

# Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)  
[www.fearp.org](http://www.fearp.org)



# Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)  
www.fearp.org

Equipo Revista 4ª época (2019)

**Dirección:** Jaime A. Fernández (Canarias)  
**Secretaría de Redacción:** Luis Pelegrín (Murcia)  
**Diseño y Maquetación:** José J. Corbalán (Murcia)

## Consejo de redacción

**Juan I. Fernández Blanco** (Madrid)  
**Juan Glez. Cases** (Madrid)  
**Alejandra Rebores** (Galicia)  
**Cristina Gisbert** (Cataluña)  
**Margarita Hernanz Manrique** (País Vasco)  
**Luz Marina Guerra Cazorla** (Canarias)  
**Carolina Mogollón Rodríguez** (Extremadura)

## Consejo asesor

Presidentes de las asociaciones autonómicas de FEARP

**Luis Pelegrín Calero**

Presidente FEARP

**Carolina Mogollón Rodríguez**

Vicepresidenta FEARP

**Francisco Villegas**

Vicepresidente FEARP

**Isabel Contreras**

Secretaría FEARP

**Mónica García**

Vicesecretaría FEARP

**Alicia de la Calle**

Vocal Formación FEARP

**Ricardo Guinea**

(expresidente de la WAPR)

**Martín Vargas**

Expresidente FEARP

**Rafael Cristina**

(Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial)

**Bienvenido Presilla Liñero**

(Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial)

**Victor Roque Morales González**

(Asociación Canaria de Rehabilitación Psicosocial)

**Elisa Lucas Cardoso**

(Asociación Castellana y Leonesa de Rehabilitación Psicosocial)

**Enric Arqués Martí**

(Asociación Fórum D'Iniciatives Assistencials i de Gestio en Salut Men-tal a Catalunya y Fundació Privada Joia Joventut Organitzada i Activa)

**Juan José Martínez Jambrina**

(Asociación Asturgalaica de Tratamiento Asertivo Comunitario y Asociación Asturiana de Rehabilitación Psicosocial)

**Carolina Mogollón Rodríguez**

(Asociación Extremeña de Rehabilitación Psicosocial)

**Begoña Frades García**

(Asociación Valenciana de Rehabilitación e Inserción Sociolaboral de Enfermos Mentales)

**Lluís Lalucat i Jo**

(BCN Salut Mental)

**Miguel Ángel Divi**

Asociación Aragonesa de Rehabilitación Psicosocial

# CONTENIDOS

# CONTENTS

6

## EDITORIAL

### EDITORIAL

**Monográfico. Intervención Comunitaria y Perspectiva de Género.**  
Community Intervention and Gender Perspective.  
Luis Pelegrín Calero

## ORIGINALES

### ORIGINALS

**La rehabilitación psicosocial también puede ser feminista.**  
Psychosocial rehabilitation you can also be a feminist.  
Itxaso Martín Jaureguizar

10

**Formación a personas con un diagnóstico de enfermedad mental grave como Agentes de Apoyo Mutuo. Una experiencia práctica.**

Training for people with a diagnosis of serious mental illness as Peer to peer supporter. A hands-on experience.

Eva Morales Ateca.

18

**Transformando realidades: experiencia de un grupo de apoyo mutuo como sostén y fuente de bienestar.**

Transforming realities: experience of a mutual support group as a support and source of well-being.

Nuria Primitiva García Fernández, José David Sánchez Espín.

26

**Experiencias de participación comunitaria: una aproximación desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial del Servicio de Salud de Castilla y León.**

Community participation experiences: an approach from the Psychosocial Rehabilitation Centres of the Health Service of Castilla y León.

Alicia de la Calle Sanz, Virginia Dutil Muñoz de la Torre, Esther Estaire Rubio, Laura Franco Rubio, Teresa Fuente Castilla, M. Elena García-González, Isabel Mardomingo de Andrés, Sara Merino Lorente, Pedro Luis Hernández Delgado, María del Carmen Rueda Fernández, Yolanda Santalalla Castro

34

**SPORTSA: el deporte como rehabilitación psicosocial comunitaria.**

SPORTSA: sport as community psychosocial rehabilitation.

Jesús Rienda, David Marqués, José Selles, Noé Ases.

42

**Caminos hacia la Recuperación: Innovación y Desafíos en Programas de Acompañamiento Terapéutico de la Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial".**

Paths to Recovery: Innovation and Challenges in Therapeutic Support Programs of the Murcia Association of Psychosocial Rehabilitation".

Juan Zamora Santiago, Gemma Garrido Martínez, Ana Belén Ortín Aguilar, Mireya Fernández Sánchez..

52

## COMENTARIOS BIBLIOGRÁFICOS

### BIBLIOGRAPHICS COMMENTS

**Intervenciones sociales basadas en la comunidad para personas con enfermedades mentales graves: una revisión sistemática y una síntesis narrativa de la evidencia reciente.**

Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence.

Psychiatry (ed. esp.) 20:1 - Febrero 2022.

Jaime A. Fernández.

62

# EDITORIAL

# EDITORIAL

## Monográfico

### “Intervención Comunitaria y Perspectiva de Género”

Ya en el año 2006, en el número de enero de la revista FEARP, se publicaba el primer artículo relacionado con la intervención en el ámbito comunitario, si bien es cierto, que a lo largo de estos años de más 175 artículos, son pocas las reflexiones y experiencias relacionadas con un tema tan importante en la actualidad, como es la recuperación mediante la intervención en la comunidad y atención centrada en la persona. Un cambio de mirada, que deja atrás el “curar” a las personas con enfermedad mental o eliminar los síntomas, para situar el foco de la intervención en la relación terapéutica, el acompañamiento, el contexto vital de la persona, la recuperación y desarrollo de proyectos de vida.

Hoy en día, es impensable construir una sociedad inclusiva sin tener presente mejorar la calidad de vida de las personas en situación de vulnerabilidad, y en el caso que nos moviliza a FEARP, el de las personas con problemas de salud mental. El enfoque de la rehabilitación psicosocial centrado en el ámbito comunitario, posee una doble vertiente que debemos identificar, por un lado, ofrece una oportunidad real de recuperación individual, del logro de la completa ciudadanía de las personas; y, por otro lado, contribuye al fortalecimiento de comunidades más inclusivas y solidarias.

La rehabilitación comunitaria como modelo de intervención para personas con problemas de salud mental grave, ofrece la posibilidad de incrementar significativamente las posibilidades de inclusión en la sociedad. Por tanto, ayuda a romper las barreras más estigmatizadoras que con mucha frecuencia rodean a salud mental, ofreciendo elementos que lleven al disfrute de la condición humana, permeabilizando fronteras y flexibilizando estructuras, lo que proporciona una perspectiva más empática y el desarrollo de un modelo claramente identificado y centrado en la persona.

La intervención centrada en aspectos comunitarios, reconoce como elemento fundamental, las capacidades, habilidades, talentos y contribuciones a la comunidad de las personas con problemas de salud mental, así como la relevancia de prestar los apoyos necesarios para el desarrollo de sus proyectos de vida y de reconocimiento de los derechos humanos que son inherentes en todas las personas, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, lengua, religión o cualquier otra condición. Por supuesto, es una práctica bidireccional “hacia la comunidad” y “desde la comunidad”, con enriquecimiento tanto individual como social.

La rehabilitación comunitaria da una nueva mirada a la intervención y al tratamiento, puesto que además de las consideraciones del modelo médico, tiene en cuenta y pone el foco en el desarrollo aspectos sociales, económicos y culturales, así como la práctica de la relación de cuidado y acompañamiento, en el marco de la defensa y el respeto de los derechos humanos. La puesta en marcha de intervenciones y planes de atención centrados en la persona, que incluyan todos los aspectos relacionados con el proyecto de vida de las personas, tales como, acceso al empleo, viviendas adecuadas a las necesidades particulares de cada persona y las oportunidades educativas y formativas, así como actividades sociales de ocio y culturales en la comunidad, son elementos fundamentales que ofrecen la participación activa en la sociedad. Por tanto, se da un salto cualitativo, pasando de la prescripción al trabajo colaborativo en la sociedad.

En esta línea, se sobreentiende la importancia de la construcción conjunta en la comunidad, favoreciendo cambios desde dentro y que impliquen la desmitificación de los trastornos mentales, cambio de visión y actitud de la sociedad sobre la naturaleza de los trastornos mentales, eliminando mitos y estereotipos, promoviendo el refuerzo de la empatía y la comprensión. Una sociedad informada y formada es capaz de ofrecer un mayor apoyo, creando entornos más inclusivos reemplazando la aceptación por el estigma, y esto es responsabilidad de todas las personas. La metodología que implica la rehabilitación comunitaria se convierte en una herramienta fundamental para romper las barreras y promover ciudades inclusivas. Ofreciendo las sinergias que se establecen entre los equipos profesionales de la salud mental, del ámbito educativo y del empresarial, para contribuir a la creación de un sistema sólido y consolidado de apoyo, con la fortaleza del trabajo en el contexto vital de la persona.

En definitiva, la rehabilitación comunitaria nos permite repensar nuestra práctica, el desarrollo de una intervención centrada en las personas con problemas de salud mental, en su entorno natural, posibilitando una mejora en la calidad de vida, y construyendo sociedades inclusivas.

Era indispensable en 2023 en la revista FEARP de un monográfico dedicado a la REHABILITACIÓN COMUNITARIA.

Un saludo.

Luis Pelegrín Calero.  
Presidente de FEARP.





**ORIGINALES**  
ORIGINALS



# LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL TAMBIÉN PUEDE SER FEMINISTA

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION YOU CAN ALSO BE A FEMINIST

Autora:  
Itxaso Martín Jaureguizar  
Psicóloga y directora del Centro de Día y Equipo de Apoyo Social Comunitario Ciudad Lineal dependiente de la  
Consejería de Familia y Juventud y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid y gestionado por la Asociación  
Candelita.

la comunidad y en qué comunidad iban a vivir las personas con enfermedad mental grave. No se explicó que valores tenía esa comunidad, qué se esperaba de las mujeres y hombres que la integran y sobre todo en quién iba a recaer ese cuidado.

Es con perspectiva de género con la que me propongo acometer esta empresa, ya que es la herramienta más útil y que visibiliza con mucha claridad la necesaria justicia social. La perspectiva de género busca examinar el impacto del género en las oportunidades de las personas, sus roles sociales y las interacciones que llevan a cabo con otros. Porque si de algo trata la Rehabilitación Psicosocial es de dar a las personas la oportunidad para su rehabilitación, para una vida digna, considerándolas como sujetos plenos de derechos pero sí y siempre sí, en igualdad de condiciones para ellas y para ellos.

Además es importante dar cuenta de otro de los mecanismos que tiene el sistema para perpetuarse que es la generación de cultura y pensamiento androcéntrico es decir “ el enfoque de las diferentes realidades únicamente desde la perspectiva masculina, utilizando posteriormente los resultados como válidos para la generalidad de los individuos (universales), sean hombres o mujeres “. (3) He querido utilizar la perspectiva feminista para repensar y contrarrestar el pensamiento androcéntrico que asumo que existe en la configuración de los principios esenciales que definen la Filosofía de Atención en Rehabilitación Psicosocial.

Considero imprescindible esta reflexión crítica ya que son los principios guía o valores que han orientado las prácticas y suponen un soporte ideológico y ético con una relevancia esencial. Se presupone “que permiten seguir avanzando a pesar de las limitaciones metodológicas o contextuales, posibilita una constante reflexión sobre la realidad y la práctica en rehabilitación y orientan las expectativas, actitudes y valores de los profesionales que trabajan en rehabilitación”. (4)

No me meto tanto en su formulación, que en términos generales es aceptable y pueda abarcar en su nominación una idea universal que no excluye per se a ninguna persona, pero sí considero necesario explicitar en su desarrollo la igualdad.

Al explicitar un desarrollo inclusivo e igualitario teniendo en cuenta las necesidades de toda la población, pudieran cambiar su formulación nominal como principio.

## 2. REVISIÓN DE LOS PRINCIPIOS ESENCIALES DE LA FILOSOFÍA DE LA ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN:

Los principios que incluyo de manera literal para su revisión son los que constan en el “Cuaderno Técnico: Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención”, editado en 2002 por la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. (5)

1. La rehabilitación debe basarse en una concepción amplia e integral de los derechos humanos que reconozca y promueva el derecho de las personas con enfermedades mentales crónicas a una ciudadanía plena y digna.

Aquí cabe explicitar con más detenimiento a qué derechos humanos nos estamos refiriendo y hacer hincapié en todas las convenciones, tratados y leyes tanto internacionales, europeas como nacionales que puedan poner en valor la protección de derechos y reconocimiento de los mismos. El Convenio de Estambul, la Conferencia de Beijing, La ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, La ley para la Igualdad efectiva entre hombre y mujeres... también deberían de regir e impregnar nuestra práctica diaria.

El comité de derechos de las personas con discapacidad revisó el cumplimiento de la Convención con el mismo nombre, ratificada por España en 2008, e hizo una llamada de atención a nuestro país en 2019 por el incumplimiento de ciertos derechos que no estaban siendo reconocidos. (6) Hay que incluirlos de manera explícita en guías, hacer programas formativos, llevarlo a conferencias y que formen parte del ideario de todos los profesionales que trabajamos en esta área.

2. Supone promover y fomentar la implicación activa y responsable de dichas personas en el control de sus propias vidas y en el proceso de rehabilitación teniendo en cuenta sus objetivos y planes.

La Rehabilitación Psicosocial consiste en facilitar mediante herramientas, la toma de decisiones consciente acerca de la vida que ellas y ellos consideran más acertada para alcanzar sus propios proyectos de vida. Como profesionales hemos de conocer que la socialización de género ha enseñado a las mujeres a satisfacer las necesidades de los otros, colocándose en un segundo plano. Las mujeres socializadas en el “ser y estar” para los demás tendrán más dificultades para implicarse y desempeñar roles que tengan que ver con proyectos de vida propios.

3. La rehabilitación debe promover la integración de cada persona en su comunidad natural.

Si por comunidad natural entendemos la que está organizada jerárquicamente en base al sexo y de la asignación de un género que conlleva el aprendizaje de comportamientos específicos para la condición de ser hombre o mujer y que además estas prerrogativas en forma de mandatos de género contribuyen a la desigualdad entre los sexos y que tienen como consecuencia peor salud mental para las mujeres, bajo la perspectiva feminista tenemos que integrar a cada persona en su comunidad natural cuando esta comunidad cumpla unos mínimos requisitos, esto es, que sea igualitaria, digna y justa en oportunidades independientemente del sexo de la persona con TMG en cuestión.

No sería ético ejercer nuestra práctica rehabilitadora normalizando una comunidad en la que se ejerce violencia sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas y además que se nos culpabiliza cuando eso pase. Es imprescindible una comunidad que visibilice las violencias y las persiga como formas inaceptables de relación entre los sexos. Una comunidad en la que los cuidados sean una responsabilidad de todas las personas, no solo de las mujeres y así se exija por todos los miembros que la formamos. Es imprescindible definir en el momento actual a qué comunidad pertenecemos e integramos y si con nuestras prácticas perpetuamos que se sigan precarizando la vida de las mujeres.

## RESUMEN

Revisión de los principios de la Rehabilitación Psicosocial utilizando la teoría feminista como categoría de análisis social y política de la realidad para visibilizar los mecanismos del sistema patriarcal que operan en la conformación del modelo de la Rehabilitación Psicosocial, la definición de sus principios y las prácticas profesionales que de ellos se derivan.

Palabras clave: socialización de género, androcentrismo cultural, filosofía de rehabilitación psicosocial, justicia social, mujeres y trastorno mental grave, integración comunitaria, teoría feminista.

## ABSTRACT

This article reviews the principles of Psychosocial Rehabilitation using feminist theory as a category of social and political analysis of reality to make visible the mechanisms of the patriarchal system that operate in the conformation of the Psychosocial Rehabilitation model, the definition of its principles, and the professional practices that derive from them.

Keywords: gender socialization, cultural androcentrism, philosophy of psychosocial rehabilitation, social justice, women and serious mental illness, community integration, feminist theory.

## 1. IMPORTANCIA DE INCORPORAR LA TEORÍA FEMINISTA AL MODELO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

Es de interés hacer una revisión de los principios rectores de la Rehabilitación Psicosocial, hija del proceso de reforma psiquiátrica, que conforma en la actualidad un modelo teórico con unos principios que guían unas prácticas específicas y que tiene como fin último la integración en la comunidad de la manera más normalizada y con la mayor calidad de vida posible de las mujeres y hombres con trastorno mental grave.

La revisión de los principios rectores y de las prácticas consecuentes se puede hacer desde diferentes perspectivas. Yo me propongo realizar dicha revisión con perspectiva feminista porque el feminismo es una categoría de análisis social y política de la realidad, con gran influencia cultural, que hace visible lo invisible y crea otra mirada más digna, justa y democrática para todas y todos. El feminismo es “una teoría, un pensamiento y práctica social, política y jurídica que tiene por objetivo hacer evidente y terminar con la situación de opresión que soportan las mujeres y lograr así una sociedad más justa que reconozca y garantice la igualdad plena y efectiva de todos los seres”. (1) De esta manera se visibilizan los procesos y mecanismos por los cuales se mantiene y perpetúa la situación de opresión sobre las mujeres como son la violencia sistemática ejercida sobre ellas, el androcentrismo cultural, los procesos de socialización de género, la educación en el amor, el miedo a la soledad, el control externo sobre el cuerpo estético y sexual...que por un lado explican la situación de subordinación y por otro nos dan algunas claves para la emancipación.

La salud mental comunitaria, tras el proceso de reforma psiquiátrica, se apoyó en la nueva articulación de los servicios, desde lo ambulatorio, apoyándose en un sistema sanitario de carácter universal y bien coordinado con el sistema de servicios sociales. No se trataba de atender a lo meramente clínico, si no que era necesario atender la vulnerabilidad psicosocial asociada a la enfermedad mental grave que en ocasiones y a falta de servicios públicos y universales en algunos países líderes de la reforma como fue EE.UU, dieron cuenta organizaciones sociales y civiles lideradas por mujeres. (2)

Fue necesario entonces crear una red coordinada de servicios, recursos, programas y profesionales formados para potenciar y hacer efectiva lo que Ley promovía, esto es, que las personas pudieran mantenerse y funcionar en la comunidad del modo más integrado posible.

Sin embargo, no se profundizó y abordó como era necesario uno de los fundamentos imprescindibles para que la integración comunitaria sea exitosa. No se contó con la comunidad en su conjunto. No contó con quién iba a empezar a cuidar en

**4. Debe propiciar el desarrollo de pautas de vida lo más normales que sea posible a través del desempeño de roles sociales apropiados a las características de cada persona y de su entorno social concreto.**

La crítica a este principio en relación a las pautas de vida lo más normalizadas posibles no tiene que ver con hábitos saludables y mínimos comportamientos de autocuidado así como normas básicas de comportamiento civil imprescindibles para el mantenimiento de una convivencia y orden social mínimo de respeto y relaciones cordiales entre vecinas y vecinos. Por ejemplo, no puede ser que una persona con un gran déficit en funciones cognitivas superiores y gran desinhibición social tenga una conducta realmente inapropiada, como hacer sus necesidades en la puerta de un establecimiento. Esto no es aceptable para una buena convivencia, ni para la persona que regenta el establecimiento en cuestión y menos para la persona con las dificultades mencionadas, porque es indigno y denigrante para ella. Pensar en todas las consecuencias sociales que tiene el realizar este acto en su autoestima, integración en la comunidad y mirada social es imprescindible. No me estoy refiriendo a esos comportamientos que sí hay que atender para recuperar la dignidad de esa persona. Me refiero a cuestionar los propios juicios de valor de las y los profesionales en base al desempeño “natural” de roles sociales apropiados a las características de cada persona en relación al sexo.

**5. La rehabilitación debe buscar la autonomía e independencia basándose en las capacidades, competencias y sistemas de apoyo y soporte de cada sujeto y de su entorno.**

Este principio es especialmente ambicioso y muy significativo si se consigue en la vida de las mujeres con TMG. El proceso por el que tiene que pasar un hombre y una mujer para alcanzar el máximo nivel de autonomía posible no es el mismo en ambos. En el caso de las mujeres sería recomendable hacer una revisión de sus relatos de vida, para cuestionarse en la medida que ellas quieran y puedan, qué impedimentos han tenido para su desarrollo, previo y posterior al debut de la enfermedad, sus propias capacidades. En base a esta revisión poder generar la autoconfianza y fortaleza necesaria para modificar las dinámicas que afectan tanto al trato hacia sí mismas como al trato con el resto de personas.

**6. Debe ofrecer apoyo durante todo el tiempo que necesite.**

**7. La rehabilitación debe partir del principio de individualización teniendo en cuenta las características únicas de cada individuo y basándose en una evaluación individualizada de sus necesidades que abarque de un modo global todos los aspectos del sujeto y de su entorno.**

Este principio es especialmente relevante por cuanto se traduce directamente en una práctica diaria en Rehabilitación Psicosocial, en cuanto que es parte de un proceso armado y ya sistematizado como es la evaluación inicial y continua que realizamos en los dispositivos. El modo global de todas las personas atendidas, si está especificado en nuestros manuales y guías, no así está explicitado como norma la evaluación de las necesidades específicas de las mujeres. Es imprescindible incluir de manera sistemática en los procedimientos de todos los recursos de atención de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera unas indicaciones técnicas de obligado cumplimiento que giren en torno a las necesidades específicas de las mujeres. Hay una propuesta de protocolos específicos de evaluación que ha de ser aceptada e incluida formalmente como parte de la evaluación y la planificación de la intervención en la práctica de la rehabilitación psicosocial.<sup>(7)</sup>

Estas necesidades específicas tienen que ver con áreas como la historia biográfica y la evolución de la enfermedad. Incluir en el caso de ser mujer las revisiones ginecológicas, embarazo, revisiones obstétricas, climaterio... En el área del afrontamiento personal y social, el abordaje de la sexualidad explorando ideas sexuales erróneas acerca de la sexualidad y relaciones igualitarias, en el área de autonomía básica explorar mandatos de género e ideas irracionales en torno a la administración y manejo del dinero, cooperación en tareas domésticas, cuidado de personas dependientes y en el área familiar explorar posibilidad de existencia de violencia de género.<sup>(8)</sup>

**8. Debe implicar una actitud de esperanza, expectativa positiva sobre el individuo y sobre sus potencialidades de desarrollo y mejora.**

Esta actitud de esperanza es más fácil de lograr con la aplicación de las nuevas estrategias de intervención psicosocial generadas desde el campo de la psicología del aprendizaje, la modificación de conducta, la terapia cognitiva. No es de extrañar que estas terapias funcionen significativamente bien, ya que se aplican sobre personas con historias de aprendizaje diversas, dispuestas a mejorar si se entiende y explica sus conductas actuales, no en base a comportamientos regidos por una psique en mal

funcionamiento mejorada con psicofármacos, si no en base a respuestas aprendidas. Sería interesante valorar cuántas de las etiquetas diagnósticas y síntomas que padecen muchas de las mujeres que atendemos comparten manifestaciones clínicas con el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. La exploración de abusos sexuales en la infancia y experiencias de violencia machista en el ámbito de la pareja o fuera de ella es fundamental ya que es causa o detonante de gran parte del sufrimiento vivido por muchas mujeres que atendemos.<sup>(9)</sup> Es importante incorporar esta perspectiva, entendiendo sus historias de vida con perspectiva de género, entender la sintomatología que pueda estar presentando como una respuesta a la violencia sufrida y entender que la perspectiva diagnóstica puede inducir a un tratamiento erróneo. Al tratar el sufrimiento y la incapacidad funcional desde la evaluación en profundidad y teniendo en cuenta posibles situaciones de violencia vivida pasada y/o presente, visibiliza y modifica con su explicitación la normalización de la violencia.

La actitud de esperanza se puede aplicar a estas personas llamadas nuevos crónicos. Son personas que sin haber estado institucionalizadas previamente durante largos años, parecen usar los recursos asistenciales de manera frecuente, saliendo y entrando de las urgencias como un fenómeno de “puerta giratoria” como dice en el capítulo V del libro “La Reforma

Psiquiátrica” de Manuel Desviat.<sup>(2)</sup>

Podríamos encontrar diferencias en los motivos que hacen ingresar de manera constante a las mujeres y a los hombres, independientemente de su psicopatología de base y qué causas psicosociales están afectando seriamente a su salud para que esto ocurra. Como hemos apuntado antes, la socialización ha pre condicionado a las mujeres a ser más vulnerables y además solo por ser mujeres sufrimos más estrés psicosocial asociado a nuestra condición de género.<sup>(10)</sup>

*9. Debe promover la evaluación de resultados, en ténos de autonomía, mejora de la calidad de vida y satisfacción de usuarios como de la eficacia e impacto de los servicios y programas de rehabilitación. Esta evaluación de resultados ha de ser con datos y estadísticas desagregadas por sexos como así lo hace constar la Ley para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (2007) de en el artículo 20.<sup>(11)</sup>*

Adecuación de las estadísticas y estudios en la que establece que se deberá:

*“Incluir sistemáticamente la variable de sexo en las estadísticas, encuestas y recogida de datos que lleven a cabo “así como “Establecer e incluir en las operaciones estadísticas nuevos indicadores que posibiliten un mejor conocimiento de las diferencias en los valores, roles, situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, su manifestación e interacción en la realidad que se vaya a analizar “*

Me gustaría detenerme en la escala breve de discapacidad de la OMS ( WHO-DAS-I) ampliamente utilizada en nuestros dispositivos y de obligado cumplimiento por parte de las profesionales el rellenarla al inicio de la intervención, todos los años una vez al año, para cada una de las personas que ya están en atención en el centro y al finalizar la atención. Se utiliza para valorar las diferentes áreas del funcionamiento social que están descritas en el mismo que son: higiene y cuidado personal, ocupación, área de familia y hogar y ejecución esperada en el contexto social. Al valorar exclusivamente estas áreas y de la manera en la que propone en el cuestionario, incluyendo por ejemplo las palabras ejecución esperada, está implícita una mirada cultural normativa y no igualitaria. Los diferentes ítems son áreas típicamente desarrolladas en el ámbito femenino, por lo que los criterios que se utilizan para valorar la discapacidad tienen sesgos androcéntricos y los resultados no reflejan la realidad de las mujeres. Así los hombres están “mejor valorados en discapacidad “(puntúan más alto) por lo tanto son considerados como sujetos que necesitan de más atención psicosocial que las mujeres.

Por ejemplo en cuidado personal e higiene, las mujeres estamos especialmente socializadas para ir bien vestidas y cuidar la comida que comemos. Aquí está operando el mandato que recae sobre los cuerpos de las mujeres para su control estético y sexual, por lo tanto, las mujeres puntuarán con menos discapacidad éste área.

En el área de ocupación se refiere a trabajos pagados, estudios y labores del hogar. Un señor que no trabaja ni estudia, es muy probable por socialización, que tampoco se ocupe de su casa, por lo tanto puntuará más alto en esta escala. La mujer aunque ni estudie ni trabaje es probable que haga alguna tarea del hogar mínima, que por socialización le enseñaron bien a realizarla, por lo tanto puntuará menos en esta escala. (Estoy generalizando en base al marco de socialización patriarcal y normalidad esperada en la comunidad.) En el área de familia y hogar somos las reinas, puntuando bajo en discapacidad, porque nos han enseñado que somos las responsables del buen funcionamiento familiar, por lo tanto el desempeño esperado siempre será mejor. Puntuamos menos también en esta escala. Y para terminar, el ítem relacionado con el funcionamiento en el contexto social se refiere a la ejecución esperada. ¿Cómo se espera que funcione una mujer en la participación en actividades de ocio y sociales?

La construcción simbólica de la mujer en la sociedad y por lo tanto la aprendida de manera prioritaria por todas las personas, es la de la mujer poco partícipe de las actividades sociales y de ocio ya que dedica la mayor parte de su tiempo a trabajar para el cuidado de otros.<sup>(10)</sup> Por el contrario ellos ocupan y pueden (ilegítimamente) ocupar más espacios públicos que ellas. Por lo tanto la puntuación estará condicionada según el sexo porque el propio enunciado invita a contestar en base a lo esperado. La puntuación en las mujeres probablemente siempre sea mayor.

Sería interesante contrastar la hipótesis de si los resultados de este cuestionario en términos de grado de discapacidad psicosocial afectan y de qué manera a la atención prestada a hombres y mujeres en los recursos de rehabilitación.

Como conclusión a este apartado y para un mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles, si los procesos de rehabilitación son posibilitadores de adquisición y recuperación de habilidades, es necesaria atender el déficit de funcionamiento con perspectiva de género.

Considero que las y los profesionales estamos obligados a ser críticos con el principio de normalización en los aspectos que no sean acordes con una integración en la sociedad de manera igualitaria, que cumpla los principios de la justicia social y que favorezca la integración y el acceso a los recursos públicos específicos para las mujeres.

**3. LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO. PROPUESTA DE MEJORA DEL MODELO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN 2023.**

Llegadas al año 2023 después de 37 años del inicio de la reforma psiquiátrica es necesario reconocer las aportaciones que se han estado realizando en la última década en entorno al cuestionamiento de las prácticas, metodologías, instrumentos, acciones específicas que se han llevado a cabo, iniciativas cada vez más mayoritarias de creación de grupos de mujeres en los centros, así como estudios de investigación en torno a las derivaciones o aprovechamiento del recurso, todo con perspectiva de género.

Ya desde el 2010, con la publicación de la Guía de atención a mujeres maltratadas con TMG. Instrumento fundamental

para entender, acompañar y guiar a las profesionales en la detección, tratamiento y derivación de mujeres con TMG víctimas de violencia de género.

En 2013 aparecen varios artículos de interés como “Diferencias en el perfil de derivación recibido en los centros de rehabilitación psicosocial en función del género” con autoras y autores como Margarita Rullas Trincado, Sonia Panadero Herrero, Mar Cendoya, y Cristina Nespral. En el mismo año se publica “Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave” por Francisco González Aguado, Juan González Cases, Marisa López Gironés, Daniel Olivares Zarco, Cristina Polo Usaola, Margarita Rullas Trincado. En 2016 se publica “Análisis de la efectividad de los Centros de Rehabilitación Psicosocial, atendiendo específicamente a variables de género.”

Estos son sólo algunos ejemplos del interés de profesionales que en base a la práctica, quieren visibilizar y mostrar en el ámbito académico la necesidad de cambio y revisión manteniendo una continua reciprocidad entre teoría y práctica necesaria para seguir avanzando en conocimiento.

En 2019 se conforma el Grupo de Trabajo de Género de la Red liderado por Marga Rullas, María Amores y Teresa Ruiz a raíz de la ponencia y publicación posterior del trabajo realizado por María Amores para la aplicación de la perspectiva de género en Rehabilitación Psicosocial<sup>(8)</sup> y tras la recogida de información preliminar mediante cuestionario al 80 % de los recursos de la Red.

De los resultados de dicho estudio derivaron los siguientes objetivos de trabajo del Grupo de Género de la Red. En 2023 el grupo sentó mejores bases organizativas y ampliaron las personas que lo conformaban, pudiendo de esta manera ser más sistemáticas y poder llegar mejor a los objetivos propuestos.

De las conclusiones de este estudio preliminar se concluyó que había que mejorar el nivel de formación, había que aumentar el número de acciones de lucha contra la violencia de género, atender mejor la salud de las mujeres con TMG, mejorar el conocimiento y la coordinación con recursos específicos de atención a la mujer y sobre todo mejorar la aplicación transversal de la perspectiva de género en todas y cada una de las intervenciones y programas de rehabilitación psicosocial en los recursos de la Red.<sup>(12)</sup>

Esta transversalidad solo se logrará establecer cuando se critiquen constructivamente y restablezcan los principios esenciales de la rehabilitación psicosocial, en los que al igual que la violencia y desigualdad entre hombres y mujeres son algo sistémico y estructural, estos principios también están impregnados de dicha desigualdad. Por lo tanto sólo atacando la problemática desde la raíz y en sus orígenes será posible el cambio necesario para conseguir la igualdad efectiva entre mujeres y hombres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De las Heras Aguilera, S. Una aproximación a las teorías feministas. Revista de Filosofía, Derecho y Política 2009; (9): 45-82.
2. Desviat, M. La reforma psiquiátrica. 1ª ed. España: La revolución delirante; 2020
3. Escuela ESEN [Internet]. Madrid: Escuela ESEN; 2019 [citado 28 Enero 2024] Disponible en : <https://www.escuelaesen.org/AULAESEN/wp-content/uploads/2019/08/GLOSARIO-BASICO-DEL-CURSO-MALESTARES-4P.pdf>
4. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuaderno técnico 6. Madrid: AEN; 2002.
5. Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. Cuaderno técnico de Servicios Sociales 17. Madrid : B.O.C.M; 2002
6. ONU.OHCHR[Internet] España: ONU; 2019 [citado el 28 Enero 2024] Disponible en : <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPrICAqhKb7yhslxq2MulDp%2FqMKQ6SGOn0%2FM2iqPHauvLINGLuCsnFfZ4vRELH5%2FNh4FYriSa2QosgWlomBNf3l-idy8dmP2sajaD4jyCm5OYfQAamFv1l%2F5o>
7. González Aguado, F. González Cases, J. López Gironés, M<sup>o</sup>L. Polo Usaola, C. Rullas Trincado, M. Guía de atención a mujeres maltratadas con TMG. Madrid: Madrid Salud; 2010.
8. Amores González, M. Incorporación de la perspectiva de género a la rehabilitación psicosocial. Boletín de la AMRP. 2019;(32):6-17.
9. González Aguado, F. González Cases, J.C. López-Gironés, M<sup>o</sup>L. Olivares Zarco, D. Polo Usaola, C. Rullas Trincado, M. Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave. Norte de Salud Mental. 2013;11(45):23-32.
10. Muruaga López de Guereñu, S. Pascual Pastor, P. La salud mental de las mujeres: La Psicoterapia de Equidad Feminista. Reedición. Madrid: Asociación de Mujeres para la Salud; 2019.
11. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de Marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
12. Amores González, M. Ruiz Jiménez, M<sup>o</sup>T. Rullas Trincado, M. Análisis de la implantación de la perspectiva de género en los recursos de la red de atención social de personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid. Boletín AMRP. 2022;(39):4-19.

# FORMACIÓN A PERSONAS CON UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE COMO AGENTES DE APOYO MUTUO. UNA EXPERIENCIA PRÁCTICA

TRAINING FOR PEOPLE WITH A DIAGNOSIS OF SERIOUS MENTAL ILLNESS AS  
PEER TO PEER SUPPORTER. A HANDS-ON EXPERIENCE

Autora:

Eva Morales Ateca.

Licenciada en Pedagogía. Técnica de Calidad, Gestión del Conocimiento y la Innovación.

Institución: Argia Fundazioa, Trinidad 11, Algorta, Bizkaia.



BERRINTASUN, JUSTIZIA  
ETA GIZARRE POLITIKETAKO SAIALA  
DEPARTAMENTO DE IGUALDAD,  
JUSTICIA Y POLÍTICAS SOCIALES

## RESUMEN

*El apoyo entre iguales en personas con enfermedad mental grave es entre otros factores, un impulsor en el proceso de recuperación, por eso queremos garantizar que este tipo de acompañamiento puede darse en nuestros recursos de una manera segura que garantice las competencias de las personas y no genere daño. Para ello hemos desarrollado un proceso de capacitación que facilita la adquisición de competencias para el acompañamiento entre pares, a través de una propuesta en la que las participantes reconstruyen una identidad en positivo más allá de la enfermedad y asumen nuevos roles significativos.*

*Un equipo mixto de profesionales y personas usuarias, trabajan de manera iterativa y mejoran la propuesta de curso hasta dar con una estructura definitiva. Después de cuatro ediciones y un total de 60 participantes, podemos decir que nuestra propuesta de curso es válida para la capacitación de las personas como Agentes de Apoyo Mutuo y que, además, se lleva a cabo con altos niveles de satisfacción en todas las partes. Coincidimos con otras experiencias similares llevadas a cabo en otras asociaciones, si bien aportamos un valor diferencial en la participación de las personas usuarias en todas las fases del proyecto.*

**Palabras clave:** *sapoyo mutuo, salud mental, recuperación, calidad de vida.*

## ABSTRACT

*Peer support in people with severe mental illness is, among other factors, a driver in the recovery process, so we want to ensure that this type of accompaniment can be given in our resources in a safe way that guarantees people's skills and does not generate harm. For this, we have developed a training process that facilitates the acquisition of skills for peer accompaniment, through a proposal in which participants reconstruct a positive identity beyond the disease and assume new significant roles. A mixed team of professionals and users work iteratively and improve the course proposal until they find a definitive structure. After four editions and a total of 60 participants, we can say that our course proposal is valid for the training of people as Peer Supporter Agent and that, in addition, it is carried out with high levels of satisfaction. We share similar experiences with other associations, although we provide a differential value to the participants because of their participation in all phases of the project.*

**Keywords:** *peer to peer, mental health, recovery, quality of life.*

## INTRODUCCIÓN

En Argia Fundazioa tenemos la misión de acompañar a las personas con enfermedad mental grave y su entorno afectivo a mejorar su calidad de vida. Orientados a la mejora continua y a ofrecer apoyos diversos y de calidad que garanticen un acompañamiento integral a estas personas para el logro de sus objetivos, iniciamos un camino para el desarrollo del apoyo entre iguales en la entidad.

Entendemos a la persona como un sistema dinámico, con dimensiones interdependientes (biológica, psicológica y social), viéndose todas ellas influenciadas y afectadas entre sí. Esto, hace suponer que la salud no depende exclusivamente del individuo, sino también del contexto en el que se desarrolla y las relaciones que establece. Cuidar de la salud, por tanto, engloba atender a la persona y sus particularidades (biología, psicología), y a su contexto y entorno vital (social).

Nuestra experiencia nos permite observar, que un diagnóstico relacionado con la salud mental supone un gran impacto en las personas y en su percepción sobre la calidad de vida, afectando a su funcionamiento en los diferentes ámbitos vitales (bio-psico-social). La OMS en la clasificación internacional de funcionamiento (CIF) propone una descripción de la salud en términos de funcionamiento en estos ámbitos y define la discapacidad como "aquella restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano"<sup>1</sup>. En este contexto, las personas con cualquier tipo de discapacidad necesitan apoyos que estén adaptados al ámbito vital afectado y a la necesidad individual percibida.

Los nuevos modelos de abordaje en salud mental, el Modelo de Calidad de Vida y el Modelo de Recuperación, proponen un mayor protagonismo de las personas que modelos anteriores (rehabilitación psicosocial), pasando de ser sujetos pasivos que reciben servicios, a protagonistas de su proceso de recuperación. El Modelo de Calidad de Vida, de Schalock y Verdugo, posibilita una mirada holística e integral, entendiendo la calidad de vida como multidimensional y con los mismos componentes para todas las personas, y que mejora con la autodeterminación, la pertenencia y un proyecto vital.

<sup>1</sup>Clasificación Internacional de Funcionamiento, Organización Mundial de la Salud.

(Brown et al., 2004; Schalock et al., 2007). A través de este proyecto vital, y basándose en sus propios recursos y fortalezas, las personas pueden reconstruir una identidad en positivo más allá de un diagnóstico de enfermedad. Tanto la CIF como los modelos de Calidad de Vida y Recuperación, ponen en el centro a la persona como eje vertebrador de los apoyos que recibe. Entienden que "la recuperación es un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona (Anthony, 1993). El proceso de recuperación, además, no es un proceso lineal, pudiendo darse recaídas o empeoramiento del bienestar de las personas a lo largo del tiempo. En estos momentos de crisis y a lo largo del todo el proceso, la familia y otros allegados y el apoyo entre iguales, son cruciales para la recuperación<sup>2</sup>.

En Argia Fundazioa orientamos nuestra actividad a ofrecer apoyos significativos en todas las dimensiones de la calidad de vida, para que las personas a las que acompañamos puedan desarrollar un proyecto vital en los términos deseados. En el 2016, alineado con este objetivo, desarrollamos un programa piloto al que llamamos "Alehop"<sup>3</sup>. Planteamos este grupo como un espacio de reflexión y formación, donde cada miembro recorre un camino consistente en identificar la enfermedad mental como una experiencia central pero no única, en el conjunto de la propia vida, y elabora un discurso que le permite contarse a sí mismo y posicionarse ante el estigma social. Una de las participantes, B.V., tras realizar este camino, descubre una parte vocacional en sí misma para apoyar a otras personas en su propio proceso de recuperación. Recuerda su "debut" en salud mental, como un momento de soledad y aislamiento donde habría sido de gran ayuda, tener el acompañamiento de otra persona que hubiera pasado por una experiencia similar. Como entidad especializada en el acompañamiento a estas personas, necesitamos asegurar que este apoyo entre iguales no genera daño y se realiza dentro de un marco de seguridad para las personas usuarias que lo desarrollen.

Conocemos, además, experiencias de desarrollo exitoso del apoyo entre iguales en la Fundación Intrás de Valladolid, la asociación Obertament de Cataluña y la Asociación En primera persona de Andalucía, donde la formación y la posterior creación de un programa, supone una aportación de valor para todas las implicadas.

En este contexto tanto interno como externo, en el que identificamos una inquietud e interés crecientes hacia el apoyo entre iguales, decidimos iniciar un camino que nos permita desarrollar una propuesta formativa pionera en nuestro territorio, con un doble objetivo. De una parte, introducir el apoyo mutuo en nuestros servicios garantizando las competencias necesarias y de otra, posibilitar a las personas interesadas una oportunidad de desarrollar su proyecto vital y avanzar en su recuperación, a través de una capacitación accesible y adaptada a sus necesidades, y que, además, no genere daño.

## METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para este trabajo, constituimos un equipo mixto de profesionales y personas usuarias de Argia, que, con diferentes roles, diseña, ejecuta y evalúa esta propuesta formativa en un proceso iterativo, en un total de cuatro ocasiones. A lo largo de cada una de las ediciones, el equipo va ajustando los diferentes elementos del curso: programación, contenidos y dinámicas de trabajo, y definiendo la sistemática de trabajo del equipo, hasta llegar a una propuesta final.

### Fases de desarrollo de nuestra propuesta formativa

#### DISEÑO: identificación de la necesidad y elaboración de una propuesta metodológica

Como punto de partida, realizamos nuestra propia adaptación del manual Peer2Peer de la Scottish Recovery Network, programa que "permite que aquellas personas que han superado problemas de salud mental se conviertan en agentes de apoyo para quienes están pasando por una situación similar"<sup>4</sup>. Incorporamos, además, un componente competencial basándonos en la propuesta que Ricoeur hace en relación a la identidad y las capacidades del ser humano<sup>5</sup>.

Nuestro público objetivo son las personas con discapacidad y/o en situación de vulnerabilidad por riesgo de exclusión social, por lo que necesitamos ofrecer una propuesta de formación accesible y participativa, que propicie el desarrollo progresivo de habilidades y que respete el ritmo individual de todas las personas. Identificamos que no todas las personas de Argia potencialmente interesadas en realizar el curso, han elaborado un relato de su historia vital contado desde la recuperación. Para poder facilitar su participación, decidimos readaptar nuestro programa Alehop e introducirlo como punto de partida en el proceso de aprendizaje, favoreciendo un cambio de mirada en positivo hacia la experiencia vital propia.

Diseñamos un itinerario formativo progresivo que va desde la toma de conciencia personal, a la relación y acompañamiento a otras, definiendo los siguientes objetivos:

- Que las personas usuarias que participen no sufran daño y reconstruyan su identidad desde una mirada positiva a la experiencia en salud mental poniendo en valor sus recursos y fortalezas, más allá de un diagnóstico.
- Y, además, adquieran las competencias para poder acompañar a otras personas en la mejora de su bienestar, transmitiendo esperanza y siendo ejemplo de recuperación, dentro de los marcos teóricos de la entidad.

<sup>2</sup>Hacer de la recuperación una realidad, Servicio andaluz de salud. 2008

<sup>3</sup>Adaptación del Programa HOP (Honest, Open, Proud Program)

<sup>4</sup>Peer2Peer Curso de formación profesional. Fundación Intrás.

<sup>5</sup>Citado por Feito, L. en "vulnerabilidad"

Orientamos los elementos estructurales del curso a estos objetivos y definimos una programación con 15 sesiones de 4 horas de duración con un descanso intermedio que facilite el establecimiento de relaciones personales y contribuya a la cohesión del grupo. La estructuración de los contenidos queda distribuida en tres bloques o módulos de aprendizaje: Autoconocimiento, Recuperación y Apoyo Mutuo y Competencias, que les permite recorrer un camino desde la toma de conciencia personal al desarrollo de habilidades de comunicación y relación con otras basadas en la responsabilidad compartida y el cuidado de la relación.

El equipo diseña una metodología de trabajo en las sesiones, basada en la facilitación de dinámicas participativas que utilizan diferentes registros (verbal, emocional, corporal) para asegurar la comprensión, motivación y adherencia al curso de las participantes. Estas dinámicas siempre siguen un mismo orden: acogida de las participantes en la sesión, debate grupal facilitado para la presentación de los contenidos teóricos, trabajo en grupos para la profundización teórica y dinámicas corporales que ayuden a integrar los contenidos desde un registro vivencial. Por último, cierran la sesión con una dinámica de identificación de aprendizajes. Proponemos un cuaderno de bitácora individual para que realicen ejercicios de reflexión tras cada sesión, y planteamos la posibilidad de entregarlo al final del curso como evidencia de aprovechamiento.

Para asegurar que el curso responde a las necesidades individuales y grupales y garantizar un contexto de aprendizaje y colaboración, destinamos tres sesiones a la valoración grupal. En la primera sesión, realizamos una alianza del grupo, identificando necesidades y expectativas y establecemos compromisos grupales en los que sustentar el proceso de trabajo. Realizamos una evaluación intermedia, revisando estos acuerdos e identificando posibles áreas de mejora. Por último, en la evaluación final valoramos la satisfacción y recogemos propuestas de mejora para siguientes ediciones.

Creamos una sistemática de trabajo del equipo mixto, donde gana en cohesión y mejora su rendimiento. En las sesiones de trabajo, facilitadas por la coordinadora - dinamizadora, el equipo acuerda un lenguaje común (contenido teórico), una propuesta de sesión (dinámicas, coordinación) y atribuye y clarifica las responsabilidades de todas las integrantes, estableciendo los compromisos individuales con el equipo.

Por último, diseñamos la iteración en la que revisamos la estructura, los contenidos y las dinámicas, introduciendo un trabajo de rediseño de manera previa a cada edición.

#### EJECUCIÓN: Contraste de la propuesta en la práctica

Después de cuatro ediciones, hemos tenido un total de 60 participantes, de las cuáles, 45 son personas usuarias de Argia y 15 de otras asociaciones. De las que pertenecen a nuestros recursos, están en activo 20 agentes que realizan acompañamientos acordados dentro de la organización. El resto de las alumnas que han pasado por el curso, deciden no ejercer como agentes por diferentes motivos, valorando sin embargo que el curso les ha aportado una mejora en su bienestar.

A lo largo de todas las ediciones, identificamos que, si bien nuestra propuesta es adecuada para el logro de los objetivos planteados y responde a las necesidades de todas las agentes involucradas, necesitamos reajustar sistemáticamente los diferentes elementos estructurales del curso para maximizar el aprendizaje y la satisfacción de todas las partes.

- En una primera edición, revisamos la programación (duración y distribución de las sesiones) como elemento esencial para el aprovechamiento del curso y la modificamos hasta en tres ocasiones para identificar una estructura adecuada que mejore la adherencia.
- En la segunda edición, adecuamos los contenidos (idoneidad e intensidad), haciendo una redistribución y cambiando el peso otorgado a cada uno de los bloques. Llegamos al diseño definitivo en la tercera edición.
- En la tercera edición, rediseñamos la propuesta de dinámicas y aumentamos las que son visuales (videos, cinefórum) y los role-playing y ponemos en valor el espacio de dinámicas corporales. Definimos, además, una estructura de equipo y un proceso de trabajo que facilite la satisfacción y el desempeño tanto de las profesionales como de las agentes.
- En la última edición, validamos una propuesta definitiva, habiendo revisado y actualizado todos los elementos de la misma.

La experiencia práctica nos permite identificar unas condiciones de satisfacción mínimas en cada uno de los elementos para el logro de los objetivos. En la programación, encontramos que la duración de las sesiones debe ser de un máximo de tres horas con un descanso de 20 minutos. Las características del espacio y el ambiente, es un factor que, si bien no es determinante, incrementa la aportación de valor a las participantes.

En cuanto a los contenidos, aunque el bloque inicial de autoconocimiento resulta intenso para algunas personas, constatamos que la elaboración de un relato en primera persona basado en la recuperación es parte esencial de nuestra propuesta. Además, estas primeras sesiones sirven de filtro para las participantes, pudiendo abandonar el curso si no responde al momento vital o a sus intereses personales. Por otra parte, las sesiones de competencias son clave y decidimos trabajarlas en profundidad, especialmente las habilidades comunicativas y los límites de la relación de apoyo mutuo.

En cuanto a las dinámicas, damos por válida la facilitación como herramienta de trabajo del equipo y las dinámicas participativas como factor crítico de éxito. Las propuestas visuales facilitan el aprendizaje y son útiles para la generación de contexto e introducción al tema. Las propuestas corporales o experienciales generan un aprendizaje significativo en las participantes, además de facilitar el establecimiento de relaciones de mayor confianza. Las utilizamos al final de las sesiones con el objetivo de reforzar los aprendizajes. Finalmente, descartamos el cuaderno de bitácora, por considerar tras la

primera edición, que suponía un esfuerzo extra para las alumnas. Introducimos en cambio, una pregunta para la reflexión individual al final de cada sesión, con la que iniciamos la siguiente. Esta dinámica nos permite identificar posibles dudas en cuanto a los contenidos trabajados y dar un sentido de continuidad a todas las sesiones.

La estructura del equipo de trabajo se diseña para garantizar la presencia de una agente de apoyo mutuo-facilitadora en todas las sesiones. Las profesionales asumen la responsabilidad de desarrollar la sesión y orientar al grupo al logro de los objetivos y las agentes, de aportar la experiencia práctica. Durante la ejecución, se reúnen de manera previa a la sesión para revisar el objetivo y acordar un funcionamiento común. En una última fase de evaluación, identificamos posibles disfuncionalidades y planteamos mejoras, que son el inicio de una fase de rediseño previa a cualquier edición, en la que creamos la nueva propuesta y renovamos los compromisos del equipo.

De manera paralela a la ejecución del curso y a lo largo de todas las ediciones, vamos introduciendo la figura de Agente de Apoyo Mutuo en Argia ofreciendo el apoyo entre iguales a las personas usuarias dentro de la entidad. Creamos un equipo de agentes, donde acompañadas por una facilitadora, ponen en común su práctica e identifican necesidades en el desempeño de esta figura. Además, en cuatro sesiones anuales, reciclan sus conocimientos planificando "píldoras formativas" grupales de dos horas de duración.

Para facilitar el trabajo de las Agentes, definimos un guion de conversación para el establecimiento de las relaciones de apoyo, que garantice el acuerdo de todas las partes y reduzca los malentendidos. Ponemos en práctica esta sistemática de trabajo y la validamos en nuestros recursos.

#### CONCLUSIONES: qué resultados hemos obtenido

Las participantes, identifican el curso como una oportunidad de crecimiento y desarrollo personal que les ayuda a avanzar en su proceso de recuperación ("me siento mejor conmigo misma" "me ha cambiado la vida" "Me voy más feliz"; "Me llevo esperanza: pienso que si yo hubiera tenido la oportunidad de que alguien me acompañara así, me habría venido muy bien"). Estos resultados coinciden con nuestra hipótesis de que el planteamiento del curso facilita el desarrollo de una identidad en positivo de las participantes alejada de estereotipos y estigmas asociados a un diagnóstico de enfermedad mental grave, produciéndose un cambio de mirada a la experiencia vital propia ("me llevo un cambio de idea").

Así mismo, valoran que la metodología de trabajo utilizada les ha facilitado el proceso de aprendizaje ("ha sido fácil entender los contenidos", "lo que más me ha gustado han sido los videos", "el temario, se tratan muchas cosas importantes", "poder tener muchos puntos de vista diferentes: facilitadores, agentes, compañeras"), por lo que concluimos que la estructura y proceso de trabajo desarrollado, cumple con nuestra expectativa de ofrecer una propuesta accesible.

Observamos, además, que el trabajo grupal facilita el establecimiento de relaciones significativas aportando bienestar emocional y favoreciendo la ampliación de la red de apoyo. Tras cada edición, hay personas que mantienen la relación una vez finalizada la formación.

Por último, identificamos unos requisitos metodológicos para el equipo de trabajo. Como facilitadoras, es esencial el desarrollo de las competencias específicas, teniendo la capacidad de ejecutar dinámicas grupales, entendiendo las dinámicas relacionales que se generan en el grupo. Consideramos la configuración del equipo una aportación de valor clave. Para las propias agentes, es una oportunidad de ejercer un rol significativo, que originalmente sólo se ofrecía a las profesionales. Para las participantes, la oportunidad de conocer en primera persona el saber hacer de personas con un recorrido en el apoyo entre iguales, así como los beneficios y dificultades que han ido encontrando en su desempeño. Además, contar con su presencia hace la propuesta más accesible y cercana, ya que las alumnas pueden sentirse más identificadas con las agentes que con las profesionales. Sus iguales son ejemplo de que la recuperación y la capacitación son posibles.

Concluimos que esta experiencia formativa responde a nuestras expectativas iniciales de garantizar las competencias de las Agentes para introducir esta figura en nuestra actividad, y lo que es más importante, ofrece la oportunidad a personas con un diagnóstico en salud mental, de avanzar en su proceso de recuperación y mejorar su calidad de vida a través del establecimiento de relaciones de apoyo mutuo.

#### DISCUSIÓN

A la vista de los resultados y comparando con otras experiencias similares, como la propuesta de Rebeca Zabaleta, "Acompañame"<sup>6</sup> en la asociación Avanzada de Navarra, o el curso impartido por la Fundación Intras de Valladolid, observamos que todas las propuestas cumplen con la expectativa de capacitar a las personas usuarias como agentes de apoyo mutuo, siendo una oportunidad de desarrollo personal y avance en el proceso de recuperación.

Observamos que, en todas las iniciativas de formación de agentes de apoyo mutuo, se utilizan dinámicas de trabajo en las sesiones que facilitan la puesta en práctica de los conocimientos y las habilidades adquiridas por parte de las asistentes (dinámicas grupales participativas). Teniendo todas las propuestas una duración similar (12 - 15 sesiones) existe la petición de ampliar la formación, tanto en el caso de "Acompañame"<sup>6</sup> como en Argia Fundazioa, sin embargo, damos a esta circunstancia una respuesta diferente. En el caso de la propuesta de Rebeca Zabaleta y la Universidad de Burgos, crean un Curso Experto, con reconocimiento oficial y que se desarrolla en dicha universidad. En nuestro caso, y adaptada a la

<sup>6</sup>Zabaleta, R.

realidad de nuestros recursos, creamos el equipo de Agentes de Argia.

En el caso de los resultados de satisfacción y aprendizaje de las participantes, obtenemos un alto porcentaje en todos los casos, si bien es cierto, que en estos desarrollos (Acompañame, Curso Experto) utilizan escalas y test específicos para medir la evolución y el aprovechamiento del curso, y en nuestro caso es un resultado de percepción.

Tras la formación y en cuanto a la incorporación de las Agentes de Apoyo Mutuo a la práctica en el día a día de los recursos, encontramos, tanto en Avánvida como en Argia, un problema con los límites de la relación de apoyo mutuo, lo que nos lleva en nuestro caso a introducir una sesión específica para abordar este tema durante el curso y ofrecer apoyo continuado dentro del equipo de Agentes. Identificamos que definir el objetivo del acompañamiento de manera clara y compartida entre el/la agente y la persona que recibe el apoyo, es clave para la relación.

A futuro, nuestro reto es seguir buscando colaboradores y financiadores que nos permitan seguir ofreciendo esta formación. En cuanto al contenido, queremos introducir la sistemática de trabajo para el establecimiento de relaciones de apoyo como parte de la formación y clarificar los límites de la relación de apoyo entre iguales, mejorando la experiencia y orientándola a los resultados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF: versión abreviada. 2001 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43360>
2. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Hacer de la recuperación una realidad. Servicio Andaluz de salud; 2008. <http://feafes.org/publicaciones/Hacer-recuperacionrealidad.pdf>
3. Scior K, Rüsç N, White C, Corrigan PW. Supporting mental health disclosure decisions: the honest, open, proud programme. *The British Journal of Psychiatry*. 2020 May;216(5):243-5. <https://acortar.link/yEYqPS>
4. Fundación Intras. Peer 2 Peer, Curso de Formación profesional. 2015. Materiales Formativos (intras.es.)
5. Feito L. Vulnerability. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2007 [citado 2023 Oct 02]; 30(Suppl 3): 07-22. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=es).
6. Zabaleta González, Rebeca, Lezcano Barbero, Fernando, & Perea Bartolomé, María Victoria. Programas de formación para el apoyo entre iguales en salud mental en España. 2021 *Interdisciplinaria*, 38(2), 183-198. <https://dx.doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.12>

# TRANSFORMANDO REALIDADES: EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE APOYO MUTUO COMO SOSTÉN Y FUENTE DE BIENESTAR

TRANSFORMING REALITIES: EXPERIENCE OF A MUTUAL  
SUPPORT GROUP AS A SUPPORT AND SOURCE OF WELL-BEING

Autores:

**Nuria Primitiva García Fernández.**

Psicóloga Sanitaria, experta en intervenciones sistémicas y/o terapia familiar y de pareja.

**José David Sánchez Espín.**

Psicólogo Sanitario, especialista en Terapia Gestalt.



de toma de decisiones activo y consciente. Esta postura, dentro del CD ISOL, implica aceptar que la persona, dadas sus circunstancias y trayectoria vital, se va a encontrar con obstáculos y elecciones que le mantengan en consumo activo en distintos momentos del tratamiento.

Cuando se habla de herramientas de cambio, es habitual centrarse en la promoción de la autonomía, en el bienestar físico y psicológico, en la implicación familiar y el fortalecimiento de su apoyo, en la reinserción socio laboral, etc. Y generalmente se pasa por alto el protagonismo que pueda llegar a tener la amistad para algunas personas, siendo esta una parte importante de las relaciones humanas, por ello creemos que debería estar en la misma consideración que el resto de herramientas.

La tendencia es proteger a los pacientes prohibiendo o prescribiendo abstenerse de relaciones sociales que los profesionales suponen puedan conducir al consumo, ya sean previas al tratamiento o vínculos que se crean entre pacientes, con la intención de evitar dichos consumos y recaídas. Se trabaja día a día para adquirir hábitos y habilidades sociales saludables, pero paradójicamente, no disponen de alternativas “saludables” al alcance y, además, siguiendo la tendencia previamente referida les son desaconsejadas las relaciones con compañeros/as del centro, se les conduce a escoger la soledad y esto dificulta o impide que puedan poner estas habilidades en práctica y desarrollarlas. Nos preguntamos cómo podríamos ayudar realmente a una persona del perfil mencionado a recuperarse cuando prescribimos como única alternativa a sus relaciones sociales actuales, aquellas con personas sin adicciones, personas que quizá ni conozcan o se hallen fuera de su alcance en el presente. Una vez más, intentamos poner en valor el tratamiento basado en el modelo centrado en la persona.

Acompañándoles en su proceso terapéutico, hemos observado que gran parte de su mejoría y adherencia al tratamiento está ligada a los vínculos libres del estigma social que establecen en el centro, tanto con el equipo de profesionales como con compañeros/as. Es con estos últimos con quienes desarrollan vínculos horizontales y de apoyo mutuo.

Estas relaciones entre pares, así como el riesgo de que consuman juntos, existen haya prohibición o no, así como la posibilidad de que no suceda. Desde nuestro punto de vista, permitiendo e incluso alentando la creación de estos vínculos conseguimos que haya honestidad en la relación terapeuta-paciente, forjando así un clima de confianza donde se entiende que la recaída puede ser parte del proceso de recuperación y que tanto el equipo, como los compañeros/as seguirán apoyando al paciente durante su proceso.

#### EXPOSICIÓN DEL CASO

Surge así, por nuestra parte, la idea y la propuesta de formar pequeños grupos de apoyo mutuo y participación en la comunidad, donde un miembro del equipo profesional y cuatro o cinco personas, puedan realizar actividades de ocio de su elección y fuera del entorno del centro. Para ilustrar esta experiencia, hemos recogido los testimonios de primera mano de los cuatro participantes actuales y del profesional facilitador del grupo pionero en este centro, autodenominados “Los Piojos”. Para proteger su privacidad les llamaremos en adelante Valentín, Antonio, Jesús y Roberto. Cabe mencionar que, en el pasado, dos personas más formaron parte del grupo, pero por distintos motivos solicitaron el alta en el recurso y, aunque no forman ya parte de las actividades grupales que se realizan, sí que mantienen el contacto con sus antiguos compañeros.

Hemos decidido otorgarles a estos cuatro pacientes el máximo protagonismo a la hora de transmitir lo que este grupo ha supuesto para ellos y que puedan de este modo explicar los cambios que se han producido en sus vidas. Para ello redactamos una entrevista, que se realizó individualmente a cada uno de los cuatro miembros actuales de este grupo. A continuación, expondremos las preguntas y respuestas que nos han parecido más significativas:

**Pregunta:** ¿Cómo empezó este grupo? ¿Y por qué?

**Respuesta:** “No teníamos relaciones sociales, estábamos aburridos y fue una manera de coger intimidad con los compañeros del centro” (Valentín).

“Para relacionarme con gente sana, hacer algo distinto, romper con la monotonía y salir a la calle sin fumar porros. Es otra manera de ver el mundo” (Antonio).

“Me propusieron entrar en el grupo... para salir de casa y relacionarme con otras personas” (Jesús).

**P:** ¿Por qué decidisteis llamar así al grupo?

**R:** “La idea se me ocurrió a mí (entre risas), me gusta el nombre “la banda de los piojos”, es gracioso”. (Valentín)

**P:** ¿Qué significa participar en este grupo para ti?

**R:** “Es una forma terapéutica de salir de mi aislamiento, me siento realizado” (Roberto).

“Me hace sentirme bien, así salgo de casa porque durante el fin de semana no salgo” (Jesús).

#### RESUMEN

*Desde el equipo profesional del Centro de Día de Conductas Adictivas “ISOL” de la Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial, nos replanteamos el modelo de actuación en el proceso de recuperación de las personas que asisten al recurso y las herramientas que se emplean para fomentar el desarrollo de redes de apoyo social entre pares. Presentamos un caso piloto y exponemos los testimonios de las personas que participan en este grupo, además de las observaciones que hemos podido realizar a lo largo del proceso.*

**Palabras clave:** *Patología dual, recuperación, aislamiento, modelo centrado en la persona, herramientas de cambio, amistad, proteger, vínculos, recaídas, acompañar, apoyo mutuo, fortaleza y responsabilidad.*

#### ABSTRACT

*Centro de Día de Conductas Adictivas ISOL's professional team, belonging to Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial, rethinks the current model of action in recovery processes of people who attend the resource, as well as the tools that are being used to promote development of social support networks among peers. We present a pilot case and expose the testimonies of participants in this group, in addition to the observations that we have been able to reach through the process.*

**Keywords:** *Dual disorder, recovery, isolation, person-centered model, tools for change, friendship, protecting, bonds, relapses, accompanying, mutual support, strength and responsibility.*

#### INTRODUCCIÓN

La Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial, es una asociación de profesionales del campo de la Salud Mental de la Región de Murcia, que pretende mediante el desarrollo de su actividad, organizar y gestionar programas que presten servicios para el desarrollo de proyectos de vida inclusivos: inserción sociolaboral, capacitación laboral, acompañamiento terapéutico y programas de rehabilitación y ocio para personas con trastorno mental grave y/o adicciones.

La experiencia que queremos presentar se encuadra dentro de uno de los proyectos de esta entidad, el Centro de Día de Conductas Adictivas ISOL (en adelante CD ISOL), cuya actividad se desarrolla en el municipio de Molina de Segura. El CD ISOL es un recurso específico de asistencia sanitaria ambulatoria en régimen abierto, que cuenta con 45 plazas concertadas por el Servicio Murciano de Salud, destinado a atender a las personas con problemas de adicciones o patología dual con dificultades en su funcionamiento, cuya misión es favorecer su rehabilitación, recuperación e inclusión social.

#### JUSTIFICACIÓN

Desde el CD ISOL detectamos que, en el proceso de recuperación y deshabituación, uno de los principales obstáculos que surgen es la soledad. Estas personas, a menudo, se ven en el dilema de tomar la decisión de apartarse de su círculo social habitual porque este suele ser de consumo, otras veces esta iniciativa viene prescrita por los profesionales, pudiendo llevar eso en ambos casos al aislamiento.

En adelante, haremos referencia a un grupo de personas que, desde nuestra práctica diaria observamos, pueden verse afectadas en mayor medida por lo expuesto anteriormente. Principalmente se trata de varones de entre 45 y 60 años, con poco o nulo apoyo familiar y social, limitados recursos económicos, una trayectoria prolongada de consumo y patología dual.

En el CD ISOL se trabaja desde el modelo centrado en la persona, donde es el paciente quien decide, según sus necesidades, los objetivos del tratamiento. El papel del equipo es acompañar en las decisiones que toman libremente, así como explorar las dificultades y capacidades de cada persona, promoviendo así un proceso

“Es un desahogo muy grande, siempre espero a que sea viernes y nos reunamos. Me ayuda a salir de la rutina y del alcohol. Me siento parte de algo” (Valentín).

“Me hace sentirme bien, tengo relaciones más allegadas” (Antonio).

P: ¿Qué te aporta? ¿Qué has aprendido?

R: “He aprendido a convivir, a salir y relacionarme sin sustancias de por medio. También me llevo la amistad de Roberto, que a día de hoy es posiblemente mi mejor amigo” (Valentín).

“He aprendido a tolerar a las personas con sus defectos y sus virtudes, quizá sea yo quien más defectos tenga y si quiero que me acepten debo aceptar a los demás” (Roberto).

“Mucha tranquilidad y la ayuda que me aportan mis compañeros. Aunque hayamos estado en la droga, nos aconsejamos para no volver a las andadas. Estoy aprendiendo a vivir. Antes me encerraba más, aún lo hago, vivo encerrado en mi habitación y solo salgo a coger la comida. Con este grupo puedo salir y relacionarme” (Antonio).

“He aprendido a relacionarme, a hablar las cosas que me pasan” (Jesús).

P: ¿Qué actividades hacéis habitualmente?

R: “Las cartas es lo nuestro. También hemos hecho cosas como ir a los baños de Mula, una comida de navidad y una salida a la tetería de Crevillente. Me gustaría ir al cine” (Valentín).

“Salimos a un sitio concertado, que elije quien gana el día anterior. Habitualmente tomamos un café, jugamos a las cartas, a veces discutimos porque hay algún tramposo, pero pasamos un buen rato” (Roberto).

P: ¿Qué tiene de distinto a otros grupos sociales en los que has participado?

R: “Nunca he formado parte de un grupo antes” (Jesús).

“Hay compañerismo y amistad, sin interés de por medio” (Valentín).

“Antes solo me relacionaba con mala gente, ahora estoy con gente más sana. También nos reunimos los fines de semana, pero no es lo mismo que con un terapeuta que nos oriente, aunque ya somos grandes... creo que nos ayuda a no beber alcohol ni drogas. Además, os tengo mucho afecto” (Roberto).

P: ¿Ha cambiado tu manera de relacionarte socialmente? ¿Cómo?

R: “Me ha cambiado la vida entera, mi forma de ser. Yo antes siempre estaba de mal humor y ya no” (Antonio).

“Me doy cuenta de que se puede uno relacionar sin alcohol ni drogas también” (Valentín).

“Sí, me he abierto más” (Jesús).

“Me he ido dando cuenta de que mis pensamientos, frustraciones y rechazo ante ciertas situaciones eran problemas míos interiores y los ponía encima de la gente. Ahora soy más abierto y sociable, tengo menos paranoias. Me estáis reeducando” (Roberto).

P: ¿Qué te gustaría contarme sobre el grupo?

R: “Que somos uno” (Valentín).

“Estoy muy contento con el funcionamiento del grupo” (Roberto).

“Hicimos una comida de navidad y fue el mejor día en años, siempre estoy esperando al viernes para hacer la salida” (Jesús).

“Lo que te he dicho es lo que siento del grupo. He creado intimidad y afecto con Valentín, Roberto y Jesús. También me acuerdo de Teodoro (antiguo miembro), me gustaría verle” (Antonio).

## OBSERVACIONES FINALES

Para mí, como profesional que acompaña a este grupo semanalmente, esta actividad se ha convertido en una manera distinta, novedosa y también muy humana de conocerles. A través del elemento comunitario que es la calle, algo cotidiano en el día a día de cualquier persona, he podido observar otros aspectos de estas personas y también estrechar los vínculos con ellos.

Cuando el grupo comenzó, era otro profesional quien acompañaba al grupo en las salidas, y fue hace algo

más de un año que yo tomé el relevo. Tras ese cambio decidimos todos juntos a modo de asamblea preservar las dinámicas, los acuerdos y las normas no escritas que ya existían, en definitiva, la cultura y la identidad de este grupo.

La primera de estas normas, en palabras de ellos “norma sagrada”, es que el consumo o la presencia de sustancias estupefacientes queda fuera de este grupo, por la propia idiosincrasia del recurso en que nos hallamos y como punto de partida debido a la dificultad que aquí les ha traído. A todos les pareció apropiado y estuvieron de acuerdo en que era algo que les iba a proteger y enseñar, a la vez que un cambio de paradigma social. Los resultados de esto emanan de sus propias palabras, han descubierto que pueden relacionarse, crear vínculos y disfrutar con otros sin sustancias de por medio, al menos ahora conocen que existen alternativas. Que hayan desarrollado esa capacidad, esa fortaleza, incluso cuando ellos hacen planes los fines de semana sin un profesional acompañando, es un progreso notable en su proceso de recuperación.

Otra cosa que se acordó fue que las decisiones se tomaran a modo asambleario, como una manera de estimular su autonomía y capacidad de decidir colectivamente. En ese aspecto, he observado en estos pacientes cierta tendencia a que sea el profesional quien decide qué y cómo se hace y mi papel en estos casos ha sido guiar la responsabilidad de vuelta hasta hacerla recaer sobre ellos mismos, acompañándoles en ese proceso. Esto ha sido especialmente visible con los conflictos que han ido surgiendo entre ellos, donde a menudo han intentado que sea yo quien actúo como interlocutor o mensajero entre ellos, o que sea yo quien defiende lo que a nivel particular cada uno de ellos considera justo ante los demás. Cuando les he devuelto su responsabilidad, sin dejar de acompañarles y facilitarles en el camino, ellos han revelado una enorme capacidad de diálogo, autocrítica y negociación, resolviendo los conflictos y hallando soluciones justas por sí mismos.

A modo de conclusión diría que, el hecho de ser personas que presentan patología dual, haciendo hincapié en las adicciones, no ha supuesto un riesgo para su recuperación, sino que más bien se han convertido en fuentes de apoyo mutuo actuando desde un lugar que solo ellos mismos pueden hacer como pares que son, como personas con problemas similares y que esto último adquiere una importancia mayor de lo que esperábamos. Hallando una unión, un alivio, un sentimiento de pertenencia, y un saberse sostenido por otras personas que, desde su propia vulnerabilidad compartida, encuentran la fortaleza para construir desde la amistad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dozza, L. (2018). Acompañamiento terapéutico y clínica de lo cotidiano 2a edición. Amazing Books.

Yalom, I. D., & Fernández, J. S. (2018). El don de la terapia. Destino.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2015). La entrevista motivacional (3ªEd.) Ayudar a las personas a cambiar. Barcelona, Spain.: Paidós.



# EXPERIENCIAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: UNA APROXIMACIÓN DESDE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN

COMMUNITY PARTICIPATION EXPERIENCIES: AN APPROACH FROM THE PSYCHOSOCIAL REHABILITATION CENTRES OF THE HEALTH SERVICE OF CASTILLA Y LEÓN

Autores:

**Alicia de la Calle Sanz.**

Terapeuta ocupacional del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Segovia. Complejo Asistencial de Segovia (SACYL). España. [acallesa@saludcastillayleon.es](mailto:acallesa@saludcastillayleon.es)

**Virginia Dutil Muñoz de la Torre.**

Psicóloga clínica del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Salamanca. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (SACYL). España. [vdutil@saludcastillayleon.es](mailto:vdutil@saludcastillayleon.es)

**Esther Estaire Rubio.**

Psicóloga clínica del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Segovia. Complejo Asistencial de Segovia (SACYL). España. [eestaire@saludcastillayleon.es](mailto:eestaire@saludcastillayleon.es)

**Laura Franco Rubio.**

Terapeuta ocupacional del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Burgos. Complejo Asistencial Universitario de Burgos (SACYL). España. [lfrancor@saludcastillayleon.es](mailto:lfrancor@saludcastillayleon.es)

**Teresa Fuente Castilla.**

Trabajadora social del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Burgos. Complejo Asistencial Universitario de Burgos (SACYL). España. [tfuentec@saludcastillayleon.es](mailto:tfuentec@saludcastillayleon.es)

**M. Elena García-González.**

Trabajadora Social del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Salamanca. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (SACYL). [megarciago@saludcastillayleon.es](mailto:megarciago@saludcastillayleon.es)

**Isabel Mardomingo de Andrés.**

Técnico de cuidados auxiliar de enfermería (TCAE) del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Segovia. Complejo Asistencial de Segovia (SACYL). España. [mimardomingoa@saludcastillayleon.es](mailto:mimardomingoa@saludcastillayleon.es)

**Sara Merino Llorente.**

Psicóloga clínica del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Burgos. Complejo Asistencial Universitario de Burgos (SACYL). España. [smerinol@saludcastillayleon.es](mailto:smerinol@saludcastillayleon.es)

**Pedro Luis Hernández Delgado.**

Terapeuta ocupacional del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Salamanca. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (SACYL). España. [plhernandez@saludcastillayleon.es](mailto:plhernandez@saludcastillayleon.es)

**María del Carmen Rueda Fernández.**

Monitora ocupacional del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Segovia-Complejo Asistencial de Segovia (SACYL). España. [crueda@saludcastillayleon.es](mailto:crueda@saludcastillayleon.es)

**Yolanda Santaolalla Castro.**

Técnico de cuidados auxiliar de enfermería (TCAE) del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Burgos. Complejo Asistencial Universitario de Burgos (SACYL). España. [mysantaolalla@saludcastillayleon.es](mailto:mysantaolalla@saludcastillayleon.es)

Autor responsable de la correspondencia:

**Alicia de la calle Sanz.** Complejo Asistencial de Segovia (SACYL). [acallesa@saludcastillayleon.es](mailto:acallesa@saludcastillayleon.es)

del entorno, la selección de recursos acordes a los intereses de los mismos, la incorporación a la participación, el apoyo y mantenimiento de los recursos (optimizando principalmente las redes de apoyos naturales) y, finalmente, la evaluación de resultados. A continuación, expondremos algunas de estas experiencias.

### Paseos en bicicleta

En el CRPS de Salamanca se desarrollan diversos programas de actividad física con los objetivos de disminuir factores de riesgo para la salud (como la obesidad y el sedentarismo), estimular componentes psicomotores, aumentar el bienestar psicológico y mejorar la calidad de vida<sup>(6)</sup>. Varios de ellos, se llevan a cabo en entornos comunitarios para facilitar la participación social, instaurar hábitos saludables y aumentar las posibilidades de ocio. Estas actividades son ejercicio físico, deportes de equipo, paseos guiados por la ciudad y rutas en bicicleta. Son impartidas por personas usuarias cualificadas, profesionales del centro y personal municipal.

El programa Paseos en bicicleta, en concreto, pretende contribuir a la recuperación personal con objetivos como mejorar la condición física, adquirir el rol de ciclista<sup>(7)</sup> potenciar la autodeterminación y la toma de decisiones en el diseño de la actividad<sup>(8)</sup> y en las dinámicas grupales, además de disfrutar de esta actividad como ocio saludable.

El único requisito para participar es saber montar en bicicleta. La actividad se realiza los viernes por la mañana, durante 3 horas, con un recorrido aproximado de 12 kilómetros y la participación habitual de 6 personas. Son los participantes quienes deciden el horario, la duración y la ruta a seguir, pudiendo desplazarse con su propia bicicleta o hacer uso del servicio de préstamo municipal. Un miembro del equipo terapéutico acompaña al grupo como apoyo. La unión que se establece entre todas las personas usuarias es fundamental para poder realizar la actividad, ya que si uno de los participantes se queda atrás el resto le animan para que continúe. Finalizada la ruta el grupo elige un lugar donde poder descansar, mientras se conversa y se comentan los planes del fin de semana.

El grupo que realiza esta actividad se encuentra muy motivado, ha mejorado su condición física e incluso desean realizar rutas de mayor duración. Para el resto de las personas usuarias del CRPS se propone, cada 3 meses, un paseo en bicicleta visitando monumentos de la ciudad con guía turístico, (ofrecido por el Ayuntamiento de Salamanca), donde el recorrido es menor y el objetivo es fundamentalmente lúdico, además de participación comunitaria.

### Club de Lectura Minerva

Un Club de Lectura está formado por un grupo de personas que leen y ponen en común una misma obra en un mismo espacio de tiempo. En sus encuentros se comenta lo leído, se intercambian impresiones e hipótesis, se comparten trabajos o compromisos acordados en el grupo. Se crearon desde las bibliotecas públicas y, actualmente, se desarrollan en múltiples espacios relacionados con la literatura. También existen experiencias en dispositivos vinculados a la salud mental, algunos realizados en los propios recursos y otros en colaboración con bibliotecas externas.

En el caso del CRPS de Segovia en 2021, ante la inquietud de un grupo de personas usuarias motivadas para realizar alguna actividad significativa relacionada con la lectura, desarrollada fuera del espacio asistencial habitual, se contactó con la Biblioteca Pública de Segovia, perteneciente a la Junta de Castilla y León, los cuales nos invitaron a llevar a cabo un club de lectura.

Tras la sugerencia, se expuso la actividad y se decidió crear el Club de Lectura "Minerva". Fueron sus participantes quienes eligieron el nombre, propusieron el funcionamiento (frecuencia, distribución de tareas...) y participaron en una reunión con el director de la Biblioteca Pública, implicándose así en la iniciativa desde el principio.

Los recursos aportados por la Biblioteca son el espacio y el préstamo de los libros. Por su parte el CRPS aporta los participantes, la profesional que guía el Club de Lectura, y facilita el traslado a aquellas personas que no pueden llegar a la Biblioteca Pública por otros medios. La actividad se realiza de forma quincenal, los miércoles, durante 1 hora, siguiendo un calendario preestablecido, y en ella participan entre 8 - 10 personas. Se desarrolla un trabajo grupal, pero también existe un trabajo individualizado, potenciando el beneficio terapéutico. Se persiguen objetivos como explorar, adquirir y disfrutar habilidades literarias y cognitivas; se añaden, además, otros objetivos terapéuticos y rehabilitadores centrados en la intervención en la comunidad, mejora de las relaciones interpersonales, conocimiento y participación en espacios comunitarios, así como la aproximación a otras actividades de cara al alta.

Desde su inicio, los participantes han ido variando, pero se ha observado un beneficio, tanto objetivo como subjetivo, y gran interés por la actividad.

### Programa de radio

El programa de radio es una de las actividades más motivadoras en el CRPS de Salamanca. El objetivo general es apoyar el proceso de recuperación a través de la adquisición de un rol significativo que empodera a sus participantes haciéndoles partícipes de la comunidad. Al mismo tiempo, se potencian valores y fortalezas, se

### RESUMEN

*Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) proporcionan apoyos en los procesos individualizados de recuperación de las personas que sufren trastorno mental grave. Desde el modelo de recuperación en salud mental, los CRPS del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL) realizan una intervención comunitaria a través de diversas experiencias como paseos en bicicleta, club de lectura, radio, actividades solidarias y colaboraciones con la universidad y otras entidades, entre otras. Estas actuaciones permiten que las personas retomen el control de su propia vida, atiendan sus propias necesidades y participen en la comunidad.*

**Palabras clave:** recuperación, rehabilitación psicosocial, trastorno mental grave, intervención comunitaria, centro de rehabilitación psicosocial, participación comunitaria.

### ABSTRACT

*Psychosocial Rehabilitation Centres (CRPS) provide support in the individualized processes of people suffering from severe mental disorders. From the recovery model in mental health, the CRPS of the Health Service of Castilla y León (SACYL) carry out a community intervention through a range of experiences such as bicycle rides, reading club, radio, solidarity activities and collaborations with the university and other entities, among other institutions. These actions allow people to regain control of their own lives, meet their own needs and participate in the community.*

**Keywords:** recovery, psychosocial rehabilitation, severe mental disorder, community intervention, psychosocial rehabilitation centre, community participation.

### INTRODUCCIÓN

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), según su definición inicial, intervienen con aquellas personas que sufren trastornos mentales graves que conlleven un grado de deterioro, mantenido en el tiempo, en aspectos fundamentales para su desenvolvimiento laboral, social y personal, viendo dificultada la integración en su entorno de forma normalizada y autónoma. (Godman y cols.1981)<sup>(1)</sup>

Son espacios socio-sanitarios, formados por equipos multidisciplinares, que procuran apoyos en los procesos individualizados de recuperación de las personas que atienden, favoreciendo que puedan retomar el proyecto de vida que, en un momento determinado, se vio interrumpido.

Desde el modelo de Recuperación en salud mental, tomando como referencia la conceptualización de Anthony (1993)<sup>(2)</sup>, se considera que los dispositivos de salud mental deben incluir actividades que favorezcan la autodeterminación, la atención centrada en la persona, el apoyo entre iguales, el respeto, la responsabilidad y la esperanza, desde un enfoque holístico. Teniendo en cuenta esta perspectiva, en los CRPS del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL) se han desarrollado diversas iniciativas que enfatizan, de manera global, la participación en la comunidad de las personas usuarias, ofreciendo oportunidades en las que puedan desempeñar nuevos roles.

SACYL, en los últimos años, impulsa, además, el Modelo Comunitario de Atención, como queda reflejado en sus planes de salud y líneas estratégicas de actuación<sup>(3)</sup> que orienta a que se promueva la participación y el empoderamiento de las personas que acuden al recurso. Para seguir desarrollando este modelo, se trabaja con el Plan Persona que sitúa a la misma (y a su red de apoyo) como actor principal, respetando sus valores, creencias y autonomía; priorizando la atención individualizada y la participación social activa.<sup>(4)</sup>

En los CRPS pertenecientes al SACYL (Burgos, Salamanca y Segovia) se viene trabajando en esta dirección, con la implantación de diferentes programas que favorecen la participación de la persona en su medio, combinando la perspectiva del trabajo individual, por un lado, con la comunidad por otro; en definitiva, con la persona en la comunidad. El proceso<sup>(5)</sup> se desarrolla en diferentes fases que incluyen: la evaluación de intereses y habilidades de la persona, la identificación global de recursos, la evaluación de posibilidades y limitaciones

mejora la comunicación social, los procesos cognitivos y el bienestar personal.

Esta actividad se propuso a todas las personas del CRPS en el año 2019. Con los interesados se decidió el nombre del programa “No estamos locos”, el contenido (tipo magacín), las funciones de cada persona, además de la cuña (“No estamos locos, los miércoles, lo estamos el resto de la semana”). En el inicio, el equipo profesional participaba de forma más activa, después los participantes han ido asumiendo cada vez más responsabilidades hasta desenvolverse de forma autónoma.

El programa se realiza de forma semanal, los miércoles de 12 a 14h, en Radio Oasis, una radio comunitaria integrada en la Casa de la Juventud de un barrio de Salamanca. Cada participante del programa tiene su función, hay tres técnicos que se van turnando, un realizador y el resto participa como presentadores, moderadores y colaboradores de contenidos. Las secciones habituales son música, deporte, cine, cultura, entrevistas, recuerdos de la infancia y salud, entre otros, aunque pueden variar según decidan los colaboradores.

En esta experiencia, de más de 150 programas, observamos beneficios para la recuperación de personas con diagnóstico de trastorno mental. Se ha comprobado que la mayoría de las personas que han pasado por el programa ha mejorado su percepción de autoeficacia, motivación, autoestima, habilidades de comunicación y procesos cognitivos. A nivel grupal se han establecido lazos más sólidos y mejora en las relaciones interpersonales. Además, el hecho de realizar el programa en un centro juvenil, ha favorecido el uso de recursos comunitarios, la interacción con otros colectivos y la implicación social.

### Colaboración con la Universidad

La colaboración con la Universidad es una de las experiencias más satisfactorias, en el ámbito comunitario, que se vienen desarrollando en el CRPS de Burgos desde 2010. En concreto, se invita a las personas usuarias a colaborar en la docencia en las asignaturas sobre salud mental en los grados de Terapia Ocupacional y Educación Social de la Universidad de Burgos.

En estos encuentros nos desplazamos a las aulas de las facultades y son las personas usuarias quienes explican al alumnado, durante el espacio de la asignatura, en qué consiste un CRPS, comparten sus experiencias acudiendo a este recurso y, aquellas que lo deseen, hablan también sobre su proceso de recuperación en primera persona.

Durante la pandemia por Covid- 19 también se pudo realizar esta actividad de manera no presencial, (en concreto en la facultad de Terapia Ocupacional), a través de la grabación individual de audios que posteriormente eran escuchados en las clases. Los y las estudiantes también grabaron sus propios audios compartiendo sus reflexiones al escucharlos, proporcionado, así, un nuevo feedback para las personas que acudían al CRPS en ese momento, donde el contacto y la interacción social estaban tan limitadas.

A través de esta actividad compartimos experiencias en primera persona como forma de clarificar contenidos de asignaturas sobre salud mental, generamos un espacio de encuentro entre personas con malestar psíquico en proceso de recuperación y futuros profesionales del ámbito de la salud; además de diversificar las actividades de participación social, incorporando una actividad que resulta especialmente motivadora.

La iniciativa se ha dado a conocer en diferentes medios de comunicación relacionados con la Universidad y con la televisión local, dando visibilidad a esta colaboración, poniendo el acento en el protagonismo de personas con malestar psíquico.

### “Concerte para activarme”

Cuando se trabaja desde salud comunitaria, entre otras estrategias, se emplean los activos de salud, que serían los recursos que mejoran la capacidad de individuos, comunidades, sistemas sociales e instituciones para mantener el bienestar y la calidad de vida favoreciendo la equidad en salud<sup>(9)</sup>.

Desde 2021 en el CRPS de Segovia se ha querido adaptar esta visión en una actividad que facilita el acercamiento a posibles activos de salud y /o recursos para que las personas usuarias los puedan conocer y utilizar y así promover un mayor control sobre su salud y bienestar.

Desde el grupo de Ocio y Tiempo libre, se revisan los “días especiales” (celebraciones mundiales, internacionales...) del siguiente mes, eligiendo un día que sea significativo para ellos y planteando una lluvia de ideas de posibles actividades que se podrían realizar desde el centro para celebrarlo, así como de los recursos con los que contamos en nuestra comunidad para establecer esa colaboración. La actividad (dinámica, charla, contacto...) se puede desarrollar en los propios espacios del centro, espacios comunitarios o en las instalaciones de la entidad colaboradora.

Como ejemplo de estas experiencias exponemos una en la que no se ha establecido colaboración directa, otra que se realiza fuera de las instalaciones y otra que se realiza en nuestras instalaciones.

- Día mundial del medio ambiente: se celebró en junio de 2021. Por diferentes circunstancias, la parcela donde está ubicado el CRPS de Segovia venía sufriendo un gran descuido en el mantenimiento, por lo que se decidió realizar una limpieza de la zona eliminando la basura y maleza. La

actividad fue dirigida por un usuario que trabajaba en el servicio de limpieza del Ayuntamiento de Segovia. Se recogieron más de 15 bolsas grandes de basura y se envió una nota de prensa al Complejo Hospitalario para que la transmitiese a los medios de comunicación. También se hicieron carteles para solicitar que no se tiraran desperdicios y se solicitaron papeleras. Desde entonces se realiza una limpieza anual de la parcela (basura y vegetación), por parte del Complejo Asistencial de Segovia.

- Día mundial de los primeros auxilios: en septiembre de 2023 acudimos a la sede de la Cruz Roja de Segovia para participar en una sesión teórico-práctica sobre primeros auxilios, guiada por 2 personas voluntarias de la organización. También nos proporcionaron información y referencias para seguir actualizando nuestros conocimientos sobre el tema.
- Día mundial sin alcohol: en noviembre de 2023 se contactó con la Asociación de alcohólicos rehabilitados de Segovia (ARSEG) para celebrar el día mundial sin alcohol. Acudieron al CRPS una técnico y su presidente a explicarnos el funcionamiento de la asociación, así como los efectos de la adicción a esta sustancia.

Es importante que, a través de esta actividad, todas las personas del CRPS pensemos sobre qué queremos informarnos y/o aportar a la comunidad, dependiendo del día escogido. Además, conocemos diferentes recursos, pero también las entidades con las que colaboramos descubren y comprenden lo que es un CRPS, lo que ayuda a reducir el estigma.

La actividad resulta muy enriquecedora para todos sus participantes porque ayuda a movilizar estrategias de afrontamiento ante estresores físicos y psicosociales.

### “CRPS solidario”

Otra experiencia desarrollada en el CRPS de Burgos ha sido la implicación en diferentes proyectos solidarios. Empezamos en el año 2015 con “Superquimions”; nuestro centro se sumó a la iniciativa que había comenzado en los hospitales de Jerez de la Frontera y Puerto de Santa María a través de las fundaciones Con Aire de Ilusión y Ayuda cáncer en el que se invitaba a realizar fundas divertidas hechas con fieltro, emulando a personajes de dibujos animados (Peppa Pig, Hello Kitty o Minions, entre otros) con el objetivo de “camuflar” las bolsas de la quimioterapia usadas en el tratamiento de niños que atraviesan un proceso oncológico. Fue tanta la implicación que incluso llegamos a crear un nuevo diseño destinado a personas jóvenes y adultas.

Hemos colaborado con el colegio de pediatría del Hospital Universitario de Burgos, más conocido como el “Cole de pijamas”, en la jornada anual de la “Operación Bocata”, que organiza la ONG Manos Unidas en el ámbito escolar. Los profesores del aula hospitalaria, que no puede participar de la manera convencional, ofrecen al CRPS ayudar en la confección de broches con diseños inspirados en el proyecto de recaudación de cada año (una cabaña o un elefante para la construcción de escuelas en Zambia o India son algunos ejemplos). Asimismo, realizamos prendedores con forma de beso que se reparten por la planta de pediatría el 13 de mayo, Día del Niño Hospitalizado, para rendir homenaje a los niños hospitalizados, sus familias, voluntarios y personal sanitario.

Nos hemos unido a otras acciones, como el flashmob donde, en 2018, gracias a los bomberos de Burgos, toda la ciudad bailó “Stayin’ Alive” de los Bee Gees, para recaudar fondos a favor de la Asociación de afectados de Esclerosis Lateral Amiotrófica de Castilla y León (ELACYL).

Realizamos un proyecto con la Asociación Entredessiguales, que promueve la difusión de la cultura y el arte en sus diferentes disciplinas, decorando sillas de madera. Fueron expuestas en el Teatro Principal de la ciudad, para posteriormente proceder a su venta con el objetivo de obtener fondos para la construcción de un centro multiservicios para la Asociación Parkinson Burgos.

En mayo, mes de la concienciación sobre la enfermedad de Huntington, apoyamos la campaña de iluminación “Light it up four Huntington’s Disease”, acto de difusión anual donde diferentes asociaciones y organizaciones de todo el mundo dan a conocer la enfermedad a través de la iluminación azul y púrpura de edificios y espacios emblemáticos. En nuestro caso, decoramos farolillos de papel que más tarde fueron iluminados, fotografiados y compartidos en redes con el fin de visibilizar las dificultades que viven las personas afectadas por dicha enfermedad.

Estas actividades permiten resaltar el protagonismo de las personas usuarias con espíritu solidario; utilizando sus propias palabras, “ayudar para cambiar”, reforzando así una identidad positiva, en un rol social reconocido y valorado.

### CONCLUSIONES

En los últimos años, la intervención terapéutica en los CRPS se ha ido adaptando al modelo de recuperación, modificando la atención que se ofrece a las personas con malestar psíquico. La atención se aleja del ámbito hospitalario para aproximarse a lo social/comunitario puesto que, para que la recuperación sea un hecho, se hacen imprescindibles no sólo cambios personales y sociales si no, también, en los servicios de salud<sup>(10)</sup>.

Estas actividades comunitarias, desarrolladas en los CRPS del Servicio de Salud de Castilla y León, son una excelente oportunidad para poner en valor alguno de los aspectos centrales de este modelo: el paso de la negación a la aceptación, el compromiso en actividades significativas, el restablecimiento de una identidad positiva, la toma de decisiones, la asunción de responsabilidades y el control sobre la propia vida, entre otros.

El fomento de nuevas relaciones que dan un sentido de pertenencia y autoestima, el contacto con otros, la participación en actividades basadas en objetivos de vida permite que las personas usuarias se empoderen para asumir su cuidado y reivindiquen sus derechos de ciudadanía. Por su parte, las actividades desarrolladas en la comunidad permiten devolver a la sociedad una visión diferente de la persona con malestar psíquico, disminuyendo el desconocimiento y, por tanto, el estigma.

Estas actuaciones precisan de un equipo multidisciplinar, que aplique una atención flexible e individualizada en el entorno natural, altamente coordinado con los recursos sociales y comunitarios.

Consideramos que los CRPS deben ser espacios abiertos y dinámicos, donde se reconozca el derecho a participar en actividades que satisfagan necesidades de salud, sociales y vinculadas con los proyectos de vida de las personas a las que atienden.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gerencia Regional de Salud- Servicio de Asistencia Psiquiátrica. Centro de Rehabilitación Psicosocial-Guía Básica de Funcionamiento. Valladolid: Junta de Castilla y León-Consejería de Sanidad y Bienestar Social; 2002.
2. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16: 11-23.
3. Saludcastillayleon. IV Plan de Salud. [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León-Consejería de Sanidad; [consultado el 19 de diciembre de 2023] p145-6. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon.ficheros/706616-IV%20plan%20de%20salud%20.pdf>
4. Saludcastillayleon. Plan Persona. [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León-Consejería de Sanidad; [consultado el 10 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-persona.ficheros/2007708-Plan%20Persona.pdf>
5. Fernández P, Ballesteros F. La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental, un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *EduPsykhé* [internet] 2017 [consultado 7 de diciembre de 2023]; 16(1): 15-36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7428606>
6. Guillén F, Castro JJ, Guillén MA. Calidad de vida, salud y ejercicio físico: una aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial. *Revista Psicología del Deporte* [Internet]. 1997 [consultado 10 de diciembre de 2023]; 12: 91-108. Disponible en: <https://archives.rpd-online.com/article/download/461/461-911-1-PB.PDF>
7. Goñi E, Infante G. Actividad físico-deportiva, autoconcepto físico y satisfacción con la vida. *Revista Europea de Educación y Psicología* [Internet]. 2010 [consultado el 10 de diciembre de 2023]; 3 (2): 199-208. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1293/129315468004.pdf>
8. Farkas M. La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención. *Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)* [Internet]. 2007 [consultado el 10 de diciembre de 2024]; 5(2): 68-74. Disponible en: [https://www.wpanet.org/\\_files/ugd/e172f3\\_7fa1668643664026919cae4485f82403.pdf](https://www.wpanet.org/_files/ugd/e172f3_7fa1668643664026919cae4485f82403.pdf)
9. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Promotion & Education*. 2007; 14, 17-22.
10. Appleby L. Breaking down barriers: the clinical case for change. London: Department of Health; 2007.

# SPORTSA: EL DEPORTE COMO REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL COMUNITARIA

SPORTSA: SPORT AS COMMUNITY PSYCHOSOCIAL REHABILITATION

Autores:

**Jesús Rienda.**

Terapeuta ocupacional Fundación SASM.

**David Marqués.**

Director técnico de la Fundación SASM y presidente de SPORTSA.

**José Selles.**

Educador de Fundación SASM y trabajador de SPORTSA.

**Noé Ases.**

Técnico en Integración Social SASM y trabajador de SPORTSA.

Correo-e: [sportsa@outlook.es](mailto:sportsa@outlook.es)



## RESUMEN

Según el *Sport for community development handbook*<sup>(1)</sup>, la práctica deportiva tiene características exclusivas que le permiten contribuir a los procesos de desarrollo de una manera eficiente y eficaz:

1. **Universalidad:** El deporte en sí es capaz de involucrar tanto a los participantes como a los espectadores y se puede practicar en cualquier comunidad del mundo.
2. **Comunicación:** El deporte tiene la capacidad de llegar a un gran número de personas y “el lenguaje” del deporte se compone de reglas sencillas y es no verbal, lo que facilita la comunicación.
3. **Agregación-reunión:** El deporte une a jugadores, equipos, entrenadores, voluntarios y espectadores. Se trata de una herramienta con la capacidad de potenciar el potencial (no solo físico) de las personas que lo practican, y es, en sí mismo, un gran dispositivo de cohesión social y un encuentro natural.
4. **Motivación:** El deporte tiene la capacidad de sacar, desarrollar y potenciar los valores individuales y habilidades.

Así mismo, el empleo del deporte como herramienta del desarrollo comunitario conlleva la consecución de unos resultados que en un principio son esperables:

1. **Prevención y promoción de la salud física y psicosocial; reducción y contención de los costos directos e indirectos del tratamiento médico; apoyo para superar traumas de varios tipos.**
2. **Mejora del bienestar colectivo y reducción de la exclusión y discriminación social; mejora la socialización; permite la independencia y la participación; fomento de la inclusión. o Incrementar la integración y prevención de conflictos sociales y construir la paz, generando relaciones de confianza y cultura de cooperación.**
3. **Promoción de la igualdad de oportunidades y la emancipación de niñas y mujeres, mejorando su salud y bienestar, fomentando la autoestima y emancipación y facilitando su integración social.**

Los programas de ejercicio físico en contextos comunitarios y facilitados por profesionales especializados, pueden mejorar la percepción de la calidad de vida, la capacidad cardiorrespiratoria, la fuerza muscular y la sintomatología clínica en personas con trastornos mentales graves<sup>(2)</sup>.

**Palabras clave:** deporte, salud mental, rehabilitación psicosocial, rehabilitación comunitaria, salud física.

## ABSTRACT

According to the *Sport for community development handbook*<sup>(1)</sup>, the practice of sport has unique characteristics that allow it to contribute to development processes in an efficient and effective manner:

1. **Universality:** sport itself is able to involve both participants and spectators and can be practiced in any community in the world.
2. **Communication:** Sport has the ability to reach a large number of people and “the language” of sport is composed of simple rules and is non-verbal, which facilitates communication.
3. **Aggregation-reunion:** Sport brings together players, teams, coaches, volunteers and spectators. It is a tool with the capacity to enhance the potential (not only physical) of the people who practice it, and is, in itself, a great device for social cohesion and a natural encounter.
4. **Motivation:** Sport has the capacity to bring out, develop and enhance individual values and skills.

Likewise, the use of sport as a tool for community development leads to the achievement of results that are initially to be expected:

1. **Prevention and promotion of physical and psychosocial health; reduction and containment of direct and indirect costs of medical treatment; support in overcoming traumas of various kinds.**
2. **Improving collective well-being and reducing social exclusion and discrimination; improving socialization; enabling independence and participation; promoting inclusion. o Increasing integration and prevention of social conflicts and building peace, generating relationships of trust and a culture of cooperation.**
3. **Promoting equal opportunities and emancipation of girls and women, improving their health and well-being, fostering self-esteem and emancipation and facilitating their social integration.**

Physical exercise programs in community contexts and facilitated by specialized professionals can improve the perception of quality of life, cardiorespiratory capacity, muscle strength and clinical symptomatology in people with severe mental disorders<sup>(2)</sup>.

**Keywords:** sport, mental health, psychosocial rehabilitation, community rehabilitation, physical health.

Desde la Asociación Deportiva, Cultural de Recuperación e Integración Social Sportsa creemos firmemente en el papel del deporte como hilo conductor hacia la integración. Por ello, la Asociación recurre a la práctica deportiva para eliminar los estigmas sociales que padecen las personas con Trastorno Mental Grave y para contribuir a su recuperación e integración.

## EL DEPORTE Y LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO ELEMENTO DE SALUD

En los últimos años, varios autores como por ejemplo Vacampfort y otros<sup>(3)</sup>, han estudiado cómo influye el deporte y la actividad física en personas con esquizofrenia.

Las personas con problemas de salud mental experimentan muchas dificultades que afectan a su calidad de vida y tanto el deporte como la actividad física, tienen un papel fundamental en la mejora de estos problemas.

El deporte, definido en la Carta Europea del Deporte<sup>(4)</sup> como “todas las formas de actividades que, a través de una participación, organizada o no, tienen como objetivo la expresión o la mejora de la condición física o psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales y la obtención de resultados en competición de todos los niveles”, no solo tiene beneficios sobre la salud física de las personas con esquizofrenia, también sobre su salud mental, la calidad de vida y el bienestar general, proporcionando un sentido de identidad y pertenencia a un grupo.

En la carta Internacional de la UNESCO<sup>(5)</sup> de la Educación Física, la Actividad Física y el Deporte destaca, entre otros aspectos de relevancia que “la oferta de educación física, actividad física y deporte de calidad es esencial para realizar plenamente su potencial de promoción de valores como el juego limpio, la igualdad, la probidad, la excelencia, el compromiso, la valentía, el trabajo en equipo, el respeto de las reglas y las leyes, la lealtad, el respeto por sí mismo y por los demás participantes, el espíritu comunitario y la solidaridad, así como la diversión y la alegría”. Y en su artículo 2.3 se menciona que la educación física, la actividad física y el deporte pueden mejorar la salud mental, el bienestar y las capacidades psicológicas al fortalecer la seguridad corporal, la autoestima y la confianza en uno mismo, disminuyendo el estrés, la ansiedad y la depresión, al aumentar la función cognitiva, y al desarrollar una amplia gama de competencias y cualidades,

Otros autores documentaron un incremento de la autoconfianza, la autoestima y la autoeficacia tras la participación deportiva.

En un estudio realizado por Takahashi y cols.<sup>(6)</sup>, vieron que tras la participación en un programa basado en ejercicio físico, educación nutricional y asesoramiento en medicación los participantes lograron disminuir el IMC y además, la participación deportiva tuvo un efecto positivo en la sintomatología.

La actividad física se define según Devís y cols.<sup>(7)</sup> como “cualquier movimiento corporal, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta en un gasto de energía y en una experiencia personal y nos permite interactuar con los seres que nos rodean”.

Tal y como explican Barbosa y Urrea<sup>(8)</sup>, la relación entre la salud mental y el deporte es de gran importancia, ya que el deporte puede tener un impacto significativo en el bienestar emocional y psicológico de las personas. Además, definen algunos aspectos clave de cómo el deporte puede influir en la salud mental. Estos aspectos se enumeran así:

1. **Reducción del estrés y la ansiedad:** La práctica regular de actividad física, incluyendo el deporte, puede ayudar a reducir los niveles de estrés y ansiedad. El ejercicio físico libera endorfinas que pueden mejorar el estado de ánimo y aliviar la tensión mental.
2. **Mejora del estado de ánimo:** El deporte puede aumentar la producción de neurotransmisores como la serotonina, que está asociada con la sensación de bienestar y felicidad. Participar en actividades deportivas puede ayudar a combatir la depresión y mejorar el estado de ánimo en general.
3. **Aumento de la autoestima y la confianza:** El logro de metas deportivas, ya sea mejorar el rendimiento personal o ganar competiciones, puede tener un impacto positivo en la autoestima y la confianza en uno mismo. Además, el deporte proporciona oportunidades para desarrollar habilidades sociales y mejorar la sensación de pertenencia y apoyo social.
4. **Mejora de la salud cognitiva:** La actividad física regular puede tener efectos beneficiosos en la función cognitiva y el rendimiento mental.
5. **Estrategia de afrontamiento:** El deporte puede servir como una forma saludable de gestionar el estrés y los desafíos de la vida. Participar en actividades deportivas puede ayudar a las personas a aprender habilidades de afrontamiento, a establecer metas alcanzables y a desarrollar resiliencia frente a la adversidad.

## La efectividad del deporte en el tratamiento de personas con TMG

El papel de la actividad física en el TMG ha sido objeto de estudio en multitud de trabajos. La mayoría de los estudios seminales en este sentido, así como también los más recientes, se han realizado en el ámbito de la esquizofrenia.

Marqués<sup>(9)</sup> en su tesis, expone diferentes estudios en los últimos años en los que se plasman los beneficios del deporte en el tratamiento de las personas con problemas de salud mental. Se muestra en la siguiente tabla:

Estudio	Conclusión
Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorchynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis.	El 91% de los casos, el ejercicio físico mejora la salud [física] de las personas con TMG.  Mejora los niveles de estrés.
Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P. B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis.	La capacidad de la actividad física para reducir los síntomas de la esquizofrenia.
Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., Maurissen, K., Sweers, K., Knapen, J., & De Hert, M. (2011). Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia.	Los programas de ejercicio físico mejoran la sintomatología negativa.
Sabe, M., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2020). Physical exercise for negative symptoms of schizophrenia: Systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis.	Efecto del ejercicio físico sobre la sintomatología positiva.
Soundy, A., Roskell, C., Stubbs, B., Probst, M., & Vancampfort, D. (2015). Investigating the benefits of sport participation for individuals with schizophrenia: a systematic review	Influencia positiva sobre la autoconfianza y la autoeficacia, en un contexto más amplio de compromiso e interacción.
Holley, J., Crone, D., Tyson, P., & Lovell, G. (2011). The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: A systematic review.	Efecto positivo de la actividad física sobre el bienestar psicológico de las personas diagnosticadas con esquizofrenia.
Acil, A. A., Dogan, S., & Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia.  Duraiswamy, G., Thirthalli, J., Nagendra, H. R., & Gangadhar, B. N. (2007). Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia—a randomized controlled trial.	Mejora significativa en la salud mental y el bienestar de las personas con esquizofrenia que habían participado en programas de actividad física.  Mejora la competencia social de las personas con esquizofrenia.
Carless, D. (2007). Phases in physical activity initiation and maintenance among men with serious mental illness.	Mejora la identidad de los pacientes, reforzada con un sentido del yo y con un propósito.
Galán-Casado, D., Castillo-Algarra, J., & García-Tardón, B. (2020). Deporte e inclusión social en personas con trastorno mental grave (TMG).	Repercusión social del deporte por su papel como medio de normalización social.
Ceballos, I. & Casanovas, R. (2017). La función y el valor del deporte en AVIFES.	La actividad deportiva potencia la estimulación, la recuperación y el refuerzo de aspectos de carácter transversal.
Kucyi, A., Alsuwaidan, M. T., Liauw, S. S., & McIntyre, R. S. (2010). Aerobic physical exercise as a possible treatment for neurocognitive dysfunction in bipolar disorder.	Propiedades anti-inflamatorias del ejercicio, como mecanismo para mejorar todos sus estados de ánimo
Ströhle, A., Höfler, M., Pfister, H., Müller, A. G., Hoyer, J., Wittchen, H. U., & Lieb, R. (2007). Physical activity and prevalence and incidence of mental disorders in adolescents and young adults.	Decremento de la comorbilidad de otros problemas de salud mental en aquellos pacientes con trastorno bipolar que practicaban ejercicio físico
Sylvia, L. G., Friedman, E. S., Kocsis, J. H., Bernstein, E. E., Brody, B. D., Kinrys, G., Kemp, D. E., Shelton, R. C., McElroy, S. L., Bobo, W. V., Kamali, M., McInnis, M. G., Tohen, M., Bowden, C. L., Ketter, T. A., Deckersbach, T., Calabrese, J. R., Thase, M. E., Reilly-Harrington, N. A., Singh, V., ... & Nierenberg, A. A. (2013). Association of exercise with quality of life and mood symptoms in a comparative effectiveness study of bipolar disorder.	El ejercicio en personas con trastorno bipolar se ha asociado con menores síntomas depresivos.  Menores puntuaciones en depresión en todos aquellos que se unieron a un grupo de senderismo.
Sylvia, L. G., Nierenberg, A. A., Stange, J. P., Peckham, A. D., & Deckersbach, T. (2011). Development of an integrated psychosocial treatment to address the medical burden associated with bipolar disorder.	El ejercicio físico mejoró la calidad de vida, los síntomas depresivos, el funcionamiento y el peso de pacientes con trastorno bipolar

Hay que tener en cuenta que para que la actividad física tenga los efectos positivos, deberá contar con los intereses de las personas que los practican (las preferencias en los tipos de actividad, así como el apoyo y las barreras percibidas (Ussher et al.<sup>(10)</sup>). Además, estos efectos sólo son posibles si la actividad física se realiza de forma continua y con regularidad (Organización Mundial de la Salud<sup>(11)</sup>)

#### LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL COMUNITARIA

Según García<sup>(12)</sup> debemos ser conscientes de que aún sigue habiendo una escasez de recursos sociales para las personas con problemas de salud mental y que nuestra sociedad tiene un alto porcentaje de discriminación. Teniendo esto en cuenta, hay que recordar que nuestro objeto es intervenir en las circunstancias que produzcan un malestar al individuo, como todo aquello que impida su autonomía y en su bienestar físico, psíquico y social. García<sup>(12)</sup> presenta las siguientes consideraciones

- Dejar de lado el enfoque biologicista y llevar a cabo un enfoque psicosocial.
- Tener en cuenta la autodeterminación de la persona y sus decisiones sobre su propia intervención.
- Defender los derechos de las personas con problemas de salud mental como personas de derechos.
- Fomentar el empoderamiento de la persona y el de la familia para incrementar su participación en la esfera social y en la toma de decisiones.
- Buscar la inclusión social del individuo en la comunidad.
- Apoyar propuestas de participación grupal y comunitaria.

López y Laviana<sup>(13)</sup> resumen los programas que deben desarrollarse en las intervenciones con personas con trastorno mental que pretenden mejorar su funcionamiento social y lograr su inclusión social poniendo el foco en: Actividades de ocio y tiempo libre y actividad asociativa.

Marqués<sup>(9)</sup> en su tesis doctoral Efectos del fútbol en el proceso de recuperación de personas con trastorno mental grave, describe los aspectos constitutivos de un programa de rehabilitación psicosocial son:

- a. Las actividades del programa deben orientarse hacia el desarrollo de competencias más que a la reducción de síntomas.
- b. Necesidad de ver a la persona en relación a su medio (estudio, vida, trabajo, ocio, etc.).
- c. Compromiso con el usuario, para ello se resalta la elección y satisfacción del usuario como parte fundamental del proceso.
- d. Debe incluir el proceso de rehabilitación, la red, el contexto y ambientes en los cuales el proceso ocurre.

Según el IMSERSO<sup>(14)</sup>, la rehabilitación psicosocial es el conjunto de actuaciones destinadas a asegurar que una persona con una discapacidad producida por una enfermedad mental grave pueda llevar a cabo las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir en la comunidad con el menor apoyo posible por parte de los profesionales, así como alcanzar el empoderamiento necesario, participar activamente en sus procesos de recuperación, así como en los organismos de decisión desde la óptica del respeto a los derechos humanos de las personas que sufren un trastorno mental y luchar contra el estigma que comporta.

Fernández-Catalina y Ballesteros-Pérez<sup>(15)</sup> plantean los siguientes supuestos en rehabilitación psicosocial, normalización como facilitación a la persona que pueda tener un estilo y calidad de vida similar a los del resto de individuos de la sociedad; desinstitucionalización como intervención mínima por parte de los servicios para proveer a la persona de aquellas oportunidades que satisfagan sus necesidades dentro de la comunidad; modelo de competencia como el equilibrio entre las necesidades de la persona, sus actitudes, expectativas y recursos personales frente a las demandas y características del ambiente; integración de la persona en la comunidad; individualización y respetar las características personales de cada persona, sus necesidades, expectativas y deseos, apoyo social como soporte necesario que le permita a la persona mantener un estilo de vida lo más autónomo, normalizado e integrado posible; igualdad considerando a personas con TMG como ciudadanos de pleno derecho, con capacidad de decisión y libre participación.

La idea de utilizar el deporte como una forma alternativa de llevar a cabo la intervención a favor de la inclusión, es un aspecto que se ha ido desarrollando a lo largo del tiempo. Así pues, las actividades físicas que se relacionan con problemas relacionados con la exclusión social son de gran utilidad cuando se utilizan como herramienta y no como fin (Maza<sup>(16)</sup>). Valderrama et al.<sup>(17)</sup> aportan que el deporte proporciona un sentimiento de pertenencia y contribuye a que la persona se identifique con un grupo concreto que en este caso sería su grupo deportivo, su equipo, un compañero... proporciona una identidad a la persona que no encuentra la suya de forma natural o a la persona que se encuentra privada de la pertenencia a alguno.

Tal y como comenta el psiquiatra de FAISEM Andrés López<sup>(18)</sup> hoy se admite que la actividad física tiene un efecto positivo en la calidad de vida de las personas con trastornos mentales graves, mejorando la salud física, aliviando síntomas y mejorando la desventaja social. El deporte y la actividad física para las personas con problemas graves de salud mental

posibilitan el ejercicio de un derecho ciudadano, ofrece nuevas oportunidades para la recuperación, y sin lugar a dudas constituye una estrategia eficaz para ofrecer una imagen positiva y desterrar ideas y creencias erróneas sobre este grupo de personas

Así pues, los programas de ejercicio y deporte deben orientarse para suplir o paliar las carencias y establecerse como ejes fundamentales en los procesos de recuperación. Son necesarios programas específicos para las personas con problemas de salud mental a fin de romper las barreras hacia el deporte como son la falta de apoyo social, espacios discriminatorios, falta de confianza, desconocimiento del entrenamiento, falta de información de los beneficios de ejercicio físico (Pedley et al.<sup>(19)</sup>)

Este tipo de programas deportivos deben facilitar acceso a instalaciones deportivas de alto nivel con servicios adecuados para disponer de espacios de higiene personal adecuados. Estos espacios generan vinculación al programa deportivo. Instalaciones adecuadas, donde las personas puedan asociarse, que las sientan propias les permiten tener un entorno seguro durante el horario de apertura.

### SPORTSA: EL DEPORTE COMO ELEMENTO DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA

El deporte tiene una potencialidad como herramienta para construir comunidades más participativas y saludables. De hecho, los deportes colectivos contribuyen al desarrollo así como a la participación estimulando actitudes como el espíritu de equipo, la comunicación, la negociación y el liderazgo y destacando a la vez la participación y la inclusión de todos los grupos en sociedad (Álvarez y Gaete<sup>(20)</sup>).

#### SPORTSA, la entidad

La Asociación Deportiva, Cultural De Recuperación e Integración Social Sportsa (en adelante Sportsa) nace en el año 2016 y la componen personas pertenecientes a diferentes recursos de rehabilitación psicosocial de la Comunidad Valenciana.

La existencia de esta asociación tiene por objeto el fomento, desarrollo y práctica de toda actividad deportiva, recreativa, cultural y asistencial, orientada a la organización del ocio y tiempo libre de personas con Trastorno Mental Grave como instrumento para la recuperación, la integración y la lucha contra el estigma.

El objetivo de nuestra asociación va destinado al empleo de actividades deportivas en la intervención con personas con TMG, basando dicha intervención en la promoción de valores sociales y personales siendo constatado como el máximo agente de reinserción social de nuestro país, que describe al deporte como una de las actividades a llevar a cabo para la rehabilitación de las personas con problemas de salud mental.

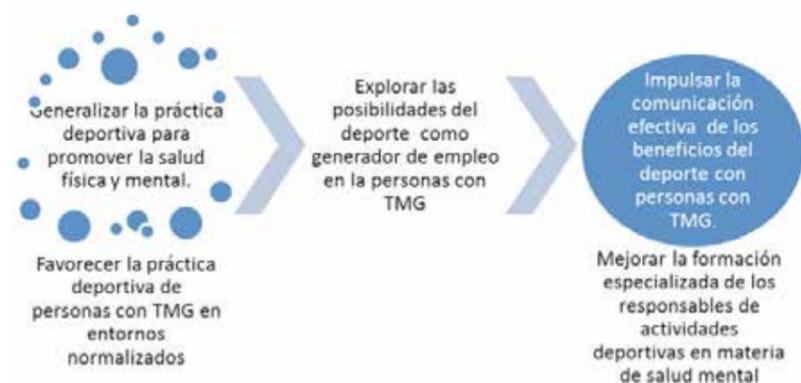
Sportsa apuesta porque nuestro trabajo debe ir más allá del fomento de la práctica deportiva y de ocio, ya que vemos necesario no solo aumentar la difusión social de nuestro proyecto sino también trabajar más activamente contra el estigma. Nuestra asociación apuesta por la visibilidad social como herramienta para luchar contra el estigma.

También fomentaremos en los usuari@s una serie de acontecimientos sociales que, a través de estas prácticas deportivas, facilitarán de manera transversal aspectos como; la creación de nuevas redes sociales, la lucha contra el aislamiento, la relación con un grupo de iguales, la resolución de problemas en su entorno cotidiano y facilitar así una inclusión social.

La asociación Sportsa apuesta por la práctica deportiva como un ejercicio de ciudadanía por esta razón todas nuestras actividades se desarrollan en entornos comunitarios más allá de las actividades que se ofertan en los recursos puramente asistenciales. La práctica de actividades culturales, recreativas, de esparcimiento y deportivas suponen para nuestros soci@s el ejercicio de un derecho como ciudadanos.

#### Programa de SPORTSA

El Programa "SPORTSA" DE INCLUSIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN ACTIVA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, va destinado a fomentar la actividad deportiva y favorecer la participación e inclusión social de las personas con trastorno mental grave.



Es un programa basado en el modelo de atención propuesto por la Estrategia autonómica de atención de salud mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020.

Tal como recoge la propia estrategia autonómica, uno de los principales pilares centrales para el diseño de programas de recuperación de personas con trastorno mental grave es la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). El logro de los derechos de las personas con discapacidad no está limitado por su diversidad funcional, si no por las barreras sociales que impiden que las personas ejerzan sus derechos en igualdad de condiciones con todas las demás. Nuestro programa utiliza el deporte como herramienta de inclusión social y siguiendo las recomendaciones de la CDPD apostamos por que el acceso a la práctica deportiva también sea un ejercicio de ciudadanía y un derecho para todos los ciudadanos. Por ello uno de los objetivos de nuestro programa es facilitar a las personas que sufren un TMG el acceso a la práctica de actividades deportivas como un ciudadano más.

El programa "Sportsa" se sustenta en dos principios estratégicos fundamentales:

1. Modelo de atención comunitario, centrado en las necesidades de la persona y adecuando las actuaciones en los entornos naturales.

Las actividades de nuestro programa, se desarrollan en los mismos espacios y a través de las mismas organizaciones que existen para el resto de ciudadanos y ciudadanas sin problemas de salud mental. Una de las premisas del programa es que nuestras actividades no deben bloquear el acceso a las actividades deportivas generales y se deben llevar a cabo en recursos comunitarios y estar orientadas a la integración y a la recuperación.

2. Modelo orientado a la recuperación como elemento clave de la organización de los servicios de salud mental y cuyos objetivos principales son el respeto y la defensa de los derechos y la plena inclusión social de las personas con problemas de salud mental.

El deporte y la actividad física para las personas con TMG posibilitan el ejercicio de un derecho de ciudadano, ofrece nuevas oportunidades para la recuperación, y sin lugar a dudas constituye una estrategia eficaz para ofrecer una imagen positiva, proyectando la realidad de las personas afectadas, desterrando ideas y creencias erróneas sobre este grupo de personas.

Por otra parte, se ha señalado que "el estigma, la discriminación, la falta de esperanza y la escasa confianza en las propias posibilidades, también afectaría negativamente a la hora de tener oportunidades para la práctica deportiva" y serían barreras para su ejercicio sobre todo en espacios normalizados y como práctica habitual.

Sin embargo, pocos profesionales de salud mental la consideran como un factor clave en la atención integral y tendrían bajas expectativas sobre las habilidades físicas de sus pacientes.

En consonancia con la MISION, VISION Y VALORES de la Estrategia Autonómica de atención de salud mental de la Comunidad Valenciana, las actividades que desarrollamos están destinadas a fomentar la actividad deportiva y favorecer la participación e inclusión social de las personas con trastorno mental grave y para lograrlo buscamos:

1. Mejorar la salud mental de los ciudadanos de la Comunidad Valenciana, promoviendo una salud mental positiva.

**Nuestro programa está abierto a cualquier ciudadano de la Comunidad Valenciana.**

2. Disponer de una red de atención integral que supere lo estrictamente asistencial, trabajando conjuntamente en el ámbito comunitario, con todos los implicados en mejorar la salud mental y mejorar la satisfacción de las personas usuarias, familiares y profesionales.

**En el programa participan más de 352 personas integradas en 32 recursos de atención a personas con enfermedad mental, apostamos por la transferencia de conocimiento e intercambios de experiencias.**

3. Alcanzar una visión positiva de la salud mental, mejorando la imagen que tiene la sociedad de las personas con problemas de salud mental.

**La práctica de actividades deportivas proyecta una imagen positiva y saludable de las personas con problemas de salud mental. Esta práctica deportiva se desarrolla en contacto directo con el entorno cotidiano de las personas que participan en nuestro programa, lo que ayuda a desterrar ideas erróneas del colectivo de personas con enfermedad mental.**

#### La atención transversal y multisectorial

Por ello hemos diseñado un programa que incluye entre sus puntos principales: El fomento de la práctica deportiva cotidiana de las personas que presentan problemas de salud mental, con objetivos de promoción de la salud física y mental, la integración social o la ocupación del tiempo libre, así como la promoción de la participación en los eventos deportivos con especial énfasis en aquellos que tienen un carácter inclusivo.

## Metodología

La METODOLOGÍA que vamos a seguir para el desarrollo de las actividades de nuestro programa es la siguiente:

1. Inclusión de la actividad física y el deporte en los planes individuales de tratamiento, especialmente de las personas con trastornos mentales graves.
2. Organización de eventos deportivos que incluyan actividades sociales, culturales, jornadas técnicas, difusión en los medios de comunicación y el uso de instalaciones deportivas normalizadas.
3. Difundir la experiencia del Proyecto. Diseñar una actividad de sensibilización común.

Así, en el momento actual nuestro programa se compone de actividades estructuradas y mantenidas en el tiempo, con distintas modalidades deportivas, realizadas en instalaciones normalizadas, con personal de apoyo social y monitores y monitoras, coordinados con los servicios de salud mental comunitarios.

Este programa en concreto se compone básicamente de las siguientes actividades:

1. Se programan actividades deportivas.
2. Se desarrollan campeonatos (principalmente de fútbol, paddle, atletismo...)
3. Se celebran Campeonatos Autonómicos de Fútbol, en el que participan personas de toda la Comunidad Valenciana. La actividad deportiva se acompaña de actos culturales, lúdicos, mesas redondas con profesionales del deporte y personas usuarias, voluntariado, etc. con el objetivo de favorecer la sensibilización social. Esta experiencia, que se desarrolla todos los años y tiene un aceptable seguimiento en los medios de comunicación.
4. Se desarrolla una fructífera línea de cooperación con la Asociación Española Deportiva para la integración y la Recuperación con el objetivo de impulsar el deporte en el tratamiento comunitario de personas con enfermedad mental grave, intercambiar experiencias y organizar actividades a nivel nacional y europeo.
5. Composición de una red de "personas" en la que se sientan cómodos, estén en ella porqué se son parte activa de ella y en la que los protagonistas sean sus vivencias mediante las actividades.

## Nuestros hitos

En el siguiente código QR se pueden descargar las diferentes noticias referentes a actuaciones realizadas por SPORTSA a lo largo de los últimos años.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Erasmus+ Programme, Sport 2016 Small Collaborative partnerships. (2016). The project sport for community development Grant Agreement. Number: 2016-2785 / 001 - 001. Disponible en <https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/project-result-content/7d1e8201-0dac-4c14-9e6f-7af05bfe6e8b/HANDBOOK%20SPORTCD%20eng.pdf>
2. Talabera, T. (2019). Análisis de la efectividad de una intervención deportiva practicada en un centro de rehabilitación psicosocial en personas con trastorno mental grave. Universitat Jaume I. <http://hdl.handle.net/10234/186221>
3. Vancampfort, D., Probst, M., Helvik Skjaerven, L., Catalán-Matamoros, D., Lundvik-Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A., et al. (2012). Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. *Phys Ther.* 92(1):11-23. DOI: <https://doi.org/10.2522/ptj.20110218>
4. Committee of Ministers. (2021). Recommendation CM/Rec of the Committee of Ministers to member States on the Revised European Sports Charter.
5. UNESCO. (2018). a Internacional De la Educación Física, la Actividad Física y el Deporte. Disponible en [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235409\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235409_spa)
6. Takahashi, H., Sassa, T., Shibuya, T., Kato, M., Koeda, M., Murai, T., et al. (2012). Effects of sports participation on psychiatric symptoms and brain activations during sports observation in schizophrenia. *Transl Psychiatry.* 2(3): 96-6. DOI: <https://doi.org/10.1038/tp.2012.22>
7. DEVÍS, J. y cols. (2000). Actividad física, deporte y salud. INDE: Barcelona.
8. Barbosa, S.H., Urrea, A.M. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Revista Katharsis.* N 25, enero-junio 2018, pp.141-159. Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>
9. Marqués, D. (2023). Efectos del fútbol en el proceso de recuperación de personas con trastorno mental grave. Universidad de Valencia.
10. Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V., & Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric Services,* 58(3), 405-408. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.405>
11. Organización Mundial de la Salud. (2020). Physical activity: Key facts. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
12. García, M. (2015). Estigma asociado a la enfermedad mental: todavía queda mucho por hacer. Parte I: aspectos teóricos. *Trabajo Social y Salud;* 80: 73- 86.
13. López, M & Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: Propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,* 27(1), 187-223
14. IMSERSO. (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Autor.
15. Fernández-Catalina, P., & Ballesteros-Pérez, F. (2017). La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación,* 16(1), 15-36.
16. Maza, G. (2012): Deporte e inmigración. Una reflexión crítica. *Revista Andaluza de Ciencias Sociales, Anduli,* 11, 41-54. Sevilla.
17. Valderrama, R & Solis- Espallargas, C & Trigueros, G & Manjón, J y Limón, D. (2015). El deporte para todos como propuesta educativa para la inclusión y sustentabilidad social. *Revista Fuentes.* 16:199-222.
18. López, A. (2023). Deporte en personas con trastornos mentales graves: buenas prácticas en Europa. *Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM.*
19. Pedley, R., Lovell, K., Bee, P., Bradshaw, T., Gellatly, J., Ward, K., Woodham, A., Wearden, A. (2018). Collaborative, individualized lifestyle interventions are acceptable to people with first episode psychosis; a qualitative study. *BMC Psychiatry ,* 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1692-0>
20. Alvarez, F., y Gaete, T. (2014). El Fútbol, en tanto práctica psicosocial, como posibilidad de intervención en pos de la (re) construcción de desarrollo comunitario. *Liminales. Escritos sobre psicología y sociedad.* Universidad Central de Chile, 1(5), 189- 202. <https://doi.org/10.54255/lim.vol3.num05.248>

A photograph showing three people walking away from the camera on a wooden boardwalk. The scene is backlit by a bright sunset, creating long shadows and a warm, golden glow. The people are silhouetted against the bright sky. In the background, there are trees and a building.

# CAMINOS HACIA LA RECUPERACIÓN: INNOVACIÓN Y DESAFÍOS EN PROGRAMAS DE ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL”

PATHS TO RECOVERY: INNOVATION AND CHALLENGES IN THERAPEUTIC SUPPORT PROGRAMS OF THE MURCIA ASSOCIATION OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION”

Autores:

**Juan Zamora Santiago.**

Psicólogo-coordinador.

**Gemma Garrido Martínez.**

Terapeuta Ocupacional.

**Ana Belén Ortín Aguilar.**

Psicóloga.

**Mireya Fernández Sánchez.**

Trabajadora Social.

Parte del equipo interdisciplinar de la Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial.

## RESUMEN

*El artículo aborda la importancia de los programas de acompañamiento terapéutico de la Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial (AMRP) para personas con Trastorno Mental Grave (TMG). Destaca la necesidad de abandonar el tratamiento exclusivamente hospitalario y promover la inclusión social. El enfoque se basa en la Atención Centrada en la Persona (ACP), con énfasis en la formación continua del equipo interdisciplinar. Se destaca la importancia de generar un vínculo entre profesionales y participantes. El análisis DAFO señala desafíos y fortalezas en la transición hacia un modelo comunitario.*

*Se proponen mejoras como ajustar las dinámicas de trabajo, fortalecer la formación, ampliar la supervisión externa y fomentar la participación activa del usuario. Además, se enfatiza la relevancia de estos programas en salud mental, destacando la experiencia positiva de la AMRP.*

**Palabras clave:** trastorno Mental Grave (TMG), Acompañamiento Terapéutico, Atención Centrada en la Persona (ACP), Salud Mental Comunitaria.

## ABSTRACT

*The article addresses the importance of the therapeutic support programs provided by the Murcian Association for Psychosocial Rehabilitation for individuals with Severe Mental Disorder (SMD). It underscores the need to move away from exclusively hospital-based treatment and promote social inclusion. The approach is grounded in Person-Centered Care (PCC), with a focus on ongoing training for the interdisciplinary team. Emphasis is placed on establishing a strong connection between professionals and participants. The SWOT analysis identifies challenges and strengths in the transition to a community-based model.*

*Recommendations include refining work dynamics, strengthening training initiatives, expanding external supervision, and encouraging active user participation. Additionally, the relevance of these mental health programs is highlighted, underscoring the positive experience of the Murcian Association for Psychosocial Rehabilitation*

**Keywords:** severe Mental Disorder (SMD), Therapeutic Support, Person-Centered Care (PCC), Community Mental Health.

## INTRODUCCIÓN

El proceso de transición hacia un enfoque de salud mental más comunitario ha sido progresivo y centrado en la persona, integrado en la comunidad y enfocado en la recuperación y el bienestar mental. A lo largo de las décadas, se ha destacado la descentralización de los servicios de salud mental y la promoción de la integración en la comunidad como elementos clave para mejorar el bienestar mental.

Desde las décadas de 1950 y 1960, se observaron críticas al modelo asilar y hospitalario predominante, lo que llevó a un movimiento de desinstitutionalización en las décadas posteriores. Durante las décadas de 1970 y 1980, se desarrollaron enfoques alternativos que enfatizaban la atención ambulatoria, la prevención, la rehabilitación y el apoyo comunitario, con la creación de equipos interdisciplinarios de salud mental.

Posteriormente, el enfoque de salud mental comunitaria se consolidó en muchos países, con la implementación de políticas y programas específicos, incluyendo iniciativas de promoción de la salud mental, prevención de trastornos y reducción del estigma asociado. Se ha puesto énfasis en la atención a grupos vulnerables para garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud mental en la comunidad.

En la Región de Murcia, se han implementado programas específicos, como centros de día y servicios domiciliarios, para asegurar una atención completa y accesible para todos los ciudadanos, reflejando el compromiso con el enfoque de salud mental comunitaria.

Desde su fundación en 2002, la Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial (AMRP) se esfuerza constantemente por mantener actualizada su forma de abordar las necesidades cambiantes de las personas que se enfrentan a problemas de salud mental y siempre buscando alinearse con las corrientes más contemporáneas y actuales.

Los equipos de atención comunitaria que se ponen en marcha desde la AMRP se enfrentan a un cambio de paradigma, desde un modelo de rehabilitación más tradicional y con tintes biomédicos, hacia un modelo más actualizado y centrado en la persona, en su contexto real y con perspectiva de género. En este proceso de cambio, los profesionales se han tenido que adaptar a la nueva metodología, han recibido diversas forma-

ciones sobre esta forma de trabajo, y se han encontrado ciertas dificultades en las que se profundizará a lo largo del artículo.

Los problemas de salud mental son más comunes de lo que pensamos y pueden afectar a cualquier persona. De acuerdo con múltiples investigaciones, se estima que una de cada cuatro personas experimentará algún trastorno de salud mental en algún momento de su vida. El concepto de "Trastorno Mental Grave" (TMG) se utiliza para describir aquellas condiciones psicopatológicas que, además de tener importantes implicaciones clínicas, se caracterizan por su duración prolongada y la discapacidad asociada. Esto incluye limitaciones en la capacidad para cuidarse a sí mismo, tomar decisiones autónomas y relacionarse con el entorno.

Ofrecer una adecuada atención a la persona con TMG ha constituido, a lo largo de nuestra historia, uno de los mayores desafíos en el ámbito de la salud debido al estigma y discriminación que sufren. Por tanto, es fundamental promover, no sólo un cambio en la concepción de la sociedad frente a las personas con sufrimiento psíquico, sino también establecer servicios de acompañamiento terapéutico que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida de estas personas. Con el propósito de dejar de depender únicamente de tratamientos en entornos hospitalarios, impulsar una orientación hacia la comunidad y la sociedad y trabajar activamente para lograr la inclusión social y la autonomía.

La AMRP presenta un sistema en red que busca atender las situaciones y necesidades individuales, con el propósito general de favorecer la adquisición, recuperación o potenciación de conocimientos, hábitos laborales y habilidades necesarias para lograr la inclusión sociolaboral de los/las participantes del centro que sufren problemas de salud mental, adicciones y/o patología dual.

El compromiso de la asociación con la atención personalizada, la inclusión sociolaboral y la promoción de la autonomía personal se traduce en un impacto significativo en la mejora de calidad de vida de los/las participantes. El sector de intervención, centrado en personas con TMG, problemas de adicciones y/o patología dual, aborda un espectro amplio de necesidades en salud mental. En la actualidad, la asociación atiende a más de mil personas al año, en sus diferentes programas a nivel regional, lo que demuestra la vitalidad y la importancia de los servicios proporcionados, así como la capacidad para adaptarse y abordar diversas situaciones dentro del panorama de la salud mental.

Por todo ello, desde principios del año 2022, adaptándose a los nuevos modelos de intervención y gracias a la financiación de distintas entidades públicas de servicios sociales y salud mental de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, la AMRP pone en marcha una serie de programas de acompañamiento terapéutico formados por profesionales relacionados con la intervención de recuperación de personas con problemas de salud mental y/o adicciones, lo que demuestra una gran capacidad para ajustarse a las necesidades actuales por parte de la entidad. Estos profesionales reciben el nombre de "técnicos de acompañamiento". Su labor está basada en la participación directa con los/las participantes, ofreciendo apoyo emocional, sugerencias, estrategias de acompañamiento y asesoramiento que, sin adoptar un enfoque limitante, proporcionan a la persona atendida información que le permita tomar sus propias decisiones. Este tipo de intervenciones, basadas en los principios de universalidad e igualdad, representan un modelo integral e interdisciplinar, que ofrece atención individualizada con el fin de promover un nivel óptimo de autonomía personal.

Este enfoque se distancia de las terapias tradicionales y busca integrar la intervención terapéutica directamente en la vida cotidiana del individuo. De esta manera se busca, no solo abordar los síntomas o problemas de manera aislada, sino también fomentar un cambio positivo y sostenible en la forma en que la persona se relaciona con su entorno y gestiona sus emociones.

En conjunto, la AMRP se erige como un actor vital en la transformación del panorama de salud mental, abordando la lucha contra la estigmatización, ofreciendo servicios integrales y promoviendo la igualdad de oportunidades en la Región de Murcia.

## METODOLOGÍA

La trayectoria de la AMRP tiene un compromiso profundo hacia el bienestar integral de aquellas personas que se están enfrentando a un TMG y/o adicción. En este sentido, los programas de acompañamiento terapéutico se erigen como una respuesta fundamentada en el paradigma de la Atención Centrada en la Persona (ACP), un enfoque que va más allá de la mera intervención, que tiene como objetivo último que los/las participantes puedan desarrollar su propio proyecto de vida y "siempre procurando un vínculo que responde a la singularidad de cada individuo" (Rodríguez, 2022). Este es uno de los puntos clave de los programas de acompañamiento desarrollados en la Asociación, pues desde este modelo debe ser el equipo quien se adapte a la persona y no al contrario. La ACP permite moldear los servicios e intervenciones, creando así un plan individualizado para cada persona, contexto particular, cultura, historia de vida, valores, creencias e intereses, expectativas, normas y objetivos propios. Con todo ello, la confección colaborativa de un plan de tratamiento individualizado al inicio del proceso se revela como un acto simbólico de co-creación, donde metas específicas se entrelazan con el objetivo de cada individuo por forjar su propio camino hacia la autonomía. Así mismo, este plan de tratamiento sirve, tanto de guía para las acciones que se han de seguir para lograr un proyecto de vida autónoma, como para valorar periódicamente el progreso y así ajustar y modificar lo que sea necesario en cada momento. Añadido a todo ello, se valida y normaliza la aparición de situaciones de riesgo de agudización del proceso clínico y se establece una serie de acciones a seguir en caso de identificar una. En

este reconocimiento, la crisis se convierte en un capítulo más del proceso terapéutico, desterrando la noción de fracaso absoluto y enfatizando la continuidad y la oportunidad de aprendizaje.

En el núcleo de esta labor, está la formación del equipo profesional de la entidad. La AMRP proporciona a su equipo todo tipo de formaciones, estableciendo un plan de formación anual. En los últimos meses, las formaciones han venido dadas de mano de Leonel Dozza de Mendoza, Director-fundador de Grupo ACTO: Equipo de Acompañantes Terapéuticos (Madrid), quien desde 1992 es el principal responsable de la difusión e implantación del Acompañamiento Terapéutico en España. Asimismo, el equipo de la Asociación se ha nutrido de la implementación de programas de acompañamiento terapéutico y de la experiencia de profesionales de la Fundación INTRAS de Castilla y León. Todo ello ha aportado una perspectiva valiosa, un conocimiento muy práctico y una serie de habilidades especializadas, que sirve para garantizar cierta calidad y eficiencia del servicio para promover el bienestar de las personas participantes.

Los principios fundamentales en el ámbito del acompañamiento terapéutico están intrínsecamente interconectados. El autocuidado, tanto para el/la profesional como para la persona en proceso de acompañamiento, es esencial y está directamente vinculado al bienestar propio. El equipo profesional comprende la importancia de mantener su propia salud física y emocional para ofrecer un apoyo sostenible y efectivo. El programa contempla que cada participante tenga un profesional de referencia (técnico de acompañamiento), además de un/a psicólogo/a de referencia, en pro de optimizar el vínculo y, por extensión, los resultados del acompañamiento. Esta elección se hace de manera conjunta, teniendo en cuenta la mejor combinación posible (acompañante-persona acompañada), pero con la flexibilidad suficiente y necesaria para que el/la participante se sienta cómodo/a en su proceso ya que, al igual que este/a tiene sus propias peculiaridades, el equipo de trabajo también las tiene (profesional y personalmente).

Asimismo, la escucha activa y la comunicación efectiva, habilidades cruciales en este contexto, se nutren tanto de la formación como de la experiencia. La formación proporciona las bases teóricas y las técnicas necesarias, mientras que la experiencia ofrece la oportunidad de perfeccionar estas habilidades a lo largo del tiempo, permitiendo una conexión más profunda entre el/la profesional y el/la participante.

La ética del acompañamiento terapéutico se completa con el principio de respetar la confidencialidad. La formación no solo proporciona pautas éticas y legales, sino que la experiencia refuerza la importancia crítica de salvaguardar la privacidad de la persona en tratamiento.

En resumen, la experiencia y formación promueven capacidades profesionales que permiten aplicar principios clave como el autocuidado, la escucha activa, la comunicación efectiva y el respeto a la confidencialidad, creando así un entorno propicio para el bienestar y la eficacia en el acompañamiento terapéutico en Salud Mental.

Nuestro equipo interdisciplinar está formado por psicólogos/as, trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros/as, educadores/as sociales, pedagogos/as, técnicos de integración social, monitores/as y técnicos de acompañamiento, reconoce la complejidad inherente a las necesidades de los/las participantes, trascendiendo la tradicional fragmentación de las distintas disciplinas.

Sobre la evaluación cabe destacar que, más que un proceso estático, se percibe como una corriente continua que se desarrolla a lo largo del acompañamiento. Las pruebas psicométricas, instrumentos estandarizados, que se administran al inicio del proceso, se aplican con precaución para evitar sesgos. En concreto, con el fin de sortear el sesgo de deseabilidad social, la persona del equipo que aplica estas pruebas no tiene con anterioridad ningún contacto directo con la persona que realiza la evaluación. En este momento inicial lo que se mide es la calidad de vida y otros aspectos cruciales referidos al estado psicopatológico de los/las participantes. Este proceso, más que un mero análisis de datos, se revela como el establecimiento de una línea base y, posteriormente, como un diálogo constante con el progreso, un medio para ajustar y afinar la intervención de manera sensible.

El funcionamiento concreto del acompañamiento terapéutico consiste en ofrecer apoyo a las personas participantes, esto es, el/la profesional colabora, orienta y acompaña, asesora, motiva e informa con el fin de promover la propia autonomía, en las tareas de la vida cotidiana que se requiera.

Las tareas en las que se acompaña al interesado pueden ir desde actividades básicas de la vida diaria, como aprender a seguir unos hábitos de higiene, aseo, alimentación, tareas domésticas, o actividades más instrumentales, como la gestión del dinero, realizar trámites en bancos o médicos, hasta incluso actividades más avanzadas como la participación social en su comunidad, ocio y actividades relacionadas con su propio proceso terapéutico, como acudir a recursos concretos, reuniones, formaciones o búsqueda activa de empleo, así como cualquier otra demanda de la persona y que sea valorada como positiva para lograr su mejora.

En este viaje hacia la autonomía, aparte de acompañar en las tareas señaladas, nuestros programas también ofrecen apoyos en términos tangibles, como la búsqueda de alojamiento, en el caso de que no cuente con un hogar o que éste no favorezca la recuperación, así como ayudas económicas para cubrir gastos como desplazamientos, alimentación o servicios que no pueda asumir la persona. Éstos siempre están contemplados en el Plan de Tratamiento Individualizado (PTI), que realiza el equipo acordado y consensuado con el/la participante.

En la disposición a acompañar, el equipo se sumerge en la vida del participante, ya que el encuadre se sitúa en su propio contexto. Esto hace referencia a que los acompañamientos pueden ir desde el espacio más íntimo, como es su domicilio, hasta el más externo, como es su comunidad. Así se trasciende el límite de lo clínico para abrazar la totalidad de la experiencia humana. La frecuencia de las visitas, al inicio del proceso, suele ser superior y se va reduciendo conforme se va fortaleciendo el vínculo, a la vez que se va logrando autonomía. Lo habitual es que, tras esta puesta en marcha, la frecuencia sea de entre una y tres veces a la semana, aunque la organización debe ser flexible y adaptativa, reflejando la coordinación única entre el profesional y el/la participante, ajustándose a las necesidades cambiantes a lo largo de su historia vital.

En conclusión, la labor de la AMRP no se limita a la aplicación de programas; es un proceso intrincado de encuentro humano, de co-construcción de caminos hacia la autonomía, donde los profesionales actúan como facilitadores, pero son las personas participantes quienes, desde sus experiencias únicas, dan forma a sus propios proyectos de vida. Este enfoque reflexivo y cuidadoso resuena como un eco en la trayectoria de aquellos que encuentran en la Asociación no solo un soporte, sino un espacio donde se celebra la resiliencia y se promueve la autenticidad.

## CONCLUSIONES



Dentro de los nuevos Programas de Acompañamiento Terapéutico de la AMRP, el temor inicial de los/las profesionales a ingresar a los hogares de los/las participantes refleja preocupaciones más profundas que pueden obstaculizar la efectividad del tratamiento. Estas preocupaciones pueden ir desde la invasión de la privacidad hasta el desconocimiento de las dinámicas familiares y los temores personales del profesional. Superar estas barreras no es solo un desafío técnico, sino también un proceso emocional que requiere estrategias que fomenten la comprensión y destaquen los beneficios del tratamiento comunitario.

Dicho miedo ha evolucionado y el equipo profesional ha demostrado una mayor adaptabilidad y apertura a las nuevas dinámicas. La comunicación transparente y la colaboración activa, señaladas como claves para una transición exitosa, ya han demostrado su eficacia al abordar resistencias y prejuicios iniciales.

En el proceso de transición hacia un enfoque de salud más comunitario, el equipo se encuentra con desafíos cruciales al dejar atrás el paradigma médico individual. Aunque reconocen la importancia de la historia personal en la construcción de una conexión profunda con los pacientes y en la sensibilización hacia temas de salud mental, la transición no es simplemente conceptual; enfrenta obstáculos prácticos y psicológicos que deben abordarse con atención.

El cambio hacia el modelo comunitario destaca la necesidad de cambiar conductas individuales para mejorar la salud en un contexto más amplio. Sin embargo, esta transformación se enfrenta a desafíos considerables, como la resistencia inherente al cambio y la necesidad de adaptar el modelo para permitir elecciones respaldadas por un entorno y recursos adecuados. La creciente proporción de participantes por profesional y el tiempo invertido en cada tratamiento son obstáculos tangibles que afectan la capacidad de proporcionar atención personalizada y óptima.

En el ámbito comunitario, la gestión de recursos humanos emerge como una pieza crucial del rompecabezas. La movilidad con transporte propio se presenta como un desafío logístico que puede afectar la eficiencia y accesibilidad de las intervenciones. Las limitaciones financieras y de recursos son factores que pueden socavar la eficacia y sostenibilidad de los programas, mientras que la rotación de profesionales y el tiempo necesario para consolidar equipos pueden amenazar la continuidad y consistencia de los servicios.

Al explorar las amenazas externas en la intervención comunitaria en salud mental, se revelan cambios en las redes públicas y servicios sociales, así como programas modernizados centrados en la persona. La resistencia de equipos tradicionales y de los/las propios/as participantes, junto con la falta de entendimiento de nuevos modelos, destaca la importancia de estrategias de cambio y participación activa. Objetivos teóricos y en ocasiones difíciles de poner en práctica, pasividad activa de usuarios y falta de adherencia a tratamientos resaltan la necesidad de estrategias que fomenten la autonomía y la continuidad del tratamiento.

Por otro lado, al analizar las fortalezas internas en los programas, se evidencia un panorama alentador. La motivación de un equipo recién formado, la diversidad de perspectivas teóricas, la innovación en el acompañamiento individualizado y la formación continua, no solo refuerzan la excelencia clínica, sino que también indican un compromiso significativo con la evolución del modelo terapéutico. La supervisión externa de casos, la flexibilidad en horarios y enfoques del tratamiento individualizado y la participación activa del participante, subrayan la atención a la calidad y la personalización del servicio. La atención integral a las circunstancias personales refleja un enfoque holístico que promueve un estándar elevado en la oferta de servicios terapéuticos.

Además, se presentan oportunidades externas que pueden potenciar los programas. La posibilidad de acceder a financiación externa se erige como un pilar crucial para respaldar las intervenciones terapéuticas y permitir la expansión del programa. La coordinación efectiva con otras instituciones y programas dentro de la red de servicios de salud mental y servicios sociales ofrece oportunidades para sinergias beneficiosas, enriqueciendo la oferta de servicios. El acceso a los recursos públicos destinados a la salud mental y la colaboración con servicios sociales se presentan como ventajas significativas que pueden mejorar la implementación de programas y garantizar un apoyo integral a los usuarios. La presencia de un gestor de casos y referentes de casos se destaca como un componente esencial para una gestión eficiente, facilitando la organización y seguimiento de las intervenciones y asegurando una atención más personalizada y coordinada. En conjunto, estas oportunidades externas delinean un panorama propicio para el desarrollo y la efectividad de los programas de Acompañamiento Terapéutico.

Estos programas presentan oportunidades significativas que pueden potenciar su impacto positivo. La limitación de plazas asegura una atención más personalizada y la concentración geográfica en Murcia facilita el acceso a un mayor número de personas, en contraste con otras áreas donde la dispersión poblacional representa un desafío. La estrecha colaboración con el Servicio Murciano de Salud, Servicios Sociales y el Tercer Sector, no sólo proporciona recursos adicionales, sino que también garantiza una intervención más completa y coordinada, integrándose de manera efectiva dentro del mapa de procesos de salud mental de la región, donde la AMRP lleva una sólida trayectoria de 20 años. Esta experiencia dentro del mapa de procesos genera confianza en la comunidad. Además, estos programas se enriquecen al adoptar y adaptar modelos exitosos previos, como el Modelo Zamora de la Fundación INTRAS de Castilla y León. En resumen, estas oportunidades reflejan una estrategia bien fundamentada que combina la experiencia local con enfoques probados y colaboraciones efectivas, incluyendo una integración sólida dentro del mapa de procesos de salud mental de la región para maximizar su impacto y alcance.

Respecto a este proceso de transición hacia un enfoque de salud más comunitario, es importante reconocer que, aunque se están implementando pequeños cambios significativos, es aún temprano para determinar los resultados a largo plazo. Los programas están en una etapa inicial de desarrollo y adaptación y se espera que los beneficios a largo plazo se manifiesten gradualmente a medida que se afianzan y refinan.

A pesar de la relativa corta duración de la implementación, en los meses que se lleva trabajando en este nuevo modelo, se han observado transformaciones, tanto a nivel práctico como emocional. La conexión más profunda con los/las participantes, la sensibilización hacia temas de salud mental y los ajustes en las dinámicas de trabajo se perciben como logros notables en esta fase temprana.

Aunque es pronto para evaluar impactos a largo plazo, la motivación palpable del equipo recién formado, la diversidad de perspectivas teóricas y la innovación en las prácticas ya han dejado una impresión positiva. La participación activa del participante y la atención integral a las circunstancias personales, se han convertido en aspectos destacados en este período inicial, demostrando el impacto positivo de este enfoque centrado en la persona.

En resumen, a pesar de que es necesario esperar para evaluar completamente los resultados a largo plazo, el

progreso y los cambios detectados en estos primeros meses proporcionan una base sólida para el desarrollo continuo y la mejora de los programas. La capacidad del personal para adaptarse, la respuesta positiva de los/las participantes y las transformaciones observadas, respaldan la idea de que estos enfoques innovadores están comenzando a generar impactos tangibles en la calidad y efectividad de los servicios terapéuticos.

## PROPUESTAS DE MEJORA

Se plantean un conjunto de propuestas destinadas a mejorar los Programas de Acompañamiento Terapéutico descritos, que abarcan diversos aspectos clave. La iniciativa de fortalecer la formación continua del equipo refleja el compromiso con la actualización constante, asegurando así servicios de alta calidad y la integración de enfoques terapéuticos innovadores.

Asimismo, la ampliación de la supervisión externa se presenta como una estrategia esencial para mantener un estándar de calidad constante. La colaboración con supervisores imparciales y experimentados no solo proporciona retroalimentación valiosa, sino que también enriquece la perspectiva clínica del equipo.

La propuesta de fomentar la interdisciplinariedad destaca la importancia de la colaboración entre profesionales. Reuniones regulares para el intercambio de ideas permitirían comprender de manera más completa los casos y aplicar enfoques holísticos.

La implementación de evaluaciones periódicas, especialmente en términos de resultados a corto y largo plazo, se plantea como una herramienta fundamental. Estas evaluaciones facilitan la identificación de áreas de mejora y garantizarían la adaptabilidad del programa a las cambiantes necesidades de los/las participantes.

La estrategia de desarrollar la participación activa del participante resalta el compromiso con la autonomía y la efectividad del tratamiento. Involucrar a estos en decisiones consensuadas fortalecería su papel activo en la planificación y evaluación de su propio tratamiento.

La evaluación continua de barreras y resistencias, tanto dentro del equipo como por parte de los/las participantes, destaca la importancia de abordar obstáculos para una transición suave hacia el modelo comunitario.

La integración de tecnologías de la salud se presenta como una oportunidad para mejorar la eficiencia en la gestión de casos y la comunicación entre el equipo y los/las participantes, manteniendo un enfoque centrado en la persona. La estimulación de la investigación interna sobre los impactos a largo plazo refleja el compromiso con la mejora continua y la adaptación a las circunstancias en cada momento.

Finalmente, la incorporación formal de la retroalimentación de los/las participantes destaca la importancia de ajustar las intervenciones según sus necesidades y expectativas reales, mejorando así la calidad del servicio. En conjunto, estas propuestas buscan fortalecer y optimizar los programas, asegurando una atención de calidad y adaptada a los desafíos en constante evolución en el campo de la salud mental comunitaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rodríguez R. P., Vila Mancebo, A., y Ramos Feijoo, C. (2022). La atención integral y centrada en la persona. Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyos y cuidados. Madrid: Tecnos.
- Dozza, L.M., (2018). Acompañamiento terapéutico y clínica de lo cotidiano. Zaragoza: Amazing Books.
- Dozza, L.M., (2020). Acompañamiento terapéutico: encuentros y desencuentros entre la vaca loca y el pato lógico. Zaragoza: Amazing Books.
- Pulice, G.O., (2011). Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico. Buenos aires: Letra viva.
- Pulice, G.O., (2018). Acompañamiento terapéutico, transferencia y dirección de la cura. Buenos aires: Letra viva.
- Equipe de acompanhantes terapéuticos do Hospital dia a casa. (1991). A rua como espaço clínico - Acompanhamento terapéutico. São Paulo: Escuta.
- Eizaguirre, y col., (1996). Calidad de vida y rehabilitación de enfermos mentales crónicos. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría, 59. Pp 427-440.
- Ministerio de sanidad. (2022). Estrategia de salud mental del sistema nacional de salud. Madrid: Gráficas Naciones, S.L.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Clasificación Internacional de enfermedades, décima revisión (CIE-10). Recuperado de <http://www.who.int/classifications/en/>
- Naciones Unidas (2006). Convención internacional de naciones unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de <https://www.un.org>

A close-up, low-angle shot of a stack of books. The books are arranged diagonally from the top left towards the bottom right. The spines of the books are visible, showing various colors like light blue, yellow, and white. The pages are thick and appear aged. The background is dark and out of focus.

**COMENTARIOS BIBLIOGRÁFICOS**  
BIBLIOGRAPHICAL COMMENTS



# INTERVENCIONES SOCIALES BASADAS EN LA COMUNIDAD PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y UNA SÍNTESIS NARRATIVA DE LA EVIDENCIA RECIENTE

COMMUNITY-BASED SOCIAL INTERVENTIONS FOR PEOPLE WITH  
SEVERE MENTAL ILLNESS: A SYSTEMATIC REVIEW AND NARRATIVE  
SYNTHESIS OF RECENT EVIDENCE

Autores:

**Helen Killaspy, Carol Harvey, Catherine Brasier, Lisa Brophy, Priscilla Ennals, Justine Fletcher, Bridget Hamilton**

DOI:10.1002/wps.20940

REVISTA: World Psychiatry (ed. esp.) 20:1 - pp. 96-123 - Febrero 2022.

Como epílogo del Monográfico "Intervención Comunitaria y Perspectiva de Género" recomendamos un artículo de Killaspy et al (2022) que hace una revisión sistemática y exhaustiva (ocupa 27 apretadas páginas) de las intervenciones sociales comunitarias. Les dejamos aquí la referencia bibliográfica junto con el Resumen y las palabras clave, ampliado con algunos extractos del mismo artículo (las negritas son nuestras) mínimamente adaptados para este formato. Esperamos que esto facilite su difusión y consulta en el original.

(<https://www.wpanet.org/spanish>)

término “intervención social”. Para aumentar la complejidad, hay un creciente interés en las intervenciones dirigidas por compañeros (pares) o codirigidas por personas con problemas de salud mental, que, por definición, tienen un componente “social” (el elemento “compañero” “par”), pero no se describen comúnmente como intervenciones “sociales”.

Un problema adicional es que los resultados sociales no siempre están bien definidos, lo que repercute en la fiabilidad de su medición. Los resultados más objetivos, como empleo o vivienda estable, pueden ponerse en práctica con relativa facilidad, pero conceptos como la calidad de vida tienden a ser más subjetivos y, por tanto, más difíciles de evaluar, entre otras cosas porque pueden verse confundidos por los síntomas de la propia enfermedad mental.

### El contexto socioeconómico

La creencia de que la esquizofrenia y otros TMG tienen mejor pronóstico social en las sociedades no industrializadas ya no es universalmente aceptado, existen importantes dificultades asociadas a las intervenciones sociales en entornos menos desarrollados económicamente, entre los que se incluyen la disponibilidad de apoyo familiar, el impacto de la industrialización, estigma, discriminación, protección inadecuada de los derechos humanos y acceso limitado a los servicios. Además, existen barreras para la prestación de intervenciones sociales en los países de ingresos bajos y medios (LAMI), por la limitada disponibilidad de recursos. Este artículo se centró en intervenciones de contenido claramente social y dirigidas a mejorar los resultados sociales; en concreto, las que tenían como objetivo mejorar la participación social y económica de las personas con TMG.

### Conclusiones

Las principales conclusiones del estudio destacan que las intervenciones con la evidencia más sólida (alojamiento y empleo asistido) suelen ser fomentadas por políticas e inversiones gubernamentales, lo que ha facilitado su adopción y la investigación, mientras que otras intervenciones eficaces, como las intervenciones familiares, han tenido problemas con la implementación. Esto puede deberse a que los responsables son más receptivos a los beneficios de algunas intervenciones (por ejemplo, mediante la reducción del uso de la atención hospitalaria y el aumento del empleo) que de otras. Sin embargo, este tipo de “resultados duros” no siempre reflejan el auténtico éxito de una intervención. Muchos de los estudios dieron resultados positivos, pero más “suaves”, como el aumento de confianza y la creación de vínculos sociales. ¿Estos resultados son lo suficientemente valorados por la sociedad? El objetivo era identificar las intervenciones sociales más eficaces para aumentar la participación social y económica de personas con TMG, y en muchos estudios los resultados eran que los participantes se unían con otros usuarios. Que esto represente una participación social depende de la definición del término. Pero cada vez hay más evidencia que sugiere que la soledad es un impulsor de problemas de salud y malos resultados sociales y, por tanto, cualquier oportunidad de apoyar la conexión social debe ser valorada.

La **educación con apoyo y adaptada** también es relevante. Hace solo unos años, la investigación en este campo se centraba en intervenciones de apoyo a personas en entornos educativos convencionales. En esta revisión, todos los estudios evaluaron universidades o escuelas de recuperación. Tal vez esto indique una creciente conciencia de que los entornos especializados de salud mental deberían considerarse parte de la “corriente principal”, o ciertamente un componente importante de todo el sistema de servicios que facilita la participación “general”.

Otra tensión en este campo es la **falta de prioridad que se da al uso de las intervenciones sociales en comparación con las farmacológicas** y, hasta cierto punto, con las psicológicas. Mientras que los beneficios relativamente pequeños de la medicación se toleran a menudo entre las personas con TMG de larga duración, parece haber un umbral más alto para la esperada eficacia de las intervenciones sociales. La baja aceptación de algunas de las intervenciones identificadas es preocupante, pero no es peor que la de otros tratamientos que se consideran como aspectos esenciales de la atención multidisciplinar. En una reciente revisión sistemática se encontró que la falta de adherencia a la medicación psicotrópica en personas con TMG era de un 49%, y la aceptación de las intervenciones psicológicas entre este grupo en el Reino Unido está por debajo del 20%.

Por último, los autores lanzan una serie de recomendaciones para futuras investigaciones, destacamos dos:

- Se necesita una definición clara de lo que constituye una intervención social.
- Llegar a un acuerdo sobre los resultados sociales relevantes que deben informarse en los estudios de los diferentes tipos de intervención social. Las revistas que publican estudios sobre modelos específicos de atención, como el alojamiento y el empleo asistidos, deberían adoptar una taxonomía estándar para facilitar la interpretación y comparación de resultados.

### RESUMEN

*Las personas con trastornos mentales graves (TMG) son uno de los grupos más marginados de la sociedad. Las intervenciones que tienen como objetivo mejorar su participación social y económica son de crucial importancia para los clínicos, los responsables políticos y las propias personas con TMG. Realizamos una revisión sistemática de la literatura sobre intervenciones sociales para personas con TMG publicada desde 2016 y cotejamos nuestros hallazgos mediante síntesis narrativa. Encontramos una gran cantidad alentadora de investigación en este campo, y 72 artículos cumplieron con nuestros criterios de inclusión. Más de la mitad informaron sobre la eficacia de las intervenciones realizadas a nivel de servicio (asistencia al alojamiento, educación o empleo), mientras que el resto se dirigió directamente a los individuos (participación comunitaria, intervenciones familiares, intervenciones dirigidas/apoyadas por compañeros, entrenamiento en habilidades sociales). Identificamos buena evidencia para el modelo de asistencia al alojamiento “Housing First”, para el modelo de asistencia al empleo “Individual Placement and Support” y para la psicoeducación familiar, con la advertencia de que, no obstante, se requiere una gama de modelos para satisfacer las diversas necesidades de vivienda, empleo y familia relacionadas de los individuos. Nuestros hallazgos también pusieron de manifiesto la importancia de los factores contextuales y la necesidad de realizar adaptaciones locales al “importar” intervenciones de otros lugares. Encontramos que las estrategias de aumento para mejorar la efectividad de las intervenciones sociales (en particular, la asistencia al empleo y el entrenamiento en habilidades sociales) abordando las deficiencias cognitivas no condujeron a habilidades transferibles a la “vida real” a pesar de las mejoras en la función cognitiva. También se identificó una base de evidencia emergente para las intervenciones dirigidas/apoyadas por compañeros, colegios de recuperación y otras intervenciones para apoyar la participación comunitaria. Llegamos a la conclusión de que las intervenciones sociales tienen beneficios considerables, pero son posiblemente las más complejas en el campo de la salud mental, y requieren el compromiso y la inversión de múltiples partes interesadas para una implementación exitosa.*

**Palabras clave:** Intervenciones sociales, enfermedad mental grave, intervenciones basadas en la comunidad, asistencia al alojamiento, asistencia a la educación, asistencia al empleo, participación comunitaria, intervenciones familiares, intervenciones apoyadas por compañeros, entrenamiento en habilidades sociales.

### EXTRACTOS

#### ¿Qué es una intervención social?

El artículo plantea algunas dificultades con la nomenclatura. La guía NICE sobre la prevención y tratamiento de la psicosis en adultos, clasifica en una sección las intervenciones familiares en el marco de las psicoterapias (junto con la terapia cognitivo-conductual y las terapias artísticas) y en otra sección en el marco de las “intervenciones psicosociales”, pero no utiliza los términos “psicosocial” o “social” en su apartado sobre las intervenciones del empleo, la educación y las actividades laborales.

Si consideramos las **intervenciones familiares**, estas deben llevarlas a cabo profesionales formados (con frecuencia, pero no exclusivamente, psicólogos clínicos) y se basan en teorías psicológicas subyacentes, por lo que parece razonable considerarlas como intervenciones psicológicas. Sin embargo, se dirigen a la red social inmediata del individuo y pretenden tener un impacto positivo en los resultados sociales tanto para los usuarios del servicio como para los cuidadores (por ejemplo, a través de mejores relaciones familiares y reduciendo la tensión emocional experimentada por los familiares). El término “**psicosocial**” aborda esta cuestión, pero ha tendido a utilizarse como un cajón de sastre para cualquier intervención que no sea medicamentosa o biomédica. Este término también suele confundir los modelos de atención con las intervenciones que se dirigen más específicamente al individuo.

Por ejemplo, la **gestión intensiva de casos** es un modelo bien descrito, manualizado y reconocido internacionalmente de apoyo multidisciplinar basado en la comunidad, que se ofrece a personas con problemas graves de salud mental frecuentadores de la atención hospitalaria. Su eficacia en la reducción del uso de servicios de hospitalización está bien demostrada (particularmente cuando se aplica en entornos con altos desarrollos de servicios de hospitalización y menos servicios comunitarios). Sin embargo, no se trata de una intervención psicológica o social en sí misma, sino más bien de un vehículo para la realización de intervenciones farmacológicas, psicológicas y sociales. A pesar de ello, se suele denominar como intervención psicosocial. Otros modelos de atención (como la asistencia al alojamiento y al empleo) parecen más obviamente “sociales” tanto en su contenido como en lo que pretenden conseguir y, por tanto, podría decirse que encajan mejor con el

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Killaspy H, Harvey C, Brasier C, Brophy L, Ennals P, Fletcher J, Hamilton B. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry* 2022;21:96-123

Textos seleccionados por Jaime A. Fernández.



# Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)  
[www.fearp.org](http://www.fearp.org)