factor externo que interactúa e incide sobre las brechas ya existentes en nuestras sociedades, una combinación de fenómenos de una complejidad que puede abrumar. Puede ser necesario, al menos en una introducción como esta, reducir algo el foco para, al menos empezar el abordaje.

Si pensamos en nuestro contexto —la península ibérica, Europa suroccidental, el norte de África—, podemos quizá centrarnos en una o dos cosas. Lo más evidente: los veranos son cada vez más largos y calurosos y los periodos de falta de lluvia e incluso de sequía se intensifican. Esto tiene consecuencias tanto en la producción de alimentos (pérdida de cosechas, bajada de rendimiento agrícola) como en el bienestar y la salud de las personas. Los periodos de mucho calor dificultan el sueño, incrementan el estrés... y las temporadas de estabilidad atmosférica prolongada favorecen la concentración de contaminación atmosférica, que está relacionada con problemas de salud que van desde las enfermedades pulmonares a problemas de desarrollo cognitivo en niños. De nuevo, estos efectos no obedecen puramente a ningún tipo de determinismo ambiental: la contaminación es mayor, en la mayoría de las ciudades, en los distritos y barrios de menor renta. Las zonas verdes, que facilitan que las altas temperaturas no lo sean tanto, y a la vez están relacionadas con una menor contaminación —menos coches— abundan más en los barrios ricos que en los pobres. Las noches tropicales, en las que la temperatura es demasiado alta para que el cuerpo descanse adecuadamente, se notan más en un piso mal aislado con la fachada desnuda que en un chalé con jardín. No parece, desde luego, que el cambio climático vaya a bajar su ritmo, ni que los coches vayan a desaparecer de



Fuente: Pexels

las ciudades por sí solos, ni que ofrecer viviendas de calidad en barrios bien estructurados sea una prioridad de administraciones ni constructoras.

A no ser que hagamos algo, claro. Hacer frente al cambio climático, evitar lo peor de la crisis climática (y de biodiversidad, que sin ser lo mismo tiene causas parecidas y respuestas similares), es una de las principales tareas que tenemos por delante. Es un trabajo a la vez urgente y difícil. Lo que hace falta, en palabras del panel intergubernamental de cambio climático (IPCC), una agencia de la ONU formado por expertos en clima poco sospechosos de veleidades revolucionarias, son cambios sociales profundos y radicales, que alteren completamente nuestra forma de producir y consumir energía. Cambios que afectarán a todos los aspectos de nuestras vidas: qué comemos, cómo nos desplazamos, dónde vivimos, cómo nos relacionamos, qué hacemos en nuestro tiempo libre. El cambio climático está ligado al modo de producción capitalista, a la fabricación constante de bienes y necesidades de consumo. Tiene que ver con qué y cómo consumimos, pero sobre todo con qué y cuánto se produce. No son cuestiones independientes, por supuesto, y deben ser abordadas de forma simultánea. Idealmente, la forma de hacer frente al cambio climático debería pasar por una superación del capitalismo, por la transformación del mundo a uno en el que el beneficio privado no fuera la principal fuerza rectora de la sociedad. Y probablemente sea esa la única forma de resolver el problema de forma más o menos definitiva. Pero, por desgracia, la historia nos dice que este tipo de revoluciones llevan tiempo, y no tenemos tanto tiempo: es imperativo que la disminución de las emisiones de gases de efecto invernadero comience ya. Esperar a unas potenciales condiciones ideales que nos permitan superar definitivamente la dictadura del beneficio económico podría llevarnos a una situación en la que el mundo que heredaríamos no valiera la pena. Entonces, ¿te-

nemos que renunciar a cualquier horizonte de emancipación y conformarnos con tímidas reformas, que jamás podrán ser lo bastante profundas? No necesariamente.

Por suerte, tenemos el conocimiento científico necesario —y, en muchos casos, las capacidades tecnológicas— para saber qué pasos son los más efectivos en la reducción de las emisiones. Es necesario cambiar cómo comemos, y disminuir o eliminar nuestro consumo de productos de origen animal, empezando por la carne de vacuno; el inhumano sistema de movilidad y urbanismo actual, que condena a millones de personas a pasar horas diariamente en coches y atascos, debe desaparecer, así como los desplazamientos rutinarios en avión, empezando por los de los *jets* privados. La construcción de viviendas sin ton ni son, la creación de barrios sin servicios a kilómetros de los centros urbanos, los alquileres a precios estratosféricos de infraviviendas, todo eso debe terminar. La fabricación y venta de ropa, juguetes, productos electrónicos de baja calidad tiene que ser sustituida por el fomento del consumo limitado de productos duraderos y satisfactorios. Por supuesto, el consumo de energía fósil debe desaparecer lo más rápidamente posible, o limitarse a los escasos procesos industriales en los que no sea posible sustituirla por energías renovables.

Sin embargo, el conocimiento científico, el saber que a) la cosa va muy mal y b) tenemos soluciones para ello, no es en sí una solución. Hace falta la capacidad de poner todo esto en marcha, hace falta poder. Esta es la parte difícil. No queremos caer en la simpleza de pintar a todos los agentes dentro del sistema capitalista como una comandita que actúa al unísono. Por fortuna, no es así, y los últimos dos años de pandemia y postpandemia muestran que es posible, dentro del capitalismo, hacer políticas que prioricen, aunque sea momentáneamente, la supervivencia de las personas. Estas grietas en lo que en décadas recientes ha sido una apuesta firme y total por la austeridad y la necropolítica deben ser aprovechadas y agrandadas. Si se puede conseguir que todos los comedores escolares y públicos de un ayuntamiento o comunidad autónoma empleen productos de cercanía, principalmente vegetales, hay que apretar todo lo posible. Si existe la posibilidad de crear una comunidad energética y participar en compras colectivas de electricidad renovable, o incluso en la instalación de parques solares o eólicos para autoconsumo, debe hacerse. Cada coche que se retire de la circulación —y mejor si no es sustituido por uno eléctrico, sino por una bicicleta o un abono de transporte— es una pequeña victoria. Los fondos públicos destinados al aislamiento y rehabilitación de viviendas, los

programas de reducción de la jornada laboral —más tiempo para ocio, menos estrés, menos necesidad de hacer desplazamientos a toda velocidad—; el reconocimiento de bajas más largas por cuidado de familiares, por maternidad y paternidad, por el motivo que sea; la eliminación de carriles en las grandes autopistas urbanas y su sustitución por zonas verdes. Todos son logros que nos permiten, en primer lugar, disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero; en segundo, tener vidas mejores y, en tercero, ir explorando cómo puede ser una vida mejor. Cada una de estas pequeñas conquistas debe servir



Fuente: Pixabay

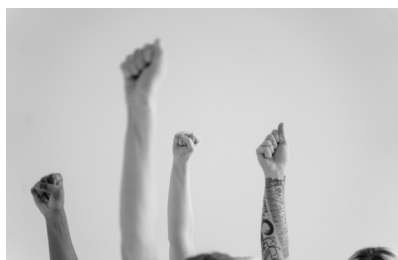
de punto de apoyo para futuros éxitos. Una huelga exitosa nos permite conquistar derechos laborales, pero también conocer a nuestros compañeros e imaginar otras cosas que podemos conseguir juntos.

Porque, esto es importante, no estamos solos. Desde el que se pega a un cuadro en el Prado para protestar por las inversiones en yacimientos fósiles hasta la que sabotea un oleoducto en Dakota; desde el que organiza una protesta laboral en Nueva Delhi hasta el que promueve una comunidad energética en Arrasate; la que firma un decreto autonómico para reforestar diez mil hectáreas quemadas por un rayo y quien traduce un texto de Gorz del francés al inglés y al tagalo para subirlo a su blog en Manila, o quien firma una baja para una persona que dice que tiene un constipado, pero sobre todo tiene unas ojeras porque lleva siete días de julio sin dormir bien. Las formas de contribuir a la lucha contra el cambio climático y por una vida que valga la pena son muchas, y hacen falta todas.

FUERA FONDOS BUITRES DE LO SOCIAL UNA TAREA DE TODAS Y TODOS

Álvaro Prieto

Secretario General de Intervención Social CCOO Madrid



Fuente: Pexels

“...La colaboración público-privada ha cristalizado... en precarización. La entrada de empresas de inversión de capital de riesgo...el oenegismo, la caridad y las empresas piratas, cada una con su motivación.”

“...iniciamos la primera huelga indefinida en el sector que alcanzó los 67 días...el recuperar la dignidad desde la lucha... ha demostrado una enorme valía... se puede ganar.”

Los Centros de Atención a la Infancia (CAIS) son el servicio de atención social especializada para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo del Ayuntamiento de Madrid. Trabajamos junto a familias que están atravesando situaciones muy complicadas relacionadas con lo social, lo económico, lo escolar, la salud, su propia red de apoyo...situaciones que van más allá de los estereotipos, puesto que en el contexto actual no es tan complicado que la sociedad nos deje atrás o a un lado.

Este servicio tan sensible, que nace al amparo de la legislación en materia de Servicios Sociales de las Comunidad de Madrid (6 de junio de 1984) en 1988 como un centro de titularidad pública, y que al año siguiente oficializa su externalización. Esta senda lejos de ser abandonada camina con paso firme, puesto que en el nuevo modelo de Servicios Sociales anunciado a bombo y platillo por el delegado del Área parece evidente que seguirán creciendo los centros de gestión privada (en la actualidad hay 3 públicos y 9 privados).

La colaboración público-privada ha cristalizado una vez más (no es casualidad que convenza a ambas partes) en precarización. La entrada de empresas de inversión de capital de riesgo (“fondos buitres”) en las licitaciones es su máximo exponente, pero no hay que dejar de mencionar que los gestores anteriores han sido el oenegismo, la caridad y las empresas piratas, cada una con su motivación. Las ONGs y la caridad veían una oportunidad única para el lavado de cara y el uso del voluntariado para evitar que lo social se profesionalizara y se supervisara. Y las empresas piratas pensando que nadie miraría como se roba en lo social, porque lo social a nadie le importa.

Pero también hay luz y esperanza en el lodazal que viene montando la administración con su comparsa de empresas. Este verano, tras dos años de movilizaciones, la plantilla de Grupo 5 que trabajan en estos servicios (CAI y PAIEF: Programa de Atención a la Infancia en el Entorno Familiar) a la que pertenezco, lanzó un grito de alarma. En mi frágil memoria iniciamos la primera huelga indefinida en el sector que alcanzó los 67 días. Un periodo de lucha que ha servido para unir a una plantilla, para reivindicar unas condiciones dignas y sobre todo para ganar. Hay que repetir y poner el valor a esta acción, el ganar, el recuperar la dignidad desde la lucha. Se ha ganado que el Ayuntamiento de Madrid redujera la prórroga al menor tiempo posible y se comprometiera con una nueva licitación para el verano de 2023, que hará que más de la mitad de mis compañeras y compañeros mejoren sus salarios un 20% (en torno a los 5.000 euros bruto al año). Se ha ganado que mientras llega el nuevo pliego se ha asegurado un 10,65% a dos años (es decir una subida del 5% anual). Se ha ganado reducir el horario de tarde, facilitando la conciliación y con ello evitando las reducciones que menguaban más aún nuestros salarios. Se ha ganado una flexibilidad de entradas y salidas que perseguimos desde hacía 12 años. Y se han ganado unos mínimos en vacaciones más razonables que evitan conflictos en los equipos. Nos sabemos ganadoras por haber mostrado la verdadera cara de Grupo 5 y Corpfín, y por haber recibido todos los apoyos que hemos sentido en cada día de lucha.

Gracias a la AMSM por pedirnos estas líneas. Me llena de emoción escribir sobre un proceso y una plantilla que ha demostrado una enorme valía y ha rescatado el mensaje de seguir luchando, porque se puede ganar.

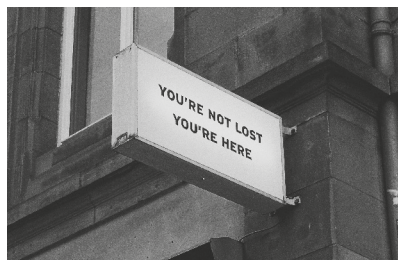


Fuente: Unsplash

LOS DOS ACTOS DE AMOR ALGUNAS CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA EN LOS DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Miren Murgoitio

Psicóloga de orientación psicoanalítica



Fuente: Unsplash

“...acoger la psicosis con sus particularidades sin la pretensión de curarla, es decir de normativizarla... el trabajo...se enfoca en...dificultad: el lazo social.”

“...se añaden los obstáculos para ser...acogido en la comunidad...se aleja del discurso común... insidioso debilitamiento...de su capacidad para acoger y sostener a los miembros de la comunidad.”

Los Centros de Salud Mental con cierta frecuencia se apoyan en los dispositivos de rehabilitación psicosocial con el fin de facilitar la inserción social, procurar al sujeto un ambiente sostenedor que apacigüe la angustia, así como contribuir a modificar las dinámicas patológicas por otras más saludables.

Maud Mannoni, psiquiatra y psicoanalista fundadora de la Escuela Experimental de Bonneuil-sur-Marne para niños psicóticos, comentaba que “la psicosis no tiene tanta necesidad de ser curada (en el sentido de una detención) como de ser recibida” (Mannoni, M., 1979). Ella recalca la importancia de poder acoger y escuchar al psicótico, más que tratarlo como un objeto de cura.

La cuestión de la **recepción de la psicosis**, podríamos tomarla como el punto de partida de los recursos de rehabilitación: acoger la psicosis con sus particularidades sin la pretensión de curarla, es decir de normativizarla. Cuando hablo de psicosis, podríamos extendernos a otros campos de la clínica, pero, en cualquier caso, todos tienen un denominador común: que presentan importantes limitaciones en su vida personal, social, laboral o familiar. Por supuesto que no todos los psicóticos necesitan de estos recursos, solo aquellos que encuentran dificultades en su día a día.

A grandes rasgos, el trabajo en los recursos de rehabilitación se enfoca en aquello que para los psicóticos se presenta como una dificultad: **el lazo social**.

LAS DIFICULTADES EN EL VÍNCULO CON EL OTRO

Si el neurótico sufre por encontrarse demasiado sometido por la ley simbólica o el Nombre del Padre que introduce una restricción sobre la satisfacción de la pulsión, podría decirse que el psicótico enferma más bien por haberle faltado aquella función de interdicción, el Nombre del Padre que introduce una ley simbólica que regula la pulsión. Esto explica las dificultades que encuentra en el vínculo con el otro, porque la pulsión es por definición autoerótica, excluye al otro. Ese autoerotismo que se traduce como la dificultad para libidinizar los objetos del mundo, lo externo a uno mismo, lo deja muy a solas con la pulsión.

A esta dificultad en la relación con el otro, se le añaden los obstáculos que encuentra para ser recibido, acogido en la comunidad. De un lado, se maneja en el mundo de una forma muy particular que lo aleja del discurso común y de los modos de vida considerados “normales” (ya que el Nombre del Padre es el que permite el acceso a la significación fálica, que es la significación que es compartida), convirtiéndose en un territorio desconocido que tiende a producir en el imaginario colectivo ciertas dosis de temor y rechazo. De otro lado, se asiste a un insidioso debilitamiento del tejido social y a su capacidad para acoger y sostener a los miembros de la comunidad.

Desde los dispositivos de rehabilitación, se trata de **generar las condiciones que faciliten el vínculo con el otro para disminuir el sufrimiento y la soledad**, pero siempre respetando la forma particular que cada uno puede encontrar para ello. Al respecto, cabe señalar que no se trata de socializarlos en el sentido de empujarlos a lo social o de normativizarlos siguiendo las convenciones sociales como tener un trabajo, una pareja, vestir de determinada manera, etc. Más bien se persigue que puedan encontrar diferentes apoyaturas para aliviar la soledad tan desgarradora que padecen.

EL VÍNCULO SOCIAL COMO ORGANIZADOR DE LA PSIQUE

Estos recursos fundan su organización en un proyecto de transformación del individuo a través de otros individuos, privilegiando el vínculo como forma de “tratamiento”. Cabría preguntarse algo que en apariencia es obvio: ¿Por qué es tan importante el vínculo con el otro?

En primer lugar, **los vínculos son necesarios** para el desarrollo psíquico del sujeto. Nuestro psiquismo se va estructurando en una relación dialéctica con los objetos primordiales. Claro que en este punto pueden darse fallas, a saber, cuando no hay un otro que pueda responder a las necesidades afectivas del bebé y lo pueda ver como un sujeto diferenciado o cuando la mirada del otro resulta ser muy descalificadora.

Pero los vínculos no son solo importantes en la infancia sino también en la edad adulta. En el texto *psicología de las masas y análisis del yo* de 1921, Freud enfatiza la importancia del otro en la vida anímica del sujeto. Comenta que “en la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo (es decir, como modelo de identificación), como objeto (al que dirigir la pulsión: de amor, sexual etc.), como auxiliar (como sostén y contención) y como enemigo (evidente en la paranoia)”.

Además, participar del mundo social y cultural tiene efectos organizadores para el psiquismo. **Facilita la regulación pulsional** allí donde el psicótico tiene muchos problemas, por la renuncia que la propia cultura exige a través de las leyes y normas que amparan y rigen las relaciones sociales: introduce límites, prohibiciones o demoras a las diferentes satisfacciones pulsionales. Una regulación que viene a suplir de forma ortopédica la del Nombre del Padre que no se produjo.

De esta forma, **protege al sujeto de caer en un autoerotismo**, en una satisfacción pulsional sin límites, en actividades que suponen un exceso para el organismo, ofreciendo canales y vías para tramitar la pulsión.

CONDICIONES DESEABLES EN LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL

Para que haya cierta modificación subjetiva, considero que tienen que darse determinadas condiciones en la práctica institucional cuando está orientada desde la óptica del psicoanálisis.

LA INSTITUCIÓN COMO FUNCIÓN DE INTERDICCIÓN

Los recursos de rehabilitación pueden tomar la forma del padre pacificador. Es decir, pueden ejercer una **función de interdicción** estableciendo un espacio tercero en la díada madre/hijo. Una función que separa y abre el espacio entre uno y otro permitiendo la entrada del mundo social y cultural y de cierto orden psíquico.

Me gustaría ilustrarlo con una viñeta:

H. acude al centro de rehabilitación tras ser derivado por el aislamiento social que presenta, acompañado de una intensa angustia, comportamientos regresivos e ideas delirantes de perjuicio.

Al inicio, no pudo incorporarse al dispositivo. Cada vez que su madre, con la que tenía una relación fusional, mostraba algún signo de malestar H. se angustiaba y era incapaz de separarse de ella y cuando lo intentaba era al precio de perder el equilibrio y caerse al suelo. Por lo que empezamos a tener encuentros telefónicos, tanto con H. como con la madre para asentar las bases de una relación terapéutica.

Con el tiempo, H. pudo empezar a incorporarse a la vida del centro alternándolos con periodos de ausencia cuando su ma-



Fuente: Unsplash

dre empeoraba. Se hizo un lugar en el Centro: ser encargado de regar las plantas. Los compañeros le animaban a venir cuando fluqueaba y H. se amarró a una frase que escuchó: para cuidar a tu madre tienes que cuidarte tú (esta frase viene a decir que tiene que cuidarse de ese exceso materno). Y eso tuvo efectos, los períodos de ausencia se fueron acortando, se angustiaba menos, y disfrutaba con las relaciones sociales que mantenía por fuera de su familia.

A través de este relato, se puede observar cómo la institución funcionó como un espacio tercero, modulando la dualidad fusional que esta persona tenía con su madre y que tan enloquecedora le resultaba. Las relaciones que pudo ir entablando en el recurso junto con esa tarea que encontró (regar las plantas), instauran una separación y permiten una diferenciación entre H. y su madre recuperando cierto equilibrio psíquico.

Esta función de interdicción también opera cuando se acompaña a las personas a evitar situaciones que los precipitan en un desencadenamiento o en un mayor malestar.

QUE SEAN SUJETOS DE LA PALABRA

Los centros diurnos, ofrecen una variedad de actividades que son siempre un pretexto. Más allá de la tarea explícita, a saber, cocinar, pasan muchas cosas: se establecen relaciones, se ocupa un lugar en el otro, se descubren potencialidades no conocidas, se posibilitan procesos identificatorios, pueden vivirse experiencias de éxito, etc. También pueden vivirse otro tipo de experiencias de rivalidad, de impotencia, de fracaso, pero en un marco de contención más seguro.

Con harta frecuencia la demanda de Salud Mental que se recibe se centra en “que hagan algo” porque se entiende que la actividad es una precursora del deseo. Sin embargo, hacer por hacer no genera muchas modificaciones subjetivas. No se trata de recibir una clase de yoga, de ello se ocupan los centros cívicos o los gimnasios que lo hacen infinitamente mejor. Tampoco se trata de adoptar una actitud pedagógica de adoctrinamiento del otro, de instaurar ciertas modalidades de vida, eso sería arrojarnos a una demanda de adaptación.

Se pretende, que sean agentes, **sujetos de la intervención** en contraposición de objetos de la cura. Que se involucren, en la medida en la que cada uno pueda, en las actividades y en la organización del centro y que puedan tomar la voz. Esto que parece algo tan nimio, es trascendental, el protagonismo e iniciativa que deben de tomar en sus procesos y en la vida del centro.

Desde ahí, hay que trabajar **por generar espacios del decir que permitan el acceso de los sujetos a una palabra propia, por oposición a espacios donde todo está “dicho”** como ocurre en las prácticas asistencialistas. Jean Oury enfatiza la importancia de generar espacios que permitan la posibilidad de tomar la voz porque justamente lo que está alterado en la psicosis es esa fabricación del decir (Oury, J., 2017). El psicótico está en lo dicho, en ser hablado por el otro, a saber, por las voces, por el cuerpo que le hace signo, por el otro materno, etc. El drama de la psicosis consiste precisamente en haber sido tomado como un objeto en lugar de como un sujeto. Hay que generar las condiciones para que las personas atendidas (llamadas *usuarios*) puedan manifestar e intercambiar algo de sí mismas y no reproducir lo que ya vienen sufriendo.

Recuerdo los inicios de las asambleas en las que los usuarios apenas hablaban ni participaban. Todo les parecía bien, “vosotros sabréis que sois los profesionales” decían. Con el tiempo, y con el trabajo de convocarlos una y otra vez a hablar, algunas personas empezaron a proponer o a quejarse sobre algunas cuestiones. Por ejemplo, hubo quienes propusieron eliminar las “fichas” de un taller cognitivo. Otros, reivindicaron que la máquina expendedora de coca colas volviera a funcionar e hicieron las gestiones pertinentes. En cualquiera de estos casos, pudieron percibir que sus palabras tenían efectos.

El espacio de la asamblea pasó de ser mensual a semanal, con una gran asistencia. Era el espacio que más personas convocaba. Quizá lo que más me sorprendió fue cuando llegó la pandemia. Por cuestión de aforos teníamos que hacerlas en el patio del centro. ¡Imagínense el frío que hace en el patio en enero a las 10 de la mañana! Sorprendentemente los usuarios no dejaban de venir. Ello daba cuenta de cómo se había convertido en un espacio muy importante, incluso para los que nunca hablaban. Ofrecía un lugar donde la palabra de uno iba a ser tenida en cuenta, y por tanto un lugar de pertenencia.

La idea es que esta agenciación, esta posición de sujetos del decir, pueda generalizarse con el tiempo a otros ámbitos de sus vidas, por fuera de los centros de rehabilitación.

RESCATAR LA SINGULARIDAD

La organización tiene que tener en cuenta la singularidad de cada uno. Es decir, **huir de la homogeneización** y que cada persona cuente para alguna cosa, evitando que haya una amalgama.

Cada psicótico tiene una forma singular de hacer vínculo y no sirve *para todos* como en un centro cultural. Se trata de ayu-

dar a que cada uno pueda encontrar una solución propia que lo deje menos solo y que sea menos destructiva. Hay quienes necesitarán venir a diario, a otros les bastará venir cada 15 días, algunos participan en actividades y otros vienen simplemente a estar.

Recuerdo a una persona a la que le fue difícil integrarse en el centro (le llamaré K.). Su forma de relacionarse estaba marcada por una fuerte posición de superioridad con el otro que en ocasiones le traía ciertos problemas porque su intransigencia y despotismo generaba pequeñas dosis de desconcierto y rechazo.



Fuente: Unsplash

Sin embargo, era todo un avance respecto a cómo había llegado: llevaba más de 15 años aislado en su casa, sin relacionarse con nadie más que su familia cercana y acompañado 24 horas al día por ese Otro del delirio que gozaba fastidiándole y persiguiéndole todo el día. Ese otro que tomaba la forma de los vecinos, la policía etc. K. se pasaba las horas prendida del televisor, esperando ver qué decían sobre su persona (aquí se observa el exceso de satisfacción pulsional).

Con el tiempo, y con muchos enfados de por medio, pudo empezar a transigir un poco con la alteridad y pudo incorporar algo de la ambivalencia: nos quería y nos odiaba por igual. Éramos, como una vez escribió en una carta “los queridos traidores”. Así fue como nos llamó.

Con los años, encontró en el centro un lugar importante: Se convirtió en agente de ocio. Ante la falta de iniciativa de muchos de sus compañeros, empezó a buscar propuestas de ocio que compartía. Así consiguió el aprecio y admiración de otras personas.

Este caso ilustra bien los distintos intentos de solución que ha tenido esta persona: el primero, encerrarse en casa con un *otro* completo persecutorio. Luego consentimos encarnar ese *otro* persecutorio, “los queridos traidores”, que le permite odiar menos (ya no es un otro tan malvado) y poder salir, sin duda es una mejor solución porque no está tan invadida. Por último, es capaz de inventar una solución aún mejor: ser agente de ocio, que le facilita el lazo con los demás porque se da un nombre frente al otro. Se trata de acompañar en estas soluciones que va encontrando.

EL AMBIENTE

Entonces estoy hablando de que es fundamental reconocer la singularidad y habilitar espacios del decir donde algo del sujeto pueda emerger. Todo ello tiene que poder colarse en lo que llamo “el ambiente” del centro.

Al inicio comentaba que los dispositivos de rehabilitación ofrecen un *ambiente sostenedor*. Un ambiente sostenedor porque es un lugar donde el sujeto establece múltiples vínculos en los que se apoya. Y es que se necesitan muchas personas, espacios, para sostener a algunos psicóticos. Si se consigue que pueda investirse en diferentes lugares y con diferentes personas (en el CSM, en la MR, en la cafetería de su barrio, etc.) se percibe que todo un sistema se pone en práctica, y hay una posibilidad de articular su existencia de una manera más fácil.

No solo se trabaja con los usuarios a través de espacios individuales, grupales, informales, etc. También **se trabaja de forma indirecta**, a través del ambiente (Oury, J., 2017). Hay ambiente bueno o ambiente malo. Cuando la cualidad del ambiente es buena esto genera efectos terapéuticos. Se aprecia en las personas que acuden a los centros solo a estar ahí, sin participar de ninguna actividad concreta *por ejemplo hay un hombre que a las 8 de la mañana ya está en el centro. Puede estar en el hall unas 2 o 3 horas, tomándose una coca cola, hablando con la gente... sin participar de grupos. Me hace pensar que algo encuentra ahí.*

Es difícil definir qué es el ambiente, digamos que sería la cualidad del terreno en la que se asienta el dispositivo y es fabricado por hechos, acontecimientos, por el clima emocional que circula. Hay que hacer un gran hincapié, y a veces es el trabajo más difícil, contribuir a que haya un **ambiente amable y vital que colonice la pulsión de muerte** (Oury, J. 2017) o dicho de otra forma que apacigüe la desvitalización, la desesperanza. La pulsión de muerte tiene que ver con la silenciosa muerte del deseo que termina por cosificar al otro y al propio Yo.

“...revalorizar de todas las formas posibles su vida psíquica y tratar de despertar ... los más pequeños placeres...invertir la vida de los usuarios, interesándose por los detalles nimios y de cargar libidinalmente el mundo que nos rodea.”

“...saludar ayuda a que el sujeto pueda sentirse reconocido como tal...el humor tiene que colarse en el ambiente...transforma el dolor en placer... permite separarnos de la “cosa” y de las certezas absolutas. “

“...A veces se confunde vitalidad con hiperactividad...síntomas de la... institución...un acting para soportar la angustia que produce la convivencia con la pulsión de muerte de la psicosis. “

Recuerdo una casa que visité de un usuario del EASC. El ambiente era lo más parecido a un tanatorio: silencio, oscuridad,...parecía que el tiempo se había detenido en esa casa. De hecho, los relojes estaban parados. Faltaba aire, movimiento, vida...

Es difícil que alguien pueda experimentar una mejoría en un ambiente que está detenido, mortificado en el deseo.

Para intentar combatir un deslizamiento hacia la necrópolis podríamos tener en cuenta tres cuestiones para la práctica:

- **Primera cuestión: Es importante que se puedan compartir cuestiones placenteras por fuera de la enfermedad.** El narcisismo psicótico está hinchado en la megalomanía pero es inmensamente pobre en los placeres cotidianos.

Se trata de revalorizar de todas las formas posibles su vida psíquica y tratar de despertar en ellos los pequeños, los más pequeños placeres. Es un trabajo de invertir la vida de los usuarios, interesándose por los detalles nimios y de cargar libidinalmente el mundo que nos rodea. Esto debe estar siempre presente en lo cotidiano de los recursos. *Recuerdo una mujer en la Miniresidencia para la que tenía mucha importancia que se le saludara por su nombre. Cuando no era así, interpretaba que era invisible y poco valiosa para el otro.*

Fíjense que un gesto tan cotidiano y aparentemente banal como saludar ayuda a que el sujeto pueda sentirse reconocido como tal. Es el trabajo de filigrana de los pequeños detalles, un trabajo creativo y muy fino del caso por caso.

Por otro lado, el humor tiene que colarse en el ambiente. El humor es el mejor antídoto contra el *Superyó* porque es el mecanismo que transforma el dolor en placer. Y al mismo tiempo es lo que permite separarnos de la “cosa” y de las certezas absolutas.

Este compartir cuestiones placenteras, se pone más de manifiesto en las múltiples celebraciones que se realizan. Por ejemplo la navidad, una barbacoa de fin de verano, la despedida de algún usuario, etc. Estos ritos de celebración transmiten vitalidad e introducen a su vez una ritmicidad en el tiempo imaginario, en la atemporalidad de la psicosis.

- **Segunda cuestión: Evitar la hiperactividad.** La vida del centro tiene que colarse por todos los espacios. Para ello la institución tiene que tener una actitud abierta a la espontaneidad y dejarse sorprender, mostrándose flexible.

Tiene que haber una estructura de actividades pero si todo está excesivamente programado se genera un empobrecimiento en las relaciones donde nada nuevo puede surgir.

A veces se confunde vitalidad con hiperactividad. Un recurso que esté atropellado de actividades no significa que atesore un buen ambiente. Las personas en fases maníacas también tienen un exceso de actividad y no nos transmiten vitalidad, al contrario, transmiten angustia. La hiperactividad con la que uno se puede topar en algunas instituciones, considero que responde más a los síntomas de la propia institución. Funciona como un *acting* para soportar la angustia que produce la convivencia con la pulsión de muerte de la psicosis.

- **La tercera y última recomendación: trabajar desde el deseo**

Esta es la cuestión más importante y central: trabajar desde el deseo. No vale con estar simplemente ahí, eso no produce cambios, no genera una tierra fértil. Se requiere de una presencia desde el deseo, desde la esperanza. Hay que estar abiertos y confiar en que la persona puede inventar algo diferente. En palabras de Gerardo Gutiérrez “**se trata de oponer a la violencia silenciosa de la pulsión de muerte la violencia vivificante del deseo**” (Gutiérrez, G., 2022). Se debe promover el deseo en los usuarios y para eso es condición indispensable que los profesionales sean sujetos deseantes.

Por otro lado, el deseo es lo que permite que la institución no se rigidifique. A veces es agotador porque se trabaja con sujetos vaciados de deseo, sumidos en un aplanamiento un tanto trágico. Pero si no trabajamos con deseo, tampoco le proponemos al usuario otra alternativa que permanecer para siempre en la institución. Entonces no nos podrá asombrar que el usuario centre su energía en la institución en vez de dirigirla al otro o a otras cuestiones de la vida, y no nos encontraremos con otra cosa que con pacientes institucionalizados.

Esto se advierte cuando los equipos de trabajo están cansados o quemados, que no trabajan desde el deseo sino para el servicio de los bienes, como decía Jean Oury (Oury, J., 2017). Es importante que los equipos de trabajo puedan sentirse cuidados o busquen formas de cuidarse para no caer en la desidia y en el automatismo.

ESTRUCTURA DEL OCHO INVERTIDO. APERTURA AL EXTERIOR

Para ir finalizando, me gustaría hablar de la importancia que tiene que el discurso institucional esté atravesado por la visión de que la vida de los usuarios no debe agotarse en el centro. La orientación hacia lo comunitario quizá sea uno de los aspectos más propios de estos dispositivos.

Mannoni (1976) señala que la institución puede funcionar al principio como una “sociedad de prótesis” que resuelve de entrada el problema de la acogida de los pacientes psicóticos, pero no toma una posición real respecto de las exigencias del mundo exterior. No podemos quedarnos ahí porque se crea una dependencia de esa institución donde los sujetos se sienten acogidos, protegidos y a la que querrán volver ante la primera dificultad con el mundo exterior. Esto sucede de forma reiterada en las Mini residencias: los usuarios no se quieren ir.

Esta dependencia, con cierta frecuencia se asienta en una **fantasía fundamental** que comparten usuarios y trabajadores:

la fantasía de restablecer la unidad perdida, la de antes del nacimiento (Ansermet, F. y Sorrentino, M.G., 2015). Entonces se corre el riesgo de que los trabajadores ocupen el **lugar omnipotente** “yo soy aquello de lo que el otro carece”. Desde ahí se vuelven incapaces de defraudar al usuario y separarse de él, así como permitir su salida al mundo social. Es importante tomar conciencia de estos peligros.



Fuente: Pexels

Como en una familia, para combatir este riesgo, se trata de preparar a la gente para la vida y por eso los dispositivos tienen que lograr comunicarse auténticamente con el medio social, promover ese lazo con el entorno social.

Jean Oury habla de que las instituciones deberían de tomar la forma de la **estructura de un ocho invertido**, donde siguiendo el recorrido del ocho, se producen pasajes desde la cara interna a la cara externa y viceversa. De esta forma, se facilita una libertad de circulación tanto por los diferentes espacios dentro del dispositivo, como entre el recurso y el exterior. Esa debería de ser la estructura de los recursos de rehabilitación, **un lugar de pasaje entre la institución y el afuera.**

En el CRL de Alcorcón hay un proyecto comunitario bien interesante: el ropero solidario. Es gestionado entre varios usuarios y trabajadores, pero, en su tarea implícita, genera una comunicación directa con el entorno. Cada día vienen 3 o 4 personas a traer ropa, a llevarse cosas, preguntan a los usuarios que andan por ahí sobre el ropero. Hay un flujo de intercambios con el “exterior”.

LA SALIDA

Si hablamos de la importancia de la apertura al exterior, no podemos no hablar de la importancia de los procesos de salida de los usuarios: las altas.

Considero que los recursos de rehabilitación deben configurarse como lugares de paso, un lugar a donde uno llega, y que tras cierto tiempo que experimenta alguna modificación, un lugar de donde se puede ir. Para eso, hay que trabajar entre otras cosas, los duelos de abandonar un lugar. Un trabajo a hacer con el usuario, con el colectivo del centro y con los trabajadores. Tan importantes son la ritualización de las acogidas que transmiten el deseo por recibir al usuario como el ritual de las despedidas que transmite el deseo porque continúen sin nosotros.

Pero un individuo no puede marcharse si tiene que abandonar el lugar de forma dramática, algo que sucede en las familias patológicas. Por tanto, **es importante que puedan tener cierto lugar que continúa ahí**. Tener algo ahí, una suerte de punto de referencia con el que pueda contar, adonde pueda volver de visita, a charlar, a una celebración, etc. Esta **dimensión de continuidad** tiene mucha importancia porque precisamente el sentimiento continuo de existir, algo que refirió Winnicott, es frecuentemente lo que está más quebrado (Oury, J. 2017)

Inicié hablando sobre la recepción del psicótico y he finalizado mencionando la importancia de ayudarlo a salir para no

quedarse atrapado. Por tanto, en los recursos de rehabilitación tenemos que hacer dos grandes actos de amor: acoger al otro y permitir que se vaya.

En palabras de Massimo Recalcatti “*el mayor regalo de amor del padre es dejar marchar al hijo y estar siempre listo para acogerlo a su regreso. Siempre en la puerta esperándolo, sin pedirle nunca que regrese*” (Recalcatti, M. 2020).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ansermet, F. Sorrentino, M.G (2015). *El malestar en la institución. El terapeuta y su deseo*. Editorial Octaedro.
- Freud, S. (2012): *Psicología de las masas y análisis del yo*. (Etcheberry, J. L., Trad.) En Obras Completas (Vol. XVIII). Buenos Aires: Amorrortu Editores (Obra original publicada en 1921).
- Gutiérrez, G. (Mayo 27-28. 2022): *Desear es necesario, vivir no lo es*. (Ponencia). XVI Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN-Profesionales de la Salud Mental “Violencias”. Madrid.
- Mannoni, M. (1976). *El psiquiatra, su “loco” y el psicoanálisis*. Argentina: Siglo XXI Editores (Obra original publicada en 1970).
- Mannoni, M. (1979). *La educación imposible*. Siglo XXI editores (Obra original publicada en 1973).
- Oury, J. (2017). *Lo colectivo. Psicopatología institucional de la vida cotidiana. El seminario de Saint- Anne*. Xoroi edicions (Obra original publicada en 1986).
- Recalcatti, M. (2020). *El secreto del hijo. De Edipo al hijo recobrado*. Anagrama editorial

PENSIONES SUPERVISADAS. RECONQUISTAR UNA IDENTIDAD

Susana González Chacón

Directora del Servicio de Pensiones Concertadas Supervisadas



Fuente: Unsplash

“...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...”

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 de éste, 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.

Palabras clave: recuperación, estigma, exclusión, acompañamiento, soledad.

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 centre of Madrid and where the main objective is to accompany the users of it, on their way into 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 where to start and build a new life. A space that reduces the fear, anguish, and insecurity of being on the street and abandoned.

The fact that pension users find a new network to rely on should be the anchorage point, since social exclusion as a multidimensional concept (Castel, 1990) does not depend on and is not only linked to economic income, but also has a social axis, where isolation and the absence of links are as important elements as having reduced income or limited access to other social resources.

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.

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

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 cubre 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

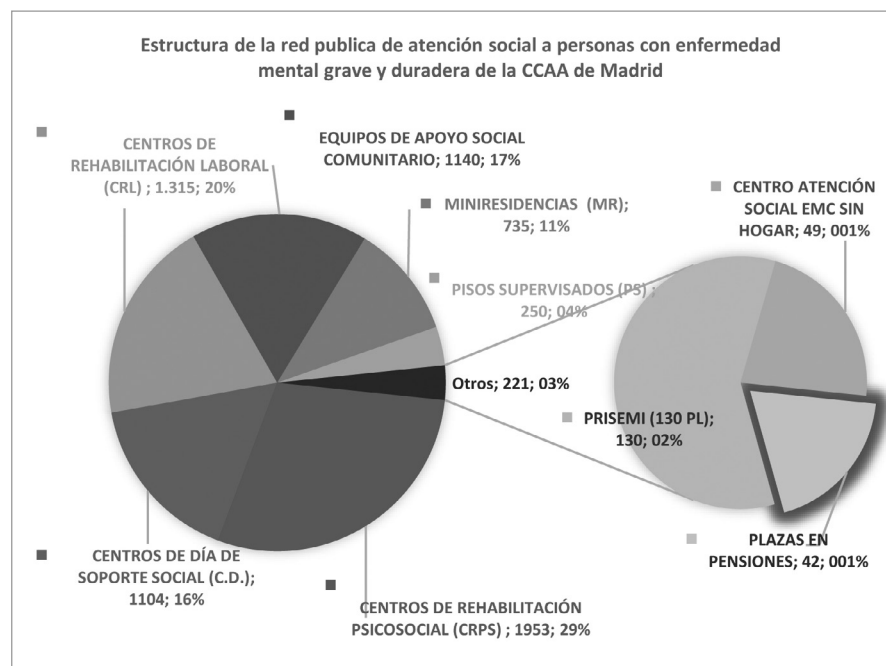
Estructura de la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad Autónoma de Madrid.

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”.

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 Comunidad Autónoma de Madrid.

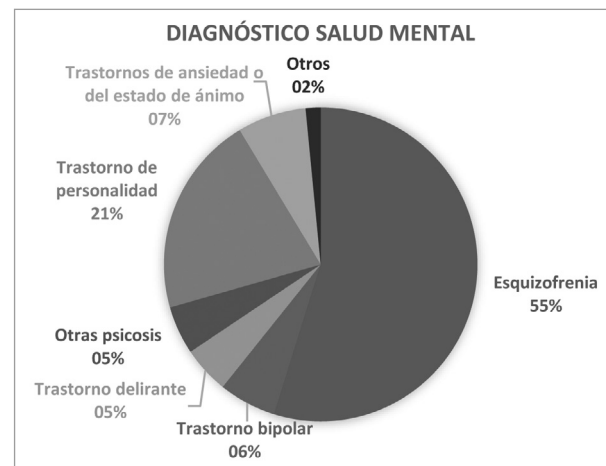
Actualmente Pensiones Supervisadas dispone de 42 plazas para atender a usuarios de los Centros de Salud Mental, inclui-

dos en el programa de continuidad de cuidados de tres áreas sanitarias, el área 1 (Vallecas Villa, Puente de Vallecas, Retiro, Moratalaz-Vicálvaro, Arganda- Rivas), el área 7 (centro, Latina y Chamberí) y el área 11 (Usera, Carabanchel, Arganzuela, Villa-verde, Aranjuez, Valdemoro).

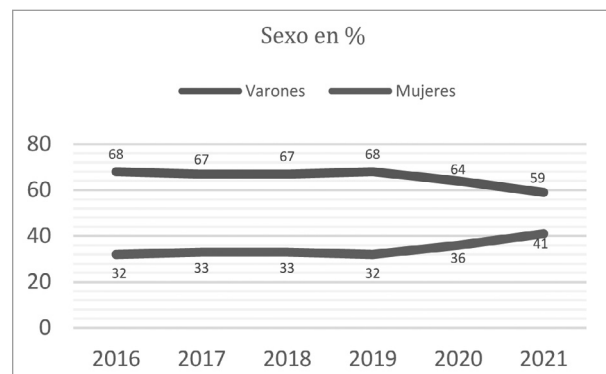
El acceso al recurso es a través de la derivación de los Centros de Salud Mental y propuesta de otros recursos del Plan de Atención, que por las circunstancias psicosociales del usuario no encajan en los mismos.

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 de la red pública de Salud Mental.



Fuente: elaboración propia, datos del servicio.

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.

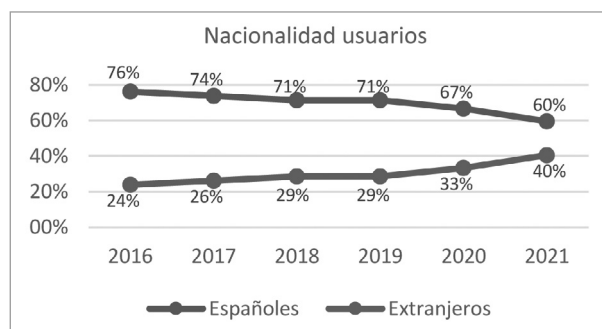
Por sexo, se ha observado que en los dos últimos años se ha incrementado la presencia de mujeres, pasando del 32% en los años 2016-2019 al 41% en el año 2021. Si bien es aún pronto para asociar dicho incremento a los efectos de la pandemia, la evolución indica un notable incremento a partir de ese hecho.

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

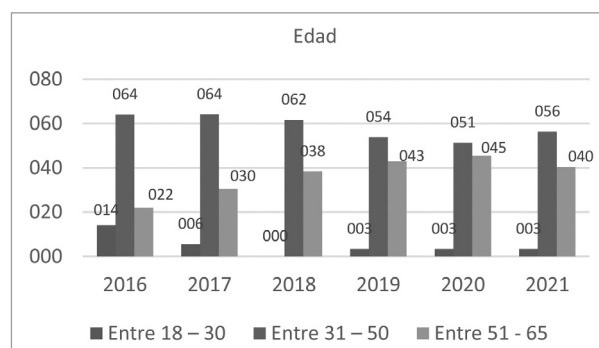
Fuente: elaboración propia, datos del servicio.

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 mo-

“...Recuperación...desarrollo de un nuevo sentido y propósito en la medida en que uno crece, más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental...”

tivación 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”, afirma que 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.

“...reconstrucción y negociación de la nueva identidad...dentro de un contexto cultural y social.”

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.

“...un espacio digno para vivir, que rompa la idea del binomio pensión/marginación...equipo de profesionales...dar garantías de presencia y responsabilidad ante cualquier circunstancia conflictiva ... y respuesta ante situaciones difíciles.”

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 pensiones 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 éstos 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, construyéndose 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 éstos 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 rompien-



Fuente: Unsplash

do 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 mis-

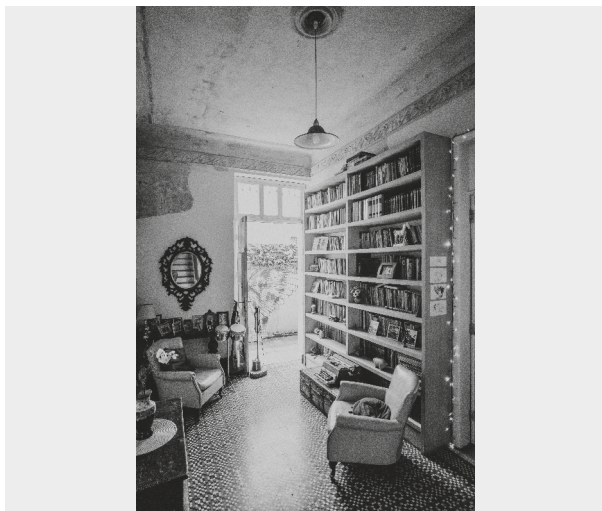
ma y como se sienten y se identifican, es imprescindible. Para conseguir esta confianza y vinculación es necesaria la escucha activa constante.

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 éstas, 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.



Fuente: Unsplash

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 la actividad desarrollada por el servicio de pensiones permite realizar una evaluación objetiva del éxito de éste.

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 31/12/21.

El servicio de pensiones no tiene un periodo 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.

BIBLIOGRAFÍA

- Consejería de servicios sociales [Comunidad de Madrid]. (2003). *Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007017.pdf>
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental [Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.]. (2018, junio). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/asis/12_junio_plan_de_salud_mental_2018-2020.pdf
- Palomo, J. C. (2014). *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*. Dialnet. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/43716/6/Alternativas_21_08.pdf
- Macías, F. J. S. (2011, 1 marzo). *Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves*. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/XZMVyzkhYcGLcqQpb9nVRRP/?lang=es>
- Hernández Monsalve, Mariano. (2017). *La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37(131), 171-187. Recuperado en 28 de diciembre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100010&lng=es&tlng=es.
- Shepherd, Boardman & Slade. (2008). *Making Recovery a Reality*. <https://www.researchintorecovery.com/files/SCMH%202008%20Making%20recovery%20a%20reality.pdf>
- Martín López-Andrade., L. (s. f.). *Manual de instrucciones para la deconstrucción de un dispositivo*. <https://www.yumpu.com/es/document/read/58006701/manual-de-instrucciones-para-la-deconstrucion-de-un-dispositivo>
- Martín López-Andrade. (2016). *Acción terapéutica comprometida con la dignidad del sujeto y con la sociedad*. Curso Institucional del Experto Universitario en "La acción terapéutica y su repercusión social: de la subjetividad a lo social". https://formacionpermanente.uned.es/tp_actividad/idadividad/9380
- Tarí García. (s. f.). *Algunas contradicciones en la construcción en las prácticas rehabilitadoras*. <http://www.area3.org.es/sp/item/466/Algunas%20contradicciones%20en%20la%20construcci%C3%B3n%20en%20las%20pr%C3%A1cticas%20rehabilitadoras,%20por%20Antonio%20Tar%C3%AD>
- Confederación Salud Mental España. (2021). *Informe sobre el estado de los derechos en Salud Mental 2020*. <https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2020.pdf>
- AEN. (2017). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16984/16854>
- Rosillo Herrero, Marta, Hernández Monsalve, Mariano, & Smith, Simon Peter K. (2013). *La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33(118), 257-271. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000200003>
- Lorente Molina B. y Vladimir Zambrano C. (2010). *Reflexividad, Trabajo Social comunitario y sensibilización en derechos*. Cuadernos de Trabajo Social, 23, 85-102. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110085A>

SALUD MENTAL Y EMERGENCIA CLIMÁTICA: HUIDAS MENTALES

Transcripción por Marta Carmona y edición por Belén González, de la mesa sobre Salud Mental y Emergencia Climática, compartida con Contra el Diluvio y presentada por Marta Carmona, realizada en el Ateneo Maliciosa en enero de 2023.

Se puede acceder al audio a través de YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=rJuuXU14cHc>

Belén González Callado

Miembro de la Junta Directiva de la AMSM.



Fuente: Pexels

Empezamos con una pregunta muy básica: ¿cómo podemos esperar que afecte el cambio climático a la salud mental?

De inicio se pueden considerar dos fenómenos muy alejados, con una relación muy peregrina y una se sorprendería de que se pudiera llegar a relacionar trastorno mental con un suceso como el cambio climático. Aunque cosas más raras se han hecho, como relacionar la inflamación intestinal con la esquizofrenia, pero bueno...

Pues encontré que el IPCC, que es un panel de científicos poco cuestionable, habla de que la crisis climática puede *“provocar trastornos que van desde el malestar emocional hasta la ansiedad, la depresión, el dolor o las conductas suicidas”*; esto son conceptos muy concretos. Señala el IPCC también, *“que existe un escaso apoyo especializado en materia de salud mental para las personas y las comunidades que se enfrentan a peligros relacionados con el clima y a un riesgo a largo plazo”*.

Desde mi consulta yo pensaba, a ver qué puedo hacer desde aquí para apoyar a personas que tengan problemas con la crisis climática, *a priori* no tengo ni la menor idea ni se me ocurre por dónde empezar. Vayamos a las preguntas básicas, entonces: ¿qué supone la crisis climática?, ¿qué podemos encontrar? Pongamos un ejemplo: tornados, ¿cómo se relacionan los tornados con los suicidios? o ¿cómo se relacionan los tornados con un trastorno de ansiedad generalizada? ¿o con una depresión mayor? ¿Cuál es el mecanismo etiopatogénico que relaciona tornados con depresión mayor? ¿o el aumento del nivel del mar? No se me ocurre ninguna manera de relacionar el aumento del nivel del mar con el trastorno mental. Algo parecido ocurre con las olas de calor. Haciendo una búsqueda bibliográfica sólo puedo encontrar algunos estudios que relacionan el aumento de demandas urgentes sanitarias de toda clase (tanto de salud mental como de otras especialidades), en las situaciones de olas de calor, pero no encuentro nada mucho más allá. Sin embargo, pienso, algo debe haber cuando el IPCC y otros expertos están hablando de que la crisis climática provoca, así, directamente, trastornos mentales. Esto sugiere una caja negra, algo que está pasando entre medias de todos estos sucesos que desembocan en un aumento del sufrimiento psíquico que ellos vienen a llamar directamente trastorno mental y que podríamos llegar a entender así. Está claro que podemos entender que si un tornado se lleva por delante los cultivos en los que llevas trabajando toda una vida esto tiene un impacto muy negativo. La preocupación que puede generar es de un nivel intenso y probablemente genere un malestar psíquico considerable. Lo mismo si aumenta el nivel del mar, por ejemplo, Cartagena, y la gente se queda sin Cartagena, o las riadas dejan a la gente sin casa, cosa que en realidad está ocurriendo ya y evidentemente afecta a nivel emocional. Lo mismo pasa con las olas de calor, en mi caso concreto yo lo he pasado fatal este verano con las sucesivas olas de calor y he estado muy preocupada y agobiada con este tema. ¿Podría decir que esto es un trastorno mental? No, no me atrevería a decir tal cosa. Entonces ¿qué

“...caja negra, algo que está pasando entre medias de todos estos sucesos que desembocan en un aumento del sufrimiento psíquico que ellos vienen a llamar directamente trastorno mental y que podríamos llegar a entender así.”

pasa ahí en medio, en esa caja negra, para poder llegar a ese calificativo? Pues que todos estos fenómenos actúan sobre los determinantes sociales de la salud y eso sí que está mucho más que estudiado, que los determinantes sociales de la salud actúan sobre el sufrimiento psíquico y los trastornos mentales y en gran parte explican estos trastornos mentales y su génesis.

Entendiendo que todos estos fenómenos, a través de los determinantes sociales, pueden tener un impacto a nivel psíquico, vamos a pensar de qué manera podría llegar esto a la consulta, porque, al fin y al cabo, yo me estaba preguntando todo esto desde el marco asistencial. Se me ocurren dos viñetas clínicas que creo son bastante ilustrativas.

Una es una mujer de 52 años del barrio de San Nicasio, en Leganés. Es un barrio bastante diverso, pero tiene una zona con viviendas marcadamente precarias, con materiales envejecidos y que no protegen ante el clima. Es derivada desde atención primaria por insomnio de unos meses de evolución. Se la atiende un 28 de agosto. Ha seguido las recomendaciones de higiene del sueño pautadas por su enfermera de atención primaria, pese a lo cual no logra descansar y es derivada a salud mental. Obviamente no se trata de un insomnio primario, pero es poco probable que esta mujer se presente en consulta diciendo *“no puedo dormir porque en mi casa por las noches la temperatura no baja de 38º y llevo desde junio que empezaron las olas de calor sin poder dormir”*. ¿Por qué no puede aparecer este relato? Porque la paciente ha entrado en el circuito sanitario y concretamente el circuito de salud mental, y nos habla en términos médicos, que son los que socialmente están aceptados en este ámbito. Es posible que incluso a ella ni siquiera se le haya ocurrido que es el calor el que determina esa situación de insomnio. Es por eso por lo que puede resultar útil el artículo que complementa a éste, y que escribe Contra el Diluvio. Porque es a nosotros, a los profesionales de salud mental, a los que se nos tiene que ocurrir esto. Y si no se nos ocurre vamos a estar fallando en el enfoque y formulación del problema de esta paciente, con lo cual sí es cierto que la crisis climática tiene que ser algo que entre dentro de nuestras cabezas y nuestra perspectiva clínica, pero con la intención de entender que va a haber muchas personas con situaciones sociales y estructurales muy desfavorables, que cuando la crisis climática impacta sobre ellos va a generar sufrimiento psíquico y síntomas como este.

La otra viñeta sería una mujer de 19 años derivada desde atención primaria por depresión. Refiere que no encuentra motivación para seguir estudiando, cursa un grado de ADE. Describe cansancio, hipersomnía y desesperanza respecto al futuro. No creo que a los clínicos os resulten ajenas estas viñetas. En

esta ocasión es poco probable que la paciente diga al llegar a consulta *“contemplo el futuro de los jóvenes y me parece desolador”*, que a lo mejor la chica ha contactado con *Fridays for Future* y es seguidora de Greta Thunberg y trae todo muy formulado, pero lo más habitual es que esta demanda venga planteada con un lenguaje psicologizado y medicalizado donde ella explica que lo que tiene es una depresión y por eso le cuesta levantarse. A pesar de que, con mucha probabilidad, uno de los factores subyacentes más relevantes sea esta perspectiva tan desfavorable a futuro y esta desesperanza ante la falta de acción contra la crisis climática.

¿Qué otras formas pueden haber de que nos llegue esto a la consulta?

Probablemente os suene el término *ecoansiedad*, porque empieza a escucharse de forma habitual. Aún no tanto el término *solastalgia*, que también empieza a hacer aparición. Este titular de La Vanguardia reza así *“Ecoansiedad y solastalgia: cuando el temor al deterioro del medio ambiente es una enfermedad”*. La preocupación por la crisis climática queda convertida en una enfermedad, en un trastorno mental. El subtítulo habla de que *“una preocupación excesiva puede ser diagnosticada”* (ya tenemos los términos enfermedad y diagnóstico) *“como trastorno patológico”*. Hablamos de prensa mayoritaria, con mucho impacto. Leemos que *“la ecoansiedad es un exceso de impotencia”*, ya de entrada esto me genera dudas, en términos de salud mental o de la crisis climática, ¿cómo se mide el exceso de impotencia? Describe también el concepto *solastalgia* entendiéndolo como un trastorno, con algunas características ligeramente distintas y que en verdad es un término filosófico, enunciado por un filósofo pero que ha transmutado a diagnós-



Fuente: Unsplash

tico, o que se pretende que se convierta en un trastorno, en un excelente ejemplo de patologización.

Como guiño a los salubristas, en uno de los párrafos del artículo se habla de la necesidad de concienciarse de forma colectiva de la crisis climática. Sin embargo, el artículo termina diciendo: *“una correcta higiene del sueño y alimentación y una vida social activa son la mejor receta para la ansiedad y la soledad”*. Es decir, vamos a resolver *“la excesiva preocupación por el cambio climático”* con *“una buena higiene del sueño”*. Si volvemos a la viñeta de la señora de San Nicasio con insomnio yo me pregunto quién puede tener una buena higiene de sueño a 38°. Pero esto que aparece en el artículo es una forma de reconducir las soluciones a lo puramente individual; tú puedes tener una buena higiene del sueño o conducir tu *“exceso de impotencia”* hacia el sistema asistencial de la salud mental, pero en ningún momento se habla de que, por ejemplo, sea necesaria una revolución para acabar con esta impotencia porque hay que poner mecanismos de acción en marcha contra la crisis climática.

La *ecoansiedad* está descrita por la APA como *“el temor crónico a sufrir un cataclismo ambiental que se produce al observar el impacto aparentemente irrevocable del cambio climático y la preocupación asociada por el futuro de uno mismo y las futuras generaciones”*. Esta definición a mí me parece más cercana a un juicio de realidad conservado que a un trastorno, es tener los pies en el suelo, y sin embargo a la APA le parece que se puede y debe transformar en un trastorno.

¿Existen precedentes para una situación así? Quiero decir, ¿existen precedentes en los que la asistencia a la salud mental ha vehiculizado las crisis sociales, o por lo menos algún aspecto de ellas?

A mí se me ocurren varias (probablemente a los lectores también). Se me ocurre de entrada la precariedad laboral. La precariedad laboral ha sufrido un fenómeno parecido al que vemos que comienza a pasar con la crisis climática, y consiste en la individualización del sufrimiento. Es decir, esto te pasa a ti porque no eres lo suficientemente bueno y no rindes o no aguantas lo suficiente y esto significa que tienes un trastorno mental. Esto tiene la derivada de que la responsabilidad queda conducida o bien a los profesionales de la salud mental *“vosotros, arreglad esto”* o sobre el propio trabajador *“tú tienes la responsabilidad de arreglar esto, ve al médico o al psicólogo/psiquiatra”*.

Otro ejemplo podría ser la violencia de género, cuyas consecuencias se han vehiculizado a través de la atención a la sa-

lud mental a mujeres y también a hombres desde el inicio de la psiquiatría. La psiquiatría y la psicopatología han ejercido un papel sedativo, tanto a nivel de discurso como a nivel de intervención, y han sido parcialmente cómplices en el mantenimiento de la situación de violencia de género en caso de mujeres, a las que se les ha devuelto (sin siquiera explorar adecuadamente la situación o precisamente por ello) que tienen una depresión, ansiedad, un trastorno obsesivo o más frecuentemente una distimia.

Entonces, ¿qué pasa cuando respondemos a las crisis sociales mediante el sistema de atención a la salud mental? Podría resumirlo en lo que esperamos que pase, y lo que pasa en realidad. Lo que esperamos que pase tiene muy buena voluntad, y puede verse reflejado en este texto de la OMS, que dice así *“los efectos del cambio climático en la salud mental se distribuyen de forma desigual entre determinados grupos que se ven afectados de forma desproporcionada, debido sobre todo a situaciones económicas, género o edad... El cambio climático afecta a muchos de los determinantes sociales y ya está conduciendo a enormes cargas de salud mental en todo el mundo...”*. Sin embargo, solo unos párrafos después, aboga por el apoyo en materia de salud mental y psicosocial en los planes nacionales sobre salud y cambio climático, esto es, reforzar la asistencia a la salud mental para resolver los problemas del cambio climático. Se han invertido los términos. Habría que actuar sobre los determinantes sociales de la salud y el cambio climático para evitar que eso desemboque en problemas de salud mental, pero aquí se plantea al contrario. Devorah Kestel, directora del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, dice *si se aumenta el apoyo en materia de salud mental y psicosocial en el marco de medidas de reducción del riesgo de desastres y relacionadas con el clima, los países podrán hacer más para proteger a las personas que corren mayor riesgo*. Esto tiene muy buena intención, pero creo que es un error. La salud mental está infrafinanciada en todas las partes del mundo, es de sobra sabido que no llegamos a atender a las personas que lo necesitan. Entonces, qué buena oportunidad que se hable de crisis climática, que es una prioridad en este momento, y se relacione con la salud mental, porque eso puede conseguir que tengamos más financiación para la salud mental; es decir, es un medio para conseguir un fin que en sí mismo es muy legítimo, pero quizá estamos haciendo un velamiento del cambio climático, con las desastrosas consecuencias que eso puede acarrear.

Las construcciones patologizadas de las que hablamos se traducen en un aumento de la base de población susceptible de ser diagnosticada. Es tan evidente esta tendencia a conducir hacia la salud mental las crisis sociales, que recientemente el New York Times hablaba de un panel de expertos que reco-



Fuente: Unsplash

mendaban hacer un *screening* de depresión a menores de 65 años, en toda la población, porque habían empezado a detectar un aumento de depresión poblacional. ¿Por qué? En el propio artículo lo dejan claro: “*la soledad, la pérdida por la pandemia, y otros estresores como la inflación y el aumento del crimen*”. Es decir, ante una serie y acumulación de crisis sociales la respuesta va a ser un *screening* para diagnosticar a más personas de depresión y ansiedad y darles respuesta a través de los servicios médicos. ¿Para qué? ¿cómo abordamos en consulta la ansiedad por la inflación, por falta de vivienda, por paro, etc.?

O bien con psicoterapias que tienen escaso resultado en el malestar reactivo a la inflación u otras crisis sociales, o bien con psicofármacos, lo cual nos lleva a los problemas de consumo de psicofármacos que ya tenemos en nuestro país.

Otra de las consecuencias es la que señala Daniel Karr en su artículo *Mental Health is Political* a través del concepto de reificación, que es una forma más amplia y social de señalar la tendencia a separar las consecuencias que tienen nuestros actos, los actos humanos, de su origen. Así, hablamos de *ecoansiedad* como si fuera algo que ocurre de repente dentro de la cabeza o del cuerpo y pasa a ser un problema clínico, cuando es una respuesta bastante sensata a una situación social. El ponerlo en términos técnicos nos tranquiliza y deposita la responsabilidad en un tratamiento.

¿Qué se nos va a pedir a los servicios de salud mental? ¿Quién nos lo va a pedir y con qué intención? Mi propuesta de respuesta, que refleja solamente una perspectiva personal, es la siguiente.

Por una parte, la población, que está angustiada con todo esto. Si no puedes dormir durante tres meses de ola de calor, tienes que trabajar a 45° barriendo la calle o ves que la perspectiva de futuro que tienes a tus 18 años es que la temperatura suba inexorablemente y los desastres climáticos van a suceder cada vez con más frecuencia, obviamente te vas a encontrar mal y vas a querer que alguien le dé solución a esto. Y si todo tu entorno te está diciendo que la solución a esa inquietud que tienes se resuelve en el médico, es allí donde vas a ir, y más concretamente a salud mental, sobre todo si utilizamos términos como *ecoansiedad* o *solastalgia* para definir esta preocupación.

Por otra parte, tenemos a las instituciones y a las grandes empresas que, como explican muy bien los compañeros de *Contra el diluvio*, no tienen mucha voluntad real de cambiar el sistema. De un lado tenemos a quien se está beneficiando de que el sistema funcione así y de otro quien tiene mucha dificultad para retar a esos grandes beneficiarios para poner freno a estos grandes intereses económicos de las empresas implicadas en la crisis climática y resolver de raíz el problema. Esto no es algo nuevo en sanidad, es muy recomendable leer desde esta perspectiva la publicación de la AEN, *Transformar los barrios para evitar el sufrimiento psíquico*, donde se ofrecen varios ejemplos de cómo las instituciones fallan a la hora de proteger la salud de la ciudadanía, dejándola a merced de intereses económicos.

Y, en tercer lugar, tenemos a la propia profesión, o al menos parte de ella, que va a ser la que demande que este tipo de sufrimiento forme parte de la atención al sufrimiento psíquico. Esto implica que partiendo de una muy buena intención, queriendo colaborar en este conflicto y confiando en que disponemos de herramientas para atender esta forma de sufrimiento y con una nada desdeñable parte de intereses corporativistas, no van a faltar grupos que se erijan como expertos en el tratamiento de la *ecoansiedad*. No van a faltar congresos en los que se hable de técnicas para afrontar la *ecoansiedad* o la *solastalgia*. No van a faltar *screenings* o test que se diseñen con el objetivo específico de diagnosticar la *ecoansiedad*, con los *items* necesarios para diagnosticarla. No va a faltar tampoco iniciativa por parte de la industria farmacéutica, a la cual le interesa medicalizar este sufrimiento. En esta imagen podéis ver esta infografía sobre *ecoansiedad* diseñada y distribuida por Iberdrola, donde explican cómo este fenómeno afecta a nivel individual y colectivo. En dicha infografía se alude, como en el IPCC, a conceptos como estrés, ansiedad, depresión; mezclándolos con aflicción y sentimiento de pérdida. Resulta llamativo que Iberdrola asuma este discurso, salvo que tengan algún beneficio que obtener de esta narrativa.

Para terminar, ¿qué responsabilidad profesional tenemos en la atención a síntomas y trastornos derivados de la emergencia climática? ¿Tenemos alguna?

“...Va a llegar a las consultas, va a inundar las noticias...narrativas sobre la ecoansiedad...tener un posicionamiento claro y saber cómo queremos abordar este fenómeno.”

“...una parte del ejercicio de la salud mental que en la práctica clínica...tiene que ver con la dimensión de salud pública de la salud mental y con los aspectos más democráticos de nuestra profesión...”

“...tenemos la obligación deontológica de reclamar intervenciones sobre las causas de las causas, y que esas soluciones vayan dirigidas a donde sí son efectivas...sobre la prevención primaria...”

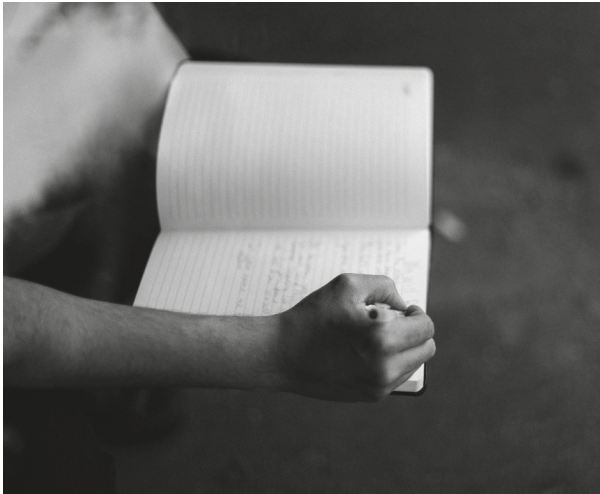
Creo que no podemos ponerle puertas al campo. Va a llegar a las consultas, va a inundar las noticias, en toda la prensa y medios vamos a tener presentes estas narrativas sobre la *ecoansiedad*. Más nos vale entonces tener un posicionamiento claro y saber cómo queremos abordar este fenómeno. En primer lugar, porque hay una parte del ejercicio de la salud mental que en la práctica clínica se nos olvida y tiene que ver con la dimensión de salud pública de la salud mental y con los aspectos más democráticos de nuestra profesión; esto es, si estamos viendo que hay un problema social acuciante que provoca sufrimiento psíquico en la población a la que atendemos, tenemos la responsabilidad de devolver esto a la ciudadanía, porque la ciudadanía tiene derecho a saber que lo que está sufriendo no es una enfermedad y no es un fenómeno individual, sino que es un sufrimiento colectivo generado por aspectos que podemos investigar y filiar en consulta, pero no resolver. Tenemos esta obligación frente a la ciudadanía pero también la responsabilidad de reclamar ante las instituciones que se pongan soluciones donde deben ponerse, no reclamando más psicólogos y psiquiatras para tratar la violencia de género, la precariedad laboral o la *ecoansiedad*, sino que como profesionales de la salud mental conscientes de este sufrimiento tenemos la obligación deontológica de reclamar intervenciones sobre las causas de las causas, y que esas soluciones vayan dirigidas a donde sí son efectivas, es decir, tenemos una responsabilidad sobre la prevención primaria de este sufrimiento. Y esto no es algo que habitualmente se haga desde las consultas. Esta es una de las claves de lo que llamamos salud mental comunitaria, no solo es salir a la calle y trabajar en el contexto de las personas que atendemos, también es señalar a las causas sociales del sufrimiento y exigir medidas al respecto.

(Resumen de algunas intervenciones del público y respuestas desde la mesa)

Una de las asistentes recoge el último punto, sobre cómo se aborda la problemática climática desde las consultas, señalando que claramente hay que apuntar, incluso hablándolo de forma explícita con los pacientes, hacia soluciones administrativas y de políticas públicas, si bien también considera que, aunque no sea un problema individual tampoco es un problema exclusivamente de políticas públicas, sino un problema colectivo, por lo que pregunta si no se podría abordar con terapias grupales. Alude a que este sería otro fenómeno en la línea del habitual dilema “no necesitas un psicólogo sino un sindicato”. Plantea si estas terapias grupales podrían recoger esta dimensión colectiva.

Desde la mesa Belén González responde que acompañados y viendo en los otros el reflejo del propio sufrimiento es mucho más fácil abordar esta problemática, con menos riesgo de individualización; pero las terapias grupales por el hecho de ser grupales no suponen que se suspenda esa perspectiva individual. Muchas terapias grupales mantienen la perspectiva individualista, ya que la lectura individual del sufrimiento derivado de la crisis climática no parte de la situación 1:1 en consulta, sino de las narrativas que se utilizan para darle sentido a esa experiencia. En una consulta individual se pueden utilizar narrativas que devuelvan a la colectividad el sufrimiento, como en un caso de precariedad laboral donde se enuncia desde ahí el sufrimiento de la persona atendida y no desde una incapacidad personal de adecuarse a los requerimientos laborales, dándolos por válidos. En lo grupal si planteas una

terapia cognitivo-conductual enunciando que son tus mecanismos psíquicos y tus cogniciones lo que te está generando la *ecoansiedad* y no nombras el problema social que afrontamos, aunque se esté trabajando en grupo la narrativa sigue siendo individual. Los grupos pueden ser facilitadores de ese encuentro colectivo, pero *per se* no son una garantía, es más relevante la narrativa que el tipo de intervención.



Fuente: Unsplash

Otra intervención, de un asistente que se identifica como ajeno al campo sanitario, recoge con sorpresa que le ha parecido ver un movimiento hacia anular la propia profesión, ante el hecho de que se transfiera un problema social al campo clínico, entendiendo que se debe resolver a nivel social, pero como profesionales de la salud mental qué consideramos que sí se puede hacer a nivel individual con este sufrimiento sin patologizarlo.

Desde la mesa Belén González recoge la intervención y bromea con que en efecto hay cierta voluntad de anular la mirada clínica en este asunto, pero teniendo en cuenta que es imposible impedir que este sufrimiento llegue a consultas, sí es crucial que las profesionales escojamos una narrativa consciente, respecto a qué exploramos, qué tenemos en consideración y qué decimos. No es lo mismo que ante Julia, de 19 años, que viene diciendo que no sabe qué hacer con su vida, nosotros digamos ah, depresión, antidepresivo y psicoterapia; en vez de considerar la angustia y la incertidumbre ante la crisis climática como una preocupación legítima, pero para tenerla en consideración tenemos que entrar en el mundo social, entender que esto es una preocupación y que la red de salud mental es un lugar al que llegan las preocupaciones sociales aparentemente patologizadas y si no somos capaces de leerlas como

lo que son, vamos a contribuir a esa patologización. Desde salud mental podemos acompañar en las preocupaciones sociales, un ejemplo es la violencia de género, donde podemos hacer una buena labor (aunque habría mucho que reformular de cómo la atendemos, pero eso excede a esta charla); pero en general podemos hacer un acompañamiento con un enfoque desde los determinantes sociales, entender en qué lugar vivimos y qué es lo que atraviesa a las personas a las que atendemos. Marta Carmona añade que los profesionales de salud mental tenemos la obligación de recordar, y señala que esta es una de las prioridades de la AMSM (aun a riesgo de generar esta sensación de estar haciendo enmiendas a la totalidad de la profesión de forma continua), que la historia ha demostrado que incluso con la mejor de las intenciones y narrativas nuestro marco, al menos como se viene ejerciendo en las últimas décadas, es tan individualista que desactiva incluso aunque en consulta se busque una narrativa hacia la comunidad, “busca tu red, busca tu sindicato, lo que da una buena salud mental es disponer de una red en la que apoyarte”. Añade que los profesionales que se sitúan con esta perspectiva centrada en los determinantes sociales dudan de manera frecuente si entrar o no ciertas temáticas, como señalaba Belén al principio de su intervención, o si el hecho en sí de tratarlas desde salud mental atrae más lógica patologizante; del mismo modo que hay un sector de profesionales que construyen el sufrimiento psíquico como se ha ido dibujando en esta charla, hay todo otro sector profesional que lo entiende desde una perspectiva mucho más biomédica, que ante este sufrimiento dirían que independientemente del origen social si se ha producido una enfermedad hay que tratarla como tal. Señala así que los profesionales deben ser conscientes del eventual potencial iatrógeno y desactivador del abordaje profesional del sufrimiento, y disponer de narrativas lo menos dañinas posibles, pero no por ello olvidar que aun con la mejor de las intenciones se puede estar contribuyendo a una narrativa que al final beneficia a Iberdrola (en alusión a la infografía sobre *ecoansiedad*).

Otras intervenciones van dirigidas a Antonio Castaño y son de perfil más técnico, si bien en las respuestas se mencionan como elementos interesantes la elevada autoexigencia dentro del activismo y la vigilancia hacia otros activistas. Señala también el propio activismo como el principal generador de bienestar frente a la incertidumbre y el sufrimiento generado por la crisis climática; si bien esto genera una cierta paradoja, por una parte, la gente se implica en el activismo para encontrarse mejor, pero se encuentra con que por muchas horas que emplee en este ámbito su impacto individual es limitado, generándose una frustración no desdeñable. Belén González hila esto señalando que para ella existen dos niveles, un nivel individual y también cotidiano en la práctica clínica, en el que, por supues-

to que ayudamos a los pacientes atendidos en sus sufrimientos con origen en sus condiciones de vida, y que en la práctica clínica se pueden identificar bien estos orígenes, acompañar a la persona y sentir que se le hace un bien. No obstante, hay otro nivel y es que cuando se ponen los recursos en resolver los problemas sociales a través de reforzar la asistencia de la salud mental, están dejando de ponerse en el verdadero origen. Destaca que no existe un interés real por cambiar los determinantes sociales, no es algo nuevo, es algo que encontramos de forma consistente en los últimos cien años, porque afrontar un cambio profundo de los determinantes sociales de la salud requiere inevitablemente una transformación social muy profunda. Esto genera un conflicto que, en parte, se resuelve creando una corriente que lleva a las personas que sufren por sus condiciones de vida a las consultas de salud mental. Esto no significa necesariamente que el seguimiento en salud mental provoque sistemáticamente un daño a estas personas, con una narrativa cuidada la posibilidad del acompañamiento y alivio existe, tanto con psicoterapia como con medicación, ahora bien, si esta narrativa impide que haya otras encaminadas a pedir responsabilidades a, por ejemplo, las empresas respecto a la precariedad laboral, exigiéndoles un trato digno a los trabajadores, o reclamando justicia en la vivienda... si en vez de reclamar todos esos aspectos hablamos de *ecoansiedad*, o de depresión laboral, o términos equivalentes, y todo lo derivamos a las consultas de salud mental, sí es un problema. No se trata de expulsar a las personas de la consulta por el origen social de su sufrimiento, sino de entender que los recursos para resolver los problemas sociales tienen que ir a sus causas, no a nuestra red.

Otra intervención incide nuevamente en el dilema profesional, la asistente se identifica como psicóloga y activista ecologista, señala su propia angustia respecto a este tema y la de los pacientes que atiende, que parte de estos pacientes no se incorporan al activismo porque les resulta deprimente. Señala que es importante no desdeñar las herramientas psicológicas porque, aunque el origen del sufrimiento sea social, si nos paraliza nos impide hacer activismo y resolver las causas, en un bucle a evitar. Otro asistente alude a que, ante ciertos estresores, por muy desagradable que sea la vivencia, no es necesario tratamiento farmacológico o psicoterapéutico ya que es normal y razonable que tengamos reacciones naturales y que son las que no permiten sobrevivir. Otro asistente hila este debate en torno al rol de las profesionales de salud mental que se está manteniendo con un debate clásico (y aún algo presente) dentro del activismo climático como es el de mitigación vs. adaptación al cambio climático. Una de las ideas clave de dicho debate es que todos los esfuerzos que se dedican a adaptarnos al cambio climático, o reducir los síntomas del impacto

del cambio climático, son esfuerzos que se están dejando de poner en reducir las emisiones de gases de efecto invernadero. Frente a ese dilema desde el activismo climático se proponen soluciones como la “adaptación para la mitigación”, con iniciativas como por ejemplo plantar árboles en una ciudad para disminuir el impacto de las olas de calor en zonas urbanas pero que también es útil ya que los árboles fijan CO₂ de forma que cumplen una doble función; o prácticas agrícolas más adaptadas a las condiciones climáticas del futuro pero que también son sistemas agroalimentarios que generan menos emisiones. Se pregunta entonces si, de forma paralela habría una forma de resolver los síntomas o problemas mentales que genera el cambio climático sin dejar de atacar la parte social y colectiva. Alude como otro elemento clave el fenómeno de “terapeutización de los espacios políticos” aludiendo al artículo al respecto escrito por Laura Yustas y publicado en *El Salto*; señalando que con cada vez mayor frecuencia en los espacios ecologistas, especialmente en aquellos con más presencia de jóvenes, se dedica cada vez más espacio a malestares personales, emocionales, afectivos, sobre “cómo me siento”... y muchas veces queda relegado a un segundo plano el cómo vamos a resolver el problema que tenemos todos, el cambio climático, para hablar de esa dimensión personal e individual. Concluye que este fenómeno está muy relacionado con cómo están intersectando ahora mismo lo político y la salud mental.

Belén González recoge estas intervenciones y plantea dos ideas, primero que en salud mental esta diferencia entre ir a las causas o a las consecuencias es muy notable, las narrativas sobre causas y consecuencias son muy diferentes (y la reificación a la que hacía alusión en la charla acrecienta esto). Por otra parte, es importante rescatar nuevamente la obligación deontológica de los profesionales de salud mental de participar en la salud pública. Recalca que en España no se habla del concepto “salud mental pública”, que sí es común en países anglosajones. Pone de ejemplo la epidemia de consumo de opiáceos en EEUU y cómo fue diagnosticada en sus escalones finales, por los forenses que detectan un aumento drástico del número de muertes por sobredosis; siendo así parte de su trabajo realizar esas autopsias, pero también levantar acta de este fenómeno epidémico. Trasladado a nuestra profesión también es así, si vemos cada vez a más gente cuya ansiedad tiene que ver con la crisis climática tenemos la obligación de notificárselo a las autoridades, además de acompañarlo. Marta Carmona añade que sobre la salud de la población es mucho más alto el impacto que podemos tener los profesionales desde esa labor de “taquígrafos del desastre”, ese acta sobre el sufrimiento psíquico de la sociedad en este momento histórico, que el impacto que tenemos sobre cada individuo con la intervención clínica. No porque la intervención clínica sea mala o deba ser

desdeñada, sino porque llevamos décadas inmersos en una hegemonía individualista que, entre otros elementos, asienta sobre la idea de que la intervención individual es la única respuesta posible a cualquier malestar. Señala así que, pese a las muchas virtudes de la psicoterapia y la intervención clínica individual, si son la única respuesta posible ante cualquier tipo de sufrimiento, por definición van a fracasar. Ni desdeñar las herramientas ni dejarnos arrastrar por el pesimismo, pero sí negarnos a que el marco terapéutico sea la única respuesta. Antonio Castaño añade un apunte al respecto de los grupos de activismo climático que han ido mutando a grupos de ayuda o de discusión; un fenómeno dentro de la lucha contra el cambio climático es que existen dos extremos, un colapso inminente que arrasa con todo lo que conocemos, donde la prioridad de los humanos es la supervivencia básica donde el activismo ya no ha lugar. El otro, es una solución inmediata de cambiar a una sociedad utópica en la que también desaparece el cambio climático y entre estos extremos está lo que de verdad va a

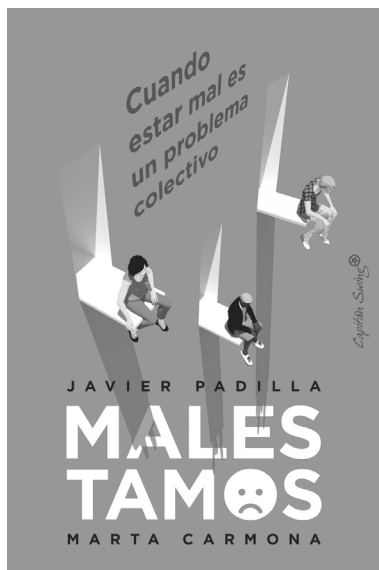
pasar, que vamos a vivir todas nuestras vidas acompañados por el cambio climático, expuestos a las consecuencias de las decisiones actuales, tanto lo que se está haciendo como lo que no se está haciendo, y con un nivel de desastre ecológico y climático variable en función de lo que vayamos haciendo. Y ahí quienes están implicados en el activismo climático tienen un papel que jugar a la hora de apoyarse entre ellos y apoyar a la gente que en determinado momento se ve sobrepasada, por lo cual esa dimensión de grupo de apoyo del activismo tiene sentido, pero es un riesgo real que se convierta en algo paralizante si toda la tarea del activismo queda consignada a este fin. Al no haber tanta gente implicada, al menos en el momento actual, es difícil realizar una división de roles entre quienes consuelan y quienes actúan, añadiendo que quizá ahí las profesionales de la salud mental puedan aportar.



Fuente: Unsplash

hem(●)s leído...

Paloma Coucheiro Limeres



MALESTAMOS. CUANDO ESTAR MAL ES UN PROBLEMA COLECTIVO.

Marta Carmona y Javier Padilla

Capitán Swing: Madrid, 2022.

Todo aquello que pudo ser y no fue nos sume en una tristeza melancólica que resume brillantemente la película *Deseando amar*. Los protagonistas, enamorados, reprimen su deseo a lo largo de las subidas y bajadas por las estrechas calles de Hong Kong, en las que sus cuerpos se cruzan constantemente sin llegar a tocarse. La película de Wong Kar

Wai ilustra el sentimiento universal que acongoja al ser humano ante el fracaso de la realización de sus deseos más íntimos. Si bien la película se centra en un plano afectivo de esta nostalgia por el pasado, el último libro de Marta Carmona y Javier Padilla, *Malestamos*, amplía esta mirada al conjunto de nuestras vidas; aquellas en las que el pasado se convierte en nebulosa, el presente en martirio y el futuro en inalcanzable.

A lo largo de sus páginas, el texto realiza una descripción condensada y lúcida del “cómo estamos”, en el que apuntan - y atinan con acierto - que nos encontramos sumidos en un malestar colectivo que nos atraviesa en el día a día. Definen este malestar como “el sufrimiento vinculado a una vida que no puede colmar las expectativas de producción y reproducción” (pág. 32) como consecuencia de la situación económica, política y social actual, en la que los sujetos perdemos agencia sobre nuestras vidas y en la que nuestras expectativas se van minando.

Se trataría de un “estar mal” colectivo que no aparece abruptamente por determinismo biológico, sino que lentamente se adentra y se adueña de cada uno de nuestros cuerpos, los cuales reaccionarán con diversas estrategias adaptativas según sus características individuales. Un mal que recorre nuestras vidas, que te acelera el corazón cuando se acerca el fin de mes, te lacera la piel tras una jornada laboral o te agita como el despertador por las mañanas.

Como señalan las autoras, no se trata de ignorar el sufrimiento particular de cada uno sino de identificar y nombrar cada una de las grietas comunes que a diario saltamos para no caer en el abismo de la desesperación. El poder de nombrar la desigualdad en el reparto de las tareas de cuidados, la falta de acceso a una vivienda digna o la falta de sustento, permiten vislumbrar que sin unas condiciones básicas será imposible avanzar en la búsqueda del “vivir mejor”.

La dificultad de encontrarle una definición exacta a eso del malestar está presente a lo largo de los capítulos. Y no por la incapacidad de llenar de contenido este significativo, sino por la necesidad de que sea un concepto fluido que se va formando a medida que desgranamos cada uno de los ejes de opresión por los que está constituido y, quizás, como indican con humildad, por alguno que se ha escurrido y todavía no ha podido ser nombrado. La virtud del libro de Carmona y Padilla radica esencialmente en hablar de aquello que pasa desapercibido, en ocasiones por obvio (como la heteronormatividad) o en otras incluso, por los escotomas existentes en nuestra mirada de terapeutas (que disminuirán la capacidad de comprender y de dar agencia al otro).

Para todos aquellos desconfiados que se acerquen con recelo a un texto que otorgue relevancia al contexto en el que nos vemos sumidos, podrá estar tranquilo durante la lectura porque sus temores no se verán confirmados. En ningún caso el texto invalida la relevancia terapéutica de un abordaje individual desde nuestras consultas, sino que lo que pretenden Carmona y Padilla es permitirnos (a terapeutas y usuarios) ampliar el marco con el que miramos el sufrimiento diario para dejar de frustrarnos, tanto a unos como a otros. La descripción del sufrimiento (al que denominan *malestar*) como una consecuencia de múltiples factores que interaccionan concomitantemente les lleva inevitablemente a requerir, y a animarnos, hacia la necesidad de nuevas vías de abordaje, tanto individuales como colectivas.

En coherencia con lo anterior, las autoras analizan los falsos dilemas a los que a diario nos vemos expuestas (café-lorazepam/ terapia-sindicato) y de los que debemos deshacernos para escapar del baile del capitalismo. Aquel que nos aturde e intenta continuar aislándonos y convirtiéndonos en problema y solución de nuestro sufrimiento. Un sistema, el capitalismo, que hace aguas y funciona con “una dinámica que tritura a una parte de su población no como efecto de su mal funcionamiento, sino como señal de que funciona como pretende” (pág. 35).

El libro no olvida que el auge de los discursos en torno a la Salud Mental relega y reestigmatiza a aquellos sufrimientos menos comunes habituados a la exclusión, debido, entre otras causas, al miedo que ocasiona la falta de interés en comprenderlos. Sin embargo, queda meridianamente claro que si de verdad tenemos interés en generar prácticas colectivas que nos incluyan a todas, estas voces son y serán imprescindibles.

Cuando se trata de ponerse optimistas y realizar propuestas Carmona y Padilla escapan de solucionismos simplistas que pudieran otorgar al lector pautas para la resolución del malestar. Ante todo, sin necesidad del positivismo más rancio y vacío, nos animan a deshacernos de la melancolía luctuosa que nos arrasa a través de la validación de todo aquello que ya hacemos en el día a día para configurar estructuras de cuidados colectivos (“la repartición de las tareas de cuidado, cuando arraigamos o nos brindamos como sustrato para que otro arraigue, cuando nos hacemos cargo de quienes tenemos a nuestro alrededor...”) (pág. 88). En este sentido, las autoras señalan el potencial liberador de la identificación de estos actos para que el peso de la frustración y la multitud de frentes abiertos no nos paralice, y nos permita recuperar el discurso y la agencia.

Una vez recuperada la esperanza nos proponen “las bases del *vivir mejor*”. Un vivir mejor que no es un concepto cerrado

sino en continua construcción. Los pilares en los que se sustentaría serían el igualitarismo, la mejora de las infraestructuras sociales, el arraigo y la supresión de la división sexual del trabajo. Plantean, en definitiva, la búsqueda de la justicia social plantándole cara a aquellas estructuras que originan el malestar que padecemos.

Será imprescindible leer el libro para poder conocer en detalle cada uno de estos elementos fundamentales. Detallarlos sería romper el impulso movilizador que transmiten sus páginas. No obstante, para abrir boca, no está de más dejar estas líneas: “eliminar la división sexual del trabajo es *conditio sine qua non* para pensar horizontes de reducción de la jornada laboral, conquista del derecho al tiempo y conversión de la ociosidad en un elemento central de la organización” (pág. 86). O como relata Annie Ernaux: “Ahora sé que la actitud de mi madre era también un cálculo. (...) Quería una hija que no emprendiera como ella el camino a la fábrica, que dijera mierda a todo el mundo, que tuviera vía libre, y la instrucción era para ella esa mierda y esa libertad. Entonces no exigir nada de mí que pudiera impedirme triunfar, nada de esos pequeños servicios domésticos donde se agota la energía. Lo que cuenta es que ese éxito no se me haya vetado por ser chica”¹.

1) Ernaux, A. (2022). *La mujer Helada*. Editorial Cabaret Voltaire.

hem()s estado...

CAPITALISMO Y SUFRIMIENTO PSÍQUICO: REFLEXIONES PARA LA ACCIÓN.



La situación de la salud mental en la Comunidad de Madrid

Álvaro Cerame y Concha Vicente

LA SITUACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

A finales del año pasado, fuimos invitados a participar en un encuentro organizado por Enclave-Átopos sobre: *Capitalismo y sufrimiento psíquico*. Durante el mismo, tuvimos el privilegio de poder participar como AMSM en la primera mesa para aportar nuestra visión sobre la Situación de la salud mental en la Comunidad de Madrid.

En cuanto a la composición de la mesa estuvimos acompañados por varias profesionales que representaban distintos puntos de vista de la red. La mesa, coordinada por Ana Moreno, vicepresidenta de la AMSM, pretendía ser un conversatorio que pudiese ir enhebrando la situación de la salud mental en la Comunidad de Madrid.

“...la idea de malestar...normalización de la desigualdad en nuestras sociedades...una serie de crisis... configurando nuestras formas de dar sentido al mundo.”

“frente a...la salud como algo que puede entenderse meramente desde lo individual y las decisiones personales, necesitamos entender...en clave de sociedad. Las políticas dirigidas a disminuir la desigualdad social y económica son políticas dirigidas a mejorar la salud de las poblaciones.”

Contamos con: Alberto Cotillas, Médico de Atención Primaria y presidente de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria que compartió cómo está la Atención Primaria (AP) en Madrid; también estuvimos acompañados por Marta Carmona, presidenta de la AMSM que planteó algunas de las tesis de por qué ha podido aumentar el sufrimiento psíquico y el malestar en los últimos años; Álvaro Cerame, (Junta Directiva AMSM) habló sobre el estado de la red de salud mental después de la pandemia y el efecto que esto ha producido en sus profesionales; finalmente Inma Liébana (Junta Directiva AMSM) y Eva Muñiz (Secretaria General AMSM) nos hablaron sobre el estado de los servicios de rehabilitación psicosocial.

El primer elemento que surgió en la conversación fue la idea de malestar. En las últimas décadas hemos sido testigos de la normalización de la desigualdad en nuestras sociedades al mismo tiempo que una serie de crisis cambiaban nuestras sociedades: económicas, epidémicas, de cuidados, emergencia climática, etc. Estos cambios han ido configurando nuestras formas de dar sentido al mundo. Una de las metáforas de nuestro tiempo es aquella de ‘vamos a ser la primera generación que va a vivir peor que sus padres’. Vivimos en un presente que nos agota, y que dificulta poder accionar propuestas de cambio; y luego nos encontramos un futuro que está cancelado, en el cual nos cuesta pensar. Es más fácil pensar en el fin del mundo, que en el cambio de nuestras condiciones de vida y del sistema económico hacia un futuro mejor.

Frente a esta idea –falsa– y tremendamente comercializable de la salud como algo que puede entenderse meramente desde lo individual y las decisiones personales, necesitamos entender la salud en clave de sociedad. Que la desigualdad sea el sistema, y no un subproducto defectuoso del mismo, hace que las desigualdades se manifiesten en toda la cadena de aquello que determina la salud que tenemos. Las condiciones de vivienda, el acceso al sistema educativo, la comida que consumes, o la relación con tus jefes. La desigualdad no es solo lo que te pasa, sino qué puedes hacer con eso que te pasa. Las políticas dirigidas a disminuir la desigualdad social y económica son políticas dirigidas a mejorar la salud de las poblaciones.

Esto se ha hecho más acuciante en el contexto de la pandemia y el agravamiento de las crisis antes mencionadas. Se ha producido un aumento del malestar de nuestra sociedad, llegando en algunos casos a cruzar el umbral de lo patológico. ¿Cómo ha sido la respuesta del sistema de atención a la salud mental?

Veníamos de unos años complicados. Tras la crisis del 2008, el sistema sanitario se ha ido debilitando debido a recortes y políticas de austeridad, lo que se ha llamado “la década perdida” (Amnistía Internacional, 2020). No obstante, este proceso ha afectado de manera distinta a los niveles asistenciales: Atención Primaria es el nivel asistencial que más la ha sufrido, junto con los recursos más comunitarios y distales a lo hospitalario como son la salud pública, los centros de salud mental y especialmente la rehabilitación psicosocial. Madrid es la comunidad que menos presupuesto dedica a la AP: un 11,2% frente al 14,2% de media española y al 25% que reclama la OMS (MSCBS, 2019). El gasto en personal ha crecido en AP un 49% menos que en los hospitales desde 2008 (Simó, 2019).

Hay un problema básico de escasez de recursos, pero también de distribución: la actual refleja una visión de la salud hospitalocentrista, tecnificada, biologicista e individual en lugar de una generalista y comunitaria. Como resultado de este progresivo deterioro, las condiciones son cada vez más adversas a mantener relaciones longitudinales, a disponer de tiempos adecuados, al abordaje de la complejidad y al manejo de la incertidumbre, y todo esto impacta inevitablemente en la calidad de la atención.

Es habitual en la actualidad que las/os profesionales de AP se encuentren con agendas de más de 50 pacientes en un día y con huecos de consulta de 5-6 minutos, por lo que una atención de calidad al sufrimiento psicosocial (y en general a cualquier cosa) es virtualmente imposible, o resulta posible sólo gracias al voluntarismo de cada profesional. Especialmente tras el abandono en la gestión de la pandemia por COVID-19, la AP se encuentra en situación de colapso (Amnistía Internacional, 2020).

En el ámbito de la salud mental nos encontramos un panorama similar siendo que la red presenta importantes carencias debido a políticas públicas que habían privatizado parte de esta, mermando sus recursos y su orientación comunitaria en las últimas décadas. La AMSM ha venido denunciando en una serie de documentos la precaria situación del sistema de atención a la Salud Mental. El análisis sobre la *evolución de los recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid entre los años 2000 y 2015* (AMSM, 2016) y el documento *La paradoja preámbulo comunitario / presupuesto hospitalario* (AMSM, 2021) ofrecen una panorámica del estado de la red en la última

década y tras la pandemia y se señala el déficit de financiación crónico de la atención a la salud mental, la pérdida de la orientación y el trabajo comunitarios, la fragmentación de la red y la ausencia de voces en primera persona como los problemas más acuciantes. Entre los problemas de la red, destacan la infradotación de las plantillas, lo que se traduce en equipos multidisciplinares con una abrumadora falta de profesionales respecto a los estándares internacionales, en particular en lo que atañe a trabajadoras sociales, enfermeras de salud mental y psicólogas clínicas.

La realidad desde las consultas hace muy difícil poder brindar una atención sanitaria de calidad en un contexto de desbordamiento, infradotación presupuestaria y donde múltiples problemas de orden social llaman a las únicas puertas que han estado abiertas durante la pandemia: las de los centros de salud, las de los centros de salud mental y las de las urgencias hospitalarias. Los datos con los que contamos hablan de un aumento significativo de problemas de salud mental, tanto en la población general como en los profesionales sanitarios.

En el contexto de la red de salud mental y a falta de datos oficiales, nuestra impresión es que las listas de espera para primeras consultas siguen disparadas. Los seguimientos se demoran en meses, haciendo virtualmente imposible una atención con mínimos estándares de calidad. Esto continúa perpetuando el problema de que no se esté pudiendo brindar una atención en particular al colectivo de personas con el denominado Trastorno Mental Grave, así se agravan las dificultades de un colectivo de especial vulnerabilidad.

Por profundizar un poco más en esta situación, es necesario señalar que la atención a las personas con trastorno mental grave es compartida con la red de rehabilitación y se coordina desde el programa de continuidad de cuidados. Aunque se diseñó desde una relación de complementariedad, el paradigma biologicista ha situado el trabajo de rehabilitación en una **posición accesorio, subordinada y en muchos casos invisibilizada**. Nos preocupa la frecuencia con la que se minimiza tanto la vulnerabilidad psicosocial (que no biogenética) de este colectivo, como la complejidad de la tarea, y la necesidad de una coordinación fluida entre ambas redes para que la intervención, tenga un mínimo de fundamento técnico y coherencia metodológica. La precariedad en una afecta de manera inexorable al trabajo en la otra. Esta situación da como resultado una atención escindida, de baja calidad y que se constituye en factor determinante de la cronificación. En diversos documentos¹ hemos analizado

1) Informe AMSM sobre los cambios en la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental tras el Acuerdo Marco para la Contratación de Servicios Públicos en modalidad de Concerto. | Asociación Madrileña de Salud Mental

la situación particular de la red de rehabilitación (una red que **nace privatizada**, vinculada a lo social, y adherida a convenios laborales precarios), así como los diferentes momentos en los que se han ido diezmando los recursos destinados a ella, bajo el argumento de la eficiencia y la rentabilidad, hasta el punto de que la bajada económica es el principal elemento que se tiene en cuenta para que una entidad gane un concurso. Todo esto ha generado un escenario de empobrecimiento técnico y de ventaja para la incursión de los fondos de inversión. Nos encontramos con que la prioridad de las entidades es transformarse para competir y hacerse un sitio en el mercado, con dos objetivos: tener acceso a la gestión de más recursos públicos, y hacerse un nombre en la atención a la salud mental para crear recursos privados.

La búsqueda de inmediatez en resultados cuantitativos nos está arrastrando a protocolizar la intervención y a entender el protocolo como sinónimo de calidad, cuando en realidad está suponiendo el abandono de la idea de proceso, la negación de la contradicción presente en nuestra práctica y la extinción de espacios para la reflexión técnica.

A pesar de la amenaza que supone este escenario, también tenemos muy claras las fortalezas y potencialidades de la red de rehabilitación. Tenemos integrada la importancia de lo interdisciplinar, de la coordinación y de la creación de red, así como del trabajo en el medio y con la comunidad. Creemos que la diversidad de paradigmas puede aportarnos muchísima riqueza si conseguimos integrar las diferencias.

Pensamos que es el momento de apostar por una atención de calidad, que se adapte a los nuevos perfiles y que cuente con equipos cuidados para que puedan sostener y acompañar a las personas más vulneradas. El cuidado de los equipos y la calidad de la atención, exigen invertir en supervisión externa y formación sólida y continuada. Aún estamos a tiempo de establecer relaciones de cooperación y solidaridad para luchar conjuntamente en pro de una atención pública de calidad, cada uno desde su lugar en la jerarquía y en el sistema, clarificando cuál es la tarea común que nos ocupa.

Por otro lado, se empieza a detectar un problema estructural en el que desde las instituciones sanitarias se traslada a la población y los profesionales mensajes doblvinculantes y enloquecedores. Por un lado, se dice que hemos vuelto a la normalidad y que contamos con más recursos que nunca. Por otro lado, profesionales y usuarios se encuentran con una realidad bien distinta.

Es en ese contexto donde se están empezando a ver con cada vez más frecuencia situaciones de violencia. Donde el choque entre las expectativas generadas y la difícil realidad tienen lugar en un encuentro entre dos o más personas en un momento de considerable precariedad social. Las personas tenemos un



Fuente: Unsplash

importante sesgo de intencionalidad que nos lleva a tratar de buscar culpables y atribuir intencionalidad a situaciones que a veces obedecen a lógicas complejas y que pueden generar mucha frustración. De este modo los malestares y los conflictos de otros niveles acaban emergiendo en los espacios asistenciales, a veces en forma de arrebato violento. Estos hechos son muy dañinos para usuarios y profesionales y erosionan aún más la confianza en las instituciones sanitarias y sociosanitarias.

A pesar de todo esto, se abren ante nosotros nuevas posibilidades con los movimientos de profesionales. Un ejemplo de esto es la huelga de médicas de atención primaria y pediatras, que han comenzado en nuestra Comunidad. Otro ejemplo es el de los movimientos vecinales y mareas blancas. Aún queda en nuestra retina la fotografía de la marcha de noviembre de 2022 que congregaba a más de medio millón de personas en defensa de una sanidad pública y de calidad.

LOS SERVICIOS SOCIALES EN LA COMUNIDAD DE MADRID

La segunda parte de la mañana estuvo dedicada a la situación de los servicios sociales en la Comunidad de Madrid. Participaron *Iván Díez Fernández*, ex director del centro Juan Luis Vives, personas sin hogar; *Manuel Gutiérrez Pascual*, Trabajador Social, Profesor de Trabajo social en la UNED y Director Mancomunidad de Servicios Sociales; *Luis Nogues Sáez* Trabajador Social y Profesor en la facultad de TS de la UCM; *Belén Novillo García*, Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid y Coordinadora de la Comisión de Atención social primaria de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Todos ellos moderados por *Concha Vicente Mochales*, trabajadora social.

Asistimos a un momento crítico en el desarrollo de los servicios sociales, los anteproyectos de la ley en Madrid y de la Ley

estatal, y el desarrollo del nuevo modelo de servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid.

Desde el ámbito estatal ya se han venido regulando aspectos concretos que inciden sustancialmente en la regulación autonómica, fijando un mínimo común denominador en ámbitos tales como:

1. La protección a la infancia (Ley Orgánica de protección jurídica del menor 1/1996, Ley de Adopción internacional 54/2007 y Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia)
2. La discapacidad (Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos)
3. La dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia)
4. La violencia de género (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de género)
5. Las pensiones no contributivas (RD Ley 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social) o un ingreso mínimo (RD Ley 20/2020, de 29 de mayo, por el que se establece el ingreso mínimo vital), entre otras.
6. Las prestaciones económicas y las prestaciones de servicios en el Catálogo de Referencia de los Servicios Sociales, 2013.

En cualquier caso, estos proyectos legislativos refuerzan y vertebran nuestro sistema de protección social, asegurando un modelo de gobernanza que en ningún caso va en detrimento del ejercicio de la competencia exclusiva en Servicios Sociales de las comunidades autónomas.

Sin embargo, la falta de consenso entre las CC.AA. para una Ley de Servicios Sociales de carácter estatal ha tenido diferentes efectos. El más importante, la configuración de políticas en la materia de muy diferente corte. Por un lado, aquellas que apuestan por políticas sociales de carácter neoliberal (Comunidad de Madrid, Murcia) y por otro, aquellas que apuestan por políticas de carácter socialdemócrata (Valencia 2019) y aquellas políticas de carácter demócrata cristiano (País Vasco y Navarra).

Hoy, cuando escribimos estas líneas, todo esto ya es un hecho o está muy avanzado. Se ha aprobado la nueva norma autonómica en la Comunidad de Madrid, el proyecto de ley estatal y se ha puesto en marcha el nuevo modelo de servicios sociales del ayuntamiento de Madrid, aunque todavía sin muchas posibilidades de evaluar sus resultados

La red de servicios sociales especializados en Madrid de atención a personas afectadas por trastorno mental funciona; funciona bien en general, pero es necesario evaluar las necesidades psicosociales del colectivo de personas afectadas por trastorno mental grave: ¿son adecuados estos recursos de la red?, ¿necesitamos otros porque los perfiles de la población destinataria son otros y han cambiado sus necesidades?, ¿para cuándo residencias de mayores dignas independientemente del diagnóstico?, ¿cuándo estarán en primer plano las necesidades de las personas jóvenes afectados por primeros episodios?

La red se ideó en la década de los 80 del pasado siglo y apenas ha tenido modificaciones en la configuración de los recursos y servicios. También se armó desde la concertación de servicios, cuestión que, sin duda, como bien se discutió en las jornadas, configura redes de profesionales con distintos derechos y situaciones. La red asistencial en materia de servicios sociales de salud mental como los servicios sociales se reconocen como servicio esencial, pero sin ningún límite a la privatización, la participación desaparece y por último no se garantiza la financiación de las supuestas prestaciones garantizadas.

Los ponentes realizaron un acercamiento al tema desde diferentes perspectivas. Así, Manuel abrió la mesa exponiendo los orígenes del sistema de servicios sociales; incidió en la necesidad de una ley estatal y la caducidad del Plan Concertado de Servicios Sociales.

Belén nos habló de la situación de los servicios sociales en la Comunidad de Madrid: “Madrid es mucho más que el Ayuntamiento de la capital”; acercar los servicios y prestaciones a todo el territorio en un reto tanto del pasado como de la actualidad. La configuración de mancomunidades de servicios sociales para municipios menores de 20.000 habitantes surgió como una alternativa para la oferta de servicios a la población; esto que fue novedoso en el pasado gracias a la Ley de Bases de Régimen Local necesita también de revisión, ¿es una alternativa adecuada?, ¿puede organizarse de otro modo?

Iván, ex director del Centro Luis Vives, trajo a la mesa la dura realidad que acompaña a las empresas de prestación de servicios. Desde una posición muy personal y reivindicativa, criticó duramente la gestión de estas empresas, los servicios ofertados a la ciudadanía y el trato a sus profesionales.

Luis Nogues, sin mostrarse optimista sobre las perspectivas de desarrollo de los servicios sociales, en concreto, en la Comunidad de Madrid, mantiene el convencimiento de que sin un cambio radical de esta sociedad no habrá un cambio real, ni en la producción del malestar ni en las formas de atenderlo, por lo que hay que seguir conquistando espacios de emancipación, por medio de buenas prácticas, movilización social y política. Trajo, por lo tanto, una nota de esperanza en la situación, se-

ñalando que son posibles otros modelos de servicios sociales como por ejemplo el de Valencia o el País Vasco.

El encuentro de las compañeras y compañeros evidenció el malestar y la preocupación acerca del influjo de las políticas neoliberales en la configuración de las normativas en materia de servicios sociales y en sus aplicaciones. El retorno a una posible beneficencia pública en la norma de Madrid, ya aprobada, fue ampliamente debatida.

BIBLIOGRAFÍA

Amnistía Internacional. 2020. España. La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018. Informe Temático. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/decada-perdida-sanidad/>

Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM). 2016. Informe sobre la evolución de los recursos de recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2000-2015. Disponible en: <https://amsm.es/2016/05/14/informe-sobre-evolucion-de-recursos-de-salud-mental-de-la-comunidad-de-madrid-2000-2015/>

Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM). 2021. La paradoja preámbulo comunitario / presupuesto hospitalario. La pandemia por COVID-19 y la Atención a los problemas de Salud Mental en la Comunidad de Madrid. Análisis de situación y propuestas. Disponible en: <https://amsmblog.files.wordpress.com/2021/03/amsm2021paradojahv.pdf>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

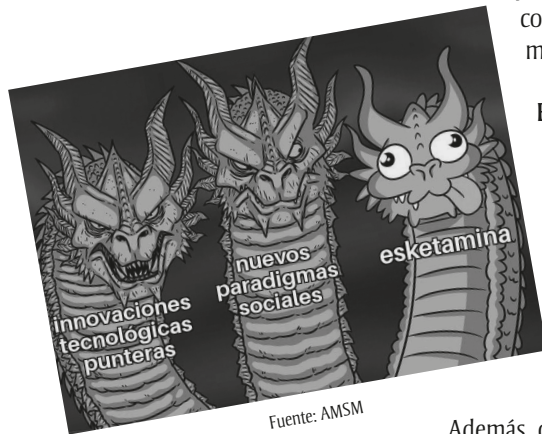
Simó Juan. 2019. La serpiente del gasto de personal también existe. Acta Sanitaria. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/la-serpiente-del-gasto-de-personal-tambien-existe/>

panóptico

A ESTA INVITA LA CIENCIA

Hundredfires Vasques. Redacción del Panóptico, Balearia Central.

Posicionamiento oficial de la OMS sobre el uso de psicodélicos en contexto terapéutico. Tras casi 3 años de deliberaciones a puerta cerrada en torno al uso de hongos psilocibios, ácido lisérgico y variantes de la ketamina en beneficio de los consultantes el portavoz de la comisión de expertos, Leandro Gado, ha afirmado: *"si ya saben cómo me pongo, pa qué me invitaaan"*.



BYE BYE MAPEO DE ACTIVOS, HELLO GUÍA MICHELÍN

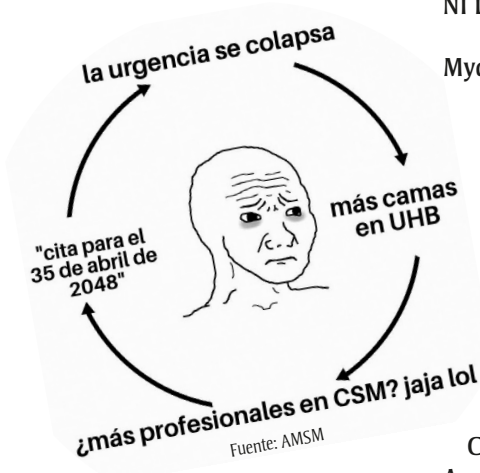
Anne Tan. Redacción del Panóptico, Daganzo de abanjo.

Inauguran "Nueva Chiringonia", el primer parque frenotemático de Madrid y Las Españas. "Con tantas unidades superespecíficas, que un residente no alcanzaría a pasar por todas ellas a lo largo de su proceso formativo", según fuentes del parque. Entre sus novedosas atracciones se incluyen el programa de TDAH tardío y del anciano, la Unidad de Pica Subaguda Recurrente y el MNN (Museo Nacional del Narcisismo).

Además, contará con el sello de institución ecosostenible, pues con los excedentes energéticos del programa de TEC de mantenimiento "Sparkland" se pretende dotar de red eléctrica a la Cañada Real. "No hemos reparado en gastos". Los residentes más implicados contarán con un *Speedy Pass* para ahorrarse colas y vistos buenos de las comisiones de docencia. "Un residente flecha puede saltar de chiringuito en chiringuito y acabar la residencia sin haber hecho un solo seguimiento" comentó orgulloso el director de Chiringonia, Elonso Muskango.

NI DIGNIDAD NI GENOCIDIO, BUSCANDO EL TÉRMINO MEDIO

Mycroft Holmes. Redacción del Panóptico. Chamberí.



Ibai Llanos rechaza locutar, por objeción de conciencia, la tercera edición de la Gran Velada Pugilística, a disputar en esta ocasión por medios verbales entre la Asociación Norcoreana de Salud Total y la Sociedad Celtibérica y Muy Apolítica de Psiquiatría Médica. El tema a debatir: *"los Derechos Humanos, ¿demasiado buenos para merecerlos?"* El por siempre espiritualmente joven D. Ramón Tamames ha accedido a suplir al conocido youtuber si le prometen que llegará a casa a tiempo de merendar.

NUEVOS CHURRUSCAMIENTOS

Carmina Osario. Redacción del Panóptico, Intercambiador de Avenida de América.

Una Inteligencia Artificial recibe por primera vez en la historia la Incapacidad Permanente para su Trabajo Habitual (IPT). Según han declarado sus desarrolladores la IA-SMDKÉ habría recibido el encargo de diseñar una estrategia eficaz para prevenir el desgaste profesional de los trabajadores de salud mental. Tras 10 segundos de entusiasmo inicial el algoritmo habría comenzado a acusar cierta latencia de respuesta,

culminando en una neurastenia tórpida incluso a los ojos de la inspectora médica del INSS: "*nunca había visto llorar en binario*", afirmó antes de retirarla de la vida laboral activa. Sin embargo, aparece el temor a los rentistas artificiales. Al pregun-

gestores cuando ven que recortar en sanidad lleva a peores indicadores de salud:



Fuente: AMSM

tar al respecto sólo se ha recibido como respuesta "ya hemos dicho que el alquiler no se regula y de Blackstone no se habla".

INDICACIONES EN VERSO PARA FACULTATIVOS PERVERSOS

Allabouteve Muniim Womener. Redacción del Panóptico. Torrejón del Rey

Cierto partido político que-no-debe-ser-nombrado (patrocinado por Botox) propone que todos los facultativos de la red de salud mental estén obligados a ofrecer a los pacientes deprimidos escuchar los latidos lovecraftianos de la pulsión de muerte universal antes de iniciar cualquier intervención terapéutica. Reclaman, de esta manera, evitar la expropiación del *angst* primordial que mantiene latentes pero vivas, las ensoñaciones sempiternas de algunos habitantes de los espacios no-euclídeos.

POGO EN EL COLEGIO PROFESIONAL

Josephine Archer of Darts, Lasher of tyrants. Redacción del Panóptico. Picos de Europa.

El Colegio Oficial de Arquitectos amenaza con emprender ac-

ciones legales tras la publicación del polémico libelo titulado "Psicología en Atención Primaria: la casa por el tejado", contestado a su vez por el documento "Psicología en AP: construyendo los cimientos". En declaraciones a los medios su portavoz ha afirmado que, "de no ceder este descarado intrusismo nos veremos obligados a llamar bipolares a los tejados, y perversos polimorfos a los monumentos de Calatrava".

FALLING FROM THE SOUR CHERRY TREE

Nekane Mercy Orangine. Redacción del Panóptico. La composttherich Moraleja.

Una socia de la AMSM, tras años siguiendo la corriente de los comentarios de sus compañeros en el grupo de WhatsApp del trabajo, descubre por accidente que no estaban siendo irónicos y de verdad votan al-que-no-debe-ser-nombrado. Al despertar la caspa seguía ahí.

NUEVOS HORIZONTES DE INVERSIÓN

Baybush Rosebush Cherrytree. Redacción del panóptico, Cadalso de los Vidrios.

La Comunidad de Libertonía presenta su flamante nuevo proyecto de rehabilitación laboral: granjas de criptomonedas. Declaraciones de su promotor "se espera que cada usuario mine al menos el valor del inyectable que lleva puesto".

Cuando te han dicho que la psiquiatría es apolítica pero les ves en los debates de Vox:



Fuente: AMSM

CUIDAR AL QUE CUIDA, PRIORIDAD FUNDAMENTAL

Silent Nativity Scene. Redacción del Panóptico, San Martín de la Vega.

Presentado en sociedad el flamante nuevo programa de cuidado al profesional de los CSM: facultativas, PCCs y administrativas podrán llorar un ratito cada día en el trabajo mientras en la pantalla del ordenador se activa un *tiktok* con perretes o gatitos, a preferencia de los trabajadores. Para aquellos casos resistentes al tratamiento Gold Standard, el protocolo prevé un documental de 2 horas sobre la invasión de Ucrania, de aplicación intranasal.



Fuente: AMSM

DEL MANICOMIO AL MAN, ¿Y CÓMO?

Andrei Suvarosov Kolosov. Redacción del Panóptico. Arturo Soria.

Confunde a Pinel con la Pineal y salva el día.

VALOR AÑADIDO

Michael Angelicum Beardtrimmer. Redacción del panóptico. San Nicasio.

Financiero del IBEX obtiene plaza de estatutario en el SERMAS. Insistía en estar participando en una OPE hostil.



JAKE-CLARK.TUMBLR

Fuente: AMSM

ÁRBOL QUE PILLO, ÁRBOL QUE ME CEPILLO

Stainless Liebenstahl. Redacción del Panóptico. Calypso-Fado.

José Luis Martínez Almeida frustra una sesión de terapia familiar. El edil irrumpió en la sala atraído por el árbol genealógico que habían dibujado los terapeutas. Tras hacerse con el folio habría procedido a romperlo en pedazos, asfaltar esa parte de la sala y abandonar la estancia en ciclomotor. ¡Libertad! Se le oyó gritar, con poco volumen de voz. Preocupa la repercusión en sus pulmones de los vapores de alquitrán. Desde el Frente Polisario Ent se han ofrecido a intervenir "y bajarle de su torre".

CAMPAÑA ELECTORAL EN LIBERTONIA

Blessed Clearing in the Woods WillSkyrocket. Redacción del Panóptico. Asbestic Manor.

Con la convocatoria electoral en la más libre de las naciones de la tierra (sólo detrás de Somalilandia y las nuevas oficinas de tuitar, donde los trabajadores son libres de renunciar a ducharse) se inicia la temporada de mítines y debates electorales en los que prometer cambio y renovación, aunque lleves 20 años

cuando estás esperando que se publique el boletín solo para leer el Panóptico



Fuente: AMSM

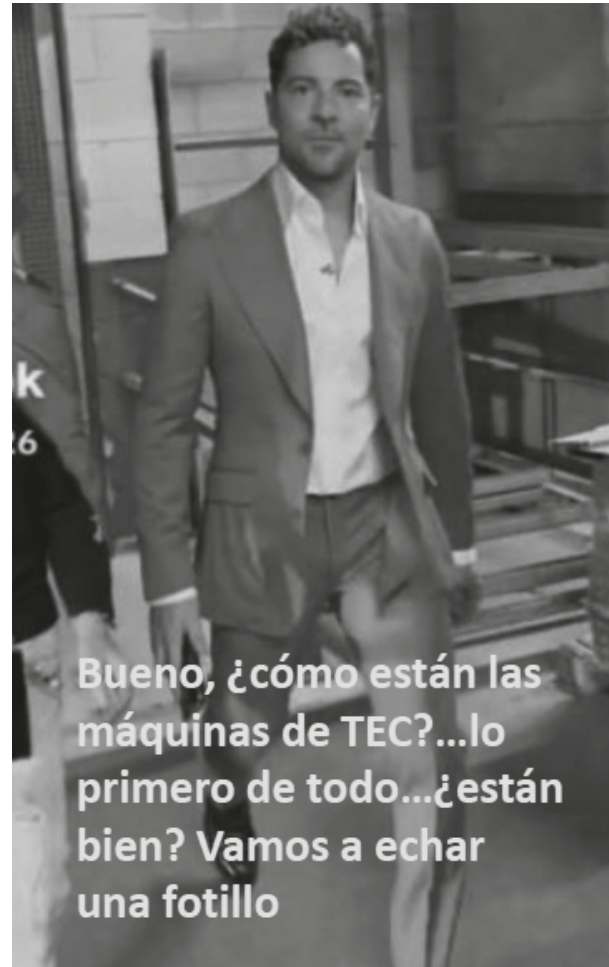
gobernando. "Solo hay que coger práctica ensayando unos *trends* de *tiktok*, lo demás es la flexibilidad de espalda que uno traiga de serie".

ECLOSIÓN PODCASTERA

Juventudes Madrileñas, RASP (rookies aunque sobradamente preparados). Reporteros a pie de calle del Panóptico. Comunidad central de la defensa infantil.

Libertonia recurre a sus ciudadanos favoritos: varones blancos de mediana edad deseosos de que el mundo escuche su opinión. Tras su innovador programa piloto "ni un pavo sin su podcast", Libertonia apuesta por que cada consulta en salud

mental genere su propio episodio de podcast. "En una época saturada de información, lleguemos a la asíntota de ruido tolerable por el ser humano".



Fuente: AMSM



En febrero de 2022, la clase de 1º ESO E del IES Nicolás Copérnico (Parla), tutorizada por José Mañani Pérez, nos trasladó un proyecto docente del que surgía un interés por hacer una donación económica a la Asociación Madrileña de Salud Mental.

En el presente boletín, no queríamos dejar de haceros conocedores de ello y de agradecerles una vez más su interés y colaboración con la asociación.

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

D. _____
profesional de la Salud Mental, con título de _____
y con domicilio en _____
Población _____ D.P. _____
Provincia _____
Teléfono _____ Email _____
Centro de trabajo _____

Dirección Centro _____

Población _____ Provincia _____

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A. E. N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D. _____

D. _____

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: _____ / _____ / _____

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Asamblea General de socios.
La suscripción de la Revista de la AEN está incluida en la cuota de Asociado.

DATOS BANCARIOS

BANCO/CAJA DE AHORROS _____

Nº CUENTA: Entidad Sucursal D. C. Nº cuenta (20 dígitos):

Firma solicitante



Española

Asociación **ANP**

*Asociación
Madrileña
de
Salud Mental
A.M.S.M.*

de Neuropsiquiatría