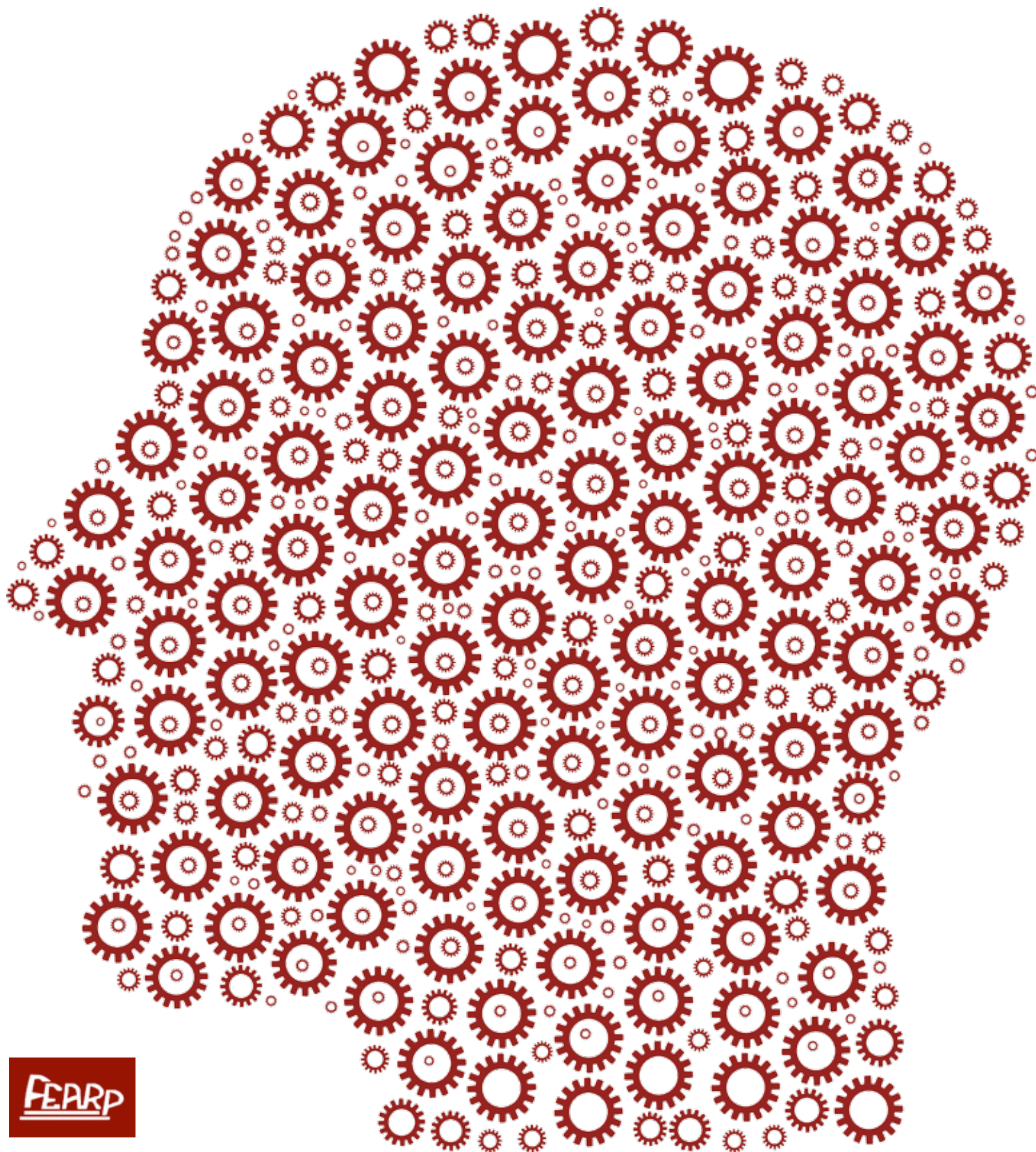


Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)
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

08

Investigación en Rehabilitación Psicosocial: Investigaciones posibles, Repercusiones posibles.

Research in Psychosocial Rehabilitation: Possible Research, Possible Repercussions.

Jesús Saiz, Marta Rosillo.

14

Reflexión sobre el Enfoque Restaurativo Global (ERG) en Servicios de Rehabilitación Comunitaria (SRC).

Reflection on the Global Restorative Approach (GRE) in Community Rehabilitation Services.

Ana Aznar Martínez, Raquel Rubio Simón*, Laia Mas-Expósito, Jordi Andreu, Patricia Blumhofer, Raquel Cabanés, Alicia Capdevila, Elena Carcelén, Verónica Devoto, Pere Isern, Tania López, Laia Perarriera, Núria Puigdemívol, Montserrat Rigol, Selene Urcullu y Mireia Vidiella.

24

Resultados de un programa para la reducción del estigma internalizado en personas afectadas de trastorno mental grave.

Results of a program for the reduction of internalized stigma in people affected by severe mental illness.

Sira Orviz García, Olga Gómez Pérez, Leticia León-Quismondo, Almudena Ortiz Díaz, María Luisa Sanz Aguado, Juan González Cases.

32

Justicia ocupacional en rehabilitación psicosocial: una aproximación al concepto.

Occupational justice in psychosocial rehabilitation: a conceptual approach.

María Fernanda Nieto-Ramiro, María Claros-Rasero, Sonia García-Rodríguez, Raquel Cabanés-Crespo, Jesús Javier Rienda-Jimena, María-Pilar Enguita-Flórez, Inés Casado Bravo, Alicia de la Calle-Sanz.

40

Aportaciones de la enfermería especializada en Salud Mental en el abordaje de la recuperación.

Contributions of nursing specialized in Mental Health in addressing recovery.

Elisabeth Cheneau.

44

Buenas prácticas en rehabilitación psicosocial: la figura de persona experta con experiencia propia en la Fundación SASM.

Good practices in psychosocial rehabilitation: the figure of the expert with own experience in the SASM foundation.

Jesús Rienda, Salvador Expósito, Laura Benito, Tania Pariente.

54

Terapia interfamiliar en una unidad de media estancia en tiempos de pandemia.

Interfamilial therapy in a mid stay unit during covid.

Carolina Laguía.

A field of many small, glowing, light-colored flowers, possibly lotus or similar, arranged in a grid-like pattern. One flower in the center is a vibrant red, standing out from the others. The background is dark, making the glowing flowers stand out.

ORIGINALES
ORIGINALS

INVESTIGACIÓN EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: INVESTIGACIONES POSIBLES, REPERCUSIONES POSIBLES

RESEARCH IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: POSSIBLE RESEARCH, POSSIBLE REPERCUSSIONS

Jesús Saiz¹, Marta Rosillo^{1,2}

¹Departamento de Psicología Social, del Trabajo y Diferencial, Universidad Complutense de Madrid, España.

²Centro de Rehabilitación Psicosocial Los Cármens. Intress. Consejería de Políticas Sociales y Familia, Comunidad de Madrid, España.

Autor de correspondencia: Jesús Saiz. jesus.saiz@psi.ucm.es

RESUMEN

Este texto es un artículo original breve, que pretende generar reflexión en torno al ejercicio de la investigación en Rehabilitación Psicosocial, los diferentes tipos de investigaciones posibles, así como sus repercusiones. Comienza describiendo algunos elementos introductorios, tales como el paradigma de Investigación - Acción - Participación, una epistemología que incluya la subjetividad o algunos métodos de investigación dentro de un enfoque cuantitativo clásico.

En segundo lugar, se describen cuatro posibles motivos para investigar, manteniendo una perspectiva flexible, amplia y aplicada.

Finalmente, se discute en torno a la investigación en el día a día, deteniéndonos en el triple acercamiento a la investigación en contextos sensibles, el cual incorpora entre sus supuestos los principios de la recuperación.

Palabras clave: Investigación, Rehabilitación Psicosocial, Recuperación.

ABSTRACT

This is a brief original article, which aims to generate reflection on the exercise of research in Psychosocial Rehabilitation, the different types of possible research, as well as its repercussions. It begins by describing some introductory elements, such as the Research-Action-Participation paradigm, an epistemology that includes subjectivity or some research methods within a classical quantitative approach.

Secondly, four possible reasons for research are described, maintaining a flexible, broad, and applied perspective.

Finally, research is discussed on a day-to-day basis, focusing on the triple approach to research in sensitive contexts, which incorporates among its assumptions the principles of recovery.

Key words: Research, Psychosocial Rehabilitation, Recovery.



CUESTIONES INTRODUCTORIAS

En la acepción de la Real Academia Española, investigar implica “realizar actividades intelectuales y experimentales de modo sistemático con el propósito de aumentar los conocimientos sobre una determinada materia”. La American Psychological Association, concretando más, propone que investigar consiste en “el esfuerzo sistemático para descubrir o confirmar hechos, ya sea un nuevo problema o tema, o para describir eventos y comprender las relaciones entre variables conocidas, (...) mediante métodos científicos de observación y experimentación (...).” Ambas definiciones subrayan la importancia de que esta acción sea sistemática y cuyo resultado será la obtención de conocimientos.

En el ámbito de la rehabilitación psicosocial, un elemento clave para la generación de conocimiento es la evaluación de las intervenciones. Así, la evaluación es un “instrumento para intervenir y un proceso interactivo y complejo (multidimensional) impregnado de valores y de intereses”¹. Evaluar es una tarea diaria imprescindible, es parte de la intervención y al evaluar se está interviniendo. Posiblemente, la diferencia entre una intervención profesional y una intervención no profesional, muchas veces inocente y bienintencionada, tiene que ver, entre otras cuestiones, con esta evaluación sistemática.

Desde un enfoque constructivista², la investigación aplicada pretende resolver problemas, utilizando los principios científicos de que dispone la disciplina desde la cual se realiza. En los dispositivos de rehabilitación psicosocial, fundamentalmente, se realizan acciones en línea con una investigación aplicada, planificación y evaluación sistemática de situaciones, así como puesta en marcha de acciones para mejorarlas, a las cuales les siguen otras evaluaciones y nuevos diseños de intervención.

Esta naturaleza circular característica de la investigación aplicada, o cotidiana, en los servicios de rehabilitación, también ha sido reconocida bajo el clásico paradigma de Investigación – Acción, ahora ampliado, al paradigma de Investigación – Acción – Participación. Esta forma de hacer investigación, en consonancia con los principios de recuperación, requiere obligatoriamente de la participación activa de las personas-sujetos en la propia Investigación³.

Por otra parte, dada su complejidad y el hecho de dirigirse hacia personas, sujetos, la investigación en Rehabilitación Psicosocial se puede abarcar desde una “epistemología que incluya la subjetividad”². Esta perspectiva del quehacer científico incorpora el mayor número de estrategias de investigación posible, empleando instrumentos tanto cuantitativos (cuestionarios estandarizados, encuestas, registros, etc.) como cualitativos (entrevistas, historias y relatos de vida, grupos de discusión, grupos nominales, observación participante, etc.).

Todos los resultados de la aplicación de estos instrumentos facilitarán una serie de datos que podrán ser entendidos como “indicadores”⁴, es decir, “unidades elementales de información que aparecen en el curso de la investigación”, no como objetos finales de la investigación, sino como partes que requerirán de una integración, análisis y sentido posterior.

Dentro de los diseños habituales de investigación, bajo un enfoque cuantitativo, podremos hacer uso de los siguientes métodos: a) Experimental, cuando manipulemos variables, pero además seamos capaces de asignar alea-

toriamente los participantes a los distintos niveles de la variable manipulada. Adicionalmente, resulta de utilidad emplear como grupo de comparación a las personas que se encuentran en listas de espera para acceder a ese tratamiento o intervención que se pretende evaluar (diseños con grupo control en lista de espera). b) Cuasi-experimental, cuando tengamos que asignar grupos pre-existentes a los distintos niveles de la variable manipulada. c) Descriptivo-correlacional, cuando no es posible manipular las variables independientes y todas las demás, estas variables se miden y se relacionan. Aunque esto reduce la capacidad de determinar causa o efecto, este método se emplea cuando interesa saber la relación que existe entre diferentes variables, o describir procesos para después realizar cambios o diseñar nuevas intervenciones.

MOTIVOS PARA INVESTIGAR

Dado que en el día a día profesional, se puede llegar a generar evidencia empírica (sistemática y válida), existen una serie de razones por las cuales investigar resulta imprescindible:

- (a) En primer lugar, dado que el objeto de la rehabilitación psicosocial son las personas, en su contexto, y que esta realidad es cambiante y sumamente compleja, la investigación permite comprender, explicar, predecir y, finalmente, operar en este campo con cierta seguridad. La investigación, junto con el marco teórico que le acompaña, permite escudriñar la realidad, categorizarla, sintetizar algunos de sus elementos en variables, para, posteriormente, elegir los objetivos de intervención de la forma más operativa posible.
- (b) Los conocimientos generados de la investigación aumentan la probabilidad de éxito de las intervenciones. Las intervenciones no son guiadas por el sentido común, las buenas intenciones o rutinas de trabajo acumuladas en el tiempo, sino por datos, indicadores de proceso y resultados, que, en manos expertas, son integrados y adquieren un sentido práctico, aplicable, de absoluto valor. Por ejemplo, sin una investigación sistemática no sería posible determinar qué intervenciones son eficaces y cuáles no, con lo cual tampoco tendríamos elementos para decidir cuáles aplicar y en qué circunstancias.
- (c) La investigación posibilita la toma de decisiones en todos los niveles (profesional y político). Permite conocer la eficacia de los recursos y servicios, y planificar con eficiencia el gasto e inversión en los recursos de rehabilitación. Numerosos estudios de coste eficiencia han servido para respaldar importantes apuestas en la creación de servicios en salud mental, como por ejemplo, dispositivos de Housing First⁵ o servicio de Tratamiento Asertivo Comunitario⁶.
- (d) Finalmente, la tarea de investigar es transversal con los cuatro compromisos que adquiere el profesional de la intervención en problemas sociales⁷. Es decir, pone a disposición de la persona atendida las estrategias y herramientas de intervención que mejor se corresponden con sus necesidades. Rentabiliza los recursos del profesional, permitiéndole a este sus propios cuidados. La investigación, cuando posee una perspectiva ecológica, comu-

nitaria y participativa, incluye a diferentes actores con lo que genera impactos amplios y sostenibles. Y, finalmente, contribuye a mejorar el bagaje teórico-práctico existente, repercutiendo positivamente en la mejora de la disciplina científica.

LA INVESTIGACIÓN EN EL DÍA A DÍA. DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Durante el quehacer diario, en la cotidianidad del trabajo profesional en rehabilitación psicosocial, la investigación debe tener muy presente el lugar en donde se encuentra, y hacer uso de lo que otros han señalado el triple acercamiento en contextos de investigación sensibles⁸:

1. En primer lugar, la investigación se debe realizar acorde con los principios de recuperación. De esta manera, debe dar apoyo y valor a las narrativas individuales, lo cual incluye tomar en cuenta también aquellas experiencias religiosas y espirituales valiosas para la persona^{9,10} que de otra manera podrían pasar inadvertidas. Además, la investigación fomentará la resiliencia, es decir, el aprendizaje de cada etapa anterior, problema o dificultad superada.

Por otra parte, esta validación de narrativas hará al paradigma participativo prioritario. Apostando por la horizontalidad, considerará a la persona atendida como experto en su vida y en su recuperación, por lo que deberá estar presente en todo el proceso de investigación, diseñando y valorando cada una de las acciones a realizar.

Además, la investigación deberá poseer un sentido para las personas involucradas, y al poner en valor la experiencia y conocimientos de las personas afectadas, transmitirá esperanza y confianza a las mismas.

2. En segundo lugar, las estrategias e instrumentos que vayan a emplearse, independientemente de si son cuantitativos o cualitativos, deberán ser sensibles con posibles experiencias de sucesos traumáticos que puedan evocar o tratar.

Para ello, la selección de los instrumentos a aplicar deberá ser muy cuidadosa. Deberá observarse detalladamente que estas no sean iatrogénicas, ni intrusivas, ni infantilizadoras, y además, que sean respetuosas con la dignidad y el valor de la persona¹¹.

El empleo de métodos creativos, como el photo-voice, la escritura narrativa, el role-play, etc., pueden ser alternativas muy deseables¹², al igual que otras estrategias ya clásicas, como los autorregistros, cuando permitan a la persona mejorar su conciencia de la situación y adquirir una retroalimentación rápida del curso de la investigación.

Los comités éticos deben ser consultados y, siempre que sea posible, estos instrumentos de evaluación deberán haber sido también diseñados o validados por las personas afectadas¹³.

3. Finalmente, la investigación debe huir de cualquier motivación egoísta, exclusivamente academicista, y buscar el impacto colectivo en sus resultados, debe ser lo que autores como Martín Baró llama-

ron “acción libertadora”¹⁴. Para ello es necesaria una perspectiva socio-ecológica, que contemple diferentes actores, y los incluya en todos los procesos. Esta acción libertadora, en lo personal y colectivo, al promover el apoyo mutuo y el asociacionismo, garantizará la sostenibilidad de los resultados. Mientras que, al mejorar la identidad individual y social, a la par que el fortalecer el sentido de pertenencia, fomentará el empoderamiento de los participantes y el colectivo.

Proponer una investigación participante, en la que no sólo los momentos de diseño y evaluación sean compartidos, sino que sus resultados y beneficios recaerán directamente sobre el total de sus integrantes, promete además otros resultados muy deseados. Como la mayor permanencia o adherencia a la investigación e intervención de los participantes, o la garantía de que existirá un cumplimiento con los Derechos Humanos¹⁵.

En definitiva, la investigación en rehabilitación psicosocial es algo que debe llegar a ser cotidiano, habitual en cada servicio y programa, y que, de esta manera, potencie tanto procesos de recuperación individual, como la creación de lugares de encuentro y transformación social científicamente construidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Vidal A. Manual de psicología comunitaria: un enfoque integrado. Madrid: Ediciones Pirámide; 2007.
2. Gonzalez Rey F. Epistemología cualitativa y subjetividad. Sao Paulo: EDUC; 1997.
3. Jacobson N, Altemberg J, Barnes J, Cusson R, Rowley V, McKinnon B. Recovery in Community: Using Participatory Action Research to Explore Recovery with Alternatives. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 2005 Sep;24(2):85-97.
4. González Rey FL. Investigación cualitativa y subjetividad: los procesos de construcción de la información. México: McGraw-Hill; 2007.
5. Latimer EA, Rabouin D, Cao Z, Ly A, Powell G, Aubry T, et al. Cost-Effectiveness of Housing First With Assertive Community Treatment: Results From the Canadian At Home/Chez Soi Trial. *PS*. 2020 Oct 1;71(10):1020-30.
6. Lehman AF, Dixon L, Hoch JS, Deforge B, Kernan E, Frank R. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry*. 1999 Apr;174(4):346-52.
7. Yela García C. Psicología social de los problemas sociales. Madrid: Sanz y Torres; 2019.
8. Paton J, Horsfall D, Carrington A. Sensitive Inquiry in Mental Health: A Tripartite Approach. *International Journal of Qualitative Methods*. 2018 Dec 1;17(1):160940691876142.
9. Fallot RD. Spirituality and religion in recovery: Some current issues. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2007;30(4):261-70.
10. Saiz J, Chen-Chen X, Mills PJ. Religiosity and spirituality in the stages of recovery from persistent mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2021;209(2):106-13.
11. Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica: excesos y alternativas en salud mental. Madrid: Grupo 5; 2013.
12. Saavedra J, Pérez E, Crawford P, Arias S. Recovery and creative practices in people with severe mental illness: evaluating well-being and social inclusion. *Disability and Rehabilitation*. 2018 Apr 10;40(8):905-11.
13. Sampietro HM, Carmona VR, Rojo JE, Gómez-Benito J. Mapping mad maps and recovery tools developed by mental health service users and survivors of psychiatry: a scoping review. *BMJ Open*. 2022 Jun;12(6):e061692.
14. Martín-Baró I, Chomsky N. Psicología de la liberación. Blanco Abarca A, editor. Madrid: Ed. Trotta; 1998. 374 p. (Colección Estructuras y procesos Serie Pensamiento, Psicopatología y psiquiatría).
15. Forrest R. The implications of adopting a human rights approach to recovery in practice: Of the various interpretations of the recovery model, Ruth Forrest favours the type of support that helps to overcome the power imbalance inherent in the therapeutic relationship. *Mental Health Practice*. 2014 May 9;17(8):29-33.



REFLEXIÓN SOBRE EL ENFOQUE RESTAURATIVO GLOBAL (ERG) EN SERVICIOS DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA (SRC)

REFLECTION ON THE GLOBAL RESTORATIVE APPROACH (GRE) IN COMMUNITY REHABILITATION SERVICES (CRS)

Autoras: Ana Aznar Martínez, Raquel Rubio Simón*, Laia Mas-Expósito en nombre del Grupo de Trabajo del Enfoque Restaurativo Global en los Servicios de Rehabilitación Comunitaria**.

*Autora de correspondencia

** El Grupo de Trabajo del Enfoque Restaurativo Global en los Servicios de Rehabilitación Comunitaria lo forman las autoras del artículo y los siguientes profesionales de los Servicios de Rehabilitación Comunitaria: Jordi Andreu, Patricia Blumhofer, Raquel Cabanés, Alicia Capdevila, Elena Carcelén, Verónica Devoto, Pere Isern, Tania López, Laia Perarriera, Núria Puigdel·lívoll, Montserrat Rigol, Selene Urcullu y Mireia Vidiella.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo el análisis y reflexión sobre la implementación del Enfoque Restaurativo Global (ERG) en los Servicios de Rehabilitación Comunitaria donde se trabaja el proceso de recuperación de personas con problemas de salud mental. Los equipos reciben formación en el modelo Transforming Conflict de Hopkins (2017) e implementan lo aprendido a la práctica asistencial en todos los niveles de intervención. Así mismo se reflexiona sobre los puntos en común que este enfoque tiene con el modelo de recuperación ya instaurado en los servicios analizando puntos fuertes y débiles. A destacar que el ERG encaja con el ADN del funcionamiento de los equipos favoreciendo la buena predisposición de implementar la metodología y estableciendo un lenguaje común.

ABSTRACT

This article aims to analyse and think about the implementation of the whole restorative approach (WRA) in community rehabilitation services that aim the recovery of people with mental health problems. The teams are trained in the Transforming Conflict model by Hopkins (2017) and implement what they have learned in daily practice at all levels of intervention. The common points that this approach has with the recovery model are discussed, analysing its strengths and weaknesses. It should be noted that the WRA fits with the way of doing of teams of community rehabilitation services, favouring a good professional predisposition to implement the methodology while establishing a common language.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, se considera que el movimiento hacia la atención comunitaria de personas con problemas de salud mental no ha cumplido con su finalidad de facilitar un enfoque más psicosocial y centrado en la recuperación de la persona (Longden, Read and Dillion, 2016). Se señala así la necesidad de dejar atrás el llamado paradigma tecnológico centrado en la relación evidencia-tratamiento mientras se promueve un cambio hacia un paradigma más humano, centrado en aspectos psicosociales y que sea efectivo.

Desde el modelo de recuperación en salud mental, la recuperación se entiende como “un proceso único y profundamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, objetivos, habilidades y/o roles de una persona. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones a la sociedad, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito vitales para crecer.” (Anthony, 1993). Así pues, desde esta perspectiva, las personas que sufren un problema de salud mental pasan a tener una mayor responsabilidad en su proceso de recuperación y en su vida en general (Gavaldà et al., 2017). Los propios recursos personales y los de la propia comunidad son elementos fundamentales, a diferencia de modelos anteriores en los que el apoyo profesional era la base sobre la que sostener la estabilidad y la mejora clínica.

Dentro de este marco de necesidad de cambio de paradigma, el enfoque restaurativo global (ERG) podría complementar el modelo de recuperación. Se trata de un modelo que promueve la participación activa de las personas atendidas en cualquier servicio en la propia gestión relacional y, por tanto, busca el desarrollo de competencias que generen autonomía tanto en los/las profesionales como en las personas atendidas.

El ERG tiene sus orígenes en la justicia restaurativa, es decir, una forma de mediar un conflicto (Bevington, 2015) en el que se le da voz a la persona que ha sido víctima de una ofensa a la vez que la persona ofensora toma responsabilidad de sus actos (McCluskey, 2008). Zehr (2002) definió los principios de la justicia restaurativa de la siguiente forma:

- Daño y necesidades relacionadas.
- Obligaciones que surgen de este daño.
- Implicación de aquellas que tienen un interés legítimo en el daño y su resolución.

Estos principios son la base de la implementación de enfoques restaurativos en distintos ámbitos y países. Los enfoques restaurativos pueden ser parciales o globales (Norris, 2019). Mientras los enfoques parciales se implementan con el fin de resolver conflictos, el ERG va más allá y promueve una cultura más inclusiva y beneficiosa que implica el manejo positivo de las relaciones interpersonales, y tiene en consideración y valida la experiencia de todos los integrantes de la comunidad donde se implementa (González et al., 2019; Reimer, 2019).

Un ejemplo de ERG sería el Transforming Conflict Model de Hopkins (2017). El ERG que propone es un modelo humanizador, que promueve el desarrollo integral y la creación de conexiones prosociales y de comunidad. Es adaptable a cualquier ámbito donde, por un lado, quieran desarrollarse estrategias de gestión positiva de las relaciones con la intención de generar espacios amables donde todo el

mundo pueda sentirse cómodo, incluido y con voz. Por otra parte, dota de estrategias a todos los miembros de la comunidad para dar respuesta al conflicto de forma responsabilizadora y reparadora.

El proyecto pretende incorporar el ERG a través del Transforming Conflict Model (Hopkins, 2017) como herramienta de trabajo en los procesos de recuperación propios del SRC. El SRC es un dispositivo comunitario orientado a la recuperación de personas con problemas de salud mental responsabilizándolas de su propio cuidado y proyecto vital. Son espacios donde las personas atendidas y sus familias pueden recibir apoyo y acompañamiento en su proceso de recuperación, haciendo comunidad con otras personas en situaciones similares. La creciente evidencia en relación con la eficacia/efectividad de las prácticas restaurativas en diferentes campos tales como los grupos familiares, el trabajo social, la justicia criminal o el mundo de la educación apoya esta tentativa (Thorsborne y Vinegrad, 2017). De hecho, se considera que las prácticas restaurativas ofrecen una teoría que es efectiva para todos (Watchel, 2015) y esto explica el creciente interés de profesionales e investigadores/as desde diferentes áreas como podría ser la de este proyecto. Se trata de un proyecto innovador puesto que la evidencia científica en relación con la recuperación en salud mental se centra generalmente en la justicia restaurativa, pero no en enfoques globales, como el propuesto por la Dra. B. Hopkins (2017) en el Transforming Conflict Model que incluye prácticas responsivas y proactivas. Además, se trata de la implementación del ERG en el funcionamiento de dos SRCs. No tenemos constancia de experiencias similares que se hayan realizado en nuestro contexto o a nivel internacional.

¿Cuál debe ser el objetivo general de un SRC restaurativo?

El objetivo general de un SRC restaurativo es acompañar a la persona en su proceso de recuperación psicosocial y ayudarla a alcanzar sus propósitos vitales promoviendo la autonomía y la responsabilización. Concretamente, este proceso se lleva a cabo desde el fomento de (OMS, 2018):

A) Bienestar personal tanto físico como mental: pensamientos positivos que incluyen seguridad, confianza, tranquilidad y autoestima, entre otros.

B) Bienestar en las relaciones con las demás personas: cuidado responsable y sensible, sentido de pertinencia y capacidad de estar cerca del/de la otro/a. Favorecer que la persona disponga de figuras de apoyo, así como de espacios seguros y de confianza en las diferentes esferas de su vida personal, incluyendo la familiar, la laboral y las amistades, por ejemplo.

C) Capacidades y conocimientos: capacidad de aprender, tomar decisiones positivas, responder a los retos y expresarse incluyendo los conflictos y la gestión positiva de los mismos.

¿Cuáles deben ser los elementos definitorios de un SRC restaurativo?

Desde el ERG, el SRC se define como una comunidad colaborativa que trabaja por la mejora individual, grupal y social, centrándonos en las personas y las relaciones, fundamentadas en la seguridad y la confianza.

Las prácticas restaurativas son más que un conjunto de herramientas, son una forma de ser y estar en la vida y su im-

plementación va más allá de la práctica profesional ya que supone también un cambio personal y a la vez institucional.

La implementación del ERG en los SRCs se fundamenta en los 5 principios restaurativos descritos en la Tabla 2 y se concreta de la siguiente manera:

- Es una nueva manera de mirar las relaciones y el conflicto a cualquier nivel relacional, ya sea en casa o en el entorno relacional más cercano, en el trabajo con los compañeros/as así como con las personas atendidas en el SRC.
- Pone en el centro del proceso de recuperación a la persona y su familia, y más específicamente, sus necesidades y capacidades. Las reconoce y las valida escuchándolas de forma atenta y empática. Este posicionamiento facilita que las personas atendidas puedan desarrollar la capacidad de detectar, expresar y satisfacer sus propias necesidades.
- Da el tiempo necesario a cada persona para tomar perspectiva, poder valorar sus necesidades y la forma de satisfacerlas. De este modo, la persona podrá atender, reconocer y describir lo que está sucediendo en su vida.
- Promueve la cooperación y participación para que la persona sea parte activa de su propio proceso de recuperación, responsabilizándose de sus propias decisiones hacia su proyecto vital. Se trabaja CON la persona y no para ella. Se definen sus objetivos de forma colaborativa y también se incluye su entorno familiar, grupal y comunitario.
- Favorece la comprensión de:
 - La interrelación entre pensamiento, emoción y conducta. Que las personas atendidas puedan identificar y expresar sus pensamientos y sentimientos, de modo que tomen conciencia de la influencia que éstos tienen en su comportamiento y relaciones.
 - De los efectos que nuestra conducta puede te-

ner en las demás personas. Entendiendo que lo que ocurre a nivel individual afecta a nivel grupal y llega al resto de esferas relacionales.

- Pone a disposición de las personas atendidas (incluyendo usuarios/as y familias) espacios de seguridad y confianza para la recuperación psicosocial donde:
 - Todas las personas son escuchadas de forma activa y empática, donde se promueve la compasión y la expresión emocional.
 - Se promueven y fomentan valores esenciales como el respeto, la inclusión, la honestidad y la democracia.
 - Se promueve y fomenta la comunicación no violenta, poniendo a disposición un lugar donde poder expresarse sin miedo a sentirse juzgado por los demás.
 - Poder mejorar las relaciones dañadas, recordando confianza en sí mismo/a y los/las demás, ampliando su red relacional.
 - Crear comunidad. Donde las personas atendidas tomen partido en el funcionamiento del SRC a través de una participación activa y colaborativa, definiendo propuestas basadas en necesidades propias y comunes, tomando decisiones y resolviendo los problemas de forma conjunta considerando al resto de la comunidad.
 - Prevenir los conflictos.
 - Promover la participación comunitaria.
 - Promover un cambio de cultura. Entre todas las personas integrantes del SRC pueden contribuir a una mejora de la visión social de la salud mental, llevando a cabo acciones conjuntas contra el estigma.

Tabla 1. Principios restaurativos según modelo B. Hopkins (2019)

| |
|---|
| 1. Todos/as tenemos una perspectiva única y una contribución valiosa a realizar. |
| 2. Nuestros pensamientos tienen influencia en nuestras emociones y ambos tienen influencia en nuestra conducta. |
| 3. Nuestras acciones impactan en las personas de nuestro alrededor. |
| 4. Identificar las necesidades es el paso previo para decidir cómo resolverlas. |
| 5. Las personas afectadas por una situación son las que están mejor situadas para resolverla (en colaboración). |

Implementación

explica en la Tabla 2.

El proceso llevado a cabo en la implementación del ERG en los SRCs es gradual, activo y se retroalimenta tal y como se

Tabla 2. Proceso de implementación del ERG en los SRCs.

| Núm. | Acción | Definición |
|------|---|--|
| 1. | Sensibilización al Comité de Coordinación de los servicios. Formación inicial y básica que sensibilice en el uso y beneficios de la implementación del ERG | Las Jefas de Sección asisten a una sesión formativa de 4h sobre el ERG. |
| 2. | Toma de decisiones desde el Comité de Coordinación | El Comité de Coordinación solicita formación extensa en el ERG teniendo en cuenta las necesidades de los equipos profesionales de disponer de espacios de reflexión práctica. |
| 3. | Formación de 20h en el ERG por parte de una experta en la materia. Formación general en el ERG y la metodología restaurativa. | Se incluye la formación en el Plan de Formación y se celebran diferentes sesiones de formación dirigidas a los equipos de profesionales de los SRCs de forma conjunta (ver Anexo 1). |
| 4. | Evaluación de la formación | Se utiliza un cuestionario post-formación para valorar la satisfacción y la transferibilidad de los contenidos de la formación en la práctica asistencial. |
| 5. | Inicio de la implementación. Oportunidad de incorporar lo aprendido en la práctica asistencial de los SRCs incluyendo entrevistas y actuaciones individuales, actividades grupales, reuniones de equipo, etc. Es necesario que los/las profesionales hagan suyo el modelo, los principios y la metodología restaurativa favoreciendo así que las personas atendidas los integren también. | Uso de cuaderno de bitácora. Registro de actividades en las que se ha utilizado la metodología restaurativa. Entrevistas de vinculación. Implicar a la persona atendida en su proceso de recuperación (tarjetas de necesidades). Espacios restaurativos para el equipo. Implementar el tiempo de círculo en las actividades que lo permitan (grupos iniciales, grupos cuya dinámica es flexible y objetivo es relacional). Realizar entrevistas de seguimiento con técnicas restaurativas (5 fases). Utilizar reuniones restaurativas en caso de conflicto (usuarios/es, familiares...). Círculos de resolución de problemas en los equipos. |
| 6. | Seguimiento de la formación y la implementación. Formación continua y seguimiento de la implementación del modelo. | Se realizan dos sesiones de 2h de supervisión de la implementación del ERG en los SRCs por parte de la experta en prácticas restaurativas. Se realiza una sesión presencial de 4h en el Modelo Transforming Conflict de Hopkins (2017). Se actualizan los principios y las técnicas propias del modelo. Se supervisan prácticas concretas: - funcionamiento de los círculos de diálogo. - rondas de entrada y de salida. - uso de las tarjetas de necesidades. - análisis de una situación de conflicto y su abordaje desde una perspectiva restaurativa, etc. |
| 7. | Actualización continua de conocimientos a partir de la lectura de diferentes artículos/noticias/materiales y participación en sesiones de trabajo, conferencias y congresos sobre el modelo y su metodología. | Creación de una biblioteca online con material bibliográfico y otros materiales de consulta. |
| 8. | Evaluación del proceso de despliegue del ERG | Cuestionario de satisfacción para conocer la opinión e impresiones de las personas atendidas. Celebración de grupos focales para valorar la experiencia de los/las profesionales en relación con el proceso de implementación del ERG en los SRCs. |

¿Qué metodologías del ERG son útiles en los SRC y por qué?

En general, todas las metodologías de este enfoque pueden ser aplicadas y/o útiles en los SRCs. No se descarta ninguna de las dinámicas o técnicas de este modelo dado que coincidimos en objetivos; sin embargo, destacamos algunas que son mucho más fáciles de aplicar que otras.

- Escucha restaurativa: es la escucha abierta, no basada en el juicio, atenta, activa y empática. Consiste en prestar atención no sólo al contenido de lo que se está diciendo sino también a los elementos no verbales, dando a entender que tenemos en cuenta las opiniones del otro. Implica pues, un proceso activo que también tiene presente la vertiente afectiva e intelectual (Hsu, Phillips, Sherman, Hawkes y Cherkin, 2008), y promueve la empatía (Rodríguez Sans, Kurtz Luna, Alvarez Ude-Coteda, 2011). La escucha es restaurativa cuando al mismo tiempo permite atravesar todos los principios restaurativos que plantea el enfoque restaurativo global (Hopkins, 2017), habiendo diferentes niveles de escucha: escucha de uno mismo > zona restaurativa > escucha del/la otro/a.
- Potenciadores mínimos de la comunicación: realizar la mínima intervención.
- Línea de tiempo para tomar conciencia sobre la situación/conflicto. Es una técnica que promueve la introspección y facilita la elaboración del propio proceso de salud/enfermedad, desde una perspectiva de empoderamiento.
- Comunicación no violenta: se define como el lenguaje del yo y la autoempatía. Promueve el cuidado de las relaciones interpersonales y la gestión positiva de lo que nos ha ocurrido y no nos ha gustado. Permite expresarnos en términos de necesidades y pedir algo al otro sin ofenderlo (Rosenberg, 2006). Se pueden utilizar las tarjetas de necesidades.
- Círculos de palabra: metodología que fomenta relaciones horizontales, genera armonía, mejora el sentimiento de pertenencia, promueve la participación activa, la corresponsabilización y el establecimiento de conexiones prosociales. Para desarrollar esta metodología son necesarios los siguientes elementos: a) un espacio adecuado; b) un objetivo a trabajar; c) un diseño específico y d) un objeto para hablar. Hay diferentes tipos de círculos de palabra, por ejemplo: de entrada y salida de una actividad, círculos para trabajar temáticas concretas o círculos más estructurados como el tiempo de círculo (Hopkins, 2004; 2019a y 2019b); este último incluye: rondas de palabra al inicio y cierre del círculo, juegos de mezcla, una actividad principal en pareja o pequeños grupos, un momento de reflexión para compartir en grupo lo aprendido y un juego cooperativo. Favorece que todo el mundo participe y promueve la cohesión grupal. Se puede utilizar para dar voz/capacitar a la hora de decidir acciones a realizar en el SRC (por ejemplo, el acompañamiento entre iguales en el proceso de vinculación).
- Reunión restaurativa o mediación: es una práctica

restaurativa responsiva que permite dar respuesta en una situación de conflicto. Puede utilizarse en caso de conflicto y/o en entrevistas familiares. Después de llevar a cabo entrevistas con las personas implicadas en el conflicto, la persona mediadora propone y organiza un encuentro voluntario entre las partes implicadas (persona que ha causado el daño, persona que lo ha sufrido, personas de apoyo de ambas partes, personas implicadas directa o indirectamente en la situación, persona que tendrá el rol de mediadora...). Todo el mundo debe estar dispuesto a escuchar y tener la intención de reparar los daños causados. La persona mediadora explicará el objetivo de la reunión y su desarrollo, indicando el orden y turnos de palabra. Este tipo de práctica, además de resolver un conflicto, permite adquirir las herramientas necesarias para prevenirlos, por lo tanto, ayuda a reducir su incidencia.

Discusión

Este artículo define y describe la implementación del ERG en el funcionamiento de dos SRCs destinados a la atención de personas con problemas de salud mental.

El ERG es un modelo que a nivel teórico permite unificar un lenguaje y una forma de hacer compartida que encaja y se complementa con el modelo de recuperación en el que el SRC lleva ya un largo recorrido. A nivel práctico, es suficientemente flexible y permite elegir una u otra práctica en función de la necesidad detectada a nivel individual y/o grupal. El modelo ofrece una estructura basada en cinco principios básicos que facilita el establecimiento de los valores de la recuperación en un contexto de atención en la salud mental, poniendo a la persona en el centro y dándole voz para decidir su proyecto vital. En este sentido, los profesionales del equipo acompañan activamente a las personas atendidas en su proceso, promoviendo la escucha activa, la empatía y un modelo de comunicación no violenta (Rosenberg, 2017) así como los valores de inclusión, respeto, justicia social, etc. que podemos trabajar desde una mirada restaurativa.

El ERG encaja así con el ADN del funcionamiento de los equipos, lo que ha favorecido la buena predisposición de las profesionales a la hora de implementar esta metodología. Consideramos que este hecho es imprescindible para llevar a cabo el trabajo desde este enfoque. Esto concuerda con la literatura disponible en relación con la implementación del ERG y las prácticas restaurativas en nuestro contexto (Mas-Expósito, 2021; 2022) donde se ha visto que la participación activa de la plantilla de profesionales donde se implementa es clave. Sin embargo, cabe señalar que la evidencia disponible se encuentra en contexto educativo, lo que pone de manifiesto la necesidad de más estudios en el ámbito de la recuperación de personas con problemas de salud mental. También es necesario subrayar la importancia de establecer espacios regulares en los equipos de profesionales para implementar, reflexionar, experimentar las prácticas en primera persona, así como de revisar y evaluar la utilidad de cada una de ellas a partir de la experiencia de aquello aplicado en el SRC.

En este sentido, una condición clave para la implementación y consolidación del ERG en los SRCs es la coherencia entre éstos con la visión, misión y valores de la institución y el cambio de cultura que se quiere promover. También se ha visto en otros campos que ésta es una pieza clave

de una implementación exitosa (Mas-Expósito et al., 2021).

En relación con el inicio de la implementación del modelo, cabe señalar que coincide con el inicio de la pandemia por COVID-19 y las restricciones sociales asociadas, cuestión que genera que la atención a las personas atendidas sea prioritariamente online. Esto limitó la formación en prácticas restaurativas de los equipos del SRC, aunque muchas de las dinámicas incluidas en la formación pudieron adaptarse online y fueron de utilidad. Por este motivo, consideramos de gran importancia que, para el desarrollo de las competencias restaurativas de los profesionales, la formación en ERG de forma presencial y vivencial es una condición imprescindible. De este modo las profesionales podrán experimentar y transferir las competencias con mayor facilidad en su práctica diaria. Formar profesionales y favorecer esta transferencia es intrínseco al modelo del ERG de Transforming Conflict de B. Hopkins (2017) ya descrito a lo largo de este artículo.

El campo del ERG en el ámbito de la recuperación en salud mental es todavía muy incipiente. La mayoría de los estudios que se han llevado a cabo tienen lugar en el campo de la justicia restaurativa (Bilger et al., 2019; Wild, 2016). Por eso, es necesaria una visión futura que permita evaluar la implementación del ERG y los factores relacionados en el campo de la salud mental comunitaria.

El tiempo de círculo (Hopkins, 2004; 2019a y 2019b) en el SRC parece haber funcionado mejor para iniciar nuevos grupos y no tanto para grupos que ya tenían una metodología de trabajo establecida y un recorrido en las relaciones interpersonales. Cabe señalar que, a pesar de existir revisiones sistemáticas sobre prácticas restaurativas específicas, en ninguna de ellas se identifica un estudio sobre la eficacia del tiempo de círculo (Lodi, 2022; Mas-Expósito, 2022; Weber, 2020). El tiempo de círculo es una de las prácticas más estructuradas del ERG, lo que permitiría una evaluación más objetiva. Líneas futuras podrían contemplar la evaluación de una actividad del SRC a través del tiempo de círculo. Dos de las actividades a implementar y evaluar en las que se ha utilizado el tiempo de círculo son los grupos multifamiliares (ver anexos) y los espacios de participación, entre otros. Por un lado, podrían medirse resultados directamente relacionados con la implementación del tiempo de círculo y la gestión positiva de las relaciones. Es decir, las relaciones, la armonía en el grupo, el sentimiento de pertenencia al mismo, el nivel de participación del grupo y sus miembros, la corresponsabilización y el establecimiento de conexiones prosociales (Hopkins, 2004; 2019a y 2019b). Por otra parte, habría que incorporar resultados relacionados con el contenido específico de cada una de las actividades. Por ejemplo, en los grupos multifamiliares podrían incluirse variables en relación con el estilo de gestión emocional y la comunicación intrafamiliar.

Otra idea que destacar sería la importancia de recoger la satisfacción y experiencia de las personas usuarias de forma sistemática. En el cuestionario de satisfacción del servicio sería adecuado incluir preguntas específicas sobre la implementación del modelo en relación con prácticas y competencias restaurativas. Los resultados permitirían valorar la atención que se ofrece desde el SRC teniendo en cuenta la opinión de las personas en relación con estas prácticas. Cabe señalar que en la efectividad de las intervenciones psicosociales la participación de la persona usuaria se considera una pieza fundamental. Las intervenciones del SRC permiten este tipo de participación, lo que se asocia a mejoras en el funcionamiento social y el grado de confianza y

empoderamiento de la persona, así como con la reducción de su aislamiento social (Killaspy, 2022). A nivel informal, cabe señalar que cuando algunas de las prácticas se han implementado en el funcionamiento de algún grupo del SRC han tenido una buena acogida e incluso alguna persona atendida ha generalizado su uso en su entorno más cercano como reuniones con amigos/familiares o incluso grupos de ayuda mutua en los que participa.

También sería necesario llevar a cabo una evaluación general del servicio que contemplara los elementos del ERG implementados. Por ejemplo, podría desarrollarse un checklist de fidelidad a la implementación del modelo en los SRC. La fidelidad se refiere al grado en el que la asistencia a la persona usuaria sigue un conjunto de criterios bien definidos por un modelo de intervención en particular (Anis, 2021). En este checklist se podrían marcar mínimos para la atención individual, grupal y así como para el funcionamiento del equipo de profesionales basados en los elementos del ERG adoptados en el SRC. Esto permitiría la evaluación sistemática del modelo de intervención basado en el ERG y la identificación de aquellos componentes terapéuticos que requieren más esfuerzos para su mejora (Anis, 2021).

Como ya se ha dicho, el ERG encaja en el modelo de recuperación y facilita que sean las propias personas atendidas las que deciden su proceso vital dentro y fuera del SRC. Esto favorecería que los roles entre persona atendida/familia/profesional sean equitativos y complementarios alejándonos progresivamente del modelo médico del que venimos superando el estigma y el autoestigma asociado a los problemas de salud mental. El momento actual es de transición y por eso, se hace un llamamiento para que este proceso sea posible tanto a nivel individual, en los servicios de atención a las personas, las instituciones y la propia sociedad.

REFERENCIAS

1. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
2. Bevington, T. J. (2015). Appreciative evaluation of restorative approaches in schools. *Pastoral Care in Education*, 33(2), 105-115. <https://doi.org/10.1080/02643944.2015.1046475>
3. González, T., Sattler, H., & Buth, A. J. (2019). New directions in whole-school restorative justice implementation. *Conflict Resolution Quarterly*, 36(3), 207-220. <https://doi.org/10.1002/crq.21236>
4. Helen Killaspy, Carol Harvey, Catherine Brasier, Lisa Brophy, Priscilla Ennals, Justine Fletcher, Bridget Hamilton. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. (2022). *World Psychiatry*, Volume 21, Issue 1, 96-123.
5. Hopkins, B. (2017). *Restorative Classroom Practices. Restorative approaches in your day-to-day work*. Berkshire: Transforming Conflict and National Centre for Restorative Justice in Youth Settings.
6. Hopkins, B. (2017b). Temps de cercle i reunions en cercle. Manual pràctic. Palma, Mallorca: Conselleria d'Educació i Universitat, Direcció General Innovació i Comunitat Educativa. Institut per la Convivència i l'Èxit Escolar.
7. Hsu, C., Phillips, W.R., Sherman, K.J., Hawkes, R. I Cherkin, D. (2008). Healing in primary care: a vision shared by patients, physicians, nurses and clinical staff. *Annals of Family Medicine*, 6, 307-314.
8. Lodi, E.; Perrella, L.; Lepri, G.L.; Scarpa, M.L.; Patrizi, P. Use of Restorative Justice and Restorative Practices at School: A Systematic Literature Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 96. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010096>.
9. Longden, E., Read, J., & Dillon, J. (2016). Improving Community Mental Health Services: The Need for a Paradigm Shift. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 53(1), 22-29.
10. Mas-Expósito L, Amador-Campos JA, Triay M y Lalucat-Jo L. (2021). Avaluació de dos anys de funcionament d'un servei de suport i atenció emocional en centres educatius d'alta complexitat del Pla de Barris de la ciutat de Barcelona. *Educació Social*, 76. Secció Interanvi.
11. Mas-Expósito, L.; Krieger, V.; Amador-Campos, J.A.; Casañas, R.; Lalucat-Jo, L. Pocket Restorative Practice Approaches to Foster Peer-Based Relationships and Positive Development in Schools. *Educ. Sci.* 2022, 12, 880. <https://doi.org/10.3390/educsci12120880>
12. McCluskey, G. (2008). Exclusion from school: What can "included" pupils tell us? *British Educational Research Journal*, 34(4), 447-466. <https://doi.org/10.1080/01411920701609331>
13. Norris, H. (2019). The impact of restorative approaches on well-being: An evaluation of happiness and engagement in schools. *Conflict Resolution Quarterly*, 36(3), 221-234. <https://doi.org/10.1002/crq.21242>
14. Reimer, K. E. (2019). Relationships of control and relationships of engagement: How educator intentions intersect with student experiences of restorative justice. *Journal of Peace Education*, 16(1), 49-77. <https://doi.org/10.1080/17400201.2018.1472070>
15. Rodríguez Sanz, J., Kurtz Luna, C. i Alvarez-Ude Cotera, F. (2011). Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18(7), 401-409.
16. Rosenberg, M. B. (2017). *Comunicación no violenta. Un lenguaje de vida*. Madrid: Editorial Acanto S.A.
17. Sampietro, Hernán María & Gavalda-Castet, Carla (2021). *Nou Manual per a la recuperació i l'autogestió del benestar. Activa't per la Salut Mental*.
18. <https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2022/08/Manual-actualitzat-des21.pdf>
19. Thomas, E. C., Bilger, A., Wilson, A. B., & Draine, J. (2019). Conceptualizing restorative justice for people with mental illnesses leaving prison or jail. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(6), 693-703. <https://doi.org/10.1037/ort0000316>
20. Thorsborne, M. i Vinegrad, D. (2017). *Restorative Practices In Classrooms*. Londres: Routledge.
21. Wachtel, J., & Wachtel, T. (2012). *Building campus community: Restorative practices in residential life*. Bethlehem, PA: International Institute for Restorative Practices.
22. Wachtel, J. (2015). Restorative Practices and the Life-World Implications of a New Social Science. *Revista de Asistent\ Social\, anul XIV, nr. 4/2015*, pp. 7-18.
23. Weber, C.; Vereenoghe, L. Reducing conflicts in school environments using restorative practices: A systematic review. *Int. J. Educ. Res.* 2020, 1, 1009.
24. Wild, Ciara. (2016). Can Restorative Justice be effective with victims and offenders with a mental disorder? A note on challenges, development and outcomes. *Forensic Update*. 6.
25. Zehr, H. (2002). *The Little Book of Restorative Justice. A Bestselling Book By One Of The Founders Of The Movement*. Good Books.

Anexo 1. Descripción de la formación sobre el Enfoque Restaurativo Global

| | |
|------------------------|--|
| Nombre de la formación | Enfoque Restaurativo Global Transforming conflict (Hopkins, 2014) |
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> - Tener un conocimiento general sobre el ERG y específico sobre el modelo de B.Hopkins. - Diseñar y facilitar círculos proactivos. - Utilizar la escucha restaurativa para la gestión de las relaciones en el día a día. |
| Contenidos | <p>Módulo 1: El enfoque restaurativo. Valores, principios y prácticas proactivas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Integrar conocimiento sobre el desarrollo de las prácticas restaurativas en diferentes ámbitos. 2. Clarificar qué son las prácticas restaurativas y favorecer su comprensión. 3. Enlazar los principios restaurativos y la práctica. 4. Aprender a través de la participación la importancia de las normas y las fases del círculo. 5. Aprender a diseñar y facilitar círculos proactivos. <p>Módulo 2: modelo 5-5-5 y la escucha restaurativa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las 5 fases de cualquier proceso restaurativo, sus preguntas y su relación con los principios restaurativos. 2. Reconocer los elementos que no facilitan la escucha. 3. Descubrir los elementos clave para la escucha: potenciadores mínimos de la comunicación. 4. Vincular pensamientos, emociones y acciones. 5. Practicar la escucha restaurativa en cada una de sus fases. 6. Incorporar el feedback como proceso de aprendizaje de las habilidades trabajadas. <p>Módulo 3: facilitación de reuniones restaurativas con dos personas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transferir las habilidades desarrolladas para la escucha a la facilitación de reuniones restaurativas con dos personas (mediación). Identificar las diferencias. 2. Reconocer cual es la preparación necesaria para la facilitación de una reunión restaurativa entre dos personas. 3. Integrar las nuevas habilidades mediante el role-playing. |
| Metodología | <ol style="list-style-type: none"> 1. Restaurativa, utilizando el círculo proactivo como metodología de base para realizar todas las actividades experienciales, para generar conocimiento y para: <ul style="list-style-type: none"> - Crear un espacio de aprendizaje seguro y de soporte. - Crear un acuerdo de grupo colaborativo basado en necesidades compartidas. - Garantizar la flexibilización relacional. - Mostrar como modelar el lenguaje y el comportamiento desde la persona formadora. 2. Roleplaying o escenificaciones para la integración de competencias facilitadoras. 3. Feedback para generar aprendizaje. |

Anexo 2. Intervención en ERG en el Grupo Multifamiliar

| PLANTILLA TIEMPO DE CÍRCULO | | |
|--|---------------|---|
| Intervención: GRUPO MULTIFAMILIAR (online). | | |
| A quién va dirigida: usuarios/as y familiares de los SRCs de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi. | | |
| Objetivos: identificar el estilo de gestión emocional y mejorar la comunicación intrafamiliar. | | |
| Material: Diapositiva Ventana de la disciplina social/gestión relacional. | | |
| Duración: 1h 30'. | | |
| Fase | Duración | Descripción |
| Ronda de entrada. | 10' | "¿Cómo llego hoy al grupo?", exposición individual breve, ordenada en función de cómo nos hemos ido apuntando en el chat. |
| Actividad de mezcla. | No se realiza | |
| Actividad principal. | 50' | Presentación de la diapositiva Ventana de la disciplina social/gestión relacional. Explicación de los 4 estilos: punitivo/restaurativo/permisivo/negligente. Explicación del contenido y propuesta de que cada miembro del grupo identifique el estilo con el que se siente más identificado respecto a la relación que tiene con el/la familiar del grupo. |
| Preguntas para la reflexión. | 15' | Reflexión conjunta de las ventajas e inconvenientes de cada estilo. Valoración de la utilidad y novedad del contenido prestado y de la dinámica propuesta. |
| Actividad energizante. | 5' | Sentados/as en la silla, las conductoras del grupo proponen una serie de estiramientos sencillos de cuello y espalda para implicar la parte corporal durante la sesión. |
| Ronda de cierre. | 10' | "¿Qué me llevo del grupo?", exposición individual breve, siguiendo el mismo orden que durante la ronda de entrada. |

RESULTADOS DE UN PROGRAMA PARA LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO EN PERSONAS AFECTADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE

RESULTS OF A PROGRAM FOR THE REDUCTION OF INTERNALIZED STIGMA IN PEOPLE AFFECTED BY SEVERE MENTAL ILLNESS

Sira Orviz García*, Olga Gómez Pérez*, Leticia León-Quismondo**, Almudena Ortiz Díaz*, María Luisa Sanz Aguado*, Juan González Cases*.

* Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares. Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave. Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Comunidad de Madrid. (España). Gestión técnica GRUPO 5 ***.

** Facultativo Especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. Contacto: Sira Orviz García. Centro de Rehabilitación Psicosocial. C/Pablo Coronel 18. 28802 Alcalá de Henares. Tel. 918823884/984. Correo electrónico: psicologia.crpsalcala@grupo5.net.

*** Este estudio fue realizado mayoritariamente con la gestión técnica del CRPS a cargo de Grupo Exter S.A.. La parte final (análisis de datos y redacción) se elabora bajo la gestión del CRPS por parte de Grupo 5.

RESUMEN:

Introducción: Existe un elevado porcentaje de personas con trastorno mental grave (TMG) que presentan un alto o moderado grado de autoestigma o estigma internalizado (EI), lo que se ha relacionado con peores posibilidades de recuperación. **Objetivo:** Evaluar los resultados de un programa para la reducción del EI en personas con TMG en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares (Madrid). **Método:** Participaron 178 usuarios. A todos ellos se les aplicó la Escala de autoestigma de la enfermedad mental (ISMI), la Escala de calidad de vida (SLDS) y la Escala de evaluación del funcionamiento global (EEFG). Aquellos con una puntuación en el ISMI mayor o igual a 2,3 fueron asignados aleatoriamente al grupo experimental o a un grupo control, hasta completar un total de 34 personas (16 en el grupo experimental y 18 en el grupo control). El grupo control recibió el tratamiento habitual, mientras que el grupo experimental participó, además, en un programa diseñado específicamente para el abordaje del EI. **Resultados:** El programa diseñado consiguió reducir el EI, con una disminución significativa en "alienación", "aprobación del estereotipo" y "experiencia discriminatoria" en el grupo experimental. Asimismo, aunque no resultó significativa estadísticamente, se observó una disminución en "aislamiento social" y "resistencia estigma" y un aumento en "calidad de vida" y "funcionamiento global" en el grupo experimental. No se obtuvieron diferencias significativas por sexo, aunque se observó un mayor estigma internalizado en hombres que en mujeres. **Conclusiones:** La aplicación de intervenciones específicas reduce el EI en personas con trastorno mental grave.

Palabras clave: Estigma internalizado, trastorno mental grave, calidad de vida, funcionamiento.

ABSTRACT:

Introduction: There is a high percentage of people with severe mental illness (SMI) who have a high or moderate level of internalized stigma (IS), that is associated with worse recovery possibilities. **Objective:** To assess the results of a program to reduce the IS level in people with SMI in Psychosocial Rehabilitation Center of Alcalá de Henares (Madrid). **Method:** 178 persons participated. All of them completed the Scale of Internalized Stigma Mental Illness (ISMI), Satisfaction with Life Domains Scale (SLDS) and Evaluation of Global Functioning Scale (EEFG). The people who obtained an ISMI result more or equal than 2,3 were randomly assigned to experimental or control group until complete 34 persons (16 in experimental group and 16 in control group). The control group received a standard treatment, and the experimental group participated in a special program designated specially to IS approaching. **Results:** the program achieved to reduce IS, with a significant reducing in "alienation", "stereotype endorsement" and "discrimination experience" in experimental group. Moreover, although it was not statistically significant, it was observed a reduction in "social withdrawal" and "stigma resistance" and increasing in "quality of live" and "global functioning" in experimental group. There were not obtained significant differences by sex, although it was observed a high IS in men than women. **Conclusions:** the application of specific interventions reduces the IS in people with SMI.

Key words: Internalized stigma, severe mental illness, quality of life, functioning.

INTRODUCCIÓN

Las personas que padecen un trastorno mental grave (en adelante TMG) presentan frecuentemente estigma que se manifiesta en estereotipos, prejuicios y rechazo por parte de su entorno. Un aspecto relacionado con el estigma asociado a la enfermedad mental es el estigma internalizado (en adelante EI) o autoestigma que se refiere al estigma sentido por la propia persona que sufre un TMG. El autoestigma o EI puede describirse como un "proceso mediante el cual las personas afectadas asumen los estereotipos sobre la enfermedad mental, anticipan el rechazo social, consideran que los estereotipos son relevantes para sí mismos y creen que son miembros devaluados de la sociedad" (Livingston & Boyd, 2010. PAG 2151).

El estigma y autoestigma asociado a la enfermedad mental se relaciona con peores expectativas de recuperación, funcionamiento social deficitario, menor autonomía personal, bajo uso de recursos, mayor malestar emocional, peor ajuste social, mayor severidad de síntomas depresivos, peor adherencia al tratamiento, pocos contactos sociales, baja autoestima, mayor desmoralización, menor acceso al empleo, etc. (Corrigan, 1998; Corrigan et al, 2006; Link et al, 2001; Brohan et al, 2010; Wahl, 2012; Livingstone & Boyd, 2010; Muñoz et al, 2011; Cavelti et al, 2012; Yanos et al, 2012; Yanos et al, 2010; Carrara & Ventura, 2018; Yanos et al, 2020; Del Rosal et al, 2021; Dubreucq, Plasse & Franck, 2021)

Se estima que entre el 20% y el 50% de las personas con un trastorno mental grave presentan un alto o moderado grado de autoestigma (Dubreucq, Plasse & Franck, 2021; Brohan, Slade, Clement & Thornicroft, 2010; González Domínguez, 2019). Brohan et al. publican en 2010 un estudio sobre la aplicación a través de correo postal de un cuestionario de evaluación del autoestigma (Internalized Stigma of Mental Health Scale ISMI) a 1229 personas con psicosis de 14 países europeos y obtienen que el 41,7% de las personas presentan un alto o moderado autoestigma (Brohan, Elgie, Sartorius, Thornicroft & GAMIAN-Europe Study Group, 2010). En otro estudio realizado en USA con el mismo instrumento sobre 144 personas obtienen un 36% de personas con elevado estigma (West et al, 2011).

Dada la alta proporción de personas con TMG que presentan un elevado autoestigma y las consecuencias que éste tiene para sus posibilidades de recuperación, en los últimos años se han ido desarrollando en diferentes contextos de atención, intervenciones para intentar reducir este estigma internalizado y en consecuencia favorecer los procesos de recuperación de las personas con TMG. La mayoría de las intervenciones publicadas utilizan un formato grupal, de duración entre 10 y 20 sesiones, con componentes basados en psicoeducación, narrativas, habilidades de afrontamiento conductual y abordaje cognitivo. Los resultados obtenidos parecen prometedores pero los autores recomiendan tomarlos con precaución por las deficiencias metodológicas encontradas en los diseños (García Bernárdez, 2019; Navarro Esquerda, 2018; Mittal et al, 2012; Yanos et al, 2015; Büchter & Messer, 2017). Una revisión para destacar es la publicada por Stynes, Leão y McHugh (2022) donde hacen una revisión de la aplicación del min-

dfulness y las terapias de tercera generación para la reducción del EI en diferentes poblaciones (no solo personas con TMG). Los resultados, a pesar de los sesgos señalados por los revisores, sugirieron que las intervenciones destinadas a mejorar la autocompasión o aquellas basadas en la terapia de aceptación y compromiso pueden ser eficaces para la reducción del estigma y por ende en la mejora de la calidad de vida y el bienestar psicológico.

Todo lo anterior parece avalar la pertinencia de diseñar e implementar una estrategia específica que intente abordar el EI entre los usuarios del CRPS de Alcalá de Henares para lo cual se diseñó un programa grupal para el abordaje del autoestigma. Dicho programa tiene una duración de 15 sesiones, de frecuencia semanal y duración de 60 minutos. Los principales componentes y actividades del programa serían:

- Psicoeducación sobre qué es el autoestigma y su influencia, los mitos que existen en torno a la enfermedad mental y sus contraargumentos.
- Visionado de vídeos y la lectura de narrativas de personas con enfermedad mental grave con contenidos relativos a la superación del estigma.
- Realización de narrativas en primera persona y la observación de los cambios que se producen en sus contenidos a medida que avanza el programa.
- La intervención directa sobre los pensamientos estigmatizantes mediante estrategias relacionadas con el encuadre teórico de la terapia de aceptación y compromiso.
- Establecimiento de líneas de acción hacia los valores.
- Asignación de tareas para casa relacionadas con los contenidos de cada sesión.

Si el perfil de los participantes lo demanda, se interviendrá sobre las señales personales de recaída y se les facilitará el aprendizaje de estrategias para manejarlas mejor y/o prevenirlas.

El objetivo del presente estudio es conocer si las personas con TMG y elevado EI que participaron en el programa específico para reducir el estigma internalizado, lo reducen, en qué dimensiones se reduce más y si mejoran en su calidad de vida y funcionamiento.

MATERIAL, MÉTODO Y MUESTRA

En noviembre de 2013 se comienza a aplicar a todos los usuarios en atención en ese momento en el CRPS (83 personas accedieron voluntariamente) la "Escala de autoestigma de la enfermedad mental" (Internalized stigma of mental illness scale- ISMI de Ritsher, Otilingama y Grajales, 2003). Esta escala es un instrumento de autoinforme diseñado para medir el autoestigma en personas con enfermedad mental. Consta de 29 ítems agrupados en cinco subescalas: alienación (6 ítems), aprobación de estereotipos (7 ítems), discriminación percibida (5 ítems), aislamiento social (6 ítems) y resistencia al estigma (5 ítems). El

paciente puntúa cada ítem en una escala Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). La puntuación ISMI total oscila entre 4 y 91. Altas puntuaciones en ISMI indican un mayor estigma internalizado.

A partir de noviembre de 2013 se fue pasando el ISMI a todas las personas que acceden al centro llegando a una aplicación del ISMI en 178 personas. Las personas con una puntuación en la escala ISMI mayor o igual a 2,3 fueron asignadas aleatoria e informá-

tivamente a grupo experimental o a un grupo control hasta completar un total de 34 personas (16 en el grupo experimental y 18 en el grupo control). No hubo cegamiento de investigadores ni de pacientes. El grupo control recibió el tratamiento habitual en el CRPS y el grupo experimental el tratamiento habitual más un programa específico de autoestigma. Se realizaron 3 grupos experimentales sucesivos en 2014, 2015 y 2019, cada uno con su correspondiente grupo control. Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

| | Muestra total (n=34) | Grupo experimental (n=16) | Grupo control (n=18) |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Edad (media (DE) y rango) | 43,96 años (8,27) (rango=21,47-57,65) | 45,10 años (5,92) (rango=31,3- 53,7) | 42,94 años (9,97) (rango=21,47-57,65) |
| Sexo | | | |
| Hombres | 25 (73,52%) | 13 (81,25%) | 12 (66,66%) |
| Mujeres | 9 (26,47%) | 3 (18,75%) | 6 (33,33%) |
| Estado civil | | | |
| Casado/pareja | 8 (23,52%) | 1 (6,25%) | 7 (38,88%) |
| Soltero | 22 (64,70%) | 12 (75%) | 10 (55,55%) |
| Divorciado | 4 (11,76%) | 3 (18,75%) | 1 (5,55%) |
| Convivencia | | | |
| Padres | 19 (55,88%) | 10 (62,5%) | 9 (50%) |
| Cónyuge | 7 (20,58%) | 1 (6,25%) | 6 (33,33%) |
| Centros residenciales | 2 (5,88%) | 2 (12,5%) | 0 |
| Solos | 2 (5,88%) | 1 (6,25%) | 1 (5,55%) |
| Otros | 4 (11,76%) | 2 (12,5%) | 2 (11,11%) |
| Nivel estudios | | | |
| No escolarizado | 0 | 0 | 0 |
| Educación Primaria | 13 (38,23%) | 4 (25%) | 9 (50%) |
| Educ. secundaria | 7 (20,58%) | 3 (18,75%) | 4 (22,22%) |
| Bachillerato | 8 (23,52%) | 6 (37,5%) | 2 (11,11%) |
| FP | 4 (11,76%) | 1 (6,25%) | 3 (16,66%) |
| Universidad | 2 (5,88%) | 2 (12,5%) | 0 |
| Diagnóstico principal | | | |
| Esquizofrenia | 23 (67,64%) | 13 (81,25%) | 10 (55,55%) |
| Psicosis afectivas | 2 (5,88%) | 2 (12,5%) | 0 |
| Trastorno delirante | 1 (2,94%) | 0 | 1 (5,55%) |
| Otras psicosis | 4 (11,76%) | 1 (6,25%) | 3 (16,66%) |
| Tras. personalidad | 3 (8,82%) | 0 | 3 (16,66%) |
| Otros trastornos | 1 (2,94%) | 0 | 1 (5,55%) |
| Diagnóstico secundario | 9 (26,47%) | 4 (25%) | 5 (27,77%) |
| Meses de evolución del trastorno (media (DE) y rango) | 202,02 (137,12) (rango=618,7-22,3) | 142,23* (80,99) (rango=317,8-19,6) | 247,69* (161,1) (rango=618,7-22,3) |
| Meses estancia CRPS (media (DE) y rango) | 66,63 (55,16) (rango=294,79-4,69) | 58,80 (36,72) (rango=137,34-4,69) | 72,78 (68,34) (rango=294,79-12,39) |

* diferencia estadísticamente significativa prueba no paramétrica U: Mann-Whitney p=0,031. Dos usuarios con medidas extremas de 610 meses. si se excluyen es ya distribución normal y no sale significativa prueba t. P= 0.162.

Para buscar posibles influencias de la intervención en otros dominios diferentes al autoestigma se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Datos sociodemográficos y clínicos de elaboración propia.
- Escala de calidad de vida (CVD): Satisfaction

with life domain scale (SLDS) (Baker y Intagliata, 1982; adaptación española de Bobes, González y Bousoño, 1995). Esta escala cuenta con 15 ítems en los que la persona evalúa la satisfacción actual subjetiva con diversos aspectos de su vida, agrupados en cuatro áreas: seguridad, pertenencia, estimulación y realización. Para su puntuación, se utiliza una

escala analógica visual de 8 puntos con caras que varían desde la máxima satisfacción (sonrisa amplia) a la máxima insatisfacción (ceño fruncido). Sobre la base de esta escala, Muñoz et al. (2010), realizaron una adaptación para su uso en los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Se eliminaron algunas preguntas por considerarse repetitivas o de difícil comprensión y se añadieron preguntas sobre áreas nuevas o que ampliaran la información recogida sobre áreas que ya aparecían en el SLDS, siguiendo el esquema general de las preguntas de esta escala. El cuestionario final consta de 26 preguntas.

- Escala de evaluación del funcionamiento global (EEFG) (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002). Esta escala evalúa el funcionamiento global de la persona, incluyendo el funcionamiento en la actividad social, escolar o laboral, además de la gravedad de la sintomatología. El resultado oscila entre 0 y 100 puntos. A mayor puntuación, mejor funcionamiento.

En un primer lugar, se analiza la población muestral con fines puramente descriptivos. Las medidas utilizadas son la media aritmética y la desviación típica para los datos cuantitativos. Los cualitativos están expresados en forma de porcentajes.

Tabla 2. Puntuaciones en las escalas ISMI, EEFG, CDV y dominios del ISMI

| | Grupo experimental | | Grupo control | | p | D Cohen |
|------------------------------------|--------------------|--------------|---------------|---------------|--------|---------|
| | n | media (DE) | n | media (DE) | | |
| ISMI TOTAL | | | | | | |
| Pre | 16 | 2,51 (0,49) | 18 | 2,61 (0,29) | 0,45 | |
| Post | 14 | 2,23 (0,46) | 13 | 2,63 (0,38) | 0,025* | -0,84 |
| Alienación | | | | | | |
| Pre | 16 | 16,94 (4,28) | 18 | 18,22 (3,57) | 0,347 | |
| Post | 14 | 14,93 (3,68) | 13 | 18,54 (3,75) | 0,019* | -0,88 |
| Aprobación estereotipo | | | | | | |
| Pre | 16 | 14,81 (3,88) | 17 | 15,82 (1,97) | 0,258 | |
| Post | 14 | 12,86 (4,13) | 13 | 16,69 (3,90) | 0,020* | -0,87 |
| Experiencia discriminatoria | | | | | | |
| Pre | 16 | 12,50 (3,30) | 18 | 13,94 (2,01) | 0,129 | |
| Post | 14 | 11,14 (2,68) | 13 | 13,85 (2,88) | 0,025* | -0,88 |
| Asilamiento social | | | | | | |
| Pre | 16 | 15,94 (4,59) | 18 | 15,94 (2,99) | 0,996 | |
| Post | 14 | 14,50 (3,85) | 13 | 16,62 (3,50) | 0,149 | -0,56 |
| Resistencia estigma | | | | | | |
| Pre | 16 | 12,63 (2,60) | 18 | 12,06 (2,75) | 0,393 | |
| Post | 14 | 11,50 (1,91) | 13 | 10,62 (2,02) | 0,254 | 0,44 |
| EEFG | | | | | | |
| Pre | 16 | 55,94 (5,67) | 18 | 52,65 (7,19) | 0,167 | |
| Post | 16 | 61,06 (9,25) | 16 | 57,43 (14,39) | 0,404 | 0,33 |
| CDV | | | | | | |
| Pre | 16 | 4,01 (1,09) | 16 | 3,98 (1,26) | 0,94 | |
| Post | 16 | 4,17 (1,14) | 15 | 4,42 (1,42) | 0,592 | -0,19 |

ISMI: *Internalized stigma of mental illness scale* (La puntuación del "ISMI TOTAL" está calculada con la media de las puntuaciones de los 29 ítems de la escala. Las puntuaciones de cada dominio del ISMI están calculadas con el sumatorio de los ítems correspondientes al dominio); EEFG: *Escala de evaluación del funcionamiento global* CVD: *Calidad de vida: Satisfacción with life domain scale*.

Las comparaciones se establecieron intragrupo e intergrupo (grupo de experimental y grupo control). Se realizaron tablas de contingencia para comparaciones de grupos y significación estadística con ANOVA, chi-cuadrado de Pearson, Prueba T para muestras relacionadas y pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis). Se utiliza la D de Cohen para valorar el tamaño del efecto. Para estudiar la correlación entre variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para variables con distribución normal bivalentes o el coeficiente de correlación Rho de Spearman para variables no paramétricas o variables ordinales. Significación de $p < 0,05$.

El conjunto de datos se procesó utilizando la versión 18.0.0 del paquete estadístico PASW Statistics 18 (anteriormente Statistical Package for the Social Sciences- SSPSS Statistics).

RESULTADOS

Las puntuaciones medias globales obtenidas en los diferentes instrumentos se muestran en la tabla 2. Dos personas del grupo experimental no completaron el programa y 3 personas del grupo control no completaron el ISMI post:

La distribución de las puntuaciones en función del sexo se muestra en la tabla 3. No se encuentran diferencias significativas entre sexos tanto en la comparación dentro del grupo control o experimental ni tampoco entre medidas pre y post

Tabla 3. Puntuaciones pre y post en las escalas ISMI, EEFG, CDV y dominios del ISMI desagregadas por sexo.

| | | Grupo experimental | | Grupo control | |
|------------------------------------|--------|--------------------|--------------|---------------|---------------|
| | | n | media (DE) | n | media (DE) |
| ISMI TOTAL | Hombre | 11 | 2,41 (0,45) | 12 | 2,64 (0,27) |
| | Mujer | 5 | 2,72 (0,57) | 6 | 2,56 (0,35) |
| Post | Hombre | 10 | 2,28 (0,45) | 9 | 2,53 (0,38) |
| | Mujer | 4 | 2,12 (0,52) | 4 | 2,85 (0,32) |
| Alienación | Hombre | 11 | 16,00 (4,49) | 12 | 18,17 (3,81) |
| | Mujer | 5 | 19,00 (3,42) | 6 | 18,33 (3,38) |
| Post | Hombre | 10 | 15,20 (4,07) | 9 | 17,67 (4,03) |
| | Mujer | 4 | 14,25 (2,87) | 4 | 20,50 (2,38) |
| Aprobación estereotipo | Hombre | 11 | 14,55 (2,97) | 11 | 15,82 (1,91) |
| | Mujer | 5 | 15,40 (5,81) | 6 | 15,83 (2,13) |
| Post | Hombre | 10 | 12,90 (3,75) | 9 | 17,00 (4,27) |
| | Mujer | 4 | 12,75 (5,67) | 4 | 16,00 (3,36) |
| Experiencia discriminatoria | Hombre | 11 | 11,82 (3,12) | 12 | 13,75 (2,34) |
| | Mujer | 5 | 14,00 (3,53) | 6 | 14,33 (1,21) |
| Post | Hombre | 10 | 10,80 (2,81) | 9 | 13,00 (2,78) |
| | Mujer | 4 | 12,00 (2,44) | 4 | 15,75 (2,36) |
| Aislamiento social | Hombre | 11 | 14,82 (4,7) | 12 | 16,33 (2,77) |
| | Mujer | 5 | 18,40 (3,50) | 6 | 15,17 (3,54) |
| Post | Hombre | 10 | 15,20 (3,73) | 9 | 15,67 (3,08) |
| | Mujer | 4 | 12,75 (4,11) | 4 | 18,75 (3,86) |
| Resistencia estigma | Hombre | 11 | 12,82 (2,18) | 12 | 12,33 (3,25) |
| | Mujer | 5 | 12,20 (3,63) | 6 | 11,50 (1,37) |
| Post | Hombre | 10 | 12,10 (1,37) | 9 | 10,11 (2,20) |
| | Mujer | 4 | 10,00 (2,44) | 4 | 11,75 (0,95) |
| EEFG | Hombre | 11 | 56,64 (4,41) | 11 | 53,82 (6,52) |
| | Mujer | 5 | 58,90 (7,56) | 6 | 50,50 (8,47) |
| Post | Hombre | 11 | 58,36 (8,35) | 11 | 59,18 (16,05) |
| | Mujer | 5 | 67,00 (9,08) | 5 | 53,60 (10,31) |
| CDV | Hombre | 11 | 3,72 (0,98) | 11 | 4,21 (1,13) |
| | Mujer | 5 | 4,66 (1,15) | 5 | 3,48 (1,39) |
| Post | Hombre | 11 | 3,81 (1,00) | 10 | 4,95* (16,05) |
| | Mujer | 5 | 4,95 (1,09) | 5 | 3,34* (1,42) |

ISMI: *Internalized stigma of mental illness scale*; EEFG: *Escala de evaluación del funcionamiento global* CVD: *Calidad de vida: Satisfacción with life domain scale*.

* Diferencia significativa ($p=0,03$). Los hombres del grupo control consiguen más puntuaciones en la escala de calidad de vida que las mujeres.

DISCUSIÓN

En primer lugar llama la atención de los resultados, la menor proporción de personas con puntuaciones altas en autoestigma en relación a los datos aportados por los estudios publicados. En la muestra evaluada en el CRPS de Alcalá, el 21,34% de las personas presentaban puntuaciones altas en autoestigma, proporción llamativamente inferior a las aportada por la literatura científica que la sitúa en una horquilla entre el 20% y el 50% (Dubreucq, Plasse & Franck, 2021; Brohan, Slade, Clement & Thornicroft, 2010; Brohan, Elgie, Sartorius, Thornicroft & GAMIAN-Europe Study Group, 2010; West et al, 2011; González Domínguez, 2019). Sin embargo, esa prevalencia es similar a la encontrada en otros estudios realizado con población similar a la atendida en el CRPS de Alcalá. Así Touriño et al (2018) encontraron que el 21,1% de las personas evaluadas con el ISMI en Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria presentaban autoestigma alto. Algo más elevada, 26,1%, es la prevalencia hallada en una muestra de Cantabria (Bengochea-Seco et al, 2018).

El resultado principal aportado con esta investigación es que el programa diseñado específicamente para abordar el autoestigma en usuarios con TMG del CRPS consigue reducir significativamente el estigma internalizado. Este resultado es consistente con los aportados en estudios previos que encuentran que las intervenciones para la reducción del estigma muestran resultados esperanzadores (García Bernárdez, 2019; Navarro Esquerda, 2018; Mittal et al, 2012; Yanos et al, 2015; Büchter & Messer, 2017). Resaltar también que las estrategias basadas en terapias de tercera generación, componente esencial del programa de autoestigma del CRPS, muestran resultados muy prometedores para el abordaje de esta problemática en personas con TMG (Chowdhary & Jahan, 2014) y en otros colectivos que sufren este fenómeno (Stynes, Leão & McHugh, 2022; Luoma & Platt, 2015).

De los cinco dominios que conforman el ISMI se observa una disminución significativa en los siguientes: “alienación”, “aprobación del estereotipo” y la “experiencia discriminatoria”. La “alineación” evalúa la experiencia subjetiva de ser inferior a los demás, la vergüenza y la identidad, la “aprobación del estereotipo” evalúa el grado de acuerdo del sujeto con los estereotipos sobre la enfermedad mental y la “experiencia discriminatoria” hace referencia a la percepción del sujeto de cómo es tratado por los demás. Aunque se observa una ligera disminución en las puntuaciones de los otros dos dominios restantes que conforman el ISMI (“aislamiento social” y “resistencia estigma”) tras el paso por el programa de los sujetos del grupo experimental, esta diferencia no llega a ser significativa estadísticamente. El dominio “aislamiento social” se refiere a los comportamientos de retirada del ámbito social que el sujeto atribuye a su enfermedad mental. La falta de respuesta en este dominio puede ser explicada por la brevedad del programa y el periodo de tiempo tan escaso como para producir cambios en la integración social de estas personas. Este dato está en consonancia con los resultados obtenidos en las otras dos medidas utilizadas sobre calidad de vida y funcionamiento, que aunque presentan mejoría tampoco llegan a mostrar significación estadística. El dominio “resistencia

al estigma” hace referencia a los intentos del sujeto para resistir o superar el autoestigma. Este dominio ha mostrado una débil consistencia interna en los estudios psicométricos de la escala ISMI y se cuestiona su utilidad en la escala ISMI dada su baja correlación con el constructo estigma interiorizado (Ritscher, Otilingam & Grajales, 2003; Bengochea-Seco et al. 2018).

Aunque las personas que participaron en el grupo experimental mejoraron sus puntuaciones en calidad de vida y en funcionamiento global, estas diferencias no fueron significativas. El poco tiempo transcurrido entre las medidas pudo no ser suficiente para que éstas fueran mayores. Por otro lado, esta diferencia no puede ser atribuible en exclusiva a la participación en el programa ya que podrían ser debidas a la participación de los sujetos en otra serie de programas e intervenciones que presta el CRPS.

En consonancia con los resultados de otras investigaciones (Livingston & Boyd, 2010), no se constatan diferencias significativas por sexo en la puntuación global del ISMI ni en ninguno de sus dominios, aunque sí se observan puntuaciones más altas, y por tanto más estigma internalizado, en los hombres que en las mujeres.

La principal limitación de este estudio se refiere al tamaño y características de la muestra. Sería necesario ampliar el tamaño muestral para poder ofrecer datos más representativos. También hay que señalar que la muestra está constituida por sujetos en atención en un Centro de Rehabilitación Psicosocial por lo que puede no ser representativa de la población con trastorno mental grave. Por otro lado, señalar que las medidas están tomadas solo en dos momentos, al inicio del programa y al final, por lo que sería necesario realizar medidas de seguimiento para observar si los beneficios obtenidos en el programa se mantienen en el tiempo.


Sería interesante para futuros estudios determinar qué variables clínicas y sociodemográficas de los sujetos tienen relevancia a la hora de obtener más beneficios de este programa. También podría ser de utilidad clínica conocer qué componentes del programa hay que enfatizar o de cuáles prescindir para obtener resultados más eficientes.

Financiación: ninguna

Declaración de conflictos de intereses: El autor primer firmante del manuscrito de referencia, en su nombre y en el de todos los autores firmantes, declara que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). DSM-IV-TR. Barcelona: Masson
- Baker, F. & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79.
- Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., de Tojeiro-Roce, J. G., García-Polavieja, B., ... & Gil-Sanz, D. (2018). Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(4), 244-254.
- Bobes, J., González, M.P. & Bousoño, M. (1995). Calidad de vida en las esquizofrenias. Barcelona: J.R. Prous.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia research*, 122(1-3), 232-238.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC health services research*, 10(1), 1-11.
- Büchter, R. B., & Messer, M. (2017). Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials. *GMS German Medical Science*, 15.
- Carrara, B. S., & Ventura, C. A. A. (2018). Self-stigma, mentally ill persons and health services: An integrative review of literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 317-324.
- Cavelti, M., Kvrgic, S., Beck, E. M., Rüschi, N., & Vauth, R. (2012). Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive psychiatry*, 53(5), 468-479.
- Chowdhary, M., & Jahan, M. (2014). Reducing internalized stigma of mental illness among patients with schizophrenia using acceptance and commitment therapy. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 41(2), 94-101.
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and behavioral practice*, 5(2), 201-222.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Del Rosal, E., González-Sanguino, C., Bestea, S., Boyd, J., & Muñoz, M. (2021). Correlates and consequences of internalized stigma assessed through the Internalized Stigma of Mental Illness Scale for people living with mental illness: A scoping review and meta-analysis from 2010. *Stigma and Health*, 6(3), 324.
- Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences. *Schizophrenia bulletin*, 47(5), 1261-1287.
- García Bernárdez, A. (2019). Efectividad de las intervenciones centradas en la reducción del estigma interiorizado en personas con esquizofrenia: Revisión bibliográfica. Trabajo fin de grado. Universidad de La Coruña (disponible en https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/24453/GarciaBernardez_Andrea_TFG_2019.pdf?sequence=2)
- González Domínguez, S. (2019). Estigma y salud mental: estigma internalizado. Tesis doctoral. Universidad Complutense. (disponible en <https://eprints.ucm.es/id/eprint/59687/1/T41869.pdf>)
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <http://www.jstor.org/stable/2678626>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in acceptance and commitment therapy. *Current opinion in Psychology*, 2, 97-101.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., & Corrigan, P. W. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. *Psychiatric Services*, 63(10), 974-981.
- Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E., & de los Angeles Quiroga, M. (2011). Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 402-408.
- Muñoz, M., Panadero, S., Rodríguez, A. (2010). Evaluación de Servicios en Rehabilitación Psicosocial. En Navarro, D., Pastor, A., Blanco, A. (ed): *Manual de Rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 621-650). Ed. Síntesis.
- Navarro Esquerda, A. (2018). Intervenciones para disminuir el autoestigma en personas con TMG. Revisión bibliográfica (Bachelor's thesis). Trabajo fin de grado. Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat (disponible en <https://eugdspace.eug.es/bitstream/handle/20.500.13002/504/Intervenciones%20para%20disminuir%20el%20autoestigma.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)
- Ritscher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31-49.
- Stynes, G., Leão, C. S., & McHugh, L. (2022). Exploring the effectiveness of mindfulness-based and third wave interventions in addressing self-stigma, shame and their impacts on psychosocial functioning: a systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*.
- Touriño, R; Acosta, F.J.; Giráldez, A.; Álvarez, J.; González, J. M., Abelleira, C., Benítez, N.; Baena, E; Fernández, JA & Rodríguez C.J. (2018). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma. *Actas Esp Psiquiatr*, 46(2), 33-41.
- Wahl, O. F. (2012). Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in cognitive sciences*, 16(1), 9-10.
- West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma research and action*, 1(1), 3.
- Yanos, P. T., DeLuca, J. S., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2020). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: a review of the evidence. *Psychiatry research*, 288, 112950.
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2015). Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatric rehabilitation journal*, 38(2), 171.
- Yanos, P. T., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2010). Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 178(1), 211-213.
- Yanos, P. T., West, M. L., Gonzales, L., Smith, S. M., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2012). Change in internalized stigma and social functioning among persons diagnosed with severe mental illness. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 1032-1034.



JUSTICIA OCUPACIONAL EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: UNA APROXIMACIÓN AL CONCEPTO

OCCUPATIONAL JUSTICE IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: A CONCEPTUAL APPROACH

Grupo de trabajo de terapia ocupacional de la FEARP. terapiaocupacionalfearp@gmail.com

María Fernanda Nieto-Ramiro, terapeuta ocupacional, doctoranda en ciencias de la salud: Neurociencia del dolor, Universidad de Valladolid. España. ORCID: 0000-0003-1670-630X. mafernieto6@gmail.com

María Claros-Rasero, terapeuta ocupacional en CRPS Hermanas Hospitalarias de Cáceres. España. ORCID: 0000-0002-7660-4965. claros.to.maria@gmail.com

Sonia García-Rodríguez, terapeuta ocupacional en CRPS Zamora, Fundación INTRAS. Zamora. España. ORCID: 0000-0001-9907-7240. soniagarcia412@gmail.com

Raquel Cabanés-Crespo, terapeuta ocupacional en SRC Sarrià Sant-Gervasi del Grup CHM Salut Mental. Barcelona. España. ORCID: 0000-0003-2713-2348. raquel.cabanes@chmcorts.com

Jesús Javier Rienda-Jimena, terapeuta ocupacional en la Fundación SASM. Sueca-Valencia. España. ORCID: 0000-0003-1138-3003. jrienda@fundacionsasm.org

María-Pilar Enguita-Flórez, terapeuta ocupacional en CRP San Juan de Dios de Teruel (SALUD). España. ORCID 0000-0001-8557-4035. mpenguita@salud.aragon.es

Inés Casado Bravo, terapeuta ocupacional en Centro de día de soporte social en Majadahonda, Grupo 5. España. ORCID 0009-0006-1484-4548. ines.casbra@gmail.com

Alicia de la Calle-Sanz, terapeuta ocupacional del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Segovia-Complejo Asistencial de Segovia (SACYL). España. ORCID: 0000-0002-3012-5846. aliciacallesa@gmail.com

RESUMEN:

“El objetivo de la rehabilitación es el logro de la completa ciudadanía de los usuarios”¹ fundamentada en una acción terapéutica cuyo objetivo final es conseguir que las personas a las que atendemos sean miembros activos de una sociedad que exige sus derechos como ciudadanos. Pasar de personas con derechos a ser ciudadanos de pleno derecho, siendo tratadas de manera igualitaria.

En el marco de la perspectiva de la justicia ocupacional, todos los individuos tienen derecho a ejercitar sus capacidades, necesidades y rutinas ocupacionales en el contexto de su entorno, teniendo las mismas oportunidades de ejercer ocupaciones diferentes y significativas, con el fin de satisfacer sus necesidades básicas y aumentar al máximo su potencial para promover y mantener su salud y calidad de vida².

Por ello, debemos garantizar la naturaleza ocupacional asegurando la participación en ocupaciones significativas y reduciendo las diferencias grupales.

Palabras clave: justicia ocupacional, derechos ocupacionales, ocupaciones, terapia ocupacional, justicia social.

ABSTRACT:

“The aim of rehabilitation is to achieve full citizenship for users”¹ based on therapeutic action whose ultimate goal is to ensure that the people we care for are active members of a society that demands their rights as citizens. To go from being people with rights to being full citizens, being treated equally.

Within the framework of the occupational justice perspective, individuals have the right to exercise their occupational capacities, needs and routines in the context of their environment, having equal opportunities to engage in different and meaningful occupations, in order to satisfy their basic needs and maximise their potential to promote and maintain their health and quality of life².

Therefore, we must guarantee the occupational nature by ensuring participation in meaningful occupations and reducing group differences.

Key Words: occupational justice, occupational rights, occupations, occupational therapy, social justice.

INTRODUCCIÓN

La naturaleza ocupacional es una cuestión básica para el ser humano. Según Wilcock³ “todas las personas somos seres ocupacionales, lo que varía el potencial de las diferentes individualidades es el resultado de nuestra genética heredada y la expresión y ejecución de la ocupación aprendida y modificada por el ecosistema y ambiente sociocultural donde vivimos”. Es por ello que la ocupación se considera un mecanismo para mantener la salud, abarcando aquellas actividades que tienen un propósito para la persona, dirigidas a cumplir una meta y dotadas de un significado. Este hecho hace que la ocupación y su sentido influyan en la calidad de vida de las personas, pudiendo decidir con qué ocupaciones comprometerse y la percepción del sentido de las mismas⁴.

Podemos entender entonces la importancia de las ocupaciones en el desarrollo personal, en cómo nos relacionamos y movemos por nuestro entorno a través de ellas; ya que, a través del desempeño ocupacional se crea una relación activa entre la persona, el contexto y la actividad.

Las ocupaciones forman parte de la vida diaria, en la que, en ocasiones, encontramos situaciones de desigualdad y vulneración de derechos que comprometen la oportunidad de las personas para involucrarse en las ocupaciones. Esta desigualdad de actividades crea situaciones de injusticia en contra de la declaración de derechos humanos.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU)⁵ define los derechos humanos (DDHH) como derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición. En la Declaración Universal de los DDHH, y los organismos creados para su desarrollo y cumplimiento, se recogen derechos de carácter civil, cultural, económico, político y social.

Siguiendo a la Declaración de DDHH, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶ define el concepto de discapacidad psicosocial haciendo referencia a las “personas con diagnóstico de trastorno mental que han sufrido los efectos de factores sociales negativos, como el estigma, la discriminación y la exclusión”. Por los mencionados efectos negativos es de necesidad contemplar y velar por los derechos de las personas con discapacidad como ciudadanos, fundamentando la praxis profesional en los principios éticos y teóricos establecidos. La Unión Europea en la Conferencia de Helsinki⁷ de 2005, consideró la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social, instando a los sistemas sanitarios europeos a crear estrategias que integren la promoción y prevención de los factores de riesgo asociados a los trastornos mentales, mejoren las intervenciones terapéuticas, apuesten por los cuidados y el apoyo social, potencien la atención comunitaria y establezcan redes de cuidados para reducir el estigma asociado a la enfermedad. En 2006, en Nueva York, la Asamblea General de la OMS⁸ aprueba la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, firmando dos años después España convirtiéndose en el cuerpo normativo del ordenamiento jurídico español⁹.

Siguiendo la estela de los DDHH y de las personas con discapacidad encontramos los derechos ocupacionales, concepto íntimamente relacionado con los anteriores que se define como el derecho que toda persona tiene a participar en ocupaciones significativas que contribuyen positivamente al propio bienestar del individuo y de su comunidad. Estos derechos se aseguran identificando y abordando los problemas personales desde un prisma de la capacidad, la oportunidad y la libertad de elección individual.

Con el fin de garantizar el cumplimiento de los derechos ocupacionales, es importante tener en cuenta el concepto de justicia social, que corresponde a la igualdad de derechos, poder y responsabilidades, la distribución justa y ética de los recursos y las oportunidades. Su objetivo es reducir las diferencias grupales relativas a características tales como edad, habilidades, cultura, género, clase social y orientación sexual, entre otras. La promoción de estos derechos y el apoyo de la justicia social favorecen la realización de actividades significativas para los individuos, siendo estas aquellas que la propia persona elige dentro de su marco de interés y que le proporcionan una sensación de realización personal.

A lo largo de los últimos años todos estos conceptos han tomado gran relevancia, pero su origen, es anterior. En los años 60-70 se inician debates de tipo político en Latinoamérica donde promueven la búsqueda de apoyo para llevar a cabo proyectos de transformación social y modelos de desarrollo. En ese momento comienzan a reivindicar las necesidades ocupacionales, con mayor exigencia para aquellas comunidades que vivían en condiciones sociales más vulnerables socialmente¹⁰.

Wilcock y Townsend, en la década de los 90, apostaron por un nuevo concepto denominado “justicia ocupacional”. La ausencia de esta se define, según Wilcock, como injusticia ocupacional, siendo “el resultado de las políticas sociales y otras formas de gobernar que se estructuran como poder y que se ejercen para restringir la participación en las ocupaciones diarias de las poblaciones e individuos”¹¹.

El concepto de justicia ocupacional es, por tanto, de especial importancia para nuestra sociedad y para nuestra disciplina, la terapia ocupacional. Pone en valor conceptos de gran relevancia que nos ayudan a atender de una manera digna y profesional la salud y la calidad de vida de las personas, primando la autonomía, el empoderamiento y la igualdad, entre otros.

Con el fin de profundizar en este concepto se realiza la siguiente revisión bibliográfica teórica que trata de explorar su aplicabilidad, aportación y utilidad a la intervención desde la rehabilitación psicosocial con personas con diagnóstico de enfermedad mental.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión teórica de tipo descriptivo del concepto de justicia ocupacional, a través de la recopilación y análisis de información publicada en artículos científicos y literatura especializada de terapia ocupacional.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo utilizando el término “occupational justice” en Pubmed y OT seeker. En primer lugar, filtrando el año de publicación

a los últimos diez años, con el fin de obtener la evidencia y revisiones más actuales, y posteriormente, eliminando dicho filtro, para así poder acceder a la información completa desde sus inicios. Además, se realizó una búsqueda por autores clave como Wilcock y Townsend, con apoyo también en artículos similares.

Del concepto principal “justicia ocupacional” se obtuvieron otros conceptos clave como son la justicia social, los derechos ocupacionales, las ocupaciones significativas y la injusticia social, estudiando su conexión a través de búsquedas bibliográficas transversales de cada uno de ellos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Llama la atención que en Pubmed con la primera búsqueda obtuvimos 1057 resultados. Pero al ampliar la búsqueda al año 1974, cuando se publicó el primer artículo, aparecieron 1633 resultados, lo que indica que cerca del 65% de la investigación realizada alrededor de este término ha tenido lugar en la última década (siendo el 43% en los últimos 5 años). De esta forma, se evidencia la máxima actualidad de este concepto y su desarrollo e interés en los últimos tiempos.

Wilcock y Townsend¹² definen la justicia ocupacional como “el reconocimiento a la atención a las necesidades ocupacionales de los individuos y las comunidades como parte de una sociedad justa y empoderada”. Para que la sociedad sea justa es necesario conocer y respetar los derechos humanos, así como impulsar intervenciones que potencien la autonomía de las personas y comunidades.

Por otro lado, Stadnyk define este mismo concepto como una serie de “ocupaciones, tareas y actividades significativas y con sentido que las personas quieren, necesitan y pueden hacer, considerando sus propias circunstancias tanto personales como situacionales”, reconociendo que los individuos son seres ocupacionales con deseos, hábitos y necesidades ocupacionales específicas que dependen de sus circunstancias y capacidades. Por lo tanto, cada persona precisa de oportunidades ocupacionales diferentes para aprovechar sus destrezas y prosperar².

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT)¹³ considera la justicia ocupacional como el cumplimiento del derecho de todas las personas a participar en ocupaciones que ellos necesitan para sobrevivir, porque las definen como significativas, y porque contribuyen positivamente a su propio bienestar y al de las comunidades.

Salvador Simó et al.¹⁴ matiza que la justicia ocupacional es “la promoción de un cambio social y económico para incrementar la conciencia individual, comunitaria y política, los recursos y la igualdad de oportunidades para el desarrollo de ocupaciones que permitan a las personas alcanzar su potencial y experimentar bienestar”.

Los resultados obtenidos en la búsqueda del concepto justicia ocupacional derivan en diferentes nociones que están vinculadas entre sí, por ello a continuación, se expone una breve relación entre el concepto principal y otros relacionados.

Justicia ocupacional y justicia social.

La justicia social, según UNICEF¹⁵ va más allá de la justicia legal, y tiene como pilares la igualdad de oportunidades y de derechos humanos. Se cimenta en la equidad y es fundamental para el desarrollo del potencial de los sujetos de una sociedad que intente vivir pacíficamente. La justicia social es “la virtud adquirida que inclina la voluntad del hombre a crear el conjunto de condiciones de vida que permiten a los grupos humanos y cada uno de sus miembros alcanzar su propia realización”.

Townsend y Wilcock desarrollan el concepto de justicia social reconociendo a los humanos como seres sociales, basando así este concepto en la igualdad en el acceso a las oportunidades y recursos, con el objetivo de reducir las diferencias grupales relativas a características tales como edad, habilidad, cultura, género, clase social y orientación sexual. Cuestionaron si la justicia social abordaba de manera adecuada los derechos individuales y colectivos de realizar una ocupación, y por ello, desarrollaron un concepto que prestaba mayor atención a este aspecto: la justicia ocupacional¹⁶.

Se define justicia ocupacional como “derechos de todo individuo a ser capaz de satisfacer las necesidades básicas y tener igualdad de oportunidad para alcanzar su potencial en la participación en diversas actividades y ocupaciones significativas”¹⁷.

La relación de estos conceptos no está muy definida, y en ocasiones se disputa su vinculación¹⁷, aunque es cierto que ambos ponen en valor la equidad¹⁸ implicando así las cualidades y condiciones personales y sociales, y la práctica justa para la sociedad desde los gobiernos.

Debemos, por tanto, tener en cuenta la propuesta de justicia ocupacional dentro de la conceptualización de justicia social, pues supone la reivindicación de derechos ocupacionales y, por lo tanto, la praxis de actividades significativas para la persona¹⁹.

Justicia ocupacional y derechos ocupacionales.

Los derechos ocupacionales son definidos como “el derecho de todas las personas a participar en ocupaciones significativas que contribuyen positivamente al propio bienestar y al de sus comunidades”²⁰. De esta forma podríamos considerar que, negar a las personas sus derechos ocupacionales y humanos es similar a negar a las personas a vivir en el lugar y de la forma que quieran, siendo la sociedad un agente activo de exclusión dificultando la consecución de un objetivo al que otros/as tienen derecho.

La WFOT²¹ respaldó la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, emitiendo una Declaración de Posición que relaciona la profesión internacional sobre los DDHH en relación con la ocupación y participación humana. La WFOT afirma que todas las personas tienen derecho a participar en una variedad de ocupaciones, las cuales les permitan prosperar además de desarrollar su potencial y tener satisfacción de forma consistente con su cultura y creencia. Los derechos ocupacionales se asegurarán identificando y abordando las problemáticas personales desde la mirada de la capacidad, oportu-

nidad y libertad de elección individual con el fin de permitir la correcta y libre participación en la sociedad, siendo obligación de los y las terapeutas ocupacionales la promoción de los mismos.

Así pues, al ser seres ocupacionales, el derecho humano a la ocupación debe garantizarse mediante la equidad, es decir, permitir el acceso a la participación de forma independiente a la diferencia. Los abusos del derecho a la ocupación pueden incluir: la exclusión económica, social o física, barreras de actitud o físicas, e incluso un control del acceso a los conocimientos o habilidades.

Teniendo en cuenta la definición de justicia ocupacional llevada a cabo en apartados anteriores podemos inferir la estrecha relación entre ambos conceptos. Concluimos que la justicia ocupacional sería la encargada de garantizar el cumplimiento de los derechos ocupacionales.

Justicia ocupacional y ocupación significativa.

La actividad significativa es definida como “aquellas ocupaciones que una persona hace en su vida cotidiana y que son percibidas como significantes para la persona”²². Ante este concepto es de necesidad poner en valor la naturaleza ocupacional de las personas, como resultado de su evolución biológica y proceso de adaptación o integración cultural¹⁹.

La reivindicación en la participación en actividades ocupacionales y significativas de forma satisfactoria es la finalidad de la justicia ocupacional¹⁷. Además, como se ha evidenciado por Stewart²³, cuando una persona se ocupa en actividades que son significativas para ella, su salud mental mejora, así como sus habilidades físicas, cognitivas y psicosociales. De manera general, esto supone el aumento de bienestar percibido por la persona, así como de su calidad de vida.

Injusticia Ocupacional.

Durocher et al.² afirman que la injusticia ocupacional surge cuando se ponen restricciones a la participación de una persona en una ocupación, es decir, se vulnera su libertad. Tanto la prohibición de realizar ocupaciones significativas como la obligación de realizar otras que no lo son, o que no se eligen de manera voluntaria, pueden afectar el bienestar individual.

Según estos autores, existen cinco formas de injusticia ocupacional que nos permiten identificar su gravedad: apartheid ocupacional, privación ocupacional, marginación ocupacional, alienación ocupacional y desequilibrio ocupacional. Ellos las definen de la siguiente manera:

- **El apartheid ocupacional**^{2,24} “se produce cuando las oportunidades ocupacionales se otorgan a algunos individuos y se restringen a otros, debido a su raza, discapacidad, género, edad, nacionalidad, religión, condición social, sexualidad u otros”. Estas restricciones del desempeño ocupacional pueden estar formalmente institucionalizadas y ser debidas a situaciones de injusticia social por una desigualdad en los recursos disponibles y en las oportunidades. Ello va dañando la auto-

valoración del potencial de cada persona y la identidad ocupacional.

- **La privación ocupacional**^{2,24} es la injusticia ocupacional más frecuente. Causa un efecto generalizado, provocando consecuencias importantes para la salud. Son situaciones prolongadas en el tiempo donde se generan restricciones para el desempeño en ocupaciones debido a circunstancias externas que escapan al control del individuo, como factores sociales, ambientales, económicos, geográficos, históricos, culturales, políticos o interpersonales.
- **La marginación ocupacional**^{2,25}, son “las circunstancias invisibles que limitan el poder de los individuos y grupos para realizar elecciones ocupacionales”. Supone la exclusión en ocupaciones sobre la base de normas informales dentro de la estructura sociocultural, en forma de hábitos o tradiciones, en las cuales algunos individuos o grupos pueden no tener la opción de realizar ocupaciones valoradas, quedando relegados a ocupaciones menos prestigiosas o que permiten muy pocas elecciones, control o toma de decisiones.
- **La alienación ocupacional**^{2,25}, se define como la “experiencia prolongada de desconexión, aislamiento, vacío, falta de sentido de identidad”, en relación con el ejercicio restringido o forzado de ocupaciones a las que no se le otorgan ni sentido ni propósito. La característica principal es la limitación de opciones para participar en experiencias significativas, pues una misma ocupación puede estar carente de sentido para una persona, mientras que puede ser enriquecedora mental y/o espiritualmente para otra, moldeando así la identidad personal al aportar experiencias positivas.
- **El desequilibrio ocupacional**^{2,24} “supone dedicar demasiado tiempo a un ámbito de la vida, a costa de otras ocupaciones, o cuando la ocupación no está sincronizada con las necesidades, personales o fisiológicas de una persona”. El énfasis de este concepto se encuentra en la distribución temporal en las ocupaciones necesarias para la salud, en función de una limitación de oportunidades para escoger e involucrarse. A nivel social, equivaldría a aquellas situaciones en las que a algunos individuos se les presentan muchas oportunidades ocupacionales, mientras que otros reciben pocas ofertas, obteniendo en consecuencia personas sobreocupadas, subocupadas o incluso sin ocupación.

Justicia ocupacional en Rehabilitación psicosocial.

Como se ha propuesto en este artículo, existen conceptos vinculados a la justicia ocupacional, y diferentes grados de severidad a la hora de atender a las personas de manera ocupacionalmente injusta.

Teniendo en cuenta el concepto de justicia ocupacional y su aplicabilidad desde la Terapia Ocupacional y

otras disciplinas de Rehabilitación psicosocial, todas tienden a perseguir el objetivo común de asumir un papel mediador, capaz de ampliar la mirada hacia la discapacidad y facilitar la participación de las personas en la comunidad.

Además, el concepto de justicia ocupacional va más allá, y bajo su enfoque los y las terapeutas ocupacionales trabajan con el fin de promocionar y defender el derecho de las personas y comunidades a participar en las ocupaciones significativas y necesarias para mejorar su salud y bienestar, siendo un concepto relacionado con las restricciones en la participación descritas en CIF (OMS)²⁶.

En rehabilitación psicosocial, encontramos personas con diagnóstico de trastorno mental grave con dificultades para realizar ocupaciones cargadas de significado individual, con vivencias efectivas y sentimiento positivo. Es por ello que, a través de nuestra intervención, tal y como recoge en su concepto la justicia ocupacional, para mejorar el bienestar y la salud en general del individuo, las personas tienen que participar en actividades significativas para ellas, con intervenciones que abarcan desde un abordaje individual hasta uno más comunitario, siendo de gran importancia la participación en una comunidad integradora, con ambiente facilitador y con sensibilidad para aceptar la diversidad sin juzgar.

Por tanto, “la actividad ocupacional requiere acomodarse a las necesidades de la persona, y sintonizar con diversos aspectos de la misma, como son su situación personal, las metas y los valores de ella misma”²⁷.

En el enfoque de la intervención con personas que sufren una enfermedad mental, Morales²⁸ afirma que el desempeño de actividades significativas y el mantenimiento de un buen equilibrio ocupacional en su vida diaria, evitaría el agravamiento del trastorno mental que padecen. Por ello, concluye que la ocupación significativa es una herramienta terapéutica que logra la mejora de la salud mental de las personas.

Tal y como afirma Plata²⁹, es necesaria una intervención que se centre en fomentar que las personas con diagnóstico de enfermedad mental desarrollen ocupaciones significativas, conocer lo que es importante para cada persona y que da sentido a sus vidas para, de este modo, poder comprender sus prioridades y poder identificar lo que es fundamental en su proceso de recuperación. Asimismo, se favorecerá su integración en la comunidad, su inclusión social, así como la construcción de su propia identidad tanto personal como ocupacional, impulsando su desarrollo y su sensación de bienestar.

CONCLUSIÓN

Wilcock y Townsend señalaron que un mundo ocupacionalmente justo es aquel cuyo gobierno permite que los individuos prosperen haciendo lo que consideran más significativo y útil para ellos, para su familia, su comunidad y su país. Una asignación justa de los recursos permite que se reconozcan las necesidades ocupacionales concretas de los individuos y supone la distribución equitativa de los derechos y privilegios resultantes de dichas ocupaciones².

Probablemente el mayor desarrollo, tanto como concepto y como intervención, se está llevando a cabo en los países latinoamericanos, donde los y las terapeutas ocupacionales que allí residen están trabajando con una alta vulneración de los derechos humanos, utilizando la ocupación como herramienta de prevención, promoción e intervención para mejorar la salud. Esto no limita su uso a países donde existen conflictos únicamente políticos, ya que otros factores como los económicos y culturales, entre otros, hacen que los y las terapeutas ocupacionales tengamos la obligación de trabajar por los derechos humanos y ocupacionales de las personas y las comunidades donde intervenimos.

En la atención centrada en la persona como eje central de nuestras intervenciones, es el propio individuo quien influye en su calidad de vida, desde el comienzo, a través de su autodeterminación. Como refiere Guzman²⁴ nuestro principal propósito es mejorar la vida de las personas a través de la calidad, la satisfacción y la felicidad, apoyando en asumir responsabilidades para desarrollar los proyectos de sus propias vidas.

La investigación actual sugiere que la percepción de disminución de la calidad de vida entre las personas con una condición física o mental que conlleva un severo deterioro está más relacionado con barreras ambientales, los riesgos y la desigualdad de oportunidades que con el deterioro en sí mismo. Sin embargo, los y las profesionales siguen preocupados por evaluar y abordar los trastornos individuales, prestando así poca atención a la evaluación y el desafío que suponen las restricciones ambientales no equitativas sobre las oportunidades ocupacionales de las personas.

Desde la Terapia ocupacional intervenimos desde un enfoque más positivo, valorando las capacidades de la persona y no sus disfunciones, aportando así una modalidad de trabajo más enriquecedora. Cabe destacar el concepto de “capacidad” entendido como una oportunidad de hacer y ser lo que las personas valoran y desean ser, además de los recursos del entorno³⁰.


Considerando lo anterior, los y las profesionales deberían invertir menos recursos en la clasificación y la categorización de los individuos, sus déficits y sus disfunciones y prestar más atención a la identificación y el desarrollo de las capacidades y fortalezas de las personas, permitiéndoles así, hacer y ser lo que deseen hacer y ser.

La libre elección y participación en las ocupaciones que son tanto necesarias como escogidas por parte de los individuos, deberán ser los pilares fundamentales donde se construirían las bases de la justicia ocupacional.

La falta de entendimiento y un enfoque unificado sobre la justicia ocupacional limita su potencial de desarrollo y aplicación práctica². La existencia de justicia ocupacional no es solo una práctica o concepto importante para la terapia ocupacional, sino que debería ser un objetivo común de los equipos multidisciplinarios, ya que es responsabilidad de todos los profesionales obrar en pro de este derecho³¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saraceno B, Montero F. La rehabilitación entre modelos y prácticas. En: Aparicio V, (ed.). Evaluación de Servicios en Salud Mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1993.
2. Durocher E, Gibson BE, Rappolt S. Occupational justice: A conceptual review. *Journal of Occupational Science*. 2015; 21(4), 418-430. Doi:10.1080/14427591.2013.775692
3. Wilcock A. An occupational perspective of health. USA: SLACK, incorporated; 2006.
4. Romero Ayuso, D. El sentido de la ocupación. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [2023]; Vol7, Supl.6: p 59-77. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num6/romero.pdf>
5. Organización de las Naciones Unidas. Derechos humanos. [Consultado el 20 de mayo de 2023] <https://www.un.org/es/global-inssues/human-rights>
6. Organización Mundial de la Salud. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nueva York. 2006.
7. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Salud Mental de Europa. Organización Mundial de la Salud (OMS). Helsinki. 2005.
8. Organización Mundial de la Salud. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nueva York. 2006.
9. B.O.E. (2008). INSTRUMENTO de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado, 96 de 21 de abril de 2008. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>
10. Nilsson I, Townsend E. Occupational justice-bridging theory and practice. *Scand J Occup Ther*. 2010; 17(1):57-63. <http://doi.org/b4pgqp>.
11. Cantero P, Rodríguez M, Cipriano C. Construyendo y entendiendo la ocupación en contextos privados de libertad: experiencias de familias con hijos en situación de discapacidad en campamentos de refugiados. Cuadernos Brasileños. 2021; 29 <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2121>
12. Wilcock A, Townsend E. Occupational terminology interactive dialogue. *J Occup Sci*. 2000; 7(2):84-86. <http://doi.org/bmrerd>
13. World Federation Occupational Therapist. Declaración de posicionamiento de Terapia Ocupacional y Derechos Humanos. 2019.
14. Simó S, Powell F, Kapanadze M. Quijotes en la conquista de la justicia social. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008; 5 (1):28. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num7/pdfs>
15. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (s.f.). Día Mundial de justicia social. <https://www.unicef.es/educa/dias-mundiales/dia-mundial-de-la-justicia-social#:~:text=La%20justicia%20social%20se%20basa,para%20una%20sociedad%20en%20paz>.
16. Tundidor, M. Puntos de encuentro entre justicia ocupacional y social, exclusión de oportunidades, pobreza y salud mental. 2013; 69, 1-8. <https://www.margen.org/suscri/margen69/tundidor.pdf>
17. Wilcock A, Townsend E. Willard and Spackman's occupational therapy (11th ed). E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. B. Schell (Eds). 2009. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 192-199 p. Occupational justice.
18. Wilcock A, Townsend E. Occupational terminology interactive dialogue. *Journal of Occupational Science*. 2000; 7(2), 84-86. doi:10.1080/14427591.2000.9686470.
19. Wilcock A. An occupational perspective of health ((2nd ed.). Thorofare, NJ: Slack. 2006.
20. Whalley Hamell, K. Quality of life, participation and occupational rights: A capabilities perspective. *Aust Occup Ther*. 2015; 62(2); 78-85.
21. Hocking C, Townsend E (liz), Mace J. World Federation of Occupational Therapists position statement: Occupational Therapy and Human Rights (Revised 2019) – the backstory and future challenges. *World Fed Occup Ther Bull* [Internet]. 2022;78(2):83-9. <http://dx.doi.org/10.1080/14473828.2021.1915608>
22. Buiza C., Diaz-Veiga, P. Guía para facilitar la realización de ACTIVIDADES COTIDIANAS SIGNIFICATIVAS CON PERSONAS CON DEMENCIA. Instituto Matia. https://www.matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/guia_actividades_significativas_cas.pdf
23. Stewart KE, Fischer TM, Hirji R, Davis JA. Toward the reconceptualization of the relationship between occupation and health and well-being: Vers la reconceptualisation de la relation entre l'occupation et la sante et le bien-etre. *Can J Occup Ther*. octubre de 2016;83(4):249-59.
24. Guzmán S. Manual práctico de salud mental en Terapia Ocupacional. Madrid: Síntesis; 2016. 54-70.
25. Pizarro E, Estrella S, Figueroa F, Helmke F, Pontigo C, Whitedford G. Entendiendo la justicia ocupacional desde el concepto de territorio, una propuesta para la ciencia de la ocupación. *Journal of Occupational Science*. 2018; 25(4): 16-26. DOI: 10.1080/14427591.2018.1487262.
26. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF. Madrid: IMSERSO; 2001.
27. Hernando-Pina M, Valverde-Eizaguirre MA. A propósito de "en la vida diaria": terapia ocupacional, recuperación y rehabilitación psiquiátrica. TOG (A Coruña) [Internet]. 30 de noviembre de 2020 [citado 19 de julio de 2023];17(2):244-8. Disponible en: <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/97>
28. Morales P. La ocupación en salud mental. NPunto, revista para profesionales de la salud. 2022; Vol. V Número 46. 4-35.
29. Plata R. Intervención centrada en la persona, basada en la ocupación. A propósito de María. Dialnet. Norte de salud mental; 2012, vol. X, nº 44: 62-71.
30. Whalley K. Securing occupational rights by addressing capabilities: A professional obligation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2021; 29(1): 1-12. DOI:10.1080/1038128.2021.1895308.
31. Durocher E, Rappolt S, Gibson, BE. Occupational justice: Future directions. *Journal of Occupational Science*. 2014; 21(4); 431-442. doi:10.1080/14427591.2013.775693.



APORTACIONES DE LA ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL EN EL ABORDAJE DE LA RECUPERACIÓN

CONTRIBUTIONS OF NURSING SPECIALIZED IN
MENTAL HEALTH IN ADDRESSING RECOVERY

Elisabeth Cheneau

Enfermera especialista en salud mental.

Responsable de formación de los enfermeros internos residentes del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI).

Presidenta de la Comisión Nacional de Enfermería en Salud Mental.

RESUMEN:

Los múltiples avances científicos acontecidos a lo largo del siglo pasado en sociología, etnología, lingüística y antropología, permite a la enfermería especializada afianzar científicamente su paradigma de cuidado holístico gracias a las perspectivas etic/emic procedentes de la investigación etnográfica. La pertinencia de este enfoque metodológico se puede evidenciar en el abordaje de las personas en proceso de recuperación donde la perspectiva emic que describe el punto de vista de los sujetos observados se interrelaciona con la perspectiva etic que describe el punto de vista del especialista en Salud mental que observa.

Palabras clave: enfermería especializada en salud mental - recuperación - investigación - etic y emic.

ABSTRACT

The multiple scientific advances that have occurred throughout the last century in sociology, ethnology, linguistics and anthropology, allow specialized nursing to scientifically consolidate its holistic care paradigm thanks to the etic/emic perspectives from ethnographic research. The relevance of this methodological approach can be evidenced in the approach to people in the process of recovery where the emic perspective that describes the point of view of the observed subjects is interrelated with the etic perspective that describes the point of view of the mental health specialist that observes.

Key words: specialized nursing in mental health - recovery - research - etic and emic.

La producción científica generada en las últimas décadas sobre los determinantes de la salud, abre unas oportunidades de investigación de máximo interés para la enfermería que desempeña un especial protagonismo en los procesos de recuperación de las personas atendidas en la red de salud mental. Desde el enfoque cualitativo y sus múltiples métodos, la enfermería especializada en salud mental puede enriquecer el conocimiento acerca de los determinantes de la salud, de sus interacciones en los procesos de recuperación y también acerca del concepto de exposoma acuñado por el epidemiólogo Christopher P. Wild en 2005 para hacer referencia a todas las exposiciones ambientales de las personas a lo largo de su vida; siendo el exposoma todo lo que le diferencia del genoma¹.

En este contexto y por su misión de acompañar a las personas en su proceso de recuperación, la enfermera es sin duda alguna la profesional que más información tiene acerca de lo que determina la salud de una persona en un contexto concreto, ya que como responsable de su cuidado holístico, donde está el paciente/usuario, está la enfermera: en la consulta, en su casa, con su familia, en la calle, acompañándolo en los retos de su contexto singular para alcanzar un mayor grado de bienestar y/o conteniéndole cuando su clínica lo pone en riesgo.

El conocimiento que puede aportar la enfermería en salud mental se halla justamente en la interacción de estos determinantes tanto individuales, como intermedios y sociales. Por el cuidado integral que presta a las personas, la enfermera participa en el entorno social del usuario/paciente y se convierte en un determinante social (intermedio) de peso. El éxito de sus cuidados se fundamenta en habilidades de manejo de las perspectivas tanto étic como emic, dos perspectivas complementarias que hablan de una misma realidad: la perspectiva del que observa en una mirada orientada a la descripción y análisis de una situación motivado por un interés científico, y la perspectiva del sujeto observado que vive y siente esta situación^{2,3 y 4}.

Los conceptos etic y emic proceden de la lingüística y concretamente del antropólogo y lingüista Kenneth Pike al establecer una diferencia entre lo que se oye (fonética) y el significado que se le otorga (fonema).⁵

Cuando Pike nos habla de las categorías emic y etic nos las enmarca en un sistema, el lenguaje, a partir del cual los puntos de vista etic pueden ser entendidos como visiones desde fuera del sistema y los puntos de vista emic como visiones desde dentro del sistema.⁶

Esa distinción se evidencia en el contexto de los procesos de recuperación y en relación a la salud en general. Si todos entendemos lo que significa el bienestar, cada uno lo interpreta dentro de su propia historia, su entorno sociocultural, y acorde con sus recursos singulares.

Y ahí mismo está toda la esencia y sabiduría de la enfermería. Desde el enfoque etic, y acorde con el rigor científico del Proceso de Atención de Enfermería, la enfermera observa, identifica, analiza y evalúa en cada situación de cuidado las variables que enmarcan la realidad de una persona para descifrar su gramática en la que los factores individuales interactúan conjuntándose con determinantes sociales de la salud. Al interactuar con la persona desde su entorno socio familiar, la enfermera puede en una perspectiva emic, percibir más de cerca las vivencias del paciente/usuario, haciendo valer la voz del paciente, ser su garante.

Desde el propio quehacer profesional, Enfermería puede aportar datos valiosos de distintas índoles:

- En primer lugar, en relación a las múltiples modalidades de interacción de los determinantes sociales e individuales de la salud en las personas en proceso de recuperación.
- En segundo lugar, sobre el papel y el peso de estos determinantes en cada historia del sujeto.
- En tercer lugar, en cuanto a cómo movilizar los activos de salud en cada sujeto.
- En cuarto lugar, acerca de la dialéctica etic/emic como reflejan los Planes individualizados de cuidados que articulan ante una situación concreta, la mirada profesional y la propia voz del usuario/paciente.
- Por último, la enfermera puede aportar datos sobre las desigualdades de salud que se evidencian en las personas en proceso de recuperación y cuya reducción constituye hoy en día el objetivo prioritario de cualquier gobierno acorde con el marco jurídico internacional que aspira a garantizar el derecho universal en cualquier sitio del planeta.

Así desde la interacción, inherente al cuidado, la enfermería puede aportar mucha información sobre el bienestar de las personas, entendido como producto de las características individuales y de sus lazos con el entorno cercano que a su vez está determinado por un contexto social y económico errático. Por todo ello la prestación de cuidados ofrece unas oportunidades inmejorables para profundizar y colaborar en el conocimiento antropológico, tanto en su vertiente médico como social. Igualmente, la experiencia del cuidar en salud mental puede nutrir y corroborar un postulado del Interaccionismo Social acerca del peso y el determinismo de las estructuras sociales en el desarrollo de las relaciones de los miembros de una población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vicente-Herrero M.^a Teofila, Ramírez Iñiguez de la Torre M.^a Victoria, Capdevila García Luisa M^a, Terradillos García M.^a Jesús, López-González Ángel Arturo, Aguilar Jimenez Encarna et al. Exposoma: un nuevo concepto en Salud Laboral y Salud Pública. Rev Asoc Esp Espec Med Trab [Internet]. 2016 Sep [citado 2023 Mayo 07]; 25(3): 176-183. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552016000300008&lng=es
2. Velasco H, De Rada Ád. La lógica de la investigación etnográfica. Madrid (España); Editorial Trotta; 1997.
3. Díaz De Rada Án. Antropología, Cultura y otras tonterías. Madrid (España), Editorial Trotta. 2010..
4. Headland, Thomas N.; Pike, Kenneth & Harris, Marvin Emics and Etics: The Insider/Outsider Debate. Article in The Journal of American Folklore : January 1990.
5. Kenneth Lee. Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior. Mouton. Netherlands, The Hague Paris 1967.
6. García Soto, Rocío Las explicaciones antropológicas emic/etic para comprender la confrontación en investigación y escuela en el tratamiento de la diversidad cultural (segregación versus integración). España, Gaceta de antropología, 34 (1), artículo 08, 2018.

BUENAS PRÁCTICAS EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: LA FIGURA DE PERSONA EXPERTA CON EXPERIENCIA PROPIA EN LA FUNDACIÓN SASM

GOOD PRACTICES IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION:
THE FIGURE OF THE EXPERT WITH OWN EXPERIENCE IN
THE SASM FOUNDATION

Jesús Rienda, Salvador Expósito, Laura Benito, Tania Pariente.
Grupo de Trabajo de Investigación, Publicaciones y Congresos de la FUNDACIÓN SASM, Sueca, Valencia (España).

RESUMEN:

El apoyo entre iguales es fundamental para la recuperación de personas con problemas de Salud Mental, ya que se comparten experiencias, emociones y pensamientos. Un igual, partiendo de su condición de experto en el sufrimiento psíquico, puede apoyar a otro, a situarse en sus contextos, facilitando el afrontamiento de fases de la recuperación en las que la experiencia previa es crucial. Asimismo, en el apoyo entre iguales marca la diferencia la reciprocidad. Las personas usuarias tienen capacidad para: conocer las circunstancias sociales alrededor de los problemas de salud mental, la vivencia subjetiva de ésta, las actitudes de riesgo y los valores y preferencias. Y desde la Fundación SASM pensamos que las características propias para la figura de persona experta con experiencia propia en cuanto a su praxis radican en el apoyo mutuo, entendido como un sistema consistente en prestar y recibir ayuda basándose en los principios fundamentales de respeto, responsabilidad y acuerdos sobre lo que es útil.

Palabras clave: apoyo mutuo, persona con experiencia propia, personas usuarias expertas, metodología entre pares, cambio de paradigma.

ABSTRACT

Peer support is fundamental for the recovery of people with mental health problems, as experiences, emotions and thoughts are shared. A peer, as an expert in mental suffering, can support another, to situate him or herself in his or her context, facilitating the coping of phases of recovery in which previous experience is crucial. Likewise, in peer support, reciprocity makes the difference. Users have the capacity to: know the social circumstances surrounding mental health problems, the subjective experience of mental health, risk attitudes and values and preferences. And from the SASM Foundation we think that the characteristics of the figure of the expert person with their own experience in terms of their praxis lie in mutual support, understood as a system consisting of giving and receiving help based on the fundamental principles of respect, responsibility and agreements on what is useful.

Key words: mutual support, person with own experience, expert users, peer-to-peer methodology, paradigm shift.

Tal y como explicamos en un artículo publicado en la presente revista (Rienda y otros, 2022), seguimos en la Fundación SASM en pleno progreso hacia un paradigma de derechos de las personas con problemas de salud mental, para que las personas a las que atendemos puedan ejercer sus derechos como ciudadanos de pleno.

Siguen surgiendo dudas acerca de ¿cómo enfocar la rehabilitación? Desde la Fundación SASM la enfocamos hacia una intervención más holística y global, en la que el experto y protagonista es la persona, y el contexto es facilitador de los apoyos necesarios para la toma de decisiones, la autodeterminación y la participación en la comunidad.

Y seguimos sin poder olvidarnos de la buena praxis, fundamentada en facilitar cuidados que promuevan el ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental (Pérez y Eiroá, 2017) y que guía a todas las personas implicadas en los procesos de recuperación y a la sociedad en general, ya que la salud mental implica a todas las personas de una manera cotidiana.

Pero todo cambio conlleva un proceso de cambios y de incertidumbres. Y uno de estos cambios es incorporar en los equipos de profesionales de salud mental la figura de paciente experto con experiencia propia.

CONCEPTO DE PERSONA EXPERTA CON EXPERIENCIA PROPIA

Apoyo entre iguales en salud mental

El apoyo entre iguales es fundamental para la recuperación de personas con problemas de Salud Mental, ya que se comparten experiencias, emociones y pensamientos. Un igual, partiendo de su condición de experto en el sufrimiento psíquico, puede apoyar a otro, a situarse en sus contextos, facilitando el afrontamiento de fases de la recuperación en las que la experiencia previa es crucial (Casas y otros, 2016). Entre las personas con problemas de salud mental, el apoyo entre iguales puede ser útil para la detección de los problemas de salud mental, afrontamiento del diagnóstico, convivencia social con el sufrimiento psíquico, hospitalización, y muy especialmente en el proceso de recuperación social. La información que se comparte es más verosímil y significativa para la persona, resultando muy útil, próxima, relevante y comprensible. De forma generalizada, el apoyo entre iguales promueve un modelo de bienestar centrado en las fortalezas, las capacidades y en la recuperación. Todas las definiciones de ayuda entre iguales toman como idea central, que las personas que han tenido o tienen experiencias similares pueden proporcionar de forma más adecuada una auténtica empatía y validación (Mead y Mcnel, 2004). En el apoyo entre iguales marca la diferencia la reciprocidad. El rol del profesional experto por experiencia se clasificaría en los programas en los servicios de salud mental, "en los que el agente proveedor de la ayuda tiene un rol reconocido dentro de la organización, reúne una serie de requisitos y ha recibido o está recibiendo tratamiento en salud mental" (Casas y otros, 2016).

Ejemplo: experiencia desde el Proyecto EMILIA

El proyecto EMILIA (Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning, Integration and Action) es un proyecto dentro del marco de la Unión Europea que pretende mejorar la inclusión social de las personas con problemas de salud mental a partir de la hipótesis que la formación y el conocimiento que tienen las personas usuarias, por el mero hecho de serlo, puede incrementar sus posibilidades de encontrar y mantener un trabajo y mejorar su calidad de vida. Además, pretende que estas personas usuarias formadas tengan un puesto de trabajo dentro de la red de recursos de salud mental.

Este proyecto considera a los afectados por problemas de salud mental en sus propias dolencias y en la forma de abordarlas. Convirtiéndose en formadores de otras personas afectadas y también de los equipos de profesionales de la red de atención a la salud mental, integrándose en los equipos como un/a experto/a más (Palomer y otros, 2010)

El usuario como experto y su implantación en el campo de la salud mental

Vivir con una enfermedad crónica genera en la persona que la padece y su entorno la necesidad de aprender a manejar la enfermedad en sí misma y sus consecuencias. Y estas necesidades obligan a desarrollar habilidades. La figura de la persona usuaria experta (y sus personas más próximas) por el mero hecho de serlo disponen de un conocimiento útil y valioso.

Por ejemplo, mientras los profesionales tienen capacidad de: hacer diagnósticos, proponer las opciones terapéuticas adecuadas, valorar el pronóstico, estudiar el origen... Sin embargo, las personas usuarias tienen capacidad para: conocer las circunstancias sociales alrededor de los problemas de salud mental, la vivencia subjetiva de ésta, las actitudes de riesgo y los valores y preferencias (Coulter, 2007).

La consecuencia inmediata implica cambiar el enfoque hacia las personas usuarias, pasando de una mirada centrada en los déficits y la incapacidad, a mirar los recursos y capacidades que dispone la persona como base de la recuperación. Este cambio supone una transformación en la praxis diaria: convertir a las personas usuarias en parte implicada en todo el proceso de la toma de decisiones sobre su rehabilitación, tratamiento y atención recibida (Kavanagh, 2008).

La implicación de las personas usuarias significa algo más que ser partícipes de los aspectos relacionados con su propio tratamiento, ya que pretende que las personas usuarias se involucren en la investigación, formación, evaluación y desarrollo de los servicios. El concepto de "user involvement" o implicación de los usuarios (Simpson y House, 2003), requiere trabajar como iguales en su propio cuidado y en la adaptación de los servicios a sus necesidades y preferencias. Esto representa un cambio en las dinámicas de poder en las instituciones.

Existen diferentes niveles de participación de las personas usuarias. En un primer nivel de participación la interacción se da entre las propias personas usuarias y difícilmente se tiene capacidad de influencia sobre los servicios. Un rol importante a este nivel es la de-

fensa de los derechos, sobre todo con personas con bajo empoderamiento. Para la OMS, "la clave del empoderamiento es la eliminación de los impedimentos formales e informales, así como la transformación de las relaciones de poder entre individuos, comunidades, servicios y gobiernos" (OMS, 2010).

La OMS considera que el "empoderamiento" es un concepto esencial de la promoción de la salud. La Declaración de Alma-Ata y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (WHO Regional Office for Europe, 2009) reconocen su importancia para la prevención y la promoción de la salud. Uno de los seis puntos clave para la guía de actuaciones que aparecen en la Estrategia Europea de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (European Commission, 2008) establece que "las personas deben ser empoderadas para promocionar su propia salud, para interactuar con los servicios sanitarios y participar activamente en la gestión de la enfermedad".

A nivel individual, el empoderamiento es un elemento importante del desarrollo humano para el proceso de toma de control y responsabilidad de las actuaciones que tienen como propósito alcanzar la totalidad de su capacidad.

En el contexto de salud mental, la palabra empoderamiento se refiere al grado de elección, influencia y control que las personas usuarias de los servicios de salud mental pueden ejercer en los acontecimientos que se producen en sus vidas.

El siguiente nivel es un nivel de interacción individual entre persona usuaria y profesional y en él está la toma de decisiones sobre el tratamiento, informando sobre el plan de tratamiento, acordándose y dando opciones sobre éste, informando asimismo sobre el diagnóstico y con un plan sobre la actuación en caso de crisis. Aunque la falta de consentimiento informado en salud mental se observa de forma generalizada en la práctica clínica diaria (Valverde e Inchauspe, 2014).

A un nivel cualitativamente diferente está la interacción entre las personas usuarias y los recursos. Entre los roles a desarrollar por las personas usuarias podemos destacar la formación de los equipos de profesionales, la selección de los equipos de profesionales, la dirección y/o coordinación de los recursos, la evaluación de los servicios o la participación y creación de actividades que promueven la recuperación (Lynda y Lester, 2005).

Un ejemplo de este nivel es la creación de comités formados por personas con experiencia propia en salud mental en 2009 (Salud Mental España, 2016). Estos comités están formados por personas con problemas de salud mental que participan activamente en la vida de sus asociaciones y que creen en la máxima "nada sobre nosotros sin nosotros", partiendo de la base de que la propia experiencia aporta un punto de vista fundamental a la hora de analizar y defender los derechos de este colectivo y sus familias.

Finalmente, las personas usuarias pueden estar implicados en la planificación de los servicios y en las políticas sanitarias. En este tipo de decisiones es más propio que sean los representantes de los colectivos

de usuarios los que actúen como interlocutores.

El Comité Pro Salud Mental en Primera Persona asesora a los órganos de gobierno, desarrolla propuestas, propone proyectos, establece posicionamientos y da voz a las personas con trastorno mental tanto de cara a la organización como a la sociedad en general (Salud Mental España, 2016)

Al respecto y tal y como se comenta en el artículo "Participación de las personas usuarias en políticas públicas de salud mental: una revisión integrativa" (Yoma, 2019), se destaca la escasez de publicaciones de acceso abierto en relación a esta temática. En cuanto al contenido de los trabajos, no deja de sorprender la persistencia de creencias prejuiciosas acerca de la capacidad de las personas usuarias para participar y la diversidad de argumentaciones esgrimidas para relativizar la conveniencia de esta participación.

Los movimientos de reforma en salud mental, referidos en la mayoría de los trabajos aquí considerados, aluden a la importancia de cambiar el lugar que ocupan las personas usuarias en los sistemas de salud mental.

Para las personas usuarias la participación es una gran oportunidad para reducir la exclusión social a través del ejercicio de roles valiosos, de la co-construcción de una red de apoyo y de dar sentido a su vida.

Pero la participación se encuentra con numerosas trabas (Lammers y Happell, 2003). Algunas dificultades son causadas por la propia estructura de los servicios, otras por los prejuicios y los miedos de los equipos de profesionales, y otras por las propias circunstancias de las personas usuarias (falta de motivación, miedo a una descompensación o desconfianza hacia los servicios).

El apoyo mutuo

El apoyo mutuo surge del movimiento de Vida Independiente como resultado de la lucha por los derechos de las personas con discapacidad, y se ha trasladado a otros ámbitos como el de la salud mental. Estos movimientos recordemos que han traído consigo un cambio de paradigma en los modelos, que han pasado de ser esencialmente biomédicos a basarse en el empoderamiento, la promoción de los derechos humanos y civiles, la vida en comunidad, la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias según su proyecto de vida y la ayuda mutua (Lobato, 2018), tema del que hablaremos a continuación. Estos cambios han propiciado que las personas que requieren atención a su salud mental ya no sean consideradas como pacientes, sino como personas usuarias, por lo que los servicios ofrecidos se han transformado para adaptarse a este nuevo contexto y las personas usuarias han pasado a tener un protagonismo en primera persona a la hora de tomar decisiones y escoger servicios/productos que mejor se adapten a sus necesidades de apoyo.

El apoyo mutuo se basa en la experiencia real de problemas de salud mental y desempeña un papel importante en la recuperación y también en el fomento del empleo con una nueva figura como es la

de agentes de apoyo mutuo. La evidencia demuestra que esta figura puede mejorar la calidad de vida y ayuda a reducir las convalecencias de otras personas que requieren atención a su salud mental. Además, las propias personas que trabajan como agentes de apoyo mutuo siguen fortaleciendo a su vez su proceso de recuperación (Davidson, 2006). La metodología Peer to Peer está pensada para permitir y formar a aquellas personas que han superado problemas de salud mental en agentes de apoyo mutuo para quienes están experimentando una situación similar.

A través de la revisión en la que se analizan 23 estudios sobre apoyo mutuo del artículo: La efectividad de los programas de apoyo mutuo en los servicios de salud mental: una revisión sistemática y meta-análisis (White, 2020), se ha llegado a la conclusión de que el apoyo entre pares en los servicios de salud mental puede tener un impacto positivo en el ámbito de la rehabilitación psicosocial.

VOCES DE PERSONA EXPERTA CON EXPERIENCIA PROPIA

Tal y como cuenta Mikel Merino de 46 años, casado y con un hijo y una hija y con diagnóstico de trastorno mental grave en el año 2000 (Merino, 2021), desde octubre de 2017 trabaja en AGIFES (Asociación Gipuzkoana de Familiares y Personas con problemas de salud mental) en el Programa de Apoyo Mutuo en Salud Mental.

Tras recibir una formación específica (en su caso un posgrado en Salud Mental Colectiva UOC y formación de Apoyo Mutuo "Peer to Peer" con la Asociación En Primera Persona de Andalucía), actúa apoyando la recuperación de otras personas que tratan de superar situaciones similares a la suya.

Mikel ofrece a la persona que acude un espacio de escucha, comprensión, empatía y esperanza. Una escucha sin juicios, ya que parte de su experiencia en primera persona, al haber pasado por vivencias parecidas. Este modelo de atención, basado en el encuentro entre iguales, se centra en la persona en lugar de poner el foco en el diagnóstico y/o en los síntomas y, el enfoque está fundamentalmente basado en la creencia de que "las personas podemos experimentar procesos de mejoría significativa o incluso llegar a recuperarnos de los problemas de salud mental".

Uno de los pilares de este programa es favorecer el empoderamiento y apoyar a la persona para que se sienta capaz de liderar su recuperación, entendiendo la recuperación como la construcción de un proyecto de vida con sentido y satisfacción para las personas, definido por ellas mismas, independientemente de la evolución de sus síntomas y problemas.

En la entrevista realizada a Iván Eliab Gómez-Aguilar (Ordorika y Gómez-Aguilar, 2021), éste afirma que hay personas que han vivido experiencias violentas en los servicios de salud mental y que han evolucionado justificando ese tipo de malas prácticas. Comentarios del tipo "A mí me sometieron, a mí me internaron contra mi voluntad, pero era necesario porque, en ese momento, yo representaba un peligro para mí mismo y para los demás". Se pueden reconocer como expertos y expertas por experiencia,

aunque sería complicado que se afirmen de esta manera, debido a la falta de conciencia de derechos y de oportunidades para entender la salud mental más allá del enfoque manicomial y farmacológico.

En esta entrevista, se plantean las preguntas si las personas expertas por experiencia tienen la dimensión de su vivencia de discapacidad psicosocial y la dimensión política, con un reconocimiento de activista. Gómez-Aguilar responde que hablar de personas expertas por experiencia es enunciarse desde una categoría política. Las personas institucionalizadas se enfrentan a grandes barreras que les impiden la participación, no se escuchan sus voces diversas que desafían la racionalidad y la coherencia.

VISIÓN DESDE LA FUNDACIÓN SASM DE PERSONA EXPERTA CON EXPERIENCIA PROPIA

Desde comienzos del presente año, se ha incorporado a la Fundación SASM la figura de persona experta con experiencia propia. El objetivo principal de dicha incorporación es fomentar el derecho a la participación, autodeterminación y empoderamiento de las personas con problemas de salud mental usuarias de la Fundación, minimizando o eliminando a su vez, las barreras que obstaculicen dicho derecho, como el auto estigma y el estigma sociocultural (prejuicios, etiquetas, actitudes paternalistas...).

Para ello, pensamos que las características propias para la figura de persona experta con experiencia propia en cuanto a su praxis radican en el apoyo mutuo, entendido como un sistema consistente en prestar y recibir ayuda basándose en los principios fundamentales de respeto, responsabilidad y acuerdos sobre lo que es útil. Este apoyo está basado en la comprensión de la situación de la otra persona utilizando la empatía y partiendo de la experiencia propia, emocional y psicológica, desde donde las personas son capaces de apoyarse entre ellas.

La validación e igualdad de roles puede añadir un plus de credibilidad, autenticidad y cercanía en la relación de la persona usuaria con su entorno.

Por todo esto, para el desempeño de esta praxis se tiene en cuenta, se valora y se pretende:

1. Capacidad de escucha y empatía, para promover el intercambio de experiencias en un clima de respeto y confianza.
2. El autocuidado: para garantizar el bienestar propio y prestar servicio de manera eficiente.
3. El autoconocimiento: para identificar las propias habilidades, capacidades y vulnerabilidades.
4. La confidencialidad: para defender un clima de intimidad y privacidad de manera bidireccional.
5. El uso de la comunicación: para crear una relación efectiva y real que permita ofrecer reconocimiento y reflexionar sobre emociones, sentimientos y vivencias.
6. Nexos de unión que permite integrar al usuario

en el equipo de salud mental para aportar su experiencia previa al desarrollo de la práctica diaria.

7. La autodeterminación: la persona usuaria es protagonista activa de sus propias vivencias.
8. La participación: "Nada del usuario sin el usuario"

Las tareas principales a desarrollar por esta figura son:

1. Modelar técnicas de afrontamiento y estrategias de autoayuda basadas en la experiencia propia previa.
2. Fomentar el intercambio de experiencias y buenas prácticas a través de Grupos de Apoyo Mutuo o en espacios individuales.
3. Asistir a la persona usuaria en la articulación de objetivos para su proceso terapéutico.
4. Facilitar, haciendo uso de las diferentes vías de comunicación (reuniones de equipo, cambios de turno, cuaderno de incidencias, etc.) la información necesaria para una adecuada intervención, empoderando la visión de la persona usuaria.
5. Ejercer como figura de apoyo en el seguimiento de talleres, conductas, objetivos, etc. para participar en la elaboración y revisión de PIR.
6. Realizar acompañamientos necesarios para gestiones sanitarias, burocráticas, visitas domiciliarias, etc.
7. Velar por una convivencia basada en el respeto entre y hacia todas las personas atendidas.
8. Participar en la organización de eventos que promuevan a la entidad y fomenten la sensibilización hacia el colectivo de personas con problemas de salud mental.
9. Participar en el diseño de herramientas que faciliten la transformación de las relaciones de poder entre las personas usuarias, los profesionales, las comunidades y los servicios, involucrando activamente a las personas con problemas de salud mental.

La voz de la persona experta con experiencia propia de la Fundación SASM

En las propias palabras de la persona experta con experiencia propia contratada por la Fundación SASM comenta que "considero importante la inclusión de la figura del experto en primera persona dentro de los equipos de trabajo de salud mental. Si bien dichos equipos multidisciplinares, abarcando todas las áreas y necesidades de la persona, tienen conocimientos tanto teóricos como prácticos para el desarrollo de su trabajo, sin embargo, su punto de vista es, por decirlo de alguna forma, desde una posición de observador externo. En este contexto es donde toma importancia la función de la persona experta con experiencia propia, dado que, aunque sus co-

nocimientos tanto teóricos como prácticos pudieran ser limitados, sus vivencias y experiencias en primera persona le permiten empatizar y entender a las personas usuarias de los servicios de salud mental de una forma en la que difícilmente se podrían posicionar el resto de profesionales".

Un ejemplo de lo que comenta la persona experta con experiencia propia, es que por mucha experiencia que tenga un/a profesional, es difícil que logre entender los nervios, miedos y ansiedades que implica un proceso como el de recapacitación judicial, como lo puede comprender una persona con la vivencia tanto de la incapacitación como de la recapacitación judicial.

Entendiendo la incapacidad como la limitación en la capacidad de obrar, es decir, limitar el ejercicio de derechos y deberes porque la persona no es capaz de gobernarse. Con una sentencia judicial se puede graduar la capacidad de obrar de la persona. Esto es incapacitar a la persona para lo que la sentencia judicial determine (Casal, 2010).

"Por otra parte, considero que al ver el resto de personas usuarias como un igual, permite establecer un tipo de relación con matices diferentes al del resto de profesionales. Por todo ello pienso que es muy adecuada la inclusión de esta figura en los equipos profesionales en la medida que complementa y da valor a la labor del resto de profesionales del equipo de trabajo".

NUESTRAS VOCES EN LA FUNDACIÓN SASM

Tal y como comenta Tania, el apoyo entre las personas usuarias es importante para entender a las propias personas usuarias, para que los equipos de profesionales nos comprendan, para que podamos tomar nuestras propias decisiones:

"Solos no podemos conseguir nuestros propósitos, necesitamos de profesionales, familiares, amigos, personas cercanas y personas con nuestra misma situación".

"Me gusta el trato cercano. No ariscos o autoritarios. No somos niños a los que castigar por mal comportamiento o a los que premiar con puntos para conseguir refuerzos. Somos personas adultas, con los mismos criterios que el resto de personas. Con miedos, con emociones de alegría y de tristeza, con preocupaciones".

"Todo empieza porque te sientes raro. Algo no va bien. Sientes un vacío y un malestar y te sientes diferente. Y estas circunstancias se añaden a lo que el resto de personas lleva en su mochila y que hemos dicho anteriormente. Y ese malestar te ocupa tiempo y te alejas de la realidad. Tu realidad es otra".

"Me siento empoderada en poder tomar mis propias decisiones y en mi autonomía. Ese empoderamiento empieza en el momento que empiezas a hacer cosas por ti misma y a responsabilizarme de mis asuntos. Y el empoderamiento se basa en las oportunidades que me han dado y toda oportunidad es una responsabilidad".

Un ejemplo de la función de la persona experta en

primera persona ha sido la petición de Tania de una curatela económica. Ante las dudas que surgían para hacer la petición, preguntó a esta figura de la Fundación SASM. Le ha ayudado a resolver las dudas y a poder contextualizar con un escrito su petición. Desarrollar el escrito para los y las profesionales implicados/as. Apoyo técnico y emocional al contarle su propia experiencia, poniendo encima de la mesa todos los pros y los contras al hacer la petición. Le ha servido para paliar los miedos y tomar una decisión empoderada.

“Me planteo poder ser yo misma esa figura al igual que Laura. Necesitamos seguir en nuestro proceso de aprendizaje y de autogestión. Pero podemos ser apoyo de otras personas que están en nuestra situación. De hecho, en nuestros recursos ya hacemos esta labor, entre compañeras nos apoyamos cuando estamos en un momento difícil”.

Por su parte, Salva comenta que la figura de persona experta con experiencia propia, velará por los derechos de las personas usuarias. Es como un muro de contención, una protección a la vez que un apoyo. Esta figura en los equipos de salud mental puede ser un limitador de prácticas coercitivas.

“No necesito que ningún profesional me diga cómo manejar mi dinero, pero sí que alguien me aconseje o acompañe en mis decisiones”. Además, también explica que “si me tratan de forma vertical no hago caso. No escucho. Me enfado. Pero si la relación es horizontal, me siento halagado y muy satisfecho. De forma vertical, me siento mal, surgen conflictos y no se llega a conclusiones o suele ser la del experto”.

Para Laura, todas las partes son expertas desde su punto de vista y no son excluyentes unas de otras. El profesional se ha formado y ha estudiado, pero la persona con diagnóstico es quien más sabe de una misma. El rol de profesional debería ser más de acompañamiento en el proceso:

“No necesito a nadie para buscar trabajo, pero sí que necesito apoyo en ciertos momentos de ese proceso. Por ejemplo, si ese trabajo me puede causar más estrés”.

Laura también comenta que es importante que haya personas con diagnóstico en los equipos de salud mental porque aportan su experiencia y pueden dar otra visión en las intervenciones. Apoyan a todas las personas, tanto a las personas usuarias como al equipo de profesionales.

“Si ahora volviera a estar en un momento de crisis le preguntaría a la persona con experiencia propia, por su rol de experta y por su forma de ser. En anteriores episodios me han suministrado electroshocks. He perdido memoria del pasado y son episodios que no quiero volver a vivir eso”.

Las tres personas usuarias de la Fundación SASM opinan al unísono que “NADIE manda sobre nosotras”.

INVESTIGACIÓN EN LA FSASM

Desde principios del presente año 2023 se ha contratado en la Fundación SASM la figura de persona experta con experiencia propia. Todo ello dentro del

cambio de metodología basada en dos pilares fundamentales: los derechos humanos de las personas con discapacidad y en las prácticas no coercitivas.

El objetivo principal de dicha incorporación es fomentar el derecho a la participación, autodeterminación y empoderamiento de las personas con problemas de salud mental usuarias de la Fundación, minimizando o eliminando a su vez, las barreras que obstaculicen dicho derecho, como el auto estigma y el estigma sociocultural.

Por lo que se ha querido obtener información más detallada de cómo se está percibiendo este cambio introducido en la metodología de trabajo mediante dos cuestionarios de elaboración propia. Un primer cuestionario destinado al equipo de profesionales de la Fundación SASM con 3 preguntas tipo test y 1 pregunta corta. El segundo cuestionario, para las personas usuarias de la Fundación SASM consistente en 2 preguntas tipo test y 1 pregunta corta

CUESTIONARIO

Resultados cuestionario 1

A través del cuestionario elaborado para profesionales de la Fundación SASM, se pretende observar la importancia que supone la contratación de la figura de persona experta con experiencia propia, así como la aportación de dicha figura al propio equipo de profesionales y a las personas usuarias.

En base a esto se plantean las siguientes hipótesis que hacen referencia a la contratación de la persona experta con experiencia propia:

1.- El equipo de profesionales de la Fundación SASM considera importante la contratación de la figura de la persona experta con experiencia propia.

El 100% de las personas que respondieron al cuestionario consideran que es importante la incorporación en el equipo de profesionales de la Fundación SASM de la figura del profesional experto con experiencia.

2.- El equipo de profesionales de la Fundación SASM considera que la figura de la persona experta con experiencia propia sirve de apoyo a las personas usuarias.

Asimismo, el 94,1% de los y las profesionales de la Fundación SASM que respondieron al cuestionario, opina que la figura del profesional experto con experiencia propia sirve de apoyo para el resto de las personas usuarias. Frente al 5,9 % restante que no sabe o no contesta a dicha pregunta.

Se observa que no hay ninguna respuesta que considere que la figura de la persona experta con experiencia propia NO sirve de apoyo a las personas usuarias.

3.- El equipo de profesionales de la Fundación SASM considera que la figura de la persona experta con experiencia propia SI aporta al equipo de profesionales de la Fundación SASM.

El 100% de las personas que respondieron al cuestionario consideran que la figura del profesional exper-

to con experiencia SI aporta al equipo de profesionales de la Fundación SASM.

Las respuestas se repartieron en los siguientes porcentajes:

Un 70,6% opinaron que la figura del profesional experto con experiencia aporta su propia experiencia.

Un 58,8% respondieron que la figura del profesional experto con experiencia supone un nexo de unión con las personas usuarias.

Otro 58,8% apuntó que la figura del profesional experto con experiencia aporta una visión diferente de los problemas de salud mental.

Resultados cuestionario 2

A través del cuestionario elaborado para las personas usuarias de la Fundación SASM, se pretende observar la importancia que supone la contratación de la figura de persona experta con experiencia propia, así como la aportación de dicha figura.

En base a esto se plantean las siguientes hipótesis que hacen referencia a la contratación de la persona experta con experiencia propia:

1.- Las personas usuarias de la Fundación SASM consideran importante la contratación de la figura de la persona experta con experiencia propia.

El 90,9% de las personas usuarias que respondieron al cuestionario consideran que es importante la incorporación en el equipo de profesionales de la Fundación SASM la figura del profesional experto con experiencia propia.

Un 9,1% respondió que no es importante esta incorporación.

2.- Las personas usuarias de la Fundación SASM consideran que la figura de la persona experta con experiencia propia SI aporta a la Fundación SASM.

El 2% de las personas que respondieron al cuestionario consideran que la figura del profesional experto con experiencia NO aporta nada especial a la Fundación SASM.

Las respuestas que consideran que SÍ aporta a la Fundación SASM se repartieron en los siguientes porcentajes:

Un 72,7% opinaron que la figura del profesional experto con experiencia aporta su propia experiencia.

Un 54,5% respondieron que la figura del profesional experto con experiencia supone un nexo de unión con las personas usuarias.

Otro 55,5% apuntó que la figura del profesional experto con experiencia aporta una visión diferente de los problemas de salud mental.

Destacar respuestas cualitativas como las siguientes en cuanto a la opinión personal acerca de lo que significa la figura del profesional experto con experiencia propia:

“Supone aportar una nueva mirada hacia los problemas de salud mental, que partiendo desde la experiencia previa, cuenta con una mayor probabilidad de ser una mirada empática, cercana, sensible y despojada de prejuicios y estigmas, y no condicionada por el poder que en ocasiones otorgan la formación y la praxis profesional, basadas en supuestos científicos pero en ocasiones, desprovistas de la carga personal y emocional que sólo puede proporcionar la propia experiencia”.

“Me parece muy interesante la figura de profesional experto ya que puede empatizar o acompañar de forma distinta a como lo harían otros profesionales”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rienda, J., Moreno, L., Navarro, M.J., Braso, G., Borja, C., Ortells, T., Barrajón, V., Chancosa, J., Expósito, S. (2022). Buenas prácticas en rehabilitación psicosocial basadas en derechos y no coerción. Experiencia en la fundación SASM con las personas a las que acompañamos. *Rehabilitación Psicosocial*; 64 – 75. PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP).
2. Pérez, B., Eiroá, F.J. (2017). Guía de Derechos en Salud Mental. ActivaMent Catalunya Associació, Universidad de Barcelona.
3. https://www.fadesaludmental.es/images/GUIA_IMPRESION_CAST.pdf
4. Casas, L.A., López, L., Carrasco, O., Nieto-Moreno, M., García-Heras, S. (2016). Profesional experto por experiencia en salud mental. Fundación Sociosanitaria de Castilla - La Mancha.
5. https://fsclm.com/web/images/stories/documentos/tepuedeinteresar/ComunicacionAEN_ProyectoProfesionalExpertoExperiencia.pdf
6. Mead, S. y MacNeil, C. (2004). Peer Support: What Makes It Unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*; 10 (2): 29-37.
7. Palomer, E., Izquierdo, R., Leahy, E., Masferrer, C., Flores, P. (2010). El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* vol.30 no.1. Versión On-line ISSN 2340-2733, impresa ISSN 0211-5735
8. Coulter, A. (2007). *Engaging Patients In Their Health: How The Nhs Needs To Change.* Oxford (UK): Picker Institute. Disponible en:
9. <http://www.pickereurope.org/item/document/204>
10. Kavanagh, M. (2008). An introduction to service user involvement and participation: obstacles and opportunities. Division of Clinical Psychology AGM. Disponible en http://www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file_uid=A9C2430F-1143-DFD0-7E74-422B9E9104&ext=ppt
11. Simpson, E.L. y House A.O. (2003). User and carer involvement in mental health services: from rhetoric to science. *Br J Psychiatry*;183:89-91.
12. OMS. (2010). Empoderamiento del usuario de salud mental.Copenhagen. Disponible en:
13. http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf
14. Valverde, M.A. e Inchauspe, J.A. (2014). ¿Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las personas con psicosis? Una reflexión sobre el tratamiento de las psicosis. *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 30, p. 40-65. ISSN: 1886-5887.
15. Lynda, T. y Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Adv Psychiatr Treat*, núm. 11, p. 168-75.
16. Salud Mental España. (2016). La salud mental en primera persona. Los comités de personas expertas. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, vol. 4, núm. 1.
17. WHO Regional Office for Europe. (2009). *Mental Health Action Plan for Europe.* Copenhagen. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>
18. European Commission. (2008). *European Pact for Mental Health and Well-being.* Brussels. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
19. Yoma, S. (2019). Participación de las personas usuarias en políticas públicas de salud mental: una revisión integrativa. *REVISÃO Ciênc. saúde colet.* 24 (7). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.14402017>
20. Lammers, J. y Happell, B. (2003). Consumer participation in mental health services: looking from a consumer perspective. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 10:385-92.
21. Lobato, M. (2018) *Movimiento Vida Independiente.* Vida Independiente Comunidad Valenciana. Disponible en: <http://vicoval.org/movimiento-de-vidaindependiente/>
22. Davidson, L. (2006). Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. *Clinical Psychology.* Disponible en: <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.2.165>
23. White S. y otros. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02923-3>
24. Merino, M. (2021). Salir del armario es una cuestión de salud mental, pero...*Revista encuentro*, núm 1. Disponible en:
25. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/revista-encuentro-n1-2021/>
26. Ordorika, T. y Gómez-Aguilar, I. (2021). Personas expertas por experiencia. Entrevista con Víctor Lizama, miembro de SinColectivo. *Revista Inter disciplina*, vol. 9, núm. 23. Ciudad de México. Versión On-line ISSN 2448-5705, versión impresa ISSN 2395-969X.
27. Casal, J.C. (2010). Derechos y participación de las personas con diversidad mental. *Cuadernos de Trabajo Social.* Vol 23, 301 – 321. ISSN: 0214-0314.

TERAPIA INTERFAMILIAR EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

INTERFAMILIAR THERAPY IN A MID STAY UNIT DURING COVID

Autora: Carolina Lagúa
Médico especialista en psiquiatría.
Área de Salud Mental. Unidad de Media Estancia Pare Jofré. Valencia (Spain)
laguia_car@gva.es

RESUMEN:

La terapia interfamiliar (TIF) es un tipo de terapia grupal abierta que reúne a pacientes, familiares y profesionales de una forma horizontal, con el fin del crecimiento personal individual y de relaciones interpersonales. Todo el mundo participa en igualdad de condiciones al ser experto en uno mismo y en su propia experiencia y se intenta dar voz, especialmente, a las personas con diagnóstico, habitualmente ignoradas y acalladas; así como dar soluciones a situaciones conflictivas cotidianas fruto de la convivencia.

Comenzamos el grupo justo antes del confinamiento, teniendo que pararlo a causa de las restricciones de la pandemia. Actualmente contamos con un grupo grande y maduro que proporciona ayuda y satisfacción tanto a los usuarios como a los familiares y al personal del centro que acude a las reuniones.

Palabras Clave: terapia; interfamiliar; multifamiliar; familia; grupo.

ABSTRACT:

Interfamily Therapy (TIF) is an open group therapy that involves patients, relatives and professionals for personal and interpersonal development. Everyone participates in equal footing as an expert in itself and their own experience and voice is given specially to diagnosed people, as they are usually ignored and silenced; Solutions to everyday conflict situations due to coexistence are also given.

We started just before lockdown, being forced to stop due to pandemic restrictions. Nowadays we have a big and mature group that gives help and satisfaction to users, relatives and centre staff that go to the meetings.

Key words: therapy; interfamily; multifamily; family; group.



1. INTRODUCCIÓN

La terapia interfamiliar (TIF) es un tipo de terapia grupal que aúna pacientes y familias así como cualquier persona allegada que pueda sentirse de alguna manera involucrada en el cuidado en la salud mental o necesitada de ayuda grupal. Se trata de una terapia de grupo abierta en la que el objetivo es poder sanar con la ayuda y comprensión de todo el grupo, dándonos cuenta de la necesidad de cambio en nosotros para poder afrontar los problemas de la vida diaria.

Nuestro día a día está lleno de relaciones interpersonales que nos afectan a nivel personal. Si somos conscientes de cómo afrontamos dichas relaciones, podremos adecuarlas y mejorarlas, mejorando con ello nuestro día a día.

2. NUESTRO CONTEXTO

Nos encontramos en una Unidad de Media Estancia en un ambiente Hospitalario en la ciudad de Valencia. Somos un hospital en el que se encuentran ingresados 50 personas con Trastorno Mental Grave. Se trata de un hospital semiabierto, con usuarios que van desde un estado subagudo hasta crónico.

A nuestro hospital llegan pacientes derivados desde todas las áreas de salud mental de la provincia de Valencia. Tenemos capacidad para 50 usuarios en régimen de hospitalización (divididos en 2 plantas de 25 usuarios cada una) y otras 50 personas en régimen ambulatorio de Hospital de día.

El objetivo de nuestros ingresos es la rehabilitación bio-psico-social, orientando a nuestros usuarios hacia un estilo de vida independiente y ajustado a sus necesidades. Pensamos que para poder cumplir dichos objetivos la familia es un pilar fundamental, y en muchos casos, olvidadas. Creemos en una rehabilitación integral del paciente con la colaboración estrecha de éste y su implicación activa en ésta, por lo que la terapia multifamiliar nos parece una herramienta fundamental para que los pacientes tomen una actitud proactiva en su recuperación sin olvidar a las familias, que en muchos casos se sienten olvidadas y desprotegidas.

3. METODOLOGÍA DE APLICACIÓN DE LA TIF

La pandemia COVID-19 ha hecho muy complicadas las reuniones en grupos, por lo que ha retrasado y en muchos casos anulado el trabajo con las familias, aumentando más si cabe la sensación de éstas de desamparo y olvido por parte de las instituciones. Comenzamos nuestra andadura en época de pre-pandemia, siendo un grupo muy joven y poco estructurado cuando la pandemia llegó y tuvimos que suspender las reuniones. Una vez que la vacunación se encontró en un estado de avance importante (junio 2021) y comenzaba la estabilidad de los casos de contagio, creímos posible poder comenzar de forma presencial con la terapia interfamiliar (TIF) en un entorno seguro con bajo riesgo de contagio.

Nuestros usuarios se encontraban vacunados con la pauta completa en un índice mayor de un 70%, ofreciéndoles la vacunación a todos los nuevos ingresos que aún no se hubiesen vacunado. La vacuna era opcional. Para el ingreso en nuestra unidad continúa

siendo necesaria una PCR negativa previa al ingreso por protocolo.

Los familiares de nuestros usuarios también estaban en su mayor parte vacunados por edad (muchos con la pauta completa). Se acuerda con el preventivista del centro entrevista de riesgo de COVID-19 así como test de antígenos rápido negativo de un máximo de 48 horas antes de la sesión, para los familiares que asistan a las sesiones y no se encuentren con la pauta completa de vacunación en un mínimo de 15 días antes de la sesión (momento en que se crea la inmunidad) en un primer momento. Conforme las medidas anticovid de la Consellería de Sanidad y Salud Pública de Valencia han ido variando, se han ido ajustando nuestro protocolo para compatibilizarlo con éstas (aforo reducido que se ha ido incrementando a lo largo de la evolución de la pandemia, pasaporte COVID, reuniones al aire libre...). No hay que olvidar que somos un centro hospitalario, por lo que la mascarilla ha sido obligatoria hasta hace poco, realizándose las sesiones con mascarilla hasta hace unos meses.

Los conductores del grupo se encontraban vacunados con la pauta completa desde más de 15 días antes del comienzo de la terapia.

Al principio se decide realizar las sesiones al aire libre, en un patio interior con buena ventilación. Se llevará la mascarilla en todo momento y la gente que acuda al grupo tendrá la pauta de vacunación completa o, en su defecto, cumplirá en cada momento con las medidas prescritas por el preventivista del centro (entrevista + test de antígenos rápidos negativa).

Por problemas de aforo se realiza un llamamiento a un grupo seleccionado de familias y usuarios. Se realiza una primera selección de familias invitando a las familias de los usuarios que consideramos que con más probabilidad puedan regresar al alta de nuestra unidad con estas, ya que consideramos en estos momentos las que más necesitan el trabajo multifamiliar. Conforme se ha ido avanzando a lo llamado "nueva normalidad" y la actual "normalidad", se ha ido aumentando el aforo, invitando a familiares y usuarios independientemente del hecho de estar ingresados en nuestra unidad o de que las familias pudiesen asistir y realizamos las sesiones en una sala amplia donde la acústica es mucho mejor. En estos momentos los grupos se encuentran formados por una amplia gama de personas, tanto con diagnóstico de enfermedad mental como sin éste, en diferentes niveles de evolución de su enfermedad y en diferentes grados de parentesco con los usuarios (familiares de gente ingresada en nuestra unidad, familiares de gente que nunca ha ingresado, usuarios subagudos, usuarios estables a nivel psicopatológico, amigos, hermanos...) que hablan en un escenario seguro y de ayuda mutua de sus experiencias y sentimientos. También acude algunas personas con diagnósticos somáticos graves que enriquecen los grupos y la visión interpersonal de los problemas. Hemos objetivado que, si al principio a dichos participantes les cuesta un poco integrarse, pronto forman parte del grupo sintiéndose apoyados y verbalizando gran ayuda por parte de la terapia.

4. ENCUADRE

La primera sesión post pandemia se realizó el Jueves 10 de Junio 2021 desde las 16,30 a las 18,30 horas (anteriormente a marzo del 2020 se habían intentado iniciar la terapia habiéndose realizado 2 sesiones quincenales).

Todas las sesiones tienen una duración de 2 horas, siendo las siguientes sesiones convocadas los miércoles, de forma quincenal de 16 a 18 horas. A partir de septiembre del 2021, las reuniones se realizan de forma semanal, los miércoles, de 14 a 16 horas para adaptar el horario a la organización de la unidad y que puedan asistir la mayor parte de usuarios posibles y poder integrarlo en las actividades ofertadas a éstos desde la unidad.

Los grupos son abiertos, manteniendo las medidas COVID que se han ido adecuando a la situación de la pandemia, pudiendo asistir tanto usuarios de nuestra unidad como sus familiares o allegados, así como cualquier persona de la comunidad que lo considere adecuado. En estos momentos ya no son necesarias medidas COVID ni aforo limitado.

4.1. NORMAS DEL GRUPO

- **CONFIDENCIALIDAD.** Todos los asistentes al grupo firman un acuerdo de confidencialidad. Se insiste mucho en este punto, informando debidamente al inicio de la primera sesión así como recordándolo al inicio de todas las sesiones.
- Puntualidad.
- Salir y entrar del grupo las menos veces posible.
- Hablar de uno de uno, respetando el turno de palabra.
- No hablar por el otro ni de personas que no se encuentren en el grupo.
- Hablar de sí mismo y desde uno mismo.
- Respeto a todos los participantes del grupo (tanto en sus tiempos de palabra como en sus opiniones).
- No juzgar.

4.2. FUNCIONES DE LAS NORMAS

La libertad de uno termina donde comienza la libertad del otro. Las normas son un medio de regulación del grupo que ayuda a alcanzar sus objetivos. Proporcionan el marco de los principios éticos con el fin de mantener una coherencia en la conducta de los participantes que permita la cohesión grupal. De esta manera, rebajan la inseguridad en el comportamiento y atenúan los conflictos entre los miembros. Es importante que todos los integrantes del grupo tengan las mismas normas (sin diferenciar entre usuarios y familiares) y respetar las necesidades intrínsecas de todos los miembros para que todos nos sintamos miembros de una misma unidad.

5. ELEMENTOS TÉCNICOS DE LA CONDUCCIÓN Y TERAPIA

El terapeuta multifamiliar ha de ser flexible y poder adoptar múltiples posiciones, pudiendo tanto estar cerca de las familias como tomar distancia de ellas y siendo su tarea el envolver a las familias en una discusión conjunta y descentralizarse él mismo de esta conversación entre familias.

El objetivo último de la conducción es crear un espacio de intercambio comunicacional, reflexión y formación personal que permita a los participantes tomar conciencia de los aspectos de la vida en grupo, de sus propias actitudes y aptitudes personales ante los otros, de sus sentimientos, de las dinámicas familiares en las que se hallan inmersos y el papel que juegan en ellas y de su ajuste a las normas del entorno social. El conductor ha de crear un espacio de seguridad y confianza que facilite que los miembros participen activamente de una dinámica conversacional y de la reflexión conjunta sobre sus relaciones intrafamiliares e interpersonales dentro de un proceso de metacomunicación a través del cual puedan reconocer los vínculos que establecen dentro de sus propias familias y con los demás miembros del grupo y las dificultades que tienen para obrar desde sí mismos.

De esta manera, los objetivos básicos de la conducción serían promover la cohesión grupal, potenciar un diálogo abierto y polifónico, potenciar el apoyo emocional a los participantes y promover la flexibilidad en la comunicación grupal.

En nuestro grupo contaremos con 2 conductores formados en terapia multifamiliar. Ambos conductores se encuentran en una situación complicada que les marcan unos hándicaps de los que han de intentar huir. En el caso de uno de ellos es la directora y jefa clínica de la institución y la otra conductora es la psiquiatra responsable y referente de algunos de los usuarios participantes en el grupo, lo que puede llevar a algunos usuarios o familias a sentirse cohibidos para expresar ciertas ideas o sentimientos. Es importante tener en cuenta esta situación e intentar evitar los roles de fuera del grupo en la mayor parte de lo posible. Para esto contaremos con la conducción externa de residentes tanto de psicología como de psiquiatría formados en terapia multifamiliar y que deseen participar así como con la supervisión del Dr. Sempere (referente nacional en Terapia Multifamiliar).

Los principios esenciales en un conductor y a tener siempre en cuenta son:

- Mantener una relación igualitaria con el resto de participantes en el grupo.
- Actitud no directiva y exploratoria.
- Actitud activa y de liderazgo.
- Mantenerse en aprendizaje continuo.

La terapia multifamiliar se encuentra abierta a otros profesionales de la unidad que deseen participar (enfermería, TCAE, personal en formación...) siempre que estos profesionales se encuentren dispuestos a

participar de forma activa y en primera persona en el grupo. Las reglas para los profesionales que deseen participar serán las mismas que para el resto de los miembros del grupo.

8. IMPACTO DE LA TIF SOBRE LOS USUARIOS

Tras un año de terapia se decide pasar la escala de satisfacción del tratamiento recibido (CRES-4) modificada para el tratamiento actual (terapia grupal). (Anexo 1)

Se objetiva la gran satisfacción de la gente que acude a este tipo de terapia, tanto a nivel de usuario diagnosticado como de familiar, así como la percepción de que realmente este tipo de psicoterapia les ayuda a mejorar las cosas. Únicamente una persona contestó que se encontraba “muy insatisfecho” con la terapia aunque reconoce que la psicoterapia ha hecho que las cosas mejoraran “algo” y que ha pasado de encontrarse “bastante mal” a encontrarse “regular”. En cuanto al tiempo en terapia, únicamente 7 personas contestaron a este ítem por lo que no es posible sacar conclusiones a cerca de si, con el tiempo, se mejora la percepción de satisfacción con la terapia. En cuanto a la pregunta número 5, de respuesta abierta, muy pocos usuarios han contestado a ésta pregunta. Únicamente 7 personas han contestado, destacando todas ellas su agrado con la terapia y la posibilidad de tener un espacio donde encontrarse apoyado y comprendido. (Tabla 1)

Por otro lado, en la encuesta se pone de manifiesto la baja participación en el grupo de personas con diagnóstico. En el último año se ha realizado un esfuerzo por parte de los conductores del grupo y del equipo multidisciplinar para que las personas con diagnóstico de trastorno mental se encuentren más integrados en el grupo y acudan en mayor proporción. Esto ha conllevado a una mayor satisfacción tanto por parte de los usuarios como por parte de los familiares, que se sienten escuchados y comprendidos tanto por parte de la institución como en el grupo, llegando a cambios muy importantes para la convivencia.

Tras el paso de la escala, se decide como forma de mejorar la percepción por parte de los usuarios de la terapia del beneficio de ésta, realizar al finalizar cada sesión una breve reflexión de los conductores sobre cómo se han sentido en la terapia y los fallos y aciertos que han podido existir durante la conducción a la que se invita al resto de usuarios. Si bien es cierto que no se ha vuelto a pasar otra vez la escala de satisfacción, durante estas sesiones de autocrítica, los usuarios expresan su malestar en algún momento de la terapia pero normalmente la sensación general es de beneficio y de ayuda. De hecho, cada vez asisten más personas a la terapia, incluso en épocas vacacionales o estivales.

9. IMPACTO DE LA TIF SOBRE LA INSTITUCIÓN

Los inicios de las sesiones fueron complicados, tanto por la situación epidemiológica como por la incompreensión de este tipo de terapia en los usuarios, ya que se encuentra lejos de las terapias familiares o de psicoeducación tradicionales. Pese a todo, la acogida fue muy buena, especialmente por parte de los familiares, que se sentían abandonados ante la falta

de información general por parte los profesionales hacia ellos, y especialmente durante los últimos meses, más duros, de la pandemia, donde las relaciones interpersonales habían sido especialmente complicadas para todos.

Muchas personas tuvieron que quedarse fuera de las reuniones al principio por el escaso aforo inicial, lo que dificultaba el hecho de poder tener múltiples voces discordantes sobre los diferentes temas a tratar. Ante este hecho la terapia corría el riesgo de convertirse en un grupo de ayuda mutua de familiares “instaurados en la queja”, lo que llevaba a los conductores a tener que ponerse en la posición diferente para crear conflicto e intentar cambiar dicha actitud. Pensamos que, si no eres consciente de otros puntos de vista válidos ante la misma situación, no puedes darte cuenta de que se pueden tomar otras decisiones ante mismas situaciones que posiblemente den lugar a reacciones diferentes en el otro. El conflicto en este caso es sanador, ya que es lo que nos lleva a movilizar para el cambio y a darnos cuenta que se pueden hacer las cosas de forma diferente, sin llevarnos por la culpa o el autocastigo, sino a través de otras experiencias o de la forma de sentirse de personas que se encuentran “al otro lado de la situación”. Se decidió crear un grupo de Whatsapp con este fin y se intentó en múltiples ocasiones invitar cada vez a más usuarios para tener “otros puntos de vista” en el grupo.

Con la relajación de medidas anti COVID se ha ido abriendo el grupo a personas ajenas a nuestra unidad y actualmente hemos conseguido un grupo muy heterogéneo, con personas nuevas cada semana y personas que llevan acudiendo desde el inicio, encontrando por fin las diferentes voces enmarcadas en el grupo, pudiendo asumir los conductores la función que realmente hemos de tener en esta clase de grupos.

Actualmente también acude personal, tanto del centro como de otros centros, lo que ayuda a mejorar día a día la atención realizada a los usuarios, siendo la satisfacción alta tanto de usuarios como de familiares, ya que se produce un entorno donde se pueden entender entre ellos y mejorar sus relaciones, en muchas ocasiones muy deterioradas.

Pese a todo, aún continúa siendo complicado el hecho de que los usuarios acudan al grupo, especialmente los pacientes más deteriorados y en fase subaguda, siendo éste un punto a trabajar ya que pensamos que es necesario dar voz a los usuarios para que se impliquen en su propia recuperación.

No hay que olvidar que nosotros somos una unidad de recuperación bio-psico-social, por lo que consideramos fundamental en la recuperación de las personas el hecho de que éstas recuperen su voz y sean capaces de saber lo que quieren y hacia dónde se dirigen. Muchos de nuestros usuarios llevan años padeciendo una enfermedad mental y siempre les han dicho lo que han de hacer, cómo comportarse o cómo relacionarse, encontrándose alienados a muchos niveles. Consideramos que darles la posibilidad de hablar con su propia voz, siendo escuchados y comprendidos, así como ellos mismos escuchando y comprendiendo otros puntos de vista, tanto de familiares como de otros usuarios, pueden romper dicha

alienación y que estos puedan decidir su camino.

10. CONCLUSIONES

Los inicios fueron complicados, tanto por la situación epidemiológica como por la novedad de la terapia. Sin embargo, tras un año de sesiones se pasó la escala de satisfacción del tratamiento recibido (CRES-4) modificada para el tratamiento grupal y se objetivó la gran satisfacción de la gente que acude a este tipo de terapia, tanto a nivel de usuario diagnosticado como de familiar así como la percepción de que realmente este tipo de psicoterapia les ayuda a mejorar las cosas.

Con todo, aún queda trabajo por recorrer para seguir apoyando a los usuarios en el camino de su recuperación.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sempere, J. y Fuenzalida, C. Terapias multifamiliares. El modelo interfamiliar: la terapia hecha entre todos. Ed. Psimática; 2017. ISBN 13: 978-84-88909-58-9
2. Sempere, J. y Fuenzalida, C. Grupos multifamiliares. La terapia multifamiliar en instituciones sociales, sanitarias y educativas. Ed. Psimática, 2021. ISBN 9788494871283
3. Sempere, J. y Fuenzalida, C. Terapia interfamiliar: El poder de los grupos multifamiliares en contextos sociales, sanitarios y educativos. Ed. Desclée De Brouwer; 2022. ISBN 13: 978-84-330-3170-9
4. Feixas, Guillem & Pucurull, Olga & Roca, C. & Paz, Clara & García-Grau, Eugeni & Bados, Arturo. (2012). Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): La versión en español. Revista de Psicoterapia. 23. 10.33898/rdp.v23i89.639.

ANEXO 1**ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO (CRES-4)****1. En general, ¿que tan satisfecho está con la terapia?**

0. Completamente insatisfecho/a
1. Muy insatisfecho/a
2. Algo insatisfecho/a
3. Bastante satisfecho/a
4. Muy satisfecho/a
5. Completamente satisfecho/a

2. ¿En que medida piensa que le ayuda la psicoterapia?

0. No estoy seguro/a
1. Hizo que las cosas empeoraran bastante
2. Hizo que las cosas empeoraran un poco
3. No ha habido cambios
4. Hizo que las cosas mejoraran algo
5. Hizo que las cosas mejoraran mucho

3. ¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó en la terapia?

0. Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas.
1. Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura.
2. Regular, tenía mis alti-bajos.
3. Estaba bastante bien, no tenía problemas graves.
4. Estaba muy bien, me gustaba la vida que llevaba.

4. ¿Cuál es su estado emocional general actual?

0. Estoy muy mal, apenas logro hacer frente a las cosas
1. Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí
2. Regular, tengo mis alti-bajos
3. Estoy bastante bien, no tengo problemas graves
4. Estoy muy bien, me gusta la vida que llevo

5. ¿Le gustaría añadir algo más a cerca de la terapia multifamiliar en nuestra unidad?

Tabla 1.

De un total de 24 encuestas, tenemos 12 mujeres, 10 hombres y 2 personas que no han contestado al ítem "sexo".

En cuanto a los usuarios de la terapia que rellenaron la encuesta, 16 eran familiares (en la mayoría padres, aunque existen 2 hermanos) y 5 personas diagnosticadas de trastorno mental. 3 de las personas que contestaron a la encuesta no contestaron al ítem de relación con la salud mental. 1 de los familiares no contestó realmente a la encuesta de satisfacción (era su primer día). En cuanto al tiempo de duración de la terapia, hay gente que era su primer día hasta gente que lleva acudiendo 8 meses. La gran mayoría no contestó a dicho ítem.

1. En general, ¿que tan satisfecho está con la terapia?

0. Completamente insatisfecho/a ---> 0 respuestas
1. Muy insatisfecho/a --->1 respuesta (mujer)
2. Algo insatisfecho/a --->2 respuestas (un varón y una mujer)
3. Bastante satisfecho/a ---->7 respuestas (2 mujeres y 5 varones)
4. Muy satisfecho/a ----> 9 respuestas (7 mujeres y 2 varones)
5. Completamente satisfecho/a -----> 3 respuestas (2 mujeres y un varón)

2. ¿En que medida piensa que le ayuda la psicoterapia?

0. No estoy seguro/a --->3 respuestas (1 mujer y 2 varones)
1. Hizo que las cosas empeoraran bastante ---> 0 respuestas
2. Hizo que las cosas empeoraran un poco ----> 0 respuestas
3. No ha habido cambios ---> 3 respuestas (1 mujer y 2 varones)
4. Hizo que las cosas mejoraran algo -----> 12 respuestas (7 mujeres y 5 varones)
5. Hizo que las cosas mejoraran mucho ----> 5 respuestas (4 mujeres y 1 varón)

3. ¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó en la terapia?

0. Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas ----> 8 respuestas (4 mujeres y 4 varones)

1. Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura ---> 6 respuestas (5 mujeres y 1 varón)
2. Regular, tenía mis alti-bajos ----> 5 respuestas (2 mujeres y 3 varones)
3. Estaba bastante bien, no tenía problemas graves ----> 3 respuestas (1 mujer y 2 varones) 4. Estaba muy bien, me gustaba la vida que llevaba ----> 1 respuesta (mujer)

4. ¿Cuál es su estado emocional general actual?

0. Estoy muy mal, apenas logro hacer frente a las cosas -----> 2 respuestas (1 mujer y 1 varón)
1. Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí ---->3 respuestas (varones)
2. Regular, tengo mis alti-bajos ----> 8 respuestas (7 mujeres y 1 varón)
3. Estoy bastante bien, no tengo problemas graves ----> 7 respuestas (3 mujeres y 4 varones)
4. Estoy muy bien, me gusta la vida que llevo ----> 2 respuestas (1 mujer y 1 varón)



Rehabilitación Psicosocial

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