

Apolonia Manchón Restoy y Eduardo García Manzano
Reclusión residencial: la expropiación del derecho a la autoridad moral

Introducción

No es lo mismo pretender describir y explicar un determinado aspecto de nuestra realidad social que se nos impone, que es, que describir y explicar cómo *podría ser* ese aspecto más allá de su aparente autonomía, es decir, en interacción con la comunidad de sujetos que pretende describirlo y explicarlo.

Vamos a suponer que el aspecto estudiado sea la intervención social en el ámbito de la atención y asistencia a los colectivos con dependencia funcional diversa. Para mayor concreción, tomaremos como referencia ese *hecho social* que son los servicios residenciales, así como a la desatención académica de su estudio, especialmente del aspecto cualitativo de la percepción subjetiva de la calidad de vida institucional.

Esta desatención académica podría tener varias explicaciones: la no fiabilidad de la información aportada tanto por profesionales como por usuarios de tales servicios; las carencias metodológicas en la formación académica de los profesionales, manifestada en sus discursos, o, siendo moderados, en la disociación radical entre lo estudiado teóricamente y los obstáculos de la experiencia para la correspondiente adecuación a la realidad institucional; por último, la precipitada convicción de que los servicios residenciales están destinados a desaparecer, objetivo que no anula el presente y la transición entre lo que aún es y lo que algún día *podría ser*.

Entendemos que los diferentes servicios residenciales del presente se conservan gracias al paradigma *asistencial* aún vigente, el cual se ha concretado como modelo de acción *socio-sanitaria* que pretende ofrecer respuestas integrales para cubrir la compleja articulación *bio-psico-social* comprometida en el desarrollo global adaptativo de los usuarios. Los profesionales implicados en tal modelo no son, por tanto, sólo médicos, también hay psicólogos, pedagogos, psicopedagogos, integradores, trabajadores y educadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeros, monitores y auxiliares. Sin embargo, no todos los servicios residenciales se organizan en función de un único organigrama; más aun, la reclusión residencial no afecta estadísticamente por igual a todos los colectivos con alguna clase de dependencia o inhabilitación funcional.

Sujetos

El número mayoritario se ubicaría en los geriátricos, donde la mayor dificultad

reside en el cuidado de la identidad social, ya que aquí la reclusión parece únicamente determinada por las limitaciones del modelo socio-económico capitalista actual, que no puede integrar a la clase extensa de la unidad familiar como sistema asistencial alternativo.

En segunda posición ubicaríamos al colectivo pluridiscapacitado y a los que presentan alguna clase de inhabilitación cognitiva; dado que en este caso hablamos de personas adultas, el control biomédico es ya rutinario, si bien puede llegar a legitimar prácticas represivas sustentadas por una interpretación sesgada de la tutela jurídica del usuario incapacitado; en otros términos: el rechazo a la disciplina médica se traduce en rechazo a la tutela institucional. En esta misma dirección, la acción rehabilitadora es sólo nominal, cuantitativamente significativa, cualitativamente insignificante, actuando como rutina disciplinaria, solidaria de la ausencia de estrategias para una habilitación sustancial que nunca debería de confundirse con los objetivos propios de una reeducación impropia: a las personas adultas no se las educa, simplemente se les ofrece estrategias alternativas de aprendizaje para el acceso a bienes culturales y sociales. Por muy severa que llegue a ser la inhabilitación cognitiva, este factor no ha de implicar *a fortiori* imposibilidad estratégica para lograr una suficiente habilitación emocional y afectiva.

La última posición la ocuparían los servicios residenciales para personas con severa dependencia funcional física, entendida como insuficiencia improductiva en las actividades básicas diarias, sólo susceptible, según dictamen técnico de expertos sobre papel, de habilitaciones residenciales sin recursos para ubicarlas en un domicilio particular.

Método

Pues bien, no importa hacia qué clase de estos servicios orientemos nuestra atención, porque en ningún caso nos va a ser posible determinar la fiabilidad del testimonio de absolutamente nadie, ya se trate de usuarios, familiares o profesionales. Acaba incluso resultando anecdótico el desplazamiento del inmueble de la periferia al interior urbano, pues esos servicios siguen siendo inescrutables. Este fenómeno tal vez se explique por la producción inconsciente y colectiva de dinámicas cualitativas no observables en la recopilación de datos, de información y testimonios particulares.

No hay, en definitiva, perspectiva académica capaz de *psicoanalizar* al sistema residencial; aparentemente, todo funciona según claros y precisos protocolos. La percepción subjetiva de la calidad asistencial, cuando es desfavorable en usuarios, familiares o profesionales, se atribuye entonces a las dificultades en el ajuste emocional suficiente para la aplicación o aceptación, sin excepciones, de los protocolos.

Que ese desajuste se da es indudable. El problema es que no se le da su valor real de consecuencia, pues la incapacidad para la correcta aplicación o aceptación de los protocolos es una consecuencia de los prejuicios inconscientes que la formación académica o la experiencia no formal no supieron eliminar, provocando el desajuste emocional cuando las decisiones y elecciones caen fuera de la determinación protocolaria.

No cuestionamos la suficiencia o necesidad de los protocolos, sino la habilidad profesional de determinar las condiciones suficientes, necesarias y, sobre todo, reales, que obligan a su uso. En un servicio residencial, *no hay protocolos inocentes*, todos los que implican al usuario, excepto el de caso de defunción, son de naturaleza disciplinaria.

El objetivo de los prejuicios es legitimar la progresiva incapacitación del usuario, sujeto que acaba siendo un cuerpo habitando un campo de concentración de cuerpos, de cuya existencia nada sabe el mundo exterior. Algo muy similar sucede con la institución penitenciaria.

Sólo un infiltrado, alguien comprometido pero interesado, sería capaz de discriminar las acciones no protocolarias, ésas que tan fácilmente se reprimen cuando hay un observador extraño. Todos los profesionales, con independencia de su formación académica y de su cultura social, realizan acciones no protocolarias; son éstas precisamente las que provocan la aplicación mecánica de los protocolos: antes de que se encienda simbólicamente la alarma en caso de fuego, alguien habrá gritado para avisar a los demás, para desahogarse o para gastar una broma.

Cuando un profesional abusa de su autoridad, sólo la respuesta del usuario es sancionada. Si se tiene la autoridad de activar un protocolo, se puede abusar de la misma, sin que, en este caso, se pueda recurrir a un protocolo para evitar la habitual impunidad correspondiente. Dada la espontánea habilidad del personal en utilizar la amenaza o el chantaje, recursos de un universal método práctico, lo que se echa en falta es un protocolo para evitar la activación de protocolos.

Sólo un topo, situado en la categoría de auxiliar, la de menor formación, percibiría y sentiría la *deshumana* relación que los profesionales de cualquier clase de servicio residencial establecen con cualquier clase de usuario, reflejo de la que impone la clase que detenta el poder económico sobre la oprimida, pues no es casual que un argumento habitual en la justificación de estos servicios sea la insuficiencia económica de los afectados. Los usuarios de los servicios residenciales son pobres, muy pobres, y su pobreza es proporcional al grado de dependencia funcional, especialmente, si en ésta están comprometidas las habilidades de aprendizaje.

A la pobreza siempre le acompaña la indefensión aprendida y, finalmente, la renuncia. Si los profesionales se queman, los usuarios se apagan. Pensando con frialdad, este fatal destino no deja de ser una estrategia adaptativa: sólo *apagado* se puede soportar el abuso de autoridad. Tal clase de abuso representa siempre una extralimitación por parte del profesional, y no siempre coincide con el allanamiento del dominio de otro profesional, sino, sobre todo, con una actitud que interpreta y toma decisiones a partir de datos e información que el profesional adecua al interés personal de su dedicación supuestamente vocacional, la que, finalmente, siempre prefiere el sentido común propio a la especulación teórica. Todos los profesionales acaban demostrando una extraordinaria competencia en la violencia simbólica inherente a la acción de expropiarle al usuario, no sus derechos, sino su autoridad moral.

Resultados

No tenemos, no los que quisiéramos. Pensamos elaborar un artículo exclusivo para exponer los habituales resultados indeseables como consecuencia de la dinámica asistencial, institucional y residencial. En ese artículo, quizás logremos transmitirle al lector el sentido de las dinámicas cualitativas inconscientes y colectivas antes mencionadas; además, presentaremos ejemplos biográficos para representar la típica acción asistencial consistente en conservar formalmente los derechos de los usuarios, exigirles sustancialmente sus obligaciones, expropiándoles al mismo tiempo su autoridad moral.

Esta clase de autoridad no está legitimada ni por hábitos ni por costumbres, sino por esa clase de experiencia que obliga al sujeto a aprender a ser responsable, ya que sólo desde el aprendizaje de la responsabilidad puede el sujeto-usuario tomar conciencia de su obligación de exigir a los profesionales el cumplimiento integral de las obligaciones comprometidas con los derechos de todos los usuarios. El derecho a la experiencia de la responsabilidad es lo primero que se pierde en la reclusión residencial; sin él, la autoridad moral del usuario se desdibuja y, con ella, el derecho a obligar.

En este sentido, la obediencia del usuario es un síntoma indeseable: obedientes son nuestros niños y todo aquél al que injustamente se le imponga una realidad en la que el derecho fundamental a la responsabilidad se perdió al adquirir la dependencia funcional, obligado a dejarse hacer y cuidar.

A los profesionales, por su parte, se les debería de formar disciplinándoles severamente para que aprendan a discriminar entre la detentación de poder y la autoridad (personal, moral, académica, social).

Discusión

No hay nada que discutir, nada que negociar, no al menos antes de actuar. Nosotros no hemos experimentado la incidencia de la especulación teórica en los servicios residenciales. Los resultados teóricos acaban siempre simplificándose, de hecho, banalizándose, frente al fenómeno institucional. Los profesionales con formación académica universitaria tienen entonces la tendencia a elaborar combinados teóricos en función de intereses disciplinarios, en el sentido de imponer ciertos discursos de legitimación punitiva; nada los reprime, ninguna clase de tribunal académico virtual, ni la propia conciencia asociada a la responsabilidad en el uso del conocimiento. El resultado es la producción sistemática de desorden para imponer el orden que beneficia a la economización de funciones profesionales: los usuarios, siempre, en mayor o menor grado, son unos inadaptados que dan demasiado trabajo como para detenerse y empezar a trabajar con y para ellos.

Conclusiones

Sólo una: lo que *ha sido*, siempre *podría haber sido* de otra forma. En este caso, los servicios residenciales aún no pertenecen al pasado, *siguen siendo*. No se puede seguir aceptando la impunidad asistencial que los sigue caracterizando.

Agradecimientos

Por ahora, al lector.

10/12/2011