

UNA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL CRÍTICA ES POSIBLE 30 AÑOS DESPUÉS

María Alonso Suárez

Introducción

¿Una rehabilitación psicosocial crítica es posible?

¿Qué podría ayudar a que una rehabilitación crítica fuese posible?

¿Qué críticas podrían hacerse a la rehabilitación?

Conclusión

INTRODUCCIÓN

En noviembre de 2018 me invitaron a participar en las Jornadas Anuales de la Fundación Manantial “Grietas en la rehabilitación psicosocial: una revisión crítica” en una mesa-diálogo llamada “Una rehabilitación crítica es posible”.

Empecé a escribir este texto antes de las Jornadas con la intención de reflexionar sobre lo que a mí me gustaría dialogar allí, aunque consciente de que en una hora de diálogo entre seis personas igual nos íbamos a quedar en apuntar los temas.

El eje del texto es pensar sobre si es posible una rehabilitación psicosocial crítica 30 años después de que Red de Atención Social de la Comunidad de Madrid diera sus primeros pasos y sobre cuáles podrían ser algunas de estas críticas. Lo he revisado después de su celebración pero he mantenido los tiempos verbales de aquel momento pre-jornadas.

Como la invitación es a una mesa-diálogo, lo que hablemos dependerá de la conversación que tejamos entre todos y todas las participantes: habrá que improvisar. A mí improvisar me pone muy nerviosa, también irme de los sitios sin poder decir lo que pienso y al mismo tiempo asustarme de decir lo que pienso. Así que me imagino que me voy a quedar muda o todo lo contrario, que no voy a dejar hablar a nadie. Por eso he escrito estas notas sobre de qué me imagino yo conversando. Es una pequeña ayuda de ilusión de control, de autorregulación y un poco también como si ya lo hubiera dicho. Tras compartirlo con algunas compañeras me han animado a divulgarlo.

Nada de lo que trasmita en este texto tiene una aspiración de verdad. Ningún discurso es objetivo ni está exento de una relación con los privilegios, con qué persona puede emitir el discurso, con quien tiene legitimidad para ocupar la voz. Mi discurso, como todos, parte de un conocimiento situado¹. Hablo desde el lugar de mujer, blanca, no diagnosticada, europea, universitaria y esto influye la posibilidad de emitir este discurso y en mi perspectiva. También influye mi experiencia profesional en un centro de rehabilitación laboral y en un hospital de

¹ Estoy parafraseando casi literalmente a Marina de la Hermosa, en cuyos textos dentro de la imprescindible ponencia de la AEN [“Transpsiquiatría. Abordajes](#)

día, mi participación en asociaciones de profesionales y mi relación con el activismo de expertos en mi primera persona y lo que he aprendido de su discurso. Mi formación y lecturas en diversos modelos y paradigmas sobre el sufrimiento psíquico como el modelo de diversidad funcional, en el de recuperación, el de servicios conscientes del trauma, que me han interesado más recientemente, se han sumado a otras fuentes de inspiración como el modelo de diálogo abierto, los principios de los grupos de escuchadores de voces, el psicoanálisis multifamiliar, el acompañamiento terapéutico, o el constructivismo, por citar algunos, que también forman parte de mi conocimiento situado y me resultan de utilidad porque ponen énfasis en alguno o varios de estos aspectos: una mirada en un acompañamiento que parte de las competencias de la persona, teniendo en cuenta la historia biográfica en la comprensión del sufrimiento, ofreciendo encuadres donde todas las voces sean escuchadas, equiparando los saberes de los expertos por formación y los expertos por experiencia, centrándose en el significado de las experiencias inusuales, respetando la narrativa de la persona, con un enfoque sobre el papel de lo relacional (y social y cultural) en la aparición y en alivio del sufrimiento psíquico, y favoreciendo soluciones que pasan por la construir conocimiento de manera grupal, en el apoyo mutuo y en la comunidad.

¿UNA REHABILITACIÓN CRÍTICA ES POSIBLE?

Cuando me enviaron el borrador del programa estaba entre interrogaciones: “¿Una rehabilitación crítica es posible?”

Primero pensé que empezábamos mal si se ponía en duda. Pero enseguida pensé que en realidad es más honesto ponerlo en duda. Me pregunto por las conversaciones que han llevado a quitar las interrogaciones en el programa definitivo.

No me queda claro si el encargo es ponernos a hablar de las críticas que se podrían hacer a la rehabilitación o del hecho de que esta es posible. Pero, ¿es posible? Prefiero empezar por esto.

Criticar la rehabilitación implica criticar a las organizaciones que las sustentan.

Me pregunto si cuando no somos independientes de la organizaciones que las sustentan se pueden hacer críticas.

Y también si cuando las organizaciones que proveen servicios no son a su vez independientes de otras organizaciones estas pueden hacer críticas.

Por independencia me refiero a que existan jerarquías de poder. ¿Quién manda? ¿Manda quién pone el dinero? ¿Manda quien deriva? ¿Manda a quién se le atribuye socialmente un saber jerárquicamente superior?

Cuando me invitaron a esta mesa estando en un momento de excedencia y de pensar que igual me interesaba en el medio plazo ser contratada en rehabilitación, pensé que no iba a tener valor de expresar algunas críticas en esta mesa por miedo a que no me quisieran.

No me queda muy claro qué hago yo en una mesa sobre rehabilitación si hace unos diez años que no trabajo ahí y me pregunto si ha sido difícil encontrar personas de dentro que puedan expresar sus críticas públicamente.

Me lo pregunto porque desde la AMSM nos cuesta mucho cada año encontrar ponentes que trabajen en rehabilitación y que quieran poner el cuerpo con un discurso autocrítico.

Ya que la menciono aprovecho para decir que lo que digo es en mi nombre, aunque nada de lo que pienso lo he pensado sola y claro que, entre otras muchas personas con las que pienso, están mis compañeras de la AMSM, pero no solo.

¿Se puede reivindicar desde dentro, por ejemplo, que las organizaciones que proveen servicios de rehabilitación sean independientes de la industria farmacéutica si la organización para la que trabajas recibe financiación de ésta?

¿Se pueden expresar desde dentro las preocupaciones por cómo incide en la atención que tu entidad haya sido comprada por un fondo buitre?

Hace muchos años, cuando trabajaba en rehabilitación, firmé un artículo junto con un grupo de compañeros sobre los riesgos de la concertación y su incidencia en nuestra práctica. En mi evaluación de desempeño de ese año prácticamente no se habló de otra cosa que de mi mal desempeño en el ítem relacionado con fomentar una buena imagen corporativa. Siempre fui una empollona que sacaba buenas notas en todas las asignaturas. Pasé un mal rato, la verdad. Al final todos queremos que nos quieran, pertenecer a los lugares y no ser la nota discordante, la que ocupa el lugar de la inadaptada, loca o la problemática.

Cuando comunicas tu disidencia del sistema lo habitual es que acabes diagnosticada. Aunque bueno, si tienes sufrimiento psíquico, te diagnostican cuando te desmarcas de la norma y cuando luego colaboras. Yo me recuerdo escribiendo en mis informes “paciente colaborador”. No me gusta acordarme. Frases como “no he podido realizar la exploración porque no colabora” las escuchamos o leemos en los informes a diario. Y también referencias a si la persona es “bien mandada”, o “dócil”.

Mi impresión cuando hablo con compañeras y compañeros de rehabilitación es que estas presiones no se han reducido sino que han aumentado en paralelo con la precarización de las condiciones laborales.

Pienso en quién está abajo del todo en esta precarización. Pienso en las personas a las que acompañamos y en dejar de creernos que con todos estos ejes de poder pueden decir lo que piensan. Cuando alguien está en una residencia comunitaria, por ejemplo, ¿puede no “colaborar”? ¿puede ser crítico, ya sea directamente, ya sea a través de su conducta o expresión emocional, con las demandas del entorno?. De manera más o menos explícita está el riesgo de perder la plaza. Así que, si yo desde mis privilegios tenía miedo a que no me quisieran en rehabilitación después de hablar hoy, pues eso.

Criticar la rehabilitación implica criticar a las organizaciones que las sustentan.

Yo extendería esto de si es posible una rehabilitación crítica más allá de lo que se pueda pensar dentro de cada entidad concreta.

Las organizaciones que sustentan la rehabilitación no son sólo las entidades concertadas, sino la red al completo.

Estoy pensando por un lado en que las entidades pertenecen a una red más grande, la de rehabilitación, que ha crecido mucho bajo la coordinación técnica de la Consejería de Políticas Sociales de Familia y sus cuadernos técnicos y guías de actuación. Releo esto y me da por pensar que tendría que decir que me alegro mucho de existan todos estos recursos para las personas con sufrimiento psíquico, un poco por miedo. Miedo de que no me queráis por no decirlo. Y lo como lo pienso pues lo digo: creo que hay que celebrar que en estos 30 años la red de recursos de rehabilitación haya crecido tanto y que todos estos apoyos estén disponibles. Suponen un potencial enorme y fundamental para el acompañamiento al sufrimiento que merece la pena revisar críticamente si puede ser mejor aprovechado.

También estoy pensando en que pertenecen a una red, la de salud mental, con la que han de coordinarse aunque en un rango de subordinación, puesto que el mensaje más o menos explícito es que son sus clientes al ser esta red quien deriva a las personas los centros. Me pregunto si aquí influye lo de que el cliente siempre tiene la razón.

Con respecto a la red de rehabilitación hace muchos años que es evidente que hay diversidad entre los centros, que hay discrepancias entre paradigmas y modos de entender y acompañar el sufrimiento psíquico. Pero me pregunto si se puede establecer un diálogo abierto, en público, sobre estas discrepancias. Luego pondré otros ejemplos, pero ahora se me ocurre si se puede dialogar abiertamente sobre si un programa de psicoeducación debe o no formar parte de las actividades de un CRPS. Hay muchos compañeros que piensan, o saben, yo misma, que la psicoeducación no es compatible con un acompañamiento basado en el modelo de recuperación. Pero en la Guía de Funcionamiento y Calidad de los CRPS editada por la Consejería en 2016 forma parte de los programas básicos. ¿Es posible tener un diálogo abierto sobre esta Guía? ¿Una rehabilitación crítica es posible?

Otro ejemplo. Hace un tiempo que algunos centros se están empezando a desarrollar grupos multifamiliares. Este enfoque se integra bien con una perspectiva de recuperación que pone el acento en la virtualidad sana en vez en los déficits, con una mirada que entiende el sufrimiento en relación con el dolor de una familia y no tanto con una “enfermedad” y que acompaña buscando soluciones pensadas colectivamente, en una pequeña “comunidad”. Cada vez se está extendiendo más este enfoque tanto en rehabilitación como en salud mental. Es un encuadre muy complejo y que requiere capacitación y reflexión. Pero estos grupos no forman parte de la Guía de Funcionamiento oficial. Me pregunto si los profesionales que están desarrollando estos grupos están pudiendo reflexionar juntos abiertamente sobre ellos para mejorar sus prácticas en, por ejemplo, las reuniones inter-centros. Me lo pregunto de verdad, no lo sé, pero sí sé que en algunos centros hace años decidieron empezar un grupo multifamiliar con preocupación por su desmarque del modelo oficial, pensando que era mejor pedir perdón que permiso, y que alguno tuvo que pedir perdón y dejar de hacerlo.

La falta de diálogo sobre los disensos en el paradigma y la manera de acompañar a las personas con sufrimiento psíquico sería peligrosa por varias razones. Por un lado porque se están perdiendo saberes profesionales muy valiosos que podrían contribuir a mejorar las prácticas. Entorpece la creatividad y el cambio. También porque manteniendo un “como si” todos los centros estuvieran unidos en idéntico modelo, sin diálogo, impide la rigurosidad en la innovación, la reflexión continua sobre lo que se está haciendo por debajo del “como si”, con el riesgo de no desarrollar prácticas de calidad.

Luego está el pertenecer a la red más amplia de salud mental. Lo que pasa es que aquí también hay jerarquías, no se pertenece a esta red en horizontalidad. Implícitamente o explícitamente el mensaje a los profesionales de rehabilitación es que los “psiquiatras”, salud mental, son los clientes de la red de rehabilitación. De sus derivaciones dependen que los centros estén ocupados.

Desde que los centros cobran por plaza ocupada esto es más importante todavía. Es necesario tener una ocupación del 100% para que salgan las cuentas. Si no hay derivaciones, no hay ocupación. Me pregunto qué pasa con las altas de los centros si no hay lista de espera. ¿Se mantiene a las personas en los centros hasta que puedan ser reemplazadas? Me pregunto si esto puede desincentivar que el horizonte de los equipos sea la emancipación de la red.

¿Cuánto influye en el día a día esta relación?. Por ejemplo, ¿Qué pasa cuando una usuaria expresa en un centro que está escuchando voces pero que tiene miedo a expresarlo a su psiquiatra porque en su experiencia ha acabado ingresada cada vez que lo dijo?. ¿Qué hace el profesional del centro? Imaginemos que está trabajando desde el modelo de escuchadores de voces. Imaginemos que no. ¿Se lo cuenta al psiquiatra en las coordinaciones? ¿Se espera que se lo cuente? ¿Cómo y quién decide esto? ¿La usuaria conoce y consiente qué información se comparte? Me pregunto qué pasa cuando en un centro un usuario expresa su deseo de discontinuar la medicación pero que no encuentra en su centro de salud mental el acompañamiento para hacerlo. O cuando una persona quiere ser atendida en un centro de la red de rehabilitación pero no ser atendida por la red de salud mental. ¿Tiene posibilidad de elegir? ¿Se puede dialogar abierta y horizontalmente con el derivador del que depende que el centro en el que trabajas esté ocupado y sobreviva? Igual hay diferencia en el empoderamiento de los recursos de rehabilitación cuando hay lista de espera frente a cuando no la hay, lo desconozco. Igual habría diferencia si existiera la posibilidad de las personas de acceder directamente a la red de rehabilitación. Este un debate complejo. Es un debate que sería otro si no tuviéramos en Madrid dos redes dependiendo de Consejerías distintas.

Con estos párrafos nos podríamos ir rápidamente a centrar las críticas en el hecho de que en la red de salud mental el modelo hegemónico es el biomédico. Tradicionalmente me parece que ha sido más fácil una rehabilitación crítica con el modelo biomédico. Pero leyendo la Guía de Funcionamiento de los CRPS a mi me parece que ese modelo está en rehabilitación, si es que la Guía refleja lo que se hace. Me ha costado encontrar una frase que esté relacionada con libertad de las personas para elegir su tratamiento. La he encontrado en uno de los objetivos del programa de psicoeducación: “enfaticar la responsabilidad y capacidad de elección personal del tratamiento”. Lo que pasa que está seguida de otro objetivo

que dice: “asumir la utilidad de la medicación y el tratamiento terapéutico como factor de protección frente a posibles recaídas”. A mi me explota la cabeza cuando leo esas dos líneas seguidas. El objetivo de la libertad de elección está rodeado de manera aplastante de otros objetivos que parten de déficits en la persona, de que “aprenda los distintos grupos de síntomas y enfermedades mentales”, etc. Supongo que todos aquí habéis leído esta Guía.

¿QUÉ PODRÍA AYUDAR A QUE UNA REHABILITACIÓN CRÍTICA FUESE POSIBLE?

Quiero acabar esta parte sobre si una rehabilitación crítica es posible expresando algunas preocupaciones.

Una es que el hecho de que señalar los ejes de poder que dificultan la crítica pueda llevar a pensar que esta no es posible sin costes personales. Yo creo que tenemos más costes personales cuando vamos a trabajar todos los días sintiéndonos incoherentes y participando de una tarea que no consideramos un buen trato. O al menos así es para mí. No desmarcarme y sentirme cómplice me sienta mal. Ahora me sienta peor callarme y sentirme incoherente. Pero estar en ese lugar es también incómodo. No lo tengo resuelto, y además me cambia según lo acompañada que me sienta. Mejor juntas que solas. Hay muchos profesionales en rehabilitación que están reflexionando sobre sus prácticas más allá de conversaciones de pasillo. Un ejemplo es el aforo completo de las Jornadas Encaja pero no Gira sobre prácticas en rehabilitación organizada por profesionales de la red. Juntarse.

Otra preocupación es quedarnos en la crítica y no pasar a la acción. Algo así como quedarnos institucionalizados en la crítica. Algo así como estar muy contentos de estar aquí todos juntos pensando que somos los críticos de la salud mental. Como irnos hoy aliviados por encontrarnos con otros que están pensando en el cambio y sentirnos más acompañados, pero que este alivio nos deje tranquilas con nosotras mismas porque ya hemos hecho algo. Que todo sea un “bla, bla, bla” que no nos lleve a revisar la manera en que trabajamos en lo profundo y en el día a día.

Una más es caer es caer en la desesperanza. Además de hacer autocrítica tenemos que poder contarnos lo que ya está cambiando e imaginarnos cómo podrían ser las cosas. Está bien saber qué es lo que no queremos seguir haciendo. Pero más importante es darnos cuenta de lo que sí estamos haciendo y pasar a imaginar qué más queremos hacer y cómo vamos hacerlo. Y juntarnos para hacerlo.

Todo esto tiene que ver con empujar el cambio desde abajo. Esto lo discutía yo el otro día con Patricia Rey. Yo le decía que también hacía falta voluntad política en las instituciones, desde arriba, para favorecer las condiciones para el cambio. Y bueno, que sí, pero mi conclusión tras el diálogo es que podemos estar sentadas esperando y que es verdad que los cambios empiezan siempre desde abajo, que desde abajo se empuja a las instituciones. Que al final somos todos las instituciones de las que formamos parte.

En este sentido, una compañera me advierte de algo que le preocupa después de leer este texto: “pensaba mucho en esto de la dificultad de criticar cuando dependemos de las organizaciones que nos sustentan... Sin duda, es cierto. Pero siempre hay algo que se me revuelve con esto: me enfada cómo utilizamos a veces esta barrera a modo de “burladero” para evitar hacer autocrítica de lo que hacemos cada profesional desde nuestros lugares concretos. Me parece que nos resulta cómodo ampararnos en “la culpa es del sistema” y echar balones fuera. Esto nos des- responsabiliza. Y no todo depende del sistema y las organizaciones. También depende de nosotrxs. Hay muchas formas de generar pequeños cambios desde dentro, desde abajo, desde al lado. Eso sí, suponen un desgaste que no siempre queremos o podemos asumir. ¿Quién no ha eludido alguna vez defender un posicionamiento diferente en el equipo, en un escenario que no es tan público? ¿Quién no ha evitado iniciar una “batalla”? Yo lo he hecho, me he omitido muchas veces para intentar protegerme... ¿Cuántas cosas damos por perdidas? Y resulta que cuando encontramos motivos y fuerzas para “peleárnoslas”, a menudo conseguimos muchas de las cosas que habríamos dado por perdidas. Que sí, que son pequeñas, que no modifican el sistema..., pero que a lo mejor son importantísimas para alguna de las personas que atendemos. Yo a veces me lo he contado en modo “reducción del daño”. Quiero decir que dentro de los equipos silenciemos y nos callamos muchos debates que son responsabilidad nuestra. Y eso no es hacer un buen trabajo. Cierto que el contexto nos limita, pero no debería paralizarnos. Tenemos márgenes y tenemos poder para cambiar y mejorar muchas cuestiones”.

No tengo claro si esto de la “reducción del daño” lo he entendido bien pero le cuento que hace poco una compañera me explicaba sobre los riesgos que ella veía de enfrentarse dentro del equipo ante una situación de clara vulneración de derechos. Esto ocurría en una planta de hospitalización y ella es psiquiatra. Su impresión era que si entraba a defender los derechos de “sus” pacientes, el resto del equipo sería más coercitivo con “sus” pacientes futuros... Era señalada como una blanda, el equipo se enfadaba con ella y expresaba su enfado (conscientemente o no) con los pacientes. Esto incrementaba el riesgo de situaciones de desregulación de las personas y consiguientemente el uso de medidas coercitivas. “Esto que cuentas y que resulta esperpéntico a mi también me ha pasado cuando estaba en una mini-residencia. Lo atribuía a un equipo realmente enfermo, pero igual es más común de lo que pensaba. O igual hay muchos equipos necrosados... Supone utilizar a las personas que atendemos en nuestras luchas de poder. Hacer fracasar a la persona para dejar en evidencia determinados enfoques o intervenciones de otros profesionales. Vamos, boicots de manual. Mi experiencia es que cuando la situación llega a este nivel de locura y no haces o dices por temor a las “represalias” que puedan recaer en las personas atendidas, el resultado es aún más coercitivo. Digamos que enfrentar estas cuestiones actúa a la larga como un freno, sin el cual, las prácticas “violentas” se desatan exponencialmente. Al final, entre que se violen derechos sin que nadie diga nada y que se violen, habiendo personas que lo señalen y denuncien, me parecía mucho más ética la segunda opción (si ocurre, que no sea por complicidad generalizada). Bueno, yo es que me radicalicé un poco... Desde luego aprendí que es necesario también no ser muy kamikaze y discriminar en qué guerras meterse”.

Y para ejemplificar qué quiere decir con responsabilizarnos añade esto: “otro de los problemas que me parecen fundamentales es la exigencia más o menos explícita de resultados (y hasta aquí lo podemos atribuir de manera externa). Pero ocurre que interiorizamos y hacemos propia esta exigencia porque es un “mandato” que encaja demasiado bien con nuestra necesidad de reconocimiento y de alimentar nuestros egos (nos hace incluso entrar en competencia con otros profesionales); y eso ya es nuestro. Tendemos a atribuirnos los logros y éxitos de las personas a las que atendemos, pero los fracasos se los endosamos a ellas. Y nos cuesta terriblemente identificar esto. Cuesta un mundo parar y preguntarse; parar y cuestionarse a una misma. Pensar que no lo he hecho bien, que no he sido capaz de ayudar a esa persona, que “la he cagado”, que lo que he hecho no le ha servido, incluso que he provocado daños... Cuando puedo pensar de esta manera, eso es lo que me permite no rendirme, seguir buscando otras herramientas para ser de utilidad”.

Así que, sí: esta la responsabilidad de cada persona y luego también la de los equipos como grupo, sin ignorar que en realidad esto es algo que tiene que ver con toda la sociedad. Dicho esto, las instituciones podrían también caminar desde arriba para poder ser lugares saludables con ganas de crecer e inclusivas con todas las voces. Que contribuyeran a crear una cultura de cuidados. Que en esa cultura la productividad sea medida por elementos que pongan en el centro la vida o que fomenten las propuestas de prácticas más respetuosas. Que esto incluyera los cuidados a los equipos, porque andamos en esta tarea tan compleja sin acompañamiento, sin supervisión. Que fueran lugares que fomentaran la participación y la diversidad de opiniones. Que premiaran a aquellos que se paran a pensar en qué podría mejorarse en vez de sancionar a quien es crítico. Que tomaran decisiones para organizar procesos que fomenten la construcción colectiva del conocimiento, entre todas y todos, equiparando saberes y por supuesto incluyendo los saberes de los expertos en primera persona.

¿QUÉ CRÍTICAS PODRÍAN HACERSE A LA REHABILITACIÓN?

Me interesaba más hablar de si es posible hacer una crítica a la rehabilitación desde la red de rehabilitación, pero por si acaso el encargo no era ese, sino que era que yo pudiera pensar qué críticas se le pueden hacer la rehabilitación, me pongo a ello en los siguientes párrafos.

Vaya por delante que estas críticas me parece que se pueden hacer a toda la red, no sólo a la de rehabilitación, y que además hay muchos lugares de la red en la que ya están en tránsito hacia otros paradigmas.

Modelo de diversidad funcional, modelo de recuperación y modelo de servicios conscientes del trauma frente al modelo médico²

² Parte de este texto está basado en el introducción teórica del curso “La vivienda supervisada: un proyecto propio” impartido por Olaia Fernández y yo misma a los equipos de todas las viviendas supervisadas de Castilla la Mancha a través de la Fundación Sociosanitaria de CLM.

La principal crítica es que la rehabilitación se basa en una hipótesis sobre el sufrimiento psíquico basada en la idea de “enfermedad mental”. Una hipótesis que es la del modelo médico. Que parte de la existencia de déficits en las personas para las que hay que desarrollar tecnologías, programas y entrenamientos para que la superen y se adapten a la sociedad.

Habría quien cuestiona que este sea el modelo en rehabilitación, pero desde mi punto de vista no es esto lo que muestran las prácticas en muchos lugares. Bueno, ni tampoco el modelo que se extrae de la Guía de Funcionamiento y Calidad de los CRPS de la Consejería, en la que la palabra “enfermedad” aparece 73 veces para nombrar lo que les pasa a las personas usuarias de los centros (sin contar las veces que parece en el nombre la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y duradera). El lenguaje importa, es performativo, pero además el modelo médico en rehabilitación no está solo en el lenguaje.

En el estado de la cuestión actual sobre qué sabemos del sufrimiento psíquico sería más honesto hablar de hipótesis. Pero se toman las hipótesis como certezas. Como la hipótesis de la “enfermedad mental”.

Recientemente Alberto Fernández Liria explicaba en la presentación de su libro “La locura de la psiquiatría” que la psiquiatría no es una ciencia, sino una tecnología. Decía que las tecnologías no pretenden establecer verdades y que las si las tecnologías no sirven a su fin social, no sirven. Desde mi punto de vista, el riesgo de la rehabilitación psicosocial es tomar como verdades las del modelo hegemónico biomédico de una psiquiatría que se cree ciencia, subordinándose a ésta.

Para no quedarnos en la crítica voy a organizarlo en base a epígrafes que responden a modelos cuyos principios a mi me ayudan a pensar en el “sí”, en cómo hacer la tarea de acompañar a personas con sufrimiento psíquico. No son los únicos de los que echar mano, por suerte hay muchos otros, pero me voy a centrar en el modelo de diversidad funcional, en el de recuperación y en el de servicios conscientes del trauma. Ya mencioné al principio algunos otros y por qué me inspiran.

Modelo de diversidad funcional

Una rehabilitación psicosocial que se basa en el entrenamiento en habilidades para que las personas puedan integrarse socialmente y “encajar” está basada en un modelo médico-asistencial: de entrenamientos para superación de déficits, de expertos que enseñan a personas a sobrellevar su “enfermedad”.

La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad promulgada en 2006 y ratificada por España en 2008, está basada en el modelo social de la diversidad funcional y deja atrás el modelo médico o rehabilitador.

Desde el modelo médico o rehabilitador la discapacidad es un problema de la persona, individual, y las soluciones pasan por su cura o la modificación de su conducta para que desaparezca la diferencia, o se oculte, y se pueda incorporar a la sociedad. No se plantea que las soluciones pasen por la acción social, por aceptar la diferencia, por eliminar las barreras sociales que impiden el disfrute

de los derechos. Estas soluciones sí se plantean desde el modelo social de la diversidad funcional. Este planteamiento entiende que la discapacidad no es un atributo de la persona, sino que está en relación con las barreras sociales y entiende que la sociedad tienen la responsabilidad colectiva de eliminar las barreras. Desde el modelo de diversidad funcional, la “discapacidad” es una manera más de expresión de la diversidad humana, igual que la raza, la etnia, la orientación sexual, el género.

El modelo rehabilitador es criticado como una manera más de opresión porque se basa en hacer desaparecer la diferencia, porque pone a la persona en subordinación al experto, porque parte de una mirada paternalista. Se basa en que los expertos desarrollemos intervenciones para que las personas superen sus deficiencias y así puedan desarrollar una vida plena.

Esto supone hacer una concesión al capacitismo. Es decir, supone asumir que las personas capacitadas son la “norma” y que las personas discapacitadas deben adaptarse. Implica una decisión sobre cuáles son las capacidades que son la norma, implica desarrollar intervenciones para que todas las personas desarrollen capacidades básicas sin importar su situación y sus preferencias, implica dar por hecho que unas competencias son más valiosas que otras, implica subestimar las habilidades de las personas con diversidad funcional cuando no son las “normales”.

Además el modelo médico basado en la idea de que existe algo llamado “enfermedad mental” está centralizado alrededor del tratamiento farmacológico. La biografía, los traumas, el significado de las expresiones de sufrimiento a través de lo que llamamos “síntomas”, está en un segundo plano. El mandato a la red de rehabilitación es que las personas adquieran conciencia de “enfermedad”, que comprendan su “enfermedad” a través de una psicoeducación en la que los expertos les explicamos lo que les pasa al margen de su narrativa y lenguaje propios. Cuando una persona entra en crisis, la primera pregunta que se hacen muchos equipos habitualmente es si se estaba tomando la medicación y, si no se la estaba tomando, también es frecuente que ya no se consideren muchas más hipótesis.

Cuando hay una crisis casi siempre se deposita en la red de salud mental su resolución. Por supuesto que es necesaria una coordinación y que los distintos agentes de apoyo que estén vinculados a esa persona contribuyan a salir de la crisis. Pero a lo que me refiero es a cuando se hace desde un modelo médico y se cuenta con salud mental porque son los responsables de “curar”.

En las guías de rehabilitación y salud mental siempre se hace alusión en sus principios a lo comunitario, a trabajar en la comunidad, a desarrollar actividades para promover inclusión social, fomentar redes o reducir el estigma. Se hace referencia a reducir la barreras de las que habla el modelo de diversidad funcional. Pero esta es una de las principales carencias de toda la red. Sabemos que trabajar desde la salud comunitaria no es solo desarrollar actividades fuera de los centros, cuando se realizan. Ni tampoco consiste solo en entrenar a las personas en habilidades para que puedan acceder a los lugares donde ocurre la vida fuera de los centros. Esta es una tarea muy difícil que se choca con la ausencia de comunidad para todos, no solo para las personas con sufrimiento psíquico. Quizá tenemos que buscar referentes de trabajo en salud comunitaria

fuera de la red de salud mental para poder inspirarnos. Los centros donde encontrarse con otros iguales a menudo son un refugio, un alivio a la soledad, pero con demasiada frecuencia se convierten en parte de una red que atrapa, no que ayuda a saltar.

Modelo de recuperación

El modelo de recuperación y sus principios se citan hoy día prácticamente en todas las declaraciones de intenciones de planes de salud mental, manuales de calidad en rehabilitación, proyectos técnico de nuevos dispositivos... Pero del dicho al hecho, hay un trecho.

Este modelo emerge de la narrativas de expertos en primera persona acerca de lo que les ha facilitado su proceso de recuperación³. El modelo de recuperación se opone al modelo médico. Pero es tan frecuente que el término ‘recuperación’ esté colonizado por el modelo biomédico, asociándolo a resultados, a mejora en los síntomas, a mejora en AVDs, a adherencia a la medicación, a entrenamientos en habilidades, que hay quienes se plantean sustituirlo por el de emancipación.

En su versión no colonizada recoge una serie de principios que no encajan cuando se ponen en relación en lo concreto con algunas de las prácticas cotidianas en rehabilitación o de lo que dicen las Guías oficiales como la de la Consejería.

Rehabilitarse no es lo mismo que recuperarse. Recuperarse es construir un proyecto de vida con sentido. Esta afirmación forma parte de las definiciones más ampliamente aceptadas del modelo de recuperación. Recuperarse es, según esta definición, tener un proyecto propio, un proyecto que esté conectado con la vida, con la propia, con lo que da ganas de vivir. Y partiendo de que no hay nadie más experto en la vida de uno que uno mismo.

Pensemos por un momento en los Planes Individualizados de Rehabilitación. Un Plan Individualizado de Rehabilitación-PIR (o de Tratamiento, o de Atención Individualizada, o como se llame), no es un proyecto de vida propio. Casi siempre los objetivos de un PIR han sido formulados por el equipo de profesionales.

El documento del PIR, su formato, y el protocolo de elaboración, incluidos los plazos en los que hay que desarrollarlo, responden más a las necesidades de los equipos que a las de la persona. Por ejemplo, tenemos que tener un PIR elaborado dos meses después de que la persona se haya incorporado al dispositivo. Al margen de si tenemos vínculo con la persona.

Casi siempre los PIR plantean objetivos que abarcan las diversas áreas de funcionamiento y que correlacionan con los diferentes saberes de los expertos de un equipo multidisciplinar. Los objetivos están basados en algo que el equipo considera deficitario y sobre lo que éste se considera más experto que la persona.

³ Sobre esto escribí otro [texto](#) hace un tiempo, profundizar en ello aquí excede el propósito de esta reflexión.

¿Para qué ese objetivo? ¿Tiene que ver con aquello que le da ganas de vivir? ¿Tiene que ver con su proyecto de vida? Fumar menos, ser más asertivo, manejar la medicación autónomamente, estar más activo, incrementar la red social, regular horarios de sueño,..., ¿para qué?. Para mejorar. Porque es saludable. Porque es lo normal. Para que esté adaptado. Porque ser autónomo es bueno. Creo que deberíamos preguntarnos el para qué de cada objetivo liberándonos de nuestros modelos internos centrados en el capacitismo, la normalización y la autonomía como supuestos que demos por hecho. Cualquiera de esos objetivos puede tener sentido, pero solo si están dentro de un proyecto de vida propio.

Aparte de la manera en que abordamos un PIR y si este facilita un proyecto de vida con sentido para la persona, existen otras actividades o aspectos que no encajan con el modelo de recuperación cuando pensamos en prácticas concretas.

Me repito mucho pero, por ejemplo, el modelo de recuperación parte de que la persona es la experta en su problema y esto no cuadra con programas de psicoeducación en los que alguien considerado experto le explica a otro lo que le ocurre en términos de categorías diagnósticas, grupos de síntomas, etc. Leyendo a Marina de la Hermosa en la ponencia que cité antes, habla del cómo la “malgenerización” es una agresión. “Si te identificas como mujer, tómate un momento para imaginar que te tratan insistentemente en masculino aunque expreses tu incomodidad”. Si tu narrativa sobre tu sufrimiento o tu diversidad psicosocial no encaja la idea de “enfermedad”, imagina que te tratan insistentemente como un “enfermo”.

En el modelo de recuperación la persona es más que “la enfermedad”, se aleja de la patologización, propone un uso no clínico del lenguaje, y estos principios no se ven en nuestros informes, en la manera que hablamos de las personas que atendemos, cuando organizamos nuestros programas por diagnósticos (criterios de inclusión y exclusión, por ejemplo).

En el modelo de recuperación la participación de las personas usuarias de los servicios es fundamental en su proceso, como comentaba más arriba con respecto a la elaboración del PIR, pero también en la elección de qué tratamientos quieren en cualquier situación, incluidas las crisis, y hay herramientas como las voluntades anticipadas que empiezan a usarse, pero tímidamente. Y esa participación también se refiere a estar de manera activa en la evaluación y diseño del funcionamiento de los centros o en formar parte de sus plantillas más allá de puestos administrativos o de mantenimiento, sino como agentes de apoyo mutuo o asesores. En otras comunidades hay experiencias en este sentido, pocas que supongan contrataciones dentro de la red pública como en muchos otros países, pero que en cualquier caso no han llegado a la red de rehabilitación psicosocial en Madrid.

Habría muchos más ejemplos de cómo el modelo de recuperación nos señala algunas grietas en nuestras prácticas y también de posibles acciones para no quedarnos en la crítica, estos son sólo una muestra.

Modelo de servicios conscientes del trauma (“trauma informed”)⁴

El modelo de servicios conscientes del trauma parte de dos evidencias.

La primera, la de la alta prevalencia de traumas en la biografía de las personas diagnosticadas y que piden ayuda en los servicios de salud mental comparada con la población no atendida por ellos. El cambio fundamental es pasar de preguntarnos “que le pasa” a la persona a “qué le ha ocurrido”. Parte de entender las conductas extremas y el sufrimiento psíquico intenso como reacciones de adaptación a traumas presentes y pasados, y no como un síntoma de una enfermedad. Se suele malinterpretar esto como si el modelo afirmase que todas las personas diagnosticadas han sufrido traumas o cómo si este modelo estuviera dirigido a tratar a “víctimas” de trauma. No es así, recomiendo ir a las referencias para profundizar en esto.

La segunda, la evidencia sobre la re-traumatización que provocan algunas de las prácticas en salud mental. Se refieren a la evidencia existente de que algunas intervenciones del sistema de salud mental pueden llevar a una retraumatización cuando están basadas en un modelo de enfermedad y tienen una pobre comprensión del impacto de los traumas. Respuestas controladoras, coercitivas y paternalistas vuelven a reproducir relaciones de poder características de los eventos traumáticos experimentados, incrementando la retraumatización, impidiendo la construcción de una relación de confianza y provocando que las personas con sufrimiento se alejen de los servicios y no reciban la ayuda que necesitan.

Plantean que todos los profesionales implicados en el acompañamiento a estas personas deben tener en cuenta cómo la violencia impacta en las vidas de las personas que atienden, de manera que cada interacción sea coherente con un proceso de recuperación y reduzca la posibilidad de retraumatización.

Esto es: ser conscientes de que la manera en que los profesionales tratan a las personas con sufrimiento psíquico puede ser retraumatizante si se reproducen relaciones de poder, coerción, paternalismo, invisibilización. No hacerse cargo de esto es igual a negar la influencia del trauma en la vida de las personas con sufrimiento psíquico.

El modelo pone también el foco en el trauma vicario, el trauma que pueden sufrir los profesionales que acompañan a personas que han sufrido traumas y cómo

⁴ Este modelo, del que apenas hay nada traducido al castellano, a veces se conoce como “modelo de trauma informado”, aunque esta traducción no es muy correcta o no transmite adecuadamente cuál es su foco. Para profundizar en sus principios y aplicación recomiendo consultar alguno de estos trabajos, en los que he basado esta breve introducción:

Elliott, Denise & Bjelajac, Paula & Fallot, Roger & Markoff, Laurie & Reed, Beth Glover. (2005). Trauma - informed or trauma - denied: Principles and implementation of trauma - informed services for women. *Journal of Community Psychology*. 33. 461 -477. 10.1002/jcop.20063.

Sweeney, Angela & Filson, Beth & Kennedy, Angela & Collinson, Lucie & Gillard, Steve. (2018). A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Advances*. 24. 319-333. 10.1192/bja.2018.29.

éste es potenciado en instituciones que no tienen una perspectiva de servicios conscientes del trauma y realizan prácticas coercitivas.

Este modelo propone una serie de principios que orientan a los profesionales a diseñar los servicios, incluyendo no sólo el trato que se da a las personas por parte de los profesionales encargados del acompañamiento, sino que incluye a toda la organización, proponiendo un cambio en la relaciones. Aquí sólo me da para enunciarlos: mirar a través de las gafas del trauma; consideración del trauma invisible y la interseccionalidad; conversaciones respetuosas sobre el trauma; derivación a servicios específicos de trauma cuando los traumas son revelados y los servicios son deseados y solicitados; prevención del trauma dentro del sistema de salud mental; honestidad y transparencia; colaboración y reciprocidad; empoderamiento, elección y control; seguridad; colaboración con supervivientes.

Normalmente se pone el foco en las prácticas más coercitivas que aparecen en otros sitios que no son la red de rehabilitación psicosocial, como los ingresos involuntarios o la sujeción mecánica. Pero estas violencias retraumatizantes son la punta del iceberg de muchas otras que están invisibles o naturalizadas y que a veces llamamos “coerción blanda”. A mi sirve la comparación con los micromachismos, que no es que sean pequeños, sino invisibles y normalizados y forman parte de una cultura que sostiene el resto de violencias machistas. Le ando dando vueltas a qué es violencia, quién decide que algo es violencia, qué violencias son visibles y qué violencias se sancionan y “contienen” y cuáles se toleran. Las hay fáciles de identificar y sancionar, como cuando alguien “se agita”, que es cómo nombramos a lo que ocurre antes de “contener” (atar, sujetar) a alguien. Pero la lluvia fina de violencias cotidianas la normalizamos.

Hace poco un compañero me contaba que cuando trabajaba de psicólogo en una residencia comunitaria estuvo anotando cuántas de sus intervenciones con usuarios estaban relacionadas con el control, los cuidados, la rehabilitación o la psicoterapia. Se le acabaron organizando en una pirámide en cuya base más ancha estaban las relacionadas con el control (gestión económica, toma de medicación, citas médicas, consumo de drogas, etc.), separadas por una fina línea de las que tenían que ver con los cuidados (insulina, dietas, etc.), con la impresión de que tenían que ver más con el control que con un cuidado real. Las de rehabilitación (entrenamientos en habilidades o psicoeducación) eran, junto con las de psicoterapia, las menos frecuentes, en cualquier caso enfocadas a menudo a la “normalización”.

En un trabajo publicado en el Boletín Electrónico de la AEN⁵, basado en la recogida de testimonios de los profesionales, una de las constantes que aparecía era la “sensación de trabajar en un entorno en el que a menudo se imponen normas innecesarias, más intensas cuanto más tiempo pasan los usuarios/as en el dispositivo, creándose dinámicas que infantilizan a los sujetos y cronifican las dificultades por las que teóricamente han sido derivados a esos recursos” y la “tendencia frecuente a rigidificar normas que en un momento concreto pudieron tener sentido pero lo pierden al hacerse sistemáticas, recortando paulatinamente

⁵ Luces y sombras en Rehabilitación Psicosocial. Marta Carmona Osorio y VV. AA. Publicado en el [Boletín Digital de la AEN. Noviembre 2016.](#)

el margen de lo autorizado dentro de los dispositivos, creando espacios artificiales escasamente representativos de aquellos donde los usuarios/as, como objetivo, han de poder desenvolverse”.

Hace no mucho recogimos durante un curso impartido por Olaia Fernández y yo misma testimonios de los profesionales de recursos de rehabilitación. Un ejemplo: “los usuarios de los pisos supervisados están hipervigilados, con menos libertad. Tienen que ser buenos a la hora de hacer la cama, la comida, cumplir horarios... Con los usuarios que viven en sus casas no nos vamos a meter en esas cosas como a qué hora se ducha”. Otro ejemplo de un profesional que decía, al comentar un Plan Individualizado de Rehabilitación cuyos objetivos estaban formulados como que sea todo “correcto, adecuado, normalizado, ajustado”: “Me ha venido un adiestramiento militar. Hace años hubiera pensado: “qué buen PIR”. Yo le llamo el “ciudadano modelo”. No nos hemos parado a pensar en todo lo mejorables que podemos ser nosotros. Me da vergüenza compartir aquí este PIR que denigra a la persona. Teníamos el manicomio en la cabeza”. Lo dice en pasado porque ya hay muchos equipos que están caminando hacia otras prácticas.

Toda esta “coerción blanda” es la que el modelo de servicios conscientes del trauma invita también a revisar y hace propuestas de cambio si queremos construir lugares para un acompañamiento no sólo basado en los derechos si no que además no sea retraumatizante.

Cuando trabajamos en rehabilitación psicosocial, igual que cuando trabajamos en otros lugares de la red con vocación “rehabilitadora” donde no se llevan a cabo las prácticas coercitivas de la punta del iceberg, como en un hospital de día, con frecuencia nos pensamos como si no participáramos de prácticas coercitivas. Como si los que trabajamos ahí no atáramos o no tuviéramos nada que ver con un ingreso involuntario. Como si en el ejercicio de nuestras prácticas no contribuyéramos a situaciones en las que la persona termina en una situación de desregulación emocional para la que en último término contamos con la intervención de la parte de la red que realiza esas prácticas.

A mi me vienen muchos ejemplos de prácticas de las que he formado parte dentro de un equipo de un hospital de día y de las que me siento avergonzada como: prohibir el establecimiento de relaciones afectivo-sexuales entre personas que acuden a la vez al dispositivo si ambos querían seguir ser atendidos; no permitir que las personas cambiaran la opción de su desayuno de dulce a salado porque la norma es que lo que pidieran al principio es su elección; no permitir cambiar el lugar donde se sientan a comer porque la norma es que el personal designa el sitio para evitar conflictos; no permitir entrar a un grupo si se llega cuando la puerta está cerrada mientras el equipo a menudo se retrasa en empezar el grupo porque está fumándose un cigarrillo; no permitir entrar con una botella de agua a los grupos; no dar a elegir al grupo si se enciende o no la televisión mientras se come porque la norma es que se enciende para evitar discusiones; prohibir intercambiar platos entre las personas cuando les gusta más la opción que el otro eligió; hacer a todas las personas ser observados mientras tragan la medicación y enseñan la lengua estén o no estén tomándosela por deseo propio en su casa el fin de semana; instaurar una nueva norma como que los rotuladores de las pizarras han de pedirse para usarlos cuando no nos

parece adecuado que alguien se exprese escribiendo en ellas cada día; poner la norma de que los móviles se dejan custodiados en el despacho de un profesional al llegar y se recogen al irse mientras a miembros del equipo se les olvida silenciarlo y llegan mensajes en medio de un grupo; establecer como límite que si alguien se va de la actividad pese a la indicación del equipo de quedarse no puede acudir al día siguiente; informar de que si siguen sin cumplir con la asistencia diaria su plaza podrá ser revisada...

Podría seguir enumerando situaciones de este tipo muchos párrafos. De mi experiencia en un CRL también podría enumerar ejemplos, pero por una parte en mi recuerdo influye el paso del tiempo y también el hecho de que en esa época no tenía tan enfocadas las lentes sobre qué suponía una “coerción blanda” y las experiencias no se registran en la memoria del mismo modo cuando vas desenfocada, porque no las ves.

Al mismo tiempo que todo esto está pasando también había muchas otras prácticas que implicaban cuidados, acompañamiento, escucha, disfrute, vínculos, aprender. Sí, pero toda esa “coerción blanda” también estaba, y con frecuencia provocaban que las personas protestaran, que se enfadaran o que expresaran su frustración de diversas maneras (a menudo no frente al equipo sino mediante conflictos entre ellos). “Lo que pasa es que no tiene tolerancia a la frustración”. “Lo que pasa es que no se adapta a las normas”. Cuando situaciones así acababan en una situación en la que la persona tenía dificultades para regularse emocionalmente, en el mejor de los casos se podía tener un diálogo que nos ayudaba a revisar nuestras normas. Íbamos pudiendo empezar a pensar el para qué de cada norma porque estábamos leyendo juntos sobre el modelo de recuperación, entre otras cosas. Pero durante mucho tiempo la consecuencia más habitual era la expulsión del dispositivo (“castigo” le llamaban ellos y nosotros “unos días para pensar”), cuando no acababa en el abandono del dispositivo o, más tarde o más temprano, en un ingreso hospitalario. El modelo de servicios conscientes del trauma también nos ayuda a pensar sobre todo esto.

CONCLUSIÓN

Una rehabilitación psicosocial crítica es posible. Y más, otra rehabilitación psicosocial está siendo posible en muchos lugares. Una rehabilitación que acepta la diversidad, fomentando procesos de recuperación centrados en la persona y sensible a poder establecer relaciones respetuosas con las personas a las que acompañamos. Tenemos marcos de referencia que nos ayudan a no quedarnos en la crítica y pasar a la acción. Mejor si lo hacemos pensando juntos, acompañados, con honestidad y haciéndonos cargo, con responsabilidad.