

DE LA HORIZONTALIDAD EN LA RELACIÓN DE AYUDA DEL TRABAJO SOCIAL: REFLEXIONES DESDE LA PRÁCTICA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

ALBERTO APARICIO ROMERO Y LAURA FIGUEROA SEBASTIÁN

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y APOYO PSICOSOCIAL FUNDACIÓN REY ARDID EN CALATAYUD

albaparo@hotmail.com; laufiguese@gmail.com

RESUMEN

En esta comunicación tratamos de objetivar y compartir el propio pensamiento y experiencia acerca de los beneficios del establecimiento de una relación en clave horizontal entre el trabajador social y los usuarios a los que atiende en un servicio de rehabilitación psicosocial en el ámbito de la salud mental, así como algunos de los elementos a tener en cuenta a la hora de co-construir este vínculo. Así mismo perseguimos desarrollar la idea, basada en la práctica diaria y la atención de casos a lo largo de los últimos ocho años, de que la creación de una relación de ayuda basada en la horizontalidad supone un sostén fiable y necesario para que se sucedan avances en el proceso de recuperación.

PALABRAS CLAVE

Salud mental, rehabilitación psicosocial, horizontalidad, vínculo, trabajo social.

MARCO CONCEPTUAL

La atención a la salud mental ha cambiado en gran medida en los últimos treinta años. No trataremos en esta comunicación cuestiones relacionadas con los cambios sucedidos en la red asistencial en relación a la creación de recursos intermedios, rehabilitadores y comunitarios, sino a la filosofía, principios y valores que rigen el trato a la persona. De actitudes paternalistas, apoyadas en argumentos biologicistas o psicologicistas que tratan de explicar la desviación de la norma y al fin y al cabo su redirección a la misma a través del conocimiento experto del profesional, a tendencias que tratan de contar con la voz y la voluntad de la persona, experta en su propia situación, en la cual el profesional será el encargado de ofrecer acompañamiento y apoyo.

Por tanto hablaremos a lo largo de estas páginas de persona y de trato, en lugar de paciente y tratamiento, como suele ser habitual en los ambientes clínicos. En primer lugar porque hablar de persona coloca al otro en un lugar más digno y activo, con posibilidad de actuar. Paciente es el que espera, la persona o el individuo piensa por sí mismo y actúa, tiene responsabilidad de sus actos y sus palabras y puede cambiar. Y en segundo lugar hablaremos de trato en lugar de tratamiento porque partimos de la consideración de que lo mental requiere de básicamente de relaciones humanas para construirse y reconstruirse. Además de esto, el término tratamiento hace referencia a enfermedades físicas y persigue la curación, cuestión que no ocurre de la misma manera con las llamadas enfermedades mentales, consideradas desde los primeros episodios y el establecimiento del diagnóstico como crónicas y incapacitantes. La cuestión nuclear como profesionales será entender dónde nos colocan estas premisas y cuál será nuestro trabajo a desarrollar por y para la persona.

Es importante recordar que la intervención multidisciplinar en rehabilitación psicosocial, definida por la OMS como proceso por el cual se tratará de restablecer el nivel de funcionamiento de la persona precedente a la enfermedad, viene regida por unos principios orientadores básicos como son: normalización, desinstitutionalización, enfoque comunitario, modelo de competencia y modelo de vulnerabilidad. (IMSERSO, 2007).

En la misma línea la Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS Empoderamiento del Usuario de Salud Mental 2010, determina que empoderar a nivel individual es un proceso de toma de control y responsabilidad de sus actuaciones que tienen como propósito alcanzar la totalidad de su capacidad. Este proceso consta de cuatro dimensiones: autoconfianza, participación en las decisiones, dignidad y respeto, y pertenencia y contribución a una sociedad más plural

El Trabajo Social como disciplina, al contrario de otras que han necesitado realizar un profundo cambio de perspectiva, cuenta desde sus orígenes con teorización acerca de la relación con el otro y la promoción de sus capacidades personales. El énfasis puesto en las relaciones con los clientes en el case work está presente en casi toda su literatura, teorizado por G. Hamilton, M. Richmond o Pearlman, entre otras. Todas estas autoras analizan la importancia de la creación de una relación con el cliente basada en el “aprecio y respeto” (Pearlman, H. 1980) para posibilitar situaciones de cambio. Más tarde el movimiento llamado de “reconceptualización”, además de otras cuestiones, sería un importante impulsor que establecería a la persona como sujeto de cambio en lugar de objeto, actor de sus propios cambios. En definitiva, este ha sido un tema siempre relevante para la profesión y objeto de análisis. Siguiendo a Fombuena (2011), encontrarse con el otro con autenticidad exige de nuestra práctica un hacer humanista importante. Así mismo resaltar que tratamos con personas puede parecer una obviedad que no lo es tanto, ya que en la práctica cotidiana muchos trabajadores sociales ven a sus clientes más como portadores de problemas que como personas en situaciones complicadas (Ituarte, 2016).

El campo de la rehabilitación en salud mental tiene matices importantes respecto de estos valores que la profesión tiene bien integrados, ya que al enajenado, al loco, al psicótico, pocas veces se le considera válido en sus ideas o pensamientos, se promociona su capacidad de pensar y planificar, y menos aun se le permite equivocarse o tomar sus propias decisiones. Todas estas cuestiones por supuesto plantean dilemas éticos en el profesional, que debe decidir si actuar o no, pensando siempre en el beneficio de la persona y siguiendo el Código Deontológico profesional.

El trabajador social en rehabilitación psicosocial desarrollará sus funciones tanto en la detección e intervención sobre la discapacidad derivada del problema de salud mental, como en la integración social o reinsertión de la persona (Garcés, 2010). A pesar de ello, es importante no olvidar la idea de que en muchas ocasiones, más que déficits hay condiciones de la vida misma, y que no todo es salvable, curable, recuperable o educable. Frente al valor de normalización será importante construir una lógica en la que tenga cabida la particularidad, y en la que la persona tenga derecho a actuar, a tomar decisiones erróneas o perjudiciales (quizá según nuestra lógica), u otras. Y esto será importante porque la otra opción es el paternalismo y la cronificación del status de enfermo. Si la persona toma decisiones desacertadas pueden ocurrir cosas perjudiciales o no, pero si no permitimos que eso ocurra con seguridad tendremos una persona a la que no permitimos empoderarse ni aprender.

Así pues, en la intervención del trabajador social en salud mental y su relación con el otro, cuestión fácilmente extrapolable a otros miembros del equipo multidisciplinar, ¿por qué poner el acento en la horizontalidad?

Siguiendo a Santos (2005) entendemos la horizontalidad como la disposición total de dialogar libremente con el otro, con el único objetivo de manifestar apoyos para el crecimiento. Lejos de la configuración vertical que imposibilita el diálogo real, porque una parte está en posesión del conocimiento y la verdad, y la otra debe acatar las pautas o seguir el discurso imperante, la configuración horizontal reconoce a todas las partes intervinientes en el proceso, las escucha y siente que todas son capaces de aportar algo valioso.

Entendemos que en la práctica profesional una relación horizontal es aquella que se enmarca en un modelo centrado en la persona, basado en la simetría, implicando un modo dialógico-colaborativo y respetuoso de entender la relación con el otro, buscando realidades emancipadoras.

En esta línea vienen trabajando algunos movimientos sociales que merece la pena nombrar, y que están marcando tendencia en la atención a la salud mental, dadas sus altas tasas de éxito con las personas que atienden y la defensa de sus derechos. El modelo finlandés es conocido como Diálogo Abierto, promueve ante todo el trabajo en red y la comunicación, atendiendo las necesidades de las personas dentro de sus principales sistemas de apoyo y promoviendo el diálogo sobre las situaciones problemáticas y las crisis entre todos los miembros implicados a un mismo nivel de poder.

La Revolución Delirante, nacida en 2011 como movimiento de nuevos profesionales de la salud mental, actualmente coordina el Centro de Atención Comunitaria del Hospital Río Hortega de Valladolid. Una de las ideas principales de este colectivo se trata de desdibujar la jerarquía entre la persona y el facultativo, de modo que una relación emancipada de éstos respecto de los profesionales de salud mental suponga un entrenamiento para el futuro, para su relación con la sociedad.

Así mismo, cada vez en mayor medida, nacen movimientos de afectados que reivindican nuevas formas de entender la salud mental y su trato, como el colectivo Flipas GAM en Madrid que promueve en apoyo mutuo y en activismo en salud mental haciendo énfasis en la horizontalidad, o el movimiento de Escuchadores de voces que buscan desestigmatizar algunos síntomas y fomentar la escucha y la comunicación en todo momento.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

El desarrollo de este trabajo persigue un triple objetivo: por un lado reflexionar sobre las relaciones que establecemos con los usuarios de nuestro servicio, en segundo lugar compartir prácticas diarias propias que se han revelado útiles en los procesos de atención a personas afectadas por problemas de salud mental, y por último desgranar y describir actitudes del profesional favorables para los procesos de cambio de las personas atendidas.

Trataremos pues de reflejar el cambio de perspectiva en el establecimiento y desarrollo de relación usuario-profesional a través del desarrollo de la profesión en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Fundación Rey Ardid en Calatayud desde su creación en 2009.

Para ello hemos de tener en cuenta una serie de circunstancias, además de los principios que orientan la práctica rehabilitadora, así como la visión y filosofía de los profesionales implicados, que han facilitado que entendamos el establecimiento de una relación horizontal como la más adecuada para abordar las dificultades de las personas receptoras del trato:

- Ser un recurso de nueva creación y como profesionales haber participado en su puesta en su marcha

desde los inicios. Hasta la llegada de este recurso a la localidad, las personas afectadas solo contaban con la atención de la Unidad de Salud Mental de referencia, integrada en el Centro de Salud, por lo que en la mayoría de los casos su única referencia a lo que tratamientos se refiere derivaba de esta o de hospitalizaciones en la unidad de corta estancia del hospital en momentos de crisis. Así pues muchas de las personas que acudían al recurso no conocían exactamente en qué consistía el servicio, trayendo en muchas ocasiones expectativas erróneas respecto a este: confusiones con un recurso para la búsqueda de empleo, centro de día de mayores, servicio educativo no formal, etc., lo cual obligó a abrir un proceso de diálogo para ajustar expectativas.

- En el caso del equipo profesional, en su mayoría con experiencia previa en el ámbito de la intervención social y la salud mental, ninguno de sus miembros había desarrollado su labor en un recurso de estas características. Esto permitió un periodo de aprendizaje conjunto entre profesionales y usuarios del servicio, estudio de necesidades y adaptación de actividades terapéuticas, lo que se realizó de forma dialogada recogiendo las opiniones de todas las personas implicadas en el proceso terapéutico: profesionales, usuarios y familias.
- Otra de las características que valoramos ha influido es el hecho de estar situado en el medio rural. La realidad de la Comunidad Autónoma de Aragón, con solo tres ciudades con más de 25.000 habitantes y una densidad de población de 28,27 hab/km², provoca la centralización de recursos de salud especializados en las áreas urbanas. Esta tendencia obliga a su vez a favorecer una optimización de recursos en las áreas rurales que se refleja en la atención a perfiles muy diversos, y a la aceptación y naturalización de esta atención diversificada por parte de profesionales y usuarios. Así tanto usuarios como profesionales asumen las siguientes características:
 - Diversidad de perfiles que concurren en el centro, y por lo tanto diferentes necesidades de atención: salud mental, consumo de sustancias, larga evolución, inicio reciente,...
 - Edades comprendidas entre 21 y 64 años, lo cual conlleva distintas expectativas de vida y a lo que esperan del servicio.
 - Diferentes poblaciones de residencia, lo que dificulta el acceso de algunas personas al servicio, situado en la cabecera de la comarca, por la escasa disponibilidad de transporte público.
- La vinculación al territorio por parte de los trabajadores es otro de los motivos importantes gracias al cual se ha fraguado la relación horizontal profesional-usuario. Todos los trabajadores del servicio estamos vinculados a la localidad donde trabajamos, bien sea por ser nuestro lugar de procedencia natural o porque hemos residido ahí, participando de manera directa en la vida cotidiana de la localidad, lo que trasladado a una población como Calatayud, con alrededor de 20.000 habitantes, provoca un marco asegurado de interacción vecinal entre usuarios, trabajadores del centro y familiares. Es inevitable que entre muchos de ellos y sus familias existan lazos o experiencias comunes. Así pues no podemos presentarnos solo como expertos ante los usuarios puesto que no nos conocen exclusivamente por nuestro yo profesional, sino que formamos parte del marco interrelacional en el que habitan.

Todos estos factores influyen en que no consideremos la relación vertical como la más propicia para la consecución de objetivos terapéuticos en el recurso, sino que y al contrario, podría considerarse inviable dado las características comentadas anteriormente.

Hemos de tener en cuenta que esta práctica basada en la horizontalidad incluye ciertos inconvenientes, si se quiere denominar así, que será necesario atender y salvar respecto de las prácticas habituales, como son: manejo del profesional en un rol de no experto sino de acompañante, establecimiento de límites de la relación que no vienen marcados por un despacho o una bata blanca, prestar especial atención a la fase de desvinculación, presentar disponibilidad y disposición a los momentos de intervención en situaciones de

crisis, esquivar la solicitud de profesional experto por parte de la persona afectada y evitar la tendencia a crear un vínculo que sirva para conservar el status de enfermo, entre otros.

APRENDIZAJES Y CONCLUSIONES

De nuestra experiencia desarrollada en los últimos ocho años, siguiendo como guía el establecimiento de relaciones horizontales con las personas atendidas, podemos plantear algunas claves o herramientas para su creación y consolidación que se han revelado de gran utilidad, como son las siguientes:

- **Honestidad en la comunicación**, incluyendo en este aspecto la capacidad de metacomunicar, es decir, de hablar sobre la relación y sus posibles malentendidos para poder solventarlos y de esta manera lograr afianzarla. Esto nos permitirá minimizar suspicacias frente a la intervención ya sea por la persona en proceso rehabilitador o por las familias que participan en su realidad convivencial. De esta manera mostraremos a la persona la voluntad de establecer con la ella una relación basada en la sinceridad, lo cual implicará que en determinados momentos manifestemos actitud de no saber, u otras respuestas naturales como la decepción ante un engaño, o la alegría ante una buena noticia. Es decir, ser honestos con nuestras emociones a lo largo del proceso de acompañamiento y con la forma de trasmitirlas a la persona.
- **Escucha activa y empática**. Acercarnos al sentir de la persona a la que acompañamos nos permitirá tratar de entender sus vivencias, prioridades y metas, y con ello promoveremos el éxito en el proceso de recuperación ya que la persona sentirá los avances como propios, y no como pautas de un profesional externo.
- **Paciencia y entereza** a lo largo del proceso en lo que se refiere a avances y retrocesos, siendo conscientes de que es posible que no se cumplan las expectativas de ninguno de los implicados en el acompañamiento, ya que existen factores externos a la persona y al profesional que son difícilmente modificables. Nos referimos por ejemplo a la falta de empleo en la sociedad actual de carácter estructural, que dificultará a la persona afectada integrarse a través de la vía laboral.
- **Respeto a las decisiones de la persona**, aunque no compartamos la idea de ser acertadas. Esto supone proyectar nuestros esfuerzos en decisiones no siempre propias y dejar de lado el paternalismo, lo cual resulta una importante oportunidad de aprendizaje en situaciones reales, es decir, fuera del despacho o del servicio. La nuestra es una voz que sugiere pero no impone (Navarro, 2011).
- **Sentido del humor**, una herramienta indispensable en nuestro servicio. Aunque nos encontremos con situaciones verdaderamente dramáticas y obviamente sin ánimo de frivolar, el sentido del humor nos muestra accesibles, y resulta una forma de entendimiento entre personas que une y acerca, y que nos ayuda a empatizar y a afrontar las frustraciones que podemos encontrarnos en algún momento del proceso de rehabilitación.
- **Creatividad**, entendida como la capacidad de poner en marcha recursos personales diferentes a los utilizados hasta ese momento con el fin de generar un cambio en la situación problemática. A menudo algunas acciones basadas en la creatividad rompen los esquemas del problema y también de la concepción del mismo por la persona, con lo que se abren toda una suerte de posibles soluciones distintas a las ya intentadas.
- **Experiencia como instrumento en la recuperación**, refiriéndonos a la de aquellas personas que han pasado por vivencias similares a las que están pasando otros compañeros actualmente. Una de las potencialidades que dota de más valor al servicio son las personas que se encuentran inmersas en su proceso de recuperación y las relaciones entre ellos. A pesar de las diferencias generacionales, de origen, y de experiencias vividas, entre otras, es alentador observar su capacidad para acoger a personas nuevas, de

resituar a compañeros desde su propia experiencia, el humor ante situaciones difíciles y la tolerancia. Una de los espacios donde más claramente se observa es en la alta participación en el Grupo de Ayuda Mutua, que comenzó su andadura en el año 2012, y que continúa su actividad en la actualidad. Experiencias como esta han llevado a la aparición de lo que llamamos voluntarios desde la experiencia, personas que una vez terminado su proceso de rehabilitación dedican su tiempo a colaborar en actividades y generan otras fuera del recurso y de manera autónoma (salidas en bicicleta, excursiones, comidas).

- Autenticidad del profesional como marca de distinción, como persona que tiene convicción, es fiel a lo que piensa y siente, y se muestra coherente consigo mismo y con su forma de actuar. Este es un valor que se trasmite en la relación con el otro, y que genera confianza y seguridad.

Los beneficios obtenidos del establecimiento de relaciones en clave horizontal entre el profesional y el otro han sido:

- Alto sentimiento de coherencia y desresponsabilización en el profesional en la toma de decisiones que solo corresponden a la persona y su red de apoyo más cercana, como por ejemplo retomar los estudios o el trabajo, seguir o no con una pareja, entre otras. La toma de este tipo de decisiones tendrá consecuencias que difícilmente podremos anticipar, pero que como profesionales devolveremos a la persona para ayudarla a valorar y decidir por sí misma.
- Fuerte vínculo con el profesional y escasas rupturas de la alianza de trabajo durante el acompañamiento, a pesar de que haya podido existir momentos de disparidad de opiniones entre él y la persona o su familia. Al no enfrentar nuestro criterio profesional experto con el criterio personal del otro, éste no necesita rebelarse ante él ni sus imposiciones, con lo que hay más posibilidades de que nos sienta como un apoyo al que tener en cuenta y poner en valor.
- Aprendizaje en primera persona y fortalecimiento de un criterio propio del usuario, con la seguridad que ofrece contar con los apoyos necesarios, es decir, sabiendo que el profesional está a su disposición para realizar su función de acompañamiento.
- Generación de nuevas soluciones a una situación problemática que parten de la persona y su familia, y que al surgir de esta manera son mejor integradas y con mayor probabilidad de éxito que si hubiera sido algo impuesto.

A modo de conclusión y como breve reflexión final, diremos que los trabajadores sociales en el ámbito de la salud mental, como el resto de profesionales implicados, estamos ante un verdadero reto en nuestro rol de facilitadores. Supone implicarnos en el cambio que resulta de pasar del simple empleo instrumental de métodos y técnicas y un rol de experto, a implicarnos de forma comprometida con las realidades de las personas en su complejidad desde una perspectiva horizontal, en la co-construcción de nuevas narrativas y vías de actuación. El verdadero desafío reside en estar abiertos a aprender y adaptarnos de forma constante, y a estar dispuestos a hacernos cada vez más invisibles frente a la madurez y sostenibilidad de las personas y sus procesos.

REFERENCIAS

Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales, Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psíquicos e IMSERSO. (2007). Modelo de centro de rehabilitación psicosocial. Madrid: IMSERSO

Consejo General de Trabajo Social. Código Deontológico del Trabajo Social. (2012). Madrid

Fombuena, J. (2011). ¿Quién es el otro del Trabajo Social? Alteridad y Trabajo Social.

Garcés, E. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. Cuadernos de Trabajo Social, 23. Pp. 333-352. Madrid.

Ituarte A. (2016). El vínculo terapéutico en Trabajo Social Clínico: sentido, características y límites. (99-110). Universidad de Deusto. Bilbao

Navarro, S. (2011). De cómo Robinson Crusoe (re) descubrió a Viernes: reflexiones sobre la perspectiva relacional de la intervención social hoy. Observatorio Tercer Sector. Bizkaia

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. (2010) Empoderamiento del usuario de salud mental. Copenhague: Oficina Regional para Europa

Pearlman, H H (1980). El Trabajo Social Individualizado. Rialp. Madrid. Pp 89-111

Santos M. (2005). De la verticalidad a la horizontalidad. Reflexiones para una educación emancipadora. Realidad: revista de Ciencias Sociales y Humanidades, nº 107, pág. 39-64.

