



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,  
Psicosociales e Institucionales

## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES (ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº 15 – Otoño-invierno 2011

### **Manifiesto anti-asistencialista -1ª parte- (1)**

Leonel Dozza (redactor) y otros (2)

#### **Presentación**

Este trabajo se dirige a quienes deben enfrentarse a diario a la tarea de ayudar a otros a superar los miedos, las angustias y la desesperanza que les atrapa e impide recuperar su vida anterior o construir otra relativamente nueva.

Y se presenta no como una tesis que el profesional debe memorizar y repetir, sino como una propuesta para pensar, como una reflexión abierta que el lector debe hacer suya.

Trabajar profesionalmente (hay otras formas de hacerlo igualmente válidas) por facilitar la recuperación de las personas con un diagnóstico psiquiátrico exige una reflexión valiente y continua de cuáles son los planteamientos teóricos (filosóficos, éticos y técnicos) que subyacen a nuestra práctica cotidiana.

No hay buena práctica sin un fundamento detrás o debajo o, por lo menos, cerca que le otorgue sentido e intención. *Hacer por hacer* no es precisamente lo que se espera de quien se ha formado durante años para este trabajo.

---

<sup>1</sup> El presente texto fue gestado en la Comisión Técnica constituida por los Directores de los Centros de Día y Equipos de Apoyo Social Comunitario de Fundación Manantial (recursos concertados con la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid), así como por el Director y Subdirector del Departamento de Recursos de Atención Social de dicha entidad.

<sup>2</sup> Teresa Abad, Miguel Ángel Castejón, Raúl Gómez, Sara Lafuente, Gema Ledo, Alicia Molina, Raquel del Olmo, Antonio Perdigón, Blanca Rodado, Marta Rodríguez y Sara Toledano.

Por otra parte, las prácticas que han recogido la mejor de las evidencias científicas no son suficientes para enfrentarse a la tarea planteada, en la medida en que actúan como una tabla de surf en una plácida laguna en la que solo muy ocasionalmente se forma una tímida ola. Su posible uso es muy limitado.

Este documento que ahora tienes en tus manos, amigo lector, se presenta como un manifiesto no por la confianza ciega en su contenido, sino por la vocación hacia su método y actúa como una declaración de intenciones: sus firmantes no están dispuestos a dar un paso sin ir acompañados de su teoría. No nos importa cuál, cada firmante tendrá su teoría que deberá ayudarlo a entender la realidad más allá de lo que ve y a tomar decisiones consecuentes. Este es un viaje largo y complejo, quizás inacabable, con muy diferentes viajeros y con aún más destinos.

La primera escala elegida es la del asistencialismo, una especie de perversión de las mejores intenciones profesionales, una trampa escondida a veces en nuestras propias ideas, un mecanismo letal que debemos detectar y desactivar, una prueba difícil que evaluará el poder de cada teoría y el *valor* de cada viajero (el asistencialismo no es otra cosa que parte de nosotros, de nuestra forma de percibir, pensar e intervenir).

Una última aclaración imprescindible antes de empezar la lectura es que los firmantes creen que la recuperación personal, psicológica, social y médica de quien sufre por un trastorno mental es posible. Sin esta premisa no se entendería tanto interés por luchar y vencer el asistencialismo.

Y ya no queda otra que ponerse a pensar y hacerlo ágilmente porque la realidad no espera. No podemos permitirnos el lujo de las reuniones repetidas y prolongadas con debates vacíos en los que los acuerdos se alcanzan más por agotamiento de los participantes que por el sentido de lo acordado. Generalmente, cuando se actúa así se alcanza el mismo resultado que la célula clandestina de los cristianos en "La Vida de Brian" de los Monty Python: cuando tras inagotables reuniones consiguen redactar un manifiesto de protesta, Jesús ya está crucificado. Ya era tarde. Esperemos que a nosotros no nos pase igual.

Miguel Angel Castejón  
Director de Recursos de Atención Social  
Fundación Manantial

## **Introducción**

Se entiende por asistencialismo todas aquellas actitudes, intervenciones, acciones, formas de encuadrar y llevar a cabo determinadas actividades etcétera, en las que los profesionales tienden a atender, cuidar, organizar o apoyar a los usuarios más allá de sus necesidades, e incluso en detrimento de sus necesidades fundamentales de desarrollo personal (autonomía, auto estima, sentirse útil y que aporta algo, etc.).

Esta dinámica genera un tipo de vínculo fundamentalmente paternalista-dependiente, en el cual los profesionales se posicionan como portadores de aquello que los usuarios supuestamente necesitan (nuestro saber, ayudas, apoyos, acompañamientos), a la vez que los usuarios quedan relegados a ocupar el lugar de sujeto pasivo y demandante, o sea: el lugar del déficit y la dependencia.

Dicho desde otro punto de vista, el asistencialismo vendría a “denunciar” el hecho de que los profesionales no creen en las capacidades potenciales y actuales de los usuarios, por más que en el ámbito discursivo se defiendan teorías “modernas”, “democráticas” y de exaltación de sus capacidades y competencias.

Este “no creer asistencialista” conforma un espejo que refleja a los usuarios una imagen deficitaria de sí mismo (dependiente, infantil, incapaz), con el agravante de que luego tienden a encarnar y actuar tales imágenes.

Habría por tanto una relación de contraposición entre el asistencialismo y la recuperación, debido a que no es posible promover experiencias de recuperación si no es sobre la base de la confianza real en las capacidades de los usuarios para recuperarse y desarrollarse.

La rehabilitación y recuperación viven de la capacidad de los profesionales para transmitir a los usuarios confianza en sí mismos y para generar oportunidades en las que puedan experimentar autoeficacia y éxito. En el enfoque asistencialista, el intervencionismo profesional tiende a abortar tales experiencias.

## **El asistencialismo y lo asistencial**

Si por un lado está el peligro de caer en un tipo de atención asistencialista, por otro lado está el peligro de no brindar el debido apoyo asistencial cuando ello es necesario.

Lo contrario del asistencialismo es el abandono.

Sobre todo usuarios muy regresivos, desorganizados (a nivel personal, familiar y grupal) o en situación de crisis psicopatológica y psicosocial, pueden necesitar diferentes grados de apoyo asistencial, tales como: que se les llame diariamente por teléfono para despertarles y motivarles para que acudan al Centro, intervenir activamente en todo lo relacionado con sus asuntos personales (gestiones, administración de dinero, agenda, citas, medicación, cuidado básico del domicilio y alimentación, ofrecer facilidades económicas y pragmáticas para que participe en salidas y excursiones, etc.), disponiendo para ello de acompañamientos y apoyos destinados a asegurar, mediante una actitud activa y asertiva, una cobertura mínima de sus necesidades básicas (recurriendo, en caso de que sea necesario, a la intervención del Servicio de Ayuda a Domicilio, función que no debería de asumir un dispositivo rehabilitador).

Dejar de prestar dichos apoyos, cuando los mismos son necesarios, sería una forma de abandono.

Este apoyo asistencial táctico también puede operar como facilitador de la vinculación con usuarios que presentan graves dificultades en este sentido. Es decir, puede ocurrir que en mayor o menor medida, en un primer momento algunos usuarios sólo puedan aceptar nuestra ayuda si se percatan de que dicha ayuda les brinda una ganancia tangible e inmediata.

Por lo tanto, un alto grado de apoyo asistencial no es necesariamente asistencialismo, siempre que dicho apoyo asistencial esté en relación con la situación y necesidades del usuario.

Sobre todo, dicho apoyo asistencial necesario no será asistencialismo si está encuadrado desde una estrategia rehabilitadora, lo cual implica la intención estratégica de ir retirando los apoyos asistenciales en la medida en que el usuario pueda tramitar dicha retirada.

En términos esquemáticos: en el asistencialismo se asiste para luego seguir asistiendo; mientras que desde la perspectiva de la recuperación, si se asiste, se asiste tácticamente para luego poder rehabilitar o promover experiencias de recuperación.

En todo caso, el principal apoyo que se le puede brindar a un usuario es la confianza en su capacidad para recuperarse.

Lo anteriormente expuesto entraña una importante dificultad técnica, y es que resulta muy compleja la valoración del nivel de apoyo asistencial que puede necesitar cada usuario, así como los diferentes niveles de apoyo asistencial que puede necesitar un mismo usuario en diferentes momentos.

Esta valoración sólo la puede hacer cada equipo con cada uno de sus usuarios, en el contexto de sus correspondientes Planes Individualizados.

Para finalizar este apartado, decir que si el asistencialismo refleja la falta de confianza en el usuario, el abandono sería mas bien la negación de esta falta de confianza, lo cual puede manifestarse bajo la forma de "pseudo confianza desproporcionada".

### **Ser o no ser no es la cuestión**

El Asistencialismo es un fenómeno "universal"; con lo cual, no tendría sentido que determinado profesional o equipo se auto proclame exento de llevar a cabo acciones asistencialistas.

Si bien es cierto que diferentes equipos pueden manifestar diferentes grados de asistencialismo, resulta más productivo pensar que lo que puede llegar a diferenciar unos de otros, es en qué medida cada equipo dispone de herramientas (teorías, guías metodológicas, reuniones de equipo, supervisiones) que les facilite percatarse de sus acciones asistencialistas, dado que este darse cuenta es lo que luego posibilita desmarcarse de ello.

Este "desmarque" aparece escenificado en aquellos momentos en que los profesionales se preguntan: "por qué seguimos acompañando a este usuario a hacer sus gestiones, si sabemos que las puede hacer sólo o acompañado por algún compañero, amigo o familiar?"... y si no le acompaña nadie, ¿no será acaso debido a que nosotros, con nuestros acompañamientos, hemos contribuido a ello? O bien: "por qué seguimos ofreciendo y dando becas de comidas a usuarios que, además de no necesitarlas, el tener la beca incluso perjudica su proceso de recuperación"?

Nuestro ideal apunta no tanto a no ser asistencialistas, sino más bien a disponer del mayor número posible de herramientas teóricas y técnicas para reconocernos en, y desmarcarnos, del asistencialismo.

Puede ocurrir que los equipos que más se reconozcan en estos planteamientos, luego sean los que en menor medida estén atravesados por el asistencialismo.

### **Algunos efectos del asistencialismo**

Se ha observado que el proceso de demencia en ancianos, así como de cronicidad en personas con trastorno mental, se acelera vertiginosamente en aquellas personas que han perdido su implicación directa con actividades de la vida cotidiana... y el asistencialismo fomenta en gran medida esa pérdida de implicación.

De ahí que el asistencialismo contribuye a producir en los usuarios sentimientos y conductas de apatía, desmotivación, dependencia, infantilismo, pasividad, falta de implicación con diversos aspectos afectivos y pragmáticos de su vida etcétera, lo cual a su vez potencia los estados de confusión mental, aturdimiento, desorientación espacial y temporal, pérdida de capacidades cognitivas (por la no utilización de las mismas), sentimientos de futilidad e inutilidad y un largo etcétera que va cerrando y estrechando cada vez más el círculo vicioso de la cronicidad deficitaria.

Paradójicamente, luego trataremos de diseñar planes de intervención para rehabilitar estas manifestaciones crónicas en parte potenciadas por nuestras posibles actuaciones asistencialistas (más allá de que tales manifestaciones crónicas vengan dadas en función, por ejemplo, de los vínculos familiares).

\* \* \*

Otro aspecto a destacar, es la relación entre asistencialismo y sentimiento de culpa.

El sentimiento de culpa es un modo específico de ansiedad que por lo general nos cuesta tolerar; de ahí que ante este dolor psíquico nuestra mente utilice una serie de defensas, como pueden ser la negación, la racionalización y la proyección ("el otro es culpable").

Por otra parte, cabe destacar que el sentimiento de culpa también opera como favorecedor de mecanismos mentales y relacionales sanos; es algo que nos ayuda a cuidar nuestras relaciones afectivas y hacernos "mejores personas". Por ejemplo, cuando le decimos algo a una persona y sentimos que con ello le hicimos daño, nos sentimos culpables y, para quitarnos ese malestar, tratamos de reparar la situación. Sin el sentimiento de culpa la vida social sería prácticamente imposible.

Lo mismo ocurre a nivel individual; por ejemplo, las personas que fuman por lo general suelen sentirse culpables por el daño "que me hago" y "que les hago a los demás", y en gran medida la culpa, así como la correspondiente necesidad de reparar, serán el "motor" para que la persona deje de fumar.

En la salud mental, el sentimiento de culpa (razonable, objetivable) impulsa los **mecanismos de reparación** en el individuo, es decir: la necesidad de hacer algo para reparar el daño que hicimos o sentimos haberle hecho al otro o a nosotros mismos.

Podría decirse que haga lo que haga, todo ser humano lleva consigo un monto de sentimiento de culpa y (en la salud) de alguna forma, a modo de reparación, necesita aportar algo a sí mismo, a sus seres queridos y a la sociedad en general. Esta aportación personal produce entonces una reducción de la ansiedad culposa, un mayor bienestar y en general una mejoría en las relaciones interpersonales del sujeto.

Y bien, el asistencialismo tiende a mermar las posibilidades de usuarios y familiares en lo que respecta a desarrollar estos mecanismos reparatorios y ansiolíticos, en la medida misma en que los profesionales se posicionan como "solucionadores de problemas", proveedores, gestores, etc., de todas o casi todas las acciones reparatorias.

Dicho en positivo, resulta fundamental brindar oportunidades para que usuarios y familiares hagan su aportación y participen activamente en su proceso de recuperación.

### **Las fuentes del asistencialismo**

El asistencialismo es un fenómeno vincular que consiste en dar una respuesta asistencialista a una demanda que también lo es.

El asistencialismo deriva de varias fuentes que podrían clasificarse, en términos generales y esquemáticos, en cuatro dimensiones, a saber: 1) La dimensión Personal, 2) la Grupal, 3) la Institucional y 4) la Cultural; dimensiones éstas intrínsecamente ínter ligadas pero que, en este contexto, describiremos por separado.

## **1- La dimensión Personal**

Algunos profesionales pueden presentar una mayor tendencia o predisposición al asistencialismo, lo cual puede deberse a:

a) Falta de formación específica en rehabilitación de personas con enfermedad mental.

b) Experiencias profesionales previas en recursos más asistenciales, como pueden ser los Servicios de Ayuda a Domicilio, Centros para personas con retraso mental o algún tipo de invalidez física, Samur Social, etc. En estos casos, las principales acciones correctoras son la formación específica en rehabilitación y la supervisión.

c) La estructura de personalidad y "estilo" derivados de la historia personal del profesional; una mayor dificultad para tolerar la frustración así como la tensión derivada de las demandas asistencialistas (por parte de familiares, otros profesionales). La dificultad para contener la ansiedad propia suele fomentar una mayor tendencia a la (sobre)actuación.

En estos casos también son fundamentales la formación y supervisión, aunque en algunos casos no son suficientes. Si ello es así, habría que valorar la conveniencia de una psicoterapia personal o bien que ese profesional se dedicara a una labor más acorde con su perfil.

## **2- La dimensión Grupal**

La "cultura" del equipo, la filosofía de rehabilitación con la que opera, el marco teórico (ya sea formal o informal) desde el cual fundamenta su práctica, las líneas y filosofía de trabajo que marca el Director, etcétera, también van a influir en el grado de actuaciones asistencialistas.

En esta dimensión, las actuaciones de cada profesional se entienden desde el contexto grupal en que está inserto. Ello se evidencia en el hecho observable, en muchos casos, de que un mismo profesional puede trabajar de formas muy distintas según el equipo (o contexto grupal) en que esté.

Desde la perspectiva de los roles, no es poco frecuente observar que, en determinado equipo, hay un profesional que se destaca por asumir una actitud más asistencialista. Lo curioso es que cuando ese profesional de alguna forma va cambiando hacia una actitud menos asistencialista, puede ocurrir que otro profesional se posicione en ese rol. En tales casos, hay que tratar el problema también como algo grupal.

Desde una perspectiva intergrupal, cabe tener en cuenta la presión que otros equipos y grupos (por ejemplo, el familiar) pueden ejercer sobre el equipo mediante quejas y demandas asistencialistas. Entonces el equipo puede tender a adoptar una actitud asistencialista como forma de tratar de liberarse de estas quejas y demandas. Por supuesto, por lo general los profesionales no se percatan (no son conscientes) de qué hacen ni de por qué lo hacen; y de ahí muchas veces la importancia de la supervisión (lo más externa posible) y de la formación.

### **3- La dimensión Institucional**

Si antes hablábamos de la "cultura" (grupal) del equipo, ahora corresponde señalar que dicha "cultura" se va construyendo en función de las idiosincrasias de los miembros del equipo (dimensión personal), pero también en función del marco institucional en que está inserto el equipo o, mejor dicho, en función de las "culturas" de las instituciones con las que se relaciona. Para citar un ejemplo de fácil comprensión, diremos que un Servicio Sanitario con una cultura biologicista tiende a generar en el equipo de un Centro de Día un mayor nivel de actuaciones asistencialistas, y eso en la medida misma en que desde esta cultura biologicista hay una mayor tendencia a que se planteen demandas asistencialistas.

### **4- La dimensión Cultural**

En esta dimensión incluimos los valores culturales vigentes. En términos globales, cabe tener en cuenta que vivimos en la era (del discurso) de la optimización del tiempo,

dinero y esfuerzo, es decir, en la era de los resultados rápidos, del fast food, etc; era en que la noción de proceso (en el tiempo) pierde fuerza, lo cual se ve incrementado además por la exigencia de eficiencia, eficacia y calidad. Todos estos valores culturales tienden a fomentar en los equipos la necesidad de asegurar resultados rápidos. El asistencialismo sería un intento fallido de dar cuenta de estas exigencias y valores culturales. Es decir, si los profesionales hacen la gestión y el trámite por el usuario, queda contabilizado el resultado, lo mismo que si se le limpia la casa, se le dice cómo tiene que vestirse, etc.

### **Asistencialismo y Análisis de la Demanda**

El asistencialismo suele ser la resultante de procesos vinculares e interaccionales. Dicho de otra forma, una actitud asistencialista suele estar relacionada con una demanda asistencialista, que puede provenir del usuario, familiares, profesionales de otros centros e incluso de compañeros de equipo, del director o de uno mismo. Respecto a eso último, puede ocurrir que determinado profesional adopte una actitud asistencialista debido a que "me han dicho que hay que hacerlo así"; sin embargo, si se investiga sobre quién le ha dicho eso, puede ocurrir que se llegue a la conclusión de que "nadie" lo dijo.

Es decir, hay demandas más objetivables y otras más subjetivas, "demandas fantasmas" dichas por "voces sin boca".

Como ejemplo de "voces sin boca" podríamos mencionar el caso del equipo de una planta de psiquiatría que afirmaba que la institución no les permitía a los profesionales realizar actividades externas con los pacientes. Cuando se les preguntó quién, qué responsable, había dicho eso, nadie sabía decirlo: simplemente "estaba dicho", era así porque siempre había sido así. En este caso concreto, los profesionales decidieron hablar con los responsables de la planta de psiquiatría... y estos dieron su permiso para que realizasen actividades en la comunidad!!!

Incluso un servicio de tipo más asistencial, como puede ser la Ayuda a Domicilio, debe de tener en cuenta la cuestión de la demanda.

Por ejemplo, un usuario que vive solo puede demandar que la Ayuda a Domicilio le limpie la casa, aún tratándose de una actividad que el usuario podría hacer sólo o con algún apoyo.

De ahí que, siempre que haya una demanda de tipo asistencial, resulta fundamental hacer un **análisis de la demanda**; porque por lo general estos usuarios son capaces, con más o menos apoyos, de limpiar su casa, etc.

Diríamos entonces que este usuario *demand*a que le limpien la casa, pero lo que *necesita* apunta más bien a que alguien le acompañe en su soledad, le apoye en sus estados depresivos, que le ayude a desear vivir, a llenar su vacío y apaciguar sus fantasmas y voces.

En el asistencialismo no hay análisis de la demanda, de modo que el profesional tiende a dar aquello que el otro demanda. No es difícil imaginar que esta dinámica promueve una dependencia crónica, en el sentido de que el usuario aprende a formular sus necesidades psicosociales y su dolor psíquico (soledad, miedo, angustia) en términos de demanda asistencial. El asistencialismo se cierra como proceso vincular en el momento en que los profesionales atienden a estas demandas y no a las necesidades subyacentes.

### **Cierre a modo de apertura**

Generalmente, cuando trabajamos en rehabilitación tendemos a centrarnos en los déficits, dificultades y falta de habilidades de los usuarios y también de sus familiares.

Sin embargo, nuestros planteamientos acerca del asistencialismo ponen en evidencia las dificultades con las que nos encontramos los profesionales, en la certeza de que ello no cuestiona nuestro buen hacer profesional, sino que más bien lo promueve y garantiza.

De hecho, no se trata aquí de cuestionar de forma aislada a ninguno de los elementos de la ecuación. El problema de la cronicidad es ante todo un problema vincular y por lo tanto hay que cuestionar y someter a un análisis riguroso todos los vínculos en juego, ya sean familiares, con la comunidad, con las instituciones, entre los miembros de los equipos etc.

Y para finalizar, indicar que el título de este texto es "Manifiesto Antiasistencialista (1ª Parte)"... pero no hay todavía una segunda parte.

La propuesta consiste en, partiendo de esta primera parte, promover una serie de debates entre profesionales de diferentes recursos y desde ahí ir construyendo la segunda parte de este manifiesto.

En Madrid a 19 de Julio de 2011