

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

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.

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.

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.

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 (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 regulaba 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 acceder 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 graves 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

² En la actualidad se está negociando un nuevo convenio

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 reducciones 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 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 escenario 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.

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).

- 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 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 referencia 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 vengan 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 colectividad, 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:

- o 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.

- o 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 Administraciones 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

4 INAP (Instituto Nacional de Administración Pública)

un funcionamiento atravesado por múltiples contradicciones entre la calidad de la atención y la reducción de costes.

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 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 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.

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:

- 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 “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 contingencias 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 sepamos vincular 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 vinculares 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. 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 relaciones 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 transigir 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 colectivo 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 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 antidialógica, 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 ayudarle 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 promocionen 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 equivalente 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 assemblearias. 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), setiembre-diciembre/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/asuntos-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>
- AMMSM. (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/?msclkid=ff32cc2da9fa11ec82f7bda23c96fa17>
- 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/directorio_red_atencion_social_enfermedad_mental-septiembre.pdf
- AMMSM. (2013). *Informe AMMSM 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 Concierto*. <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/>
- AMMSM. (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/pdf/2017/BOE-A-2017-12902-consolidado.pdf>
- *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.