

AMRP

BOLETÍN ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL



AÑO 31 · Nº 39 · DICIEMBRE 2022

ÍNDICE

- 03 Editorial
- 04 Análisis de la implantación de la perspectiva de género en los recursos de la red de atención social de personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid.
- 20 Grupos multifamiliares en la rehabilitación psicosocial de Madrid: resultados de una encuesta.
- 31 Impacto de la pandemia por Covid-19 en la metodología de intervención de un centro de día y soporte social.
- 36 Rebicicla: Por una ciudad integradora y sin malos humos
- 45 Más allá de la intervención desde un equipo de apoyo sociocomunitario.
- 49 Naturaleza con eco: baños de bosque actividad post confinamiento en el centro de día de Carabanchel.
- 54 Artículo en primera persona: José de la Peña
- 56 A vuela Pluma: ¿Para qué? Para...digma



EDITORIAL

Desde hace unos años, la realidad de las asociaciones ha venido cambiando en un proceso paulatino e imparable con el auge de las redes sociales y las nuevas formas de contacto y búsqueda de información vinculadas a las mismas y al uso generalizado de internet como proveedor de soluciones ante casi cualquier necesidad. Si nunca ha sido sencillo mantener vivos y expandir proyectos desde el movimiento asociativo, a estas dificultades se ha añadido la crisis que han supuesto los cambios citados. El modelo tradicional asociativo ha quedado superado con las nuevas formas, hábitos, necesidades y demandas de una ciudadanía cada vez más exigente respecto a los servicios que se le ofrecen y con un poder adquisitivo menguante. Esta crisis es compartida, sin duda, por todas las organizaciones que venían basando su modelo de funcionamiento en la afiliación (afiliar: incorporar o inscribir a alguien en una organización o grupo); fuesen asociaciones, sindicatos, organizaciones políticas, movimientos vecinales, las ONG, y un largo etcétera. Las personas han pasado a organizarse de manera más espontánea, más abierta y menos rígida, con todo lo que ello implica. Por ello, es motivo de satisfacción para la AMRP el mantener un grupo consolidado de socios y socias que incluso ha venido creciendo, si bien lentamente, desde hace unos años. Es de agradecer esta fidelidad y constancia. Nuestra asociación nació con el fin de contribuir por cuantos medios estén a su alcance, a un mayor y más profundo conocimiento del campo de la rehabilitación psicosocial y para promover su aplicación práctica en la mejora de la calidad de vida de las personas con trastorno mental y sus familias. Los tres pilares sobre los que ha venido desarrollándose su actividad para alcanzar los fines propuestos han sido la organización y celebración de jornadas y congresos científicos, junto con el desarrollo

de cursos y encuentros formativos y la publicación constante de nuestra revista, espacio de difusión del trabajo científico y profesional en nuestra comunidad. La cuota anual que venimos abonando (30 euros) permite financiar todas estas actividades, cuyo acceso es desde hace unos años, gratuito y además abierto a personas no asociadas. Pero de poco serviría este pago si no estuviera acompañado de la implicación activa de los socios y socias en colaborar, participar y comprometerse a través de los pilares citados, acudiendo, participando o escribiendo. Todos nuestros eventos formativos alcanzan elevada asistencia y nuestra revista dispone del material necesario para publicarse. Esta Junta de gobierno se muestra muy agradecida por esta implicación pues sabemos el esfuerzo personal que puede llegar a suponer.

Pero deseamos y necesitamos que la implicación activa de todas las personas asociadas se mantenga y amplie en lo posible. Deseamos y necesitamos que sigáis asistiendo a los actos divulgativos y formativos que se organicen, que los difundáis y deis a conocer. Os solicitamos nos hagáis llegar vuestros artículos científicos y divulgativos que son imprescindibles para que nuestra revista siga viva como medio de difusión del trabajo en los recursos. Os pedimos nos sigáis en las redes sociales que utilicéis y difundáis nuestros contenidos. Vuestras visitas y aportes en nuestra web y blog, que si no conocéis os invitamos a hacerlo, son imprescindibles para dar sentido a su existencia. Os requerimos a difundir la AMRP y estimular el asociacionismo en nuestro entorno. Y, sobre todo, os alentamos a que nos hagáis llegar nuestras demandas, necesidades y propuestas como miembros de nuestra asociación.

Y ahora, disfrutar de nuestra revista de la que, como siempre, nos sentimos muy orgullosos.

Junta de la AMRP

ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS RECURSOS DE LA RED DE ATENCIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

MARÍA AMORES GONZÁLEZ

Psicóloga Equipo de Apoyo Socio Comunitario Retiro

M.ª TERESA RUIZ JIMÉNEZ

Psicóloga- Directora Centro de Día y Centro de Rehabilitación Laboral "Espartaes Sur", Alcalá de Henares

MARGARITA RULLAS TRINCADO

Psicóloga- Directora Centro de Rehabilitación Psicosocial San Fernando de Henares. Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Hermanas Hospitalarias y Grupo 5.



Resumen: El principal propósito de este artículo ha sido evaluar la implantación de la perspectiva de género en los recursos de la Red de Atención Social a las personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Comunidad de Madrid. Ha sido realizado por el grupo de trabajo de perspectiva de género y trastorno mental grave, compuesto por trabajadoras de la misma red y como punto de inicio de este grupo de trabajo.

Para ello se diseñó un cuestionario en el que se preguntaba sobre el tipo de acciones específicas que se realizaban con mujeres en los centros, las acciones con perspectiva de género (como por ejemplo acciones de sensibilización por el 25N o el 8M), el nivel de formación en perspectiva de género en las plantillas profesionales, la existencia de protocolos de evaluación específicos sobre cuestiones relativas al género y por los datos desagregados por sexo de las plantillas profesionales por dispositivos durante el año 2019.

La muestra estuvo constituida por la mayor parte de la tipología de recursos de la Red.

Los resultados globales de este análisis indican una tendencia a una implantación desigual de los distintos tipos de recursos, así como a realizar sobre todo acciones puntuales en fechas señaladas como los días 8 de marzo o 25 de noviembre. Nuevos retos y estrategias futuras con relación a una mayor transversalidad de las actuaciones en materia de género contribuirán a tener más presente las necesidades de las mujeres en los dispositivos de rehabilitación.

PALABRAS-CLAVE: Rehabilitación Psicosocial, perspectiva de género, mujer, género.

I: INTRODUCCIÓN

Este artículo es el fruto del trabajo realizado por el grupo de perspectiva de género y trastorno mental grave constituido por la Red de Atención Social de personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid (en adelante la Red) y de la ponencia presentada en el VII Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial “Cartografiando los Derechos Humanos en Rehabilitación Psicosocial” celebrado en Madrid en enero del año 2020.

Desde hace años ha tomado relevancia la investigación de los determinantes sociales en la salud. Dentro de ellos, se empieza a tener en cuenta también el género como uno de los determinantes más importantes para analizar la salud de las personas (Borrell, 2004; García-Calvente, 2015). El enfoque de género en salud es reciente, de finales del siglo pasado. Los estudios refieren que las mujeres tienen una peor salud debido a la influencia de factores psicosociales relacionados con su género, siendo por ello expuestas a mayores tensiones vitales (cuidado, aislamiento, dependencia, situaciones de subordinación, doble jornada...). El género se constituye como un determinante social y una categoría que



estratifica y condiciona toda una serie de procesos relacionados con los resultados en salud de mujeres y hombres (Krieger, 2003).

El concepto género se acuñó en el año 1975 por la antropóloga Gayle Rubin, entendido como la “existencia de una normatividad femenina construida sobre el sexo como hecho anatómico. Esta normatividad reposa sobre un sistema social en el que el género es un principio de jerarquización que asigna espacios y distribuye recursos a varones y mujeres”. De tal forma que la sociedad distribuye los recursos en función del género y sobre carga a los varones y priva a las mujeres de lo que les corresponde (Bedia, RC, 2005).

Es una categoría de análisis que ayuda a entender las características que se asignan a mujeres y hombres en función de sus atributos sexuales, a partir de las que se asocian actividades, papeles y expectativas de comportamiento diferenciales. La perspectiva de género permite detectar y prevenir los efectos negativos que puede tener el sistema sexo-género y proponer formas de intervención más equitativas (Lamas, 1996).

El 13 de diciembre de 2006 se aprobó en la ONU la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad destinado a proteger sus derechos y dignidad, siendo ratificada por España en 2008. En su artículo 6 se destaca que “los Estados Parte reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a este respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Para ello, “tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer...” (ONU, 2006).

Ya en el año 1791, tras la Revolución francesa, una mujer, Olympe de Gouges redactó la Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadanía, al ver que las mujeres francesas habían quedado fuera de la "Declaración de los Derechos de los ciudadanos" por el que el hombre y no la mujer pasa a tener la categoría de ciudadano de pleno derecho. La autora señaló que "el objetivo de toda asociación política es la conservación de los derechos naturales e imprescriptibles de la Mujer y el Hombre, estos derechos son la libertad, la propiedad, la seguridad y, sobre todo, la resistencia a la opresión". (Varela, N; 2013)



«La mujer nace libre y permanece igual al hombre en derechos. Las distinciones sociales solo pueden estar fundadas en la utilidad común.» Olympe de Gouges

Existe un Comité que evalúa a todos los miembros de la Convención para valorar el grado de cumplimiento de los derechos establecidos. Con respecto a España, en el último informe emitido en 2011, al Comité le preocupa que las mujeres con discapacidad se enfrentan a múltiples formas de discriminación. En relación a la violencia de género, los datos

nos dicen que esto es especialmente grave en España. En un estudio realizado en la Comunidad de Madrid se habla de que un 30% de las mujeres entrevistadas habían sido violentadas en el último año y el 80% lo fueron a lo largo de su vida (González Cases, 2014). Estos datos son acordes con datos de otros países (Khaligan, 2017, Friedan y Loule, 2007).

Por otro lado, al Comité también le preocupa que las políticas sobre discapacidad e igualdad de género no contengan medidas para combatir la discriminación múltiple e interseccional contra las mujeres con discapacidad. Con respecto a las mujeres con trastorno mental grave, desde hace años se están tomando medidas para disminuir estas discriminaciones a través de formaciones a las y los profesionales, igualar los datos de las personas derivadas a los recursos de la Red, de tal forma que en el año 2009 se atendía a un 62% de varones frente a un 38% de mujeres (Rullas, 2013) y 10 años después, en el año 2019 hablamos de un 60,45% de varones frente a un 39,55% de mujeres. Para ello se ha contado con los datos de los centros de rehabilitación psicosocial (en adelante CRPS), centros de rehabilitación laboral (CRL), mini residencias (MR), equipos de apoyo socio comunitario (EASC), centros de día y soporte social (CD) y pisos supervisados (PS).

Por otro lado, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI, 2016) realizó un informe alternativo al Comité y habla de que en España no cumplimos las directrices de la Convención, fundamentalmente en aspectos como la violencia de género; todavía se realizan esterilizaciones forzosas a mujeres con discapacidad sin contar con su consentimiento, existen grandes dificultades para la inserción laboral, barreras de accesibilidad sanitaria, imposibilidad práctica de tutela judicial efectiva y por último, falta de apoyo a la parentalidad.

Los estudios nos dicen que las mujeres con trastorno mental grave quieren apoyo y asesoramiento en varias áreas de su vida: el cuidado de la enfermedad durante el embarazo, parto y crianza, la prevención de violencia, el estigma, el manejo del abuso emocional en las relaciones, el acceso a información sobre anticonceptivos, embarazo y enfermedades de transmisión sexual y, sobre todo la prevención de violencia de género y el abuso emocional en las relaciones. Pero también hablan de que las y los profesionales sepan de perspectiva de género y la apliquen en sus prácticas (Cogan, 1998; Ramsay, 2001; Seeman, 2018).

Por todo eso, el primer objetivo de este grupo ha sido revisar las prácticas habituales de los dispositivos de la Red y a partir de ahí diseñar acciones que favorezcan la implantación de buenas prácticas.

2) MÉTODO.

2.1 Procedimiento.

En el primer semestre del año 2019 queda constituido el equipo coordinador del grupo de trabajo de perspectiva de género de la Red. Uno de los primeros objetivos marcados por este grupo ha sido conocer la realidad de los recursos de la Red en cuanto al desarrollo de acciones específicas con mujeres tanto en los dispositivos de atención como las realizadas en los entornos comunitarios. Con este fin se diseña un cuestionario de 6 preguntas (descrito en el apartado 2.3) para conocer al estado actual de la cuestión, que se distribuye por correo electrónico a todos los recursos de la Red en el mes de junio de ese mismo año.

En la tabla 1, se reflejan las 5 fases que se diseñaron para la conclusión del estudio, desarrollándose en un periodo total de 7 meses.

Tabla 1. Temporalización de Fases

| Fases estudio | Periodo de tiempo completado |
|--|------------------------------|
| Lanzamiento cuestionario | Junio 2019 |
| Finalización recogida información | Julio 2019 |
| Verificación de participación muestra y petición de muestra pendiente. | Septiembre-octubre 2019 |
| Análisis de respuesta y codificación en categorías. | Noviembre-diciembre 2019 |
| Elaboración de primer informe preliminar | Enero 2020 |

2.2 Muestra.

La muestra estuvo constituida por las diferentes tipologías de recursos de la Red, recabándose un total de 157 cuestionarios que se corresponde con el 80% de los recursos de la Red. En la tabla 2, se reflejan los recursos participantes por tipología y porcentaje de respuestas.

En el caso de los PS, sólo se realizó el análisis de respuesta de los pisos que no estuvieron vinculados a MR pues el resto fue incluido en el análisis de las MR.

Tabla 2. Recursos participantes según tipología

| | Numero | % participación |
|---|------------|-----------------|
| Centros de Rehabilitación psicosocial | 27 | 100% |
| Centros de Rehabilitación Laboral | 27 | 100% |
| Centros de Día | 33 | 100% |
| Mini Residencias+ Pisos Supervisados asociados ¹ | 25 | 100% |
| Centro de Día "Ntra. Sra. de Valvanera" ² | 1 | 100% |
| Mini Residencia "Ntra. Sra. de Valvanera" + Piso Supervisado ³ | 1 | 100% |
| Pisos Supervisados no asociados a MR ⁴ | 5 | 100% |
| Equipos de Apoyo Socio comunitarios. | 38 | 100% |
| Total dispositivos | 157 | 100% |

1. Los 52 pisos existentes vinculados a las MR se contemplaron incluidos en ellas.

2- 3. Recursos de atención social para apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave sin hogar.

4. Existen pisos no asociados a MR ubicados en Coslada- San Fernando, Arganda, Usera, Leganés y Aranjuez. A efectos de contabilización se tomaron como unidades por ubicación.

2.3 Instrumento de evaluación empleado.

El cuestionario utilizado fue el siguiente:

1. ¿Se hacen o se han hecho alguna/acción/es específica/as sólo con mujeres en tu centro? Descríbelas brevemente.
2. ¿Se hacen o se han hecho alguna/acción/es específica/as con temática de mujeres en tu centro? Descríbelas sintéticamente (Por ejemplo, de violencia de

género, sobre las jornadas del 8 marzo o el 25N, de violencia sexual, discriminación laboral, u otras...).

3.¿Tienes en tu plantilla de profesionales personas formadas en perspectiva de género y/o violencia de género? Si es así, describe esa formación.

4.Tienes en tu centro algún protocolo de evaluación específico sobre temas de género (por ejemplo, para detectar violencia de género, o sobre temas específicos de salud...)

5.En tu centro de trabajo, en la plantilla de profesionales, ¿puedes indicarnos cuántos son hombres y cuántas mujeres?

6.Observaciones, comentarios y propuestas

La recogida de acciones a las preguntas 1 y 2 se acotó al periodo 2018-2019.

La pregunta 6 de observaciones, comentarios y propuestas, no será analizada en este artículo.

2.4 Análisis de respuestas y codificación en categorías.

Al ser un cuestionario de preguntas abiertas fue necesario un análisis de contenidos con una post-codificación en categorías para la pregunta 1 y 2 del cuestionario. Para la construcción del universo de categorías y dado el tamaño de la muestra, se optó por agotar el análisis textual en una tipología de recursos, y desde ahí proceder a la codificación simultánea para el resto. En caso de discrepancia, se abría un debate hasta llegar al consenso en la elección de categoría. Todas las respuestas obtenidas pudieron ser codificadas con el sistema de categorías creado, lo que dio cuenta de la efectividad del mismo.

2.4.1. Acciones específicas sólo con mujeres.

Se obtuvo un universo de 16 categorías (Tabla 3), que se explican a continuación:

1. Red social entre ellas: Se entiende aquellas acciones que van dirigidas específicamente a incrementar los lazos de contacto y/o amistad entre las participantes.

2. Integración comunitaria general: Aquellas acciones que se desarrollan en los diferentes recursos del entorno (culturales, de ocio, deportivos, etc.)

3. Integración comunitaria específica: Acciones que se realizan en recursos específicos de mujeres: violencia, salud, laboral, asociaciones etc.

4. Ocio: Actividades desarrolladas en el tiempo libre que reportan una satisfacción personal por el mero hecho de realizarlas (acudir al cine, tertulias, pasear, club de lectura etc.).

5. Salud Ginecológica: Aspectos relativos a la salud y/o enfermedades del sistema reproductor y sexual de la mujer, sus cuidados y exámenes preventivos.



6. Salud: contenidos relativos a la adquisición de conocimientos, habilidades para el cuidado de la salud física e información relativa a enfermedades que presentan comorbilidad en las personas con trastorno mental grave (problemas cardiacos, respiratorios, metabólicos, circulatorios...)

7. Imagen Personal/ estética: acciones destinadas al tratamiento de la imagen personal y el cuidado del aspecto físico.

8. Sexualidad: referido a las acciones que promueven la educación afectivo-sexual, prevención de las enfermedades por transmisión sexual, conocimiento de los métodos anticonceptivos, etc.

9. Autoestima / empoderamiento: acciones destinadas a la mejora de la autoestima de las participantes y/o la adquisición de poder, independencia y control por parte de las mujeres en todos los aspectos de su vida personal y social.

10. Socialización de género: Acciones destinadas a abordar, con perspectiva de género, cómo se produce la socialización de género para hombres y mujeres: abordaje de los estereotipos de género y los diferentes mandatos asociados al mismo, cómo nos llegan esos mensajes desde la infancia y de qué formas, etc.

11. Violencia de Género: Acciones destinadas a la sensibilización, prevención, detección y/o atención de la violencia de género en general y/o la sufrida por las mujeres con trastorno mental grave.

12. Trabajo en red (recursos específicos para mujeres): Acciones que implican un trabajo colaborativo y de coordinación entre los recursos específicos de salud mental y los específicos de mujeres; por ejemplo, para tratar temas de salud ginecológica, haber asistido a las instalaciones de un centro de salud y que la información la hayan facilitado el equipo de ginecología del centro.).

13. Habilidades de crianza: Se refiere a las acciones referidas al cuidado de hijos e hijas, incidiendo en las competencias necesarias para su desarrollo saludable.

14. Hábitos saludables: Referido al conjunto de actuaciones desarrolladas en torno a hábitos que, de mantenerse, generan un bienestar en la salud: alimentación, actividad física, controles médicos sobre patologías orgánicas, higiene del sueño, etc.

15. Grupo de apoyo mutuo: Grupos auto gestionados sin apoyo profesional y con un funcionamiento autónomo e independiente

del centro, en el que además del contacto y la relación social entre las mujeres, se dan relaciones de apoyo y cuidado entre las integrantes.

16. Habilidades para el desarrollo laboral: Acciones realizadas para potenciar la inserción de la mujer en el mercado laboral a través del desarrollo de múltiples competencias específicas bien sea en grupo en el mismo recurso o fuera de éste.

Tabla 3. Categorías identificadas para acciones sólo con mujeres

| |
|---|
| 1. Red social entre ellas. |
| 2. Integración comunitaria general. |
| 3. Integración comunitaria específica. |
| 4. Ocio. |
| 5. Salud Ginecológica. |
| 6. Salud. |
| 7. Imagen personal/estética. |
| 8. Sexualidad. |
| 9. Autoestima/empoderamiento. |
| 10. Socialización de género. |
| 11. Violencia de género. |
| 12. Trabajo en red con recursos específicos para mujeres. |
| 13. Habilidades de crianza. |
| 14. Hábitos saludables. |
| 15. Grupo de Apoyo Mutuo. |
| 16. Habilidades para el desarrollo laboral. |

2.4.2. Acciones específicas con temática de mujer.

El análisis de las acciones desarrolladas con temática de mujer dio lugar a seis nuevas categorías que aparecen identificadas en la tabla 4 y que pasamos a describir a continuación:

1. Día Internacional de la Mujer Trabajadora (8 de marzo). Cualquier tipo de acción que esté relacionada con este día, bien sea organizado en el propio recurso o de forma colaborativa con otras entidades.

2. Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (25 noviembre). Acciones destinadas a prevenir y sensibilizar sobre la violencia de género (cineforum, exposiciones, charlas, actos reivindicativos, asistir a manifestación, etc.).

3. Presencia de profesionales en foros de participación: Incluye aquellas acciones en donde se participa visibilizando a las mujeres con trastorno mental grave, bien sea a través de mesas locales contra la violencia de género, plataformas de género locales... incluye la presencia de profesionales en jornadas relacionadas con la mujer.

4. Acciones con agentes derivantes: Actuaciones específicas dirigidas a incrementar la presencia de las mujeres en los recursos de rehabilitación a través de la sensibilización a los centros de salud mental.

5. Grupos Mixtos, Masculinidades: Grupos dirigidos a fomentar la reflexión sobre el papel del hombre en la sociedad desde una perspectiva de igualdad. También aglutina grupos mixtos en el que participan hombres y mujeres y se analizan cuestiones de género.

6. Otras: Incluye acciones no referidas en categorías anteriores que tiene que ver con participación en espacios comunitarios bien sean culturales, de ocio con temática de mujer, sesiones de reflexión de los equipos profesionales etc.

Tabla 4. Categorías identificadas para acciones específicas con temática de mujer.

| |
|---|
| 1. Día Internacional de la Mujer Trabajadora. 8M |
| 2. Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. 25N |
| 3. Presencia de profesionales en foros de participación. |
| 4. Acciones con agentes derivantes. |
| 5. Grupos mixtos, masculinidades. |
| 6. Otras. |

2.4.3. Plantillas profesionales formadas en perspectiva de género y /o violencia de género.

La codificación de la pregunta referida a la formación de la plantilla, tras el análisis de respuestas obtenidas en la muestra, conformó una realidad formativa abarcando 7 posibilidades:

1. Conferencias y/o Ponencias.
2. Jornadas.
3. Congresos.
4. Cursos de duración inferior a 20 horas.
5. Cursos de duración superior a 20 horas.
6. Postgrados.
7. Autoformación: grupos internos de profesionales que fomentan espacios para la revisión de lecturas relacionadas con temáticas de mujer.

2.4.4. Utilización de protocolo de evaluación específico sobre temas de género.

Un protocolo de evaluación es una herramienta diseñada para facilitar la labor de evaluación- conocimiento de determinadas dimensiones, objeto de exploración, a partir de diversos métodos de recogida y análisis de la información de la persona que entra en el recurso o lleva ya tiempo en él. Tras su aplicación, en base a una serie de criterios, podemos establecer conclusiones sobre las dimensiones evaluadas.

Los protocolos de evaluación específicos sobre temas de género recogían tres categorías:

1. Violencia de Género: preguntas destinadas a evaluar la sospecha o presencia de violencia de género en el contexto de la pareja, tanto actual, como en relaciones afectivas pasadas.

2. Salud: preguntas destinadas a evaluar aspectos específicos de la salud de la mujer, como pueden ser salud ginecológica, enfermedades con especial comorbilidad femenina, etc.

3. Otros: destinados a evaluar aspectos específicos de la unidad de análisis género que no estuvieran incluidos en las otras dos categorías.

2.4.5. Identificación del sexo en las plantillas de profesionales de los dispositivos.

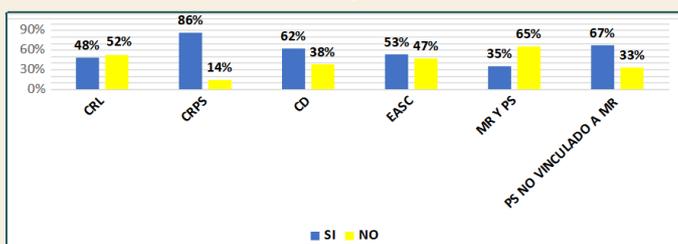
Por último, nos interesaba cuantificar las plantillas de profesionales en razón del sexo a fin de comprobar el grado de feminización o masculinización existente tanto en el conjunto total de los dispositivos de atención como en cada una de las tipologías de recursos.

3. RESULTADOS

Con respecto a los resultados del estudio, los dividiremos en función de los apartados del cuestionario. **El primer bloque hace referencia a las acciones específicas sólo con mujeres.** Los resultados indican que en todas las tipologías de recursos hay una tendencia mayoritaria a realizar acciones destinadas a mujeres salvo en los CRL (48%) y en la MR y PS (35%).

Los resultados muestran que los CRPS (86% de estos) es donde las acciones dirigidas a mujeres están más implantadas, seguidos de los PS no vinculados a MR (67%) los CD (62%) y los EASC (53%) tal y como aparece reflejado en la gráfica 1.

Gráfica 1. Acciones específicas con mujeres según el dispositivo.

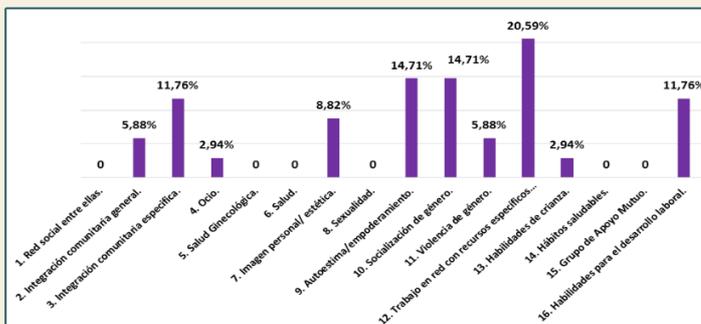


La distribución de los contenidos de las acciones también varía mucho en los diferentes dispositivos, como veremos a continuación en el desglose por tipología de recurso, reflejadas en las gráficas 2-7.

La gráfica 2 muestra el desarrollo de las acciones específicas con mujeres para el 48% de los CRL de la Red. Cabe destacar las acciones que no están presentes: red social entre ellas, salud ginecológica, salud

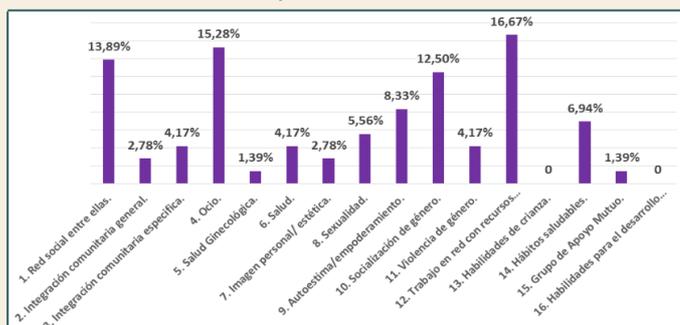
general, sexualidad, hábitos saludables y las dirigidas al apoyo mutuo; sin embargo, las acciones más predominantes son el trabajo en red con recursos específicos para mujeres (20,59%), la socialización de género, autoestima y el empoderamiento (14,71%).

Gráfica 2. Acciones específicas con mujeres en los CRL.



Los CRPS son el recurso donde más implantadas están las acciones específicas con mujeres de toda la tipología de recursos de la red (el 87% de estos desarrollan estas acciones). En este caso, están presentes todas las categorías, en mayor o menor medida, salvo las de habilidades de crianza y la de habilidades para el desarrollo laboral. Las acciones mayoritarias son: el trabajo en red con recursos específicos para mujeres (16,67%), ocio (15,28%) y red social entre ellas (13,89%), tal y como se muestra en la gráfica 3.

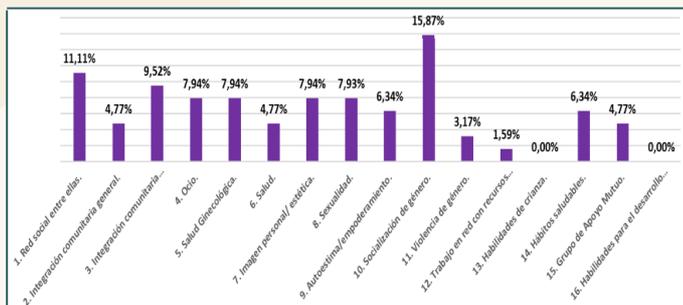
Gráfica 3. Acciones específicas con mujeres en los CRPS.



Con respecto a los CD, se trata de la tercera tipología de recurso de mayor implantación de acciones específicas con mujeres, destacando las actividades relativas a la socialización de género (15,87%), el fomento de la red social entre ellas (11,11%) y las acciones de integración

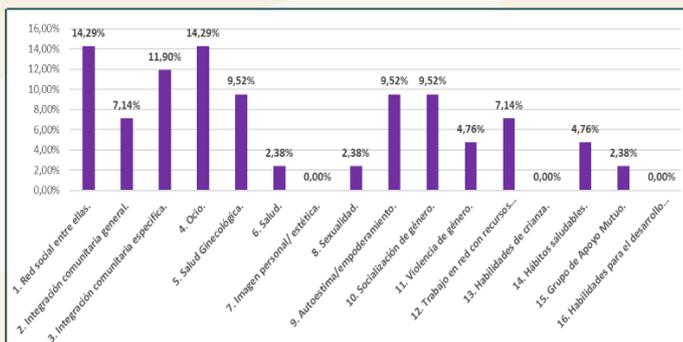
comunitaria específica (9,52%). Al igual que pasaba con los CRPS, son las acciones relacionadas con la crianza y las de desarrollo laboral las que no se han desarrollado tal y como aparece recogido en la gráfica 4.

Gráfica 4. Acciones específicas con mujeres en los CD



Los resultados obtenidos en los EASC arrojan una implantación en el 53% de los dispositivos de acciones específicas con mujeres. Las acciones más prevalentes han sido la red social entre ellas y el ocio (14,29%) así como la integración comunitaria específica (11,90%). De nuevo se mantiene la tendencia a no desarrollar acciones relacionadas con la crianza, el desarrollo laboral y la imagen personal.

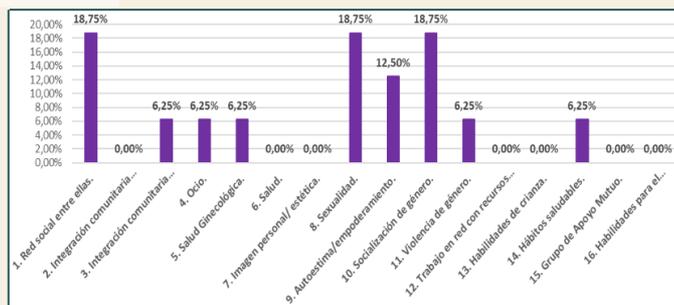
Gráfica 5. Acciones específicas con mujeres en los EASC.



El análisis de resultados en las MR y PS arroja la tipología de recursos donde más escasamente presente están desarrolladas las acciones específicas de mujeres; tan solo un 35% de las MR y sus pisos vinculados las han llevado a cabo. Las temáticas de red social entre ellas, sexualidad y socialización de género (18,75%) son las más frecuentes,

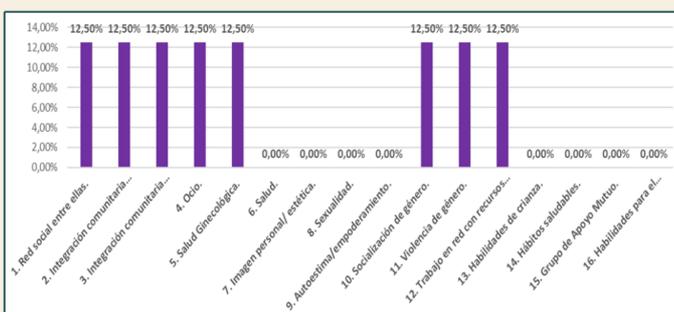
seguidas de las de autoestima y empoderamiento (12,5%). No se lleva a cabo ninguna acción en integración comunitaria, salud, imagen personal, trabajo en red, habilidades de crianza, grupos de apoyo mutuo y desarrollo laboral.

Gráfica 6. Acciones específicas con mujeres en las MR y PS asociados.



Si analizamos los PS que no están vinculados a MR, los resultados arrojan actividades relacionadas con la red social entre ellas, integración comunitaria general y específica, ocio, salud ginecológica, socialización de género, violencia de género y trabajo en red con recursos específicos con mujeres (12,5%); por otro lado, no se abordaron aspectos de salud, imagen personal, sexualidad, autoestima, habilidades de crianza, hábitos saludables, apoyo mutuo y hábitos laborales.

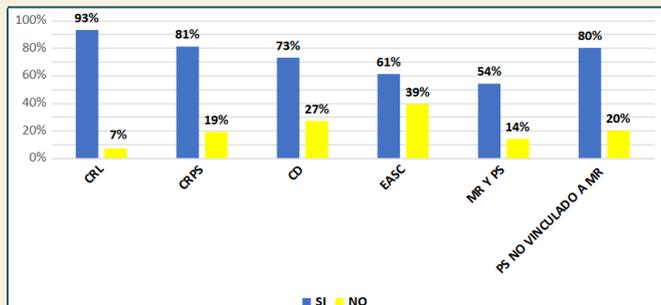
Gráfica 7. Acciones específicas con mujeres en los PS no asociados a MR



En cuanto al segundo bloque analizado, relativo a las acciones concretas con temática de mujer que fueron desarrolladas por los diferentes tipos de recursos, los resultados se muestran en la gráfica 8. Tal y como se aprecia, este tipo de acciones concretas está mucho más presente de

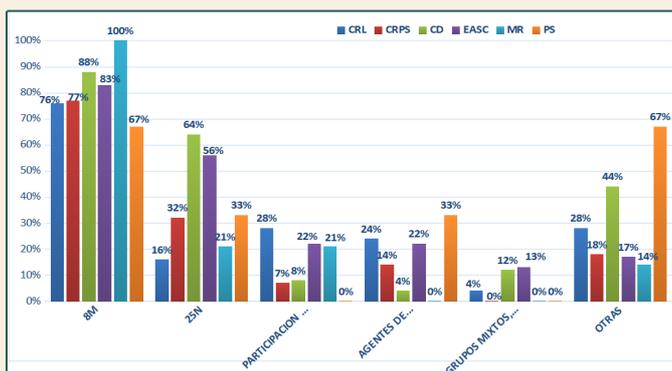
forma mayoritaria en toda la tipología de recursos analizados, siendo los CRL (93%), seguido de los CRPS (81%) en donde más arraigadas están estas acciones.

Gráfica 8. Acciones concretas con temática de mujer.



Las acciones concretas con temática de mujer ha recaído mayoritariamente en el día 8 de marzo (día internacional de la mujer), y se ha realizado de forma generalizada en todos los dispositivos. Esta tendencia se repite para el día 25 de noviembre (día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer), aunque con una menor generalización, quedando el resto de acciones implantadas de forma más minoritaria.

Gráfica 9. Acciones concretas según recurso y categoría de la acción



Otro aspecto a considerar fue conocer hasta que punto estaba presente la **formación en género entre las plantillas de los recursos** participantes. Los resultados se muestran en la Tabla 5 y muestran una formación mayoritaria de género entre los y las profesionales, siendo los CRL y CRPS en donde hay una mayor

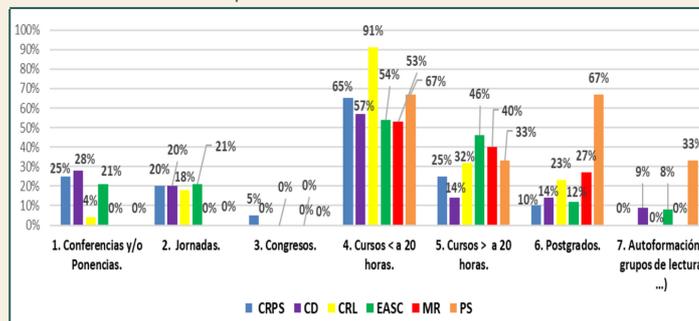
implantación de esta formación (81% y 74% respectivamente) frente a los recursos residenciales (Mini-Residencias y Pisos Supervisados) con menor implantación (58 y 62%). Sin embargo, destacamos que en todas las tipologías más de la mitad de la plantilla tiene algún tipo de formación en perspectiva de género.

Tabla 5. Formación en género en plantillas y tipología de recurso.

| | SI | NO |
|-------------|-----|-----|
| <u>CRPS</u> | 74% | 26% |
| <u>CD</u> | 62% | 38% |
| <u>CRL</u> | 81% | 19% |
| <u>EASC</u> | 63% | 37% |
| <u>MR</u> | 58% | 42% |
| <u>PS</u> | 60% | 40% |

La distribución de la formación en género se muestra en la gráfica 10; la modalidad más frecuente en todas las tipologías de recursos son las formaciones con una duración menor a 20 horas y son precisamente en los CRL en donde más se acumula este tipo de formación; sin embargo, la formación más extensa como los postgrados se da en mayor medida en los PS y las MR.

Gráfica 10. Distribución según el tipo de formación recibida



Por último, los resultados a la pregunta de si tienen **protocolo de evaluación específico** en género, la mayor parte de los centros no disponía de ellos. En ningún tipo de dispositivo superaba el 25%, siendo las MR los que menos disponían de ellos y sólo en un 8% sí lo tenían. Aquí son los CRL y CRPS los que en mayor

número disponen del mismo, aunque éste es escaso (22 y 23% respectivamente) como muestra la tabla 6.

Los contenidos de estos protocolos se referían a la salud y violencia de género.

Tabla 6. Disponibilidad de Protocolo de evaluación específico de género

| | SI | NO |
|------|-----|-----|
| CRPS | 23% | 77% |
| CD | 12% | 88% |
| CRL | 22% | 78% |
| EASC | 16% | 84% |
| MR | 8% | 92% |
| PS | 20% | 80% |

Tabla 7. Contenidos específicos en los protocolos de evaluación

| | CRPS | CD | CRL | EASC | MR | PS |
|---------------------|------|-----|-----|------|------|------|
| Salud | 67% | 75% | --- | 67% | 50% | --- |
| Violencia de género | 83% | 50% | 50% | 50% | 100% | 100% |
| Otros. | 67% | --- | 50% | 33% | --- | 100% |

La última pregunta iba dirigida a cómo estaban **distribuido el personal de los centros por sexo**. Aquí vemos que las profesiones de los recursos de la Red están feminizadas, de tal forma que hay un porcentaje global de 76,8 % de mujeres trabajando en la misma. Sin embargo, si focalizamos en el tipo de recursos vemos que es en los CRL donde hay un menor número de mujeres, a pesar de ser mayoría (67%), seguido de los CRPS (72%) y es en los centros de día donde más mujeres trabajan (85%).

Tabla 8. Segregación Plantillas de profesionales por recurso y sexo.

| | Mujeres | Hombres |
|-------|---------|---------|
| CRPS | 72% | 28% |
| CD | 85% | 15% |
| CRL | 67% | 34% |
| EASC | 79% | 21% |
| MR | 81% | 19% |
| TOTAL | 76,8% | 23,2% |

CONCLUSIONES

En términos generales se puede apreciar que **más de la mitad de los recursos de rehabilitación psicosocial que componen la Red ha realizado acciones específicas con mujeres en el periodo de tiempo analizado**; siendo de estos los CRPS el recurso que más las ha desarrollado, con un 86%, seguido de los PS no vinculados a MR, con un 67%. Este porcentaje tan elevado es un buen indicador de la incorporación de la perspectiva de género en estos recursos, máxime teniendo en cuenta que es en los CRPS donde más se vertebra el trabajo con las mujeres, pues solo las habilidades de crianza y las de desarrollo laboral quedan sin abordar al igual que en los CD.

En relación a los contenidos abordados mayoritariamente en los diferentes recursos dentro de los grupos de mujeres, éstos que ver principalmente con: **red social entre ellas, socialización de género y ocio, y en menor medida las habilidades de crianza, imagen personal, grupo de apoyo mutuo, hábitos saludables y habilidades de desarrollo laboral (este último presente en los CRL, lógicamente)**.

Nuevamente se valora como un indicador positivo de la incorporación de la perspectiva de género en la rehabilitación psicosocial el hecho de que se han encontrado muy pocas acciones que perpetúen los mandatos de género. Asimismo, que el contenido de la socialización de género sea uno de los más presentes en estas acciones pone de manifiesto una buena aplicación de la perspectiva de género, ya que la reflexión y conocimiento sobre cómo operan los estereotipos sexistas, los mandatos de género y cómo se adquieren por el proceso de socialización de género son contenidos esenciales para poder erradicarlos y disminuir la desigualdad entre hombres y mujeres.

No obstante, se valora que este dato referente al contenido de la socialización de género sería preciso analizarlo en mayor profundidad, pues las referencias que se han hecho a ello han sido del tipo *"reflexionar sobre la identidad mujer, reflexionar sobre la identidad de género..."* comentarios que son ciertamente vagos y sobre los que sería necesario concretar. El proceso de la socialización de género es un concepto teórico dentro de la Teoría feminista y de los Estudios de Género, por lo tanto, son contenidos que requieren una mínima formación específica en esta materia y no solo estar sensibilizado/a. Además, esto contrasta con que también se han encontrado varias acciones con mujeres donde el enfoque carece de perspectiva de género, estando muy centradas en la imagen personal o en un ocio muy estereotipado (como puede ser costura y punto); no obstante, este tipo de acciones han sido minoritarias.

Asimismo, el ocio, la red social entre ellas y muy especialmente la integración comunitaria específica para mujeres son actuaciones fundamentales para trabajar la deconstrucción de mandatos del género femenino que aumentan la desigualdad, como son la escasa participación de las mujeres en el espacio público y la sobrerrepresentación de la mujer en el espacio privado (el hogar y los cuidados). Estas áreas de intervención que están destinadas a la disminución del aislamiento social son además una medida de prevención básica para disminuir la vulnerabilidad a la violencia de género que sufren las mujeres con trastorno mental grave.

Por otro lado, sin embargo, observamos como un objetivo de mejora de cara al desarrollo de estas acciones, la escasez y/o ausencia de acciones específicas

destinadas a abordar la salud de las mujeres. La medicina es y ha sido igual de androcentrista: sólo ha tenido en mente en sus investigaciones el sexo masculino (Valls-Llobet, 2006). La salud de las mujeres, por nuestras diferencias biológicas, requiere de una atención diferencial en rehabilitación psicosocial: revisiones ginecológicas, tratamiento de los problemas de incontinencia, deterioro del suelo pélvico, entrada en el climaterio y muy especialmente tener en cuenta la morbilidad diferencial en algunas enfermedades, como en las cardiovasculares, donde las mujeres sufren mayor tasa de prevalencia y los signos para su diagnóstico (en el caso de infarto del miocardio) son diferentes a los del hombre.

A este respecto, sí hemos encontrado de forma minoritaria, el tratamiento de contenidos específicos como es la salud ginecológica y la sexualidad femenina, pero apenas a lo referido a la salud física de las mujeres cuando, como reconoce la OMS, el género es un factor determinante de la salud (OMS, 2011). La salud física y su cuidado es un área de intervención esencial en la rehabilitación psicosocial, motivo por el cual señalamos esta carencia.

Asimismo, es conocida la mayor prevalencia de la violencia de género en las mujeres con trastorno mental grave: 3 de cada 4 mujeres con trastorno mental grave han sufrido violencia en el ámbito familiar o/y en la pareja alguna vez en su vida, y el riesgo que tiene una mujer con trastorno mental grave de sufrir violencia en la pareja se multiplica entre 2 y 4 veces respecto a las mujeres en general (Gonzalez, 2013). Una elevada incidencia que ha servido para dar impulso a campañas de sensibilización sobre esta grave problemática tanto a nivel interno, en los recursos de la Red, como a nivel externo (campañas de sensibilización de la Confederación de Salud Mental, Fundación Cermi Mujeres, Red

Estatad de Mujeres Salud Mental España), destinadas a la población general. Sin embargo, esa repercusión no se ha visto reflejada en el porcentaje de acciones específicas con mujeres que aborden este contenido, que de media ha sido en torno a un 10%.

Con respecto **a las acciones concretas con temática de mujer, una media del 74% de los recursos que componen la Red han realizado alguna o algunas de estas acciones**, siendo los CRL y CRPS los recursos que las han desarrollado en mayor medida (un 93% y 81% respectivamente).

En términos generales, este alto porcentaje se explica porque la mayoría de las acciones que se han realizado en los diferentes recursos han sido en torno a la temática del día 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer, un día asociado a la reivindicación de la igualdad de derechos.

En cuanto al 25 de noviembre, Día Internacional contra la Violencia de Género, el porcentaje de acciones disminuye drásticamente, estando presente de media en un 37% de los recursos, a excepción del caso de los CD, donde el porcentaje aumenta a un 64%. se han realizado en los diferentes recursos han sido en torno a la temática del día 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer, un día asociado a la reivindicación de la igualdad de derechos. En cuanto al 25 de noviembre, Día Internacional contra la Violencia de Género, el porcentaje de acciones disminuye drásticamente, estando presente de media en un 37% de los recursos, a excepción del caso de los CD, donde el porcentaje aumenta a un 64%.

De alguna manera este dato correlaciona con lo expuesto en los anteriores párrafos, donde se señalaba la escasez de acciones específicas con mujeres destinadas a abordar la violencia de género.

Nuevamente señalamos esta carencia como una cuestión a mejorar, teniendo en cuenta los datos ya comentados. En este sentido, queremos destacar que las acciones de sensibilización y la información sobre el tema es una estrategia básica para evitarla, tal y como recoge la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Por otro lado, las acciones que se han desarrollado han sido fundamentalmente a nivel interno. Esto se refiere a que son realizadas dentro de los centros, y han consistido mayoritariamente en charlas y/o debates en torno a estos días. Sí cabe destacar que en torno a la temática del 8M hay un importante incremento de las acciones comunitarias, las cuales ha sido recogidas bajo el epígrafe *acciones externas*, y que consistían en acudir a actos, lecturas de manifiesto, ir a conocer un recurso específico de mujeres como los Espacios de Igualdad del distrito y/o acudir a la manifestación convocada.

En cuanto al tipo de acciones concretas que presentan un perfil más comunitario (*participación de profesionales en foro específicos de mujer y las acciones con los agentes derivantes*) el porcentaje de recursos que las llevan a cabo se reduce de forma muy importante. No obstante, cabe destacar en este sentido el aumento del porcentaje en el caso de los CRL, MR y EASC en referencia a la participación de los y las profesionales en los foros, que llega casi a un 30% de los dispositivos, y en el caso de las acciones con los agentes derivantes, nuevamente en torno al 30% de los CRL, EASC y PS no asociados a MR. Estas acciones con los agentes derivantes (destinadas a la discriminación positiva de las mujeres en las derivaciones y listas de espera) son buenas prácticas en la lucha contra la brecha de género que sufren las mujeres con trastorno mental grave, quienes son derivadas

en menor medida a los dispositivos, tal y como muestran los datos anuales de atención y derivación a los dispositivos de la Red de la Comunidad de Madrid.

Teniendo en cuenta estos datos, en términos generales se constata que existe una **escasa coordinación con los recursos específicos para mujeres.**

En cuanto al **nivel de formación en perspectiva de género y/o violencia de género de las plantillas profesionales**, en todos los recursos **más de la mitad de ellos tienen entre sus profesionales a personas con algún tipo de formación en estas materias**, destacando al personal de los CRL, donde el 81% de los centros tienen a personas con algún tipo de formación.

Pese a este buen dato cuantitativo en relación a la formación de las plantillas, en el análisis cualitativo del tipo de formación, ésta es claramente mayoritaria a la correspondiente a cursos menores de 20 horas, siendo mucho menor el porcentaje de profesionales que tiene una formación más específica (posgrados), donde el porcentaje baja en torno a un 20%.

Por lo tanto, a priori, cabe tomar este buen dato sobre la formación de los y las profesionales con mucha cautela, pues un curso de menos de 20 horas es insuficiente para considerar que los conocimientos al respecto están adquiridos, y que por lo tanto la aplicación de la perspectiva de género se consolidará y desarrollará sola. Un curso de menos de 20 horas es una primera aproximación a la materia, y puede ser útil y válido para analizar cuestiones referidas al género a nivel personal y profesional (por ejemplo, detectar *micromachismos*, identificar

sesgos de género, etc.), pero es insuficiente para la aplicación transversal y estructural de la perspectiva de género en los recursos y en la práctica de la rehabilitación psicosocial.

En relación a la disponibilidad de protocolos de evaluación específicos de género, **una amplia mayoría de los dispositivos de rehabilitación (en torno al 83% de media) carece de ello.**

Dentro de aquellos dispositivos que sí disponen de ellos, el contenido específico sobre el que más inciden en la evaluación es el de la detección de violencia de género en el ámbito de la pareja y/o expareja, así como sobre aspectos diferenciales de la salud de las mujeres (salud ginecológica).

Por último, en cuanto a la sobrerrepresentación o no de uno de los sexos en las plantillas profesionales, de media entre los diferentes recursos que componen la Red, un 64% de la plantilla de profesionales que trabajan en la Red son mujeres, respecto a un 36% de hombres, lo que supone una distancia de 28 puntos. Esa brecha de género aumenta de forma importante en los recursos de CD y MR, llegando a ser de un 85% y 81% respectivamente. El recurso donde la brecha de género es menor es en los centros de rehabilitación laboral, donde encontramos un 67% de mujeres frente a un 34% de hombres.

Aplicando la perspectiva de género, valoramos que estos datos son un claro reflejo de la presencia de la división sexual del trabajo, según la cual, los sectores sociales y dedicados a los cuidados están profundamente feminizados. Esta división además refuerza los mandatos de género básicos: las mujeres “cuidan” y los hombres “reciben cuidados”, en referencia a que en la Red se atiende de media a un 60% de hombres frente a un 40% de mujeres.

Finalmente, a modo de recomendaciones finales, apuntamos las siguientes:

- **Una aplicación transversal.** En términos generales han destacado las acciones puntuales en todos los recursos. Teniendo en cuenta que estamos hablando de una violencia y desigualdad entre hombre y mujeres sistémica y estructural, la aplicación de la perspectiva de género, por definición, deberá ser transversal. En este sentido, se anima al estudio y desarrollo de una aplicación transversal de la perspectiva de género en todas y cada una de las intervenciones y programas de rehabilitación psicosocial que operan en los recursos de la Red.
- **Mejora del nivel de formación de las plantillas profesionales.**
- **Aumento de las acciones de lucha contra la violencia de género.** Especialmente a nivel interno en los recursos, en referencia a acciones de sensibilización e información de dicha problemática, sufrida de forma especialmente grave por las mujeres con trastorno mental grave. Inclusión de dichos contenidos en los programas /grupos de mujeres, como herramienta básica para su prevención y detección.



- **Aumento del conocimiento y coordinación con los recursos específicos de atención a la mujer.** Aumentar la coordinación con los recursos especializados en violencia de género y los específicos para mujeres (como los Espacios de Igualdad de la Ciudad de Madrid, Casa de la Mujer, Asociaciones de mujeres del barrio, técnico/a de igualdad del distrito o del ayuntamiento, etc.),

especialmente los del entorno comunitario del área de atención, como herramienta básica de prevención y lucha contra la violencia de género.

- **Desarrollo de protocolos específicos de evaluación** en materia de violencia de género en el ámbito de la pareja y expareja, e inclusión de la perspectiva de género en los protocolos de evaluación ya existentes.
- **Atención a la salud de las mujeres.** Desarrollo de acciones específicas para abordar los aspectos de morbilidad diferencial de salud de las mujeres, tanto en acciones o grupos específicos, como incorporando dichos contenidos en las intervenciones y programas de salud ya existentes en los recursos.
- **Acciones con agentes derivantes.** Continúa siendo necesario disminuir la brecha de género existente en las derivaciones a todos los recursos de rehabilitación que componen la Red. Para ello sigue siendo necesario aplicar la perspectiva de género en las derivaciones y continuar preguntando dónde están las mujeres con trastorno mental que no llegan a los recursos; ¿son todas las que están? o por el contrario interfieren en su derivación los mandatos de género, que las tienen todavía ocupadas o atrapadas en sus casas, sin recibir la atención rehabilitadora a la que tienen derecho, como sus compañeros masculinos. Proporcionar espacios e diálogo con los agentes derivantes sobre esta realidad y discriminación por razones de sexo es una buena práctica, destinada a disminuir esa desigualdad.

Todo ello, nos hace situarnos en un incipiente escenario de reflexión y de nuevos planteamientos y retos que en el a corto y medio plazo se hace necesario incrementar si queremos erradicar la desigualdad en nuestros recursos de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bedia, R. C. (2005). El género en las ciencias sociales. Cuadernos de trabajo social, 18, 249-258.
- Borrell C; García-Calvente, MM; Martí-Bosc, JV (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gaceta Sanitaria 2004;18(Supl. 1): 2-6.
- Cermi (2017), Derechos Humanos y Discapacidad, Informe de España 2016 (Madrid, Cinca).
- Cogan, J. C. (1998). The consumer as expert: Women with serious mental illness and their relationship-based needs. Psychiatric Rehabilitation Journal, 22(2), 142.
- Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad (2011, b), Examen de los informes presentados por los Estados parte en virtud del artículo 35 de la Convención, UN Doc. CRPD/C/ESP/CO/1, 19 de octubre de 2011.
- Friedman, S. H., & Loue, S. (2007). Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. Journal of Women's Health, 16(4), 471-480.
- García-Calvente MM, Río-Lozano M del, Marcos-Marcos J. (2015) Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. Granada: Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- González Cases, J., Polo Usaola, C., González Aguado, F., López Gironés, M., Rullas Trincado, M., & Fernández Liria, A. (2014). Prevalence and characteristics of intimate partner violence against women with severe mental illness: A prevalence study in Spain. Community mental health journal, 50(7), 841-847.
- Khalifeh, H; Oram, S; Osborn, D; Howard, LM; Johnson, S (2016) REcent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. International Review of Psychiatry, 28:5, 433-451.
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. Revista de Educación y Cultura de la sección, 47, 216-229.
- ONU, Asamblea General, Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Ramsay, R., Welch, S., & Youard, E. (2001). Needs of women patients with mental illness. Advances in psychiatric treatment, 7(2), 85-92.
- Pla Julián, I; Adam Donat, A, Bernabeu Díaz, I. (2013) Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. Norte de Salud Mental, Volumen XI, nº 46: 20-28.
- Rullas, M; Panadero, S., Cendoya, M., Cristina, R; Fernández, JI; González Cases, J; Nespral, C; Martínez, P. (2013) Diferencias en el perfil de derivación recibido en los centros de rehabilitación psicosocial en función del género. Revista AEN; 33 (117), 35-46.
- Seeman, M. V. (2018). Women who suffer from schizophrenia: Critical issues. World journal of psychiatry, 8(5), 125.
- Varela, N (2013) Feminismo para principiantes. Ed. B.S.A.
- Valls-Llobet, C (2016). Mujeres, salud y poder. Ed. Cátedra. Colección Feminismos.

GRUPOS MULTIFAMILIARES EN LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE MADRID: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA

MIGUEL ÁNGEL MANCHADO FLORES
Trabajador Social.

Centro de trabajo:
Centro de Rehabilitación psicosocial
Villaverde INTRESS

1. INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la rehabilitación psicosocial en Madrid estamos siendo testigos y en muchos casos impulsores de la puesta en práctica de Grupos Multifamiliares (GMF) que surgen de la llamada terapia multifamiliar.

Esta publicación muestra la tendencia observada en la rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave (TMG) en la Comunidad de Madrid (CAM) al usar los GMF y otras intervenciones familiares que se vienen desarrollando desde hace décadas en la rehabilitación psicosocial de personas con TMG, como la psicoeducación y las intervenciones unifamiliares. Se mostrarán los resultados de una encuesta dirigida a los dispositivos ambulatorios de rehabilitación psicosocial de la CAM que ofrecerá una cuantificación de los GMF que existen actualmente dentro de estos centros, así como algunas de sus características generales y testimonios profesionales de las personas que dirigen estos dispositivos. Para acabar, se aportarán unas reflexiones finales.

Se pasó una encuesta online mediante la herramienta Google Forms en la que se aplicó un cuestionario digital a 87 centros, CRPS, CRL y CD de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de



la CAM y que fue respondida por las direcciones de estos centros en el mes de marzo de 2021. Las referencias bibliográficas que aparecen en las reflexiones finales han sido extraídas de otra publicación más extensa realizada por el mismo autor de este texto y que podrá ser consultada para mayor amplitud en Manchado, M. A. (2021). Los grupos multifamiliares en la rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental desde la mirada del Trabajo Social con grupos publicado en Trabajo Social Hoy 94 (49-73). Se trata de un artículo extenso en el que se clarifica qué son los GMF, de dónde surgen y qué es el submodelo de terapia multifamiliar denominado terapia interfamiliar.

En el momento actual conviven varias formas de intervención con familiares de personas con TMG en la rehabilitación psicosocial de la CAM: entrevistas unifamiliares, grupos psicoeducativos y GMF. A continuación se ofrecen los datos obtenidos mediante encuesta sobre dichas intervenciones familiares, depositando especialmente la mirada en el volumen de GMF que actualmente se desarrollan en los centros encuestados.

2. ENCUESTA SOBRE GRUPOS MULTIFAMILIARES EN LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE MADRID

Esta encuesta fue pasada y respondida en marzo de 2021 a la vista de la observación del aumento de los GMF como nueva intervención familiar en los CRPS, CRL y CD de la Red de Atención Social para personas con TMG en la Comunidad de Madrid.

La encuesta se dirigió a los 87 centros de este tipo que actualmente existen hasta la fecha para conocer con mayor precisión su verdadero alcance y presencia en esta Red. El objetivo de la encuesta era conocer el número de GMF que se están desarrollando en estos dispositivos y algunas de sus características generales.

La cumplimentación de la encuesta fue solicitada a las directoras y directores de los CRPS, CRL y CD de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social de la CAM. Respondieron 63 centros de los 87 existentes, lo que supone un índice de respuesta del 72,4%, porcentaje suficientemente representativo para realizar una aproximación a la realidad de este tipo de intervención multifamiliar en estos centros.

Se preguntó la tipología de centro para diferenciar sus respuestas y poder establecer una comparativa entre ellos. También se preguntó sobre los tipos de intervenciones familiares que utilizan habitualmente para así obtener una visión global de todas ellas.

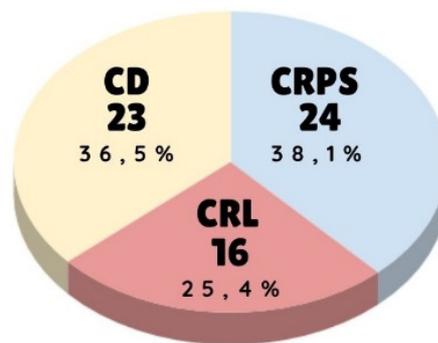
Los GMF se usan en el 39,7% de los CRPS, CRL y CD encuestados de la Red de Atención Social a personas con TMG de la Comunidad de Madrid. Por otro lado, la Intervención Unifamiliar se utiliza en el 98,4% de los CRPS, CRL y CD, lo que la convierte en el tipo de

intervención familiar predominante mientras que los Grupos Psicoeducativos solo para familias se usan en 34 de los 63 centros encuestados, lo que supone un 53,9% del total de la muestra. En 1 CD no se aplica ninguna intervención familiar. (Gráfico 1).

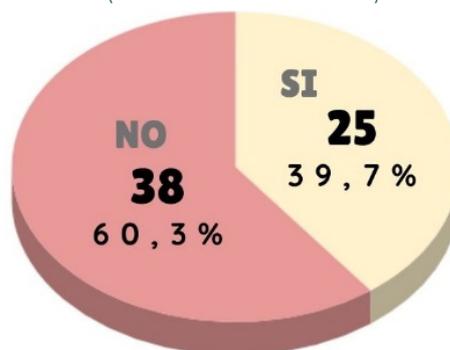
GRÁFICO 1. TIPOS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR



TIPOLOGÍA DE CENTROS ENCUESTADOS
MUESTRA: 63 CENTROS (72,4%)
Sobre un total de 87 centros de la red de atención social para personas con TMG

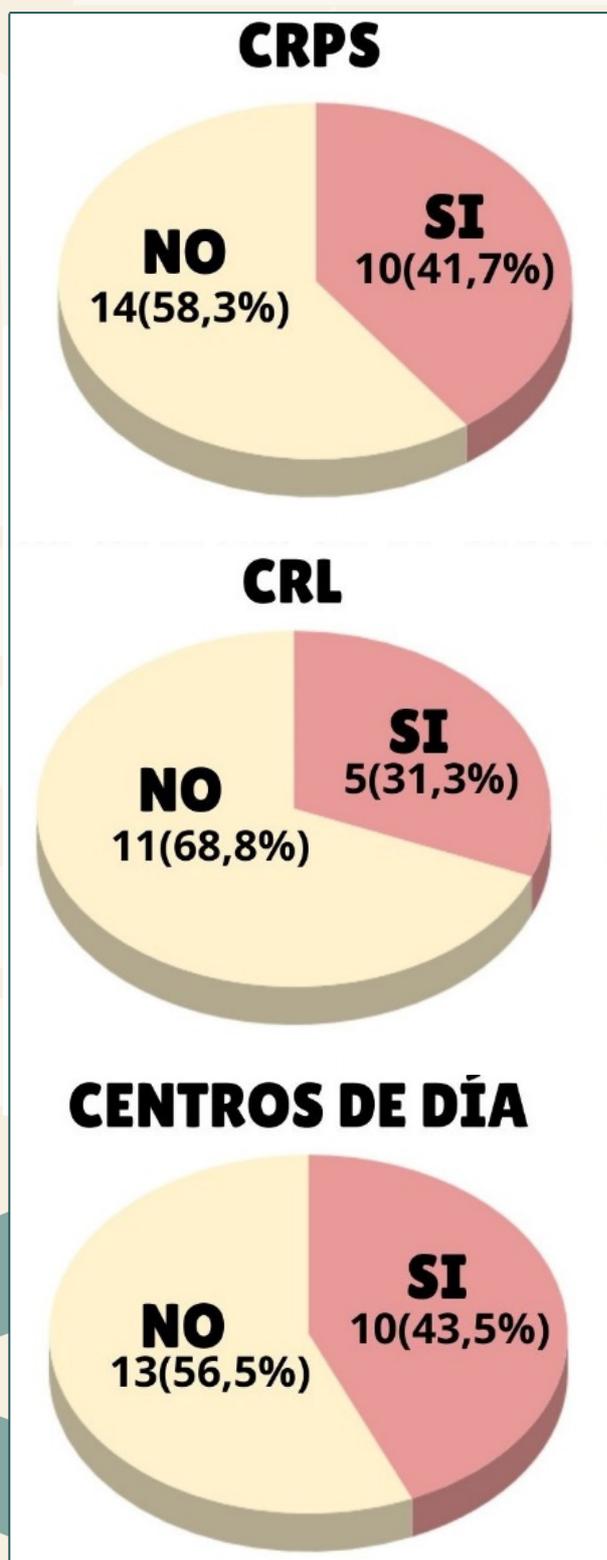


GRUPOS MULTIFAMILIARES
En la red de atención social para personas con TMG
(Sobre muestra de 63 centros)



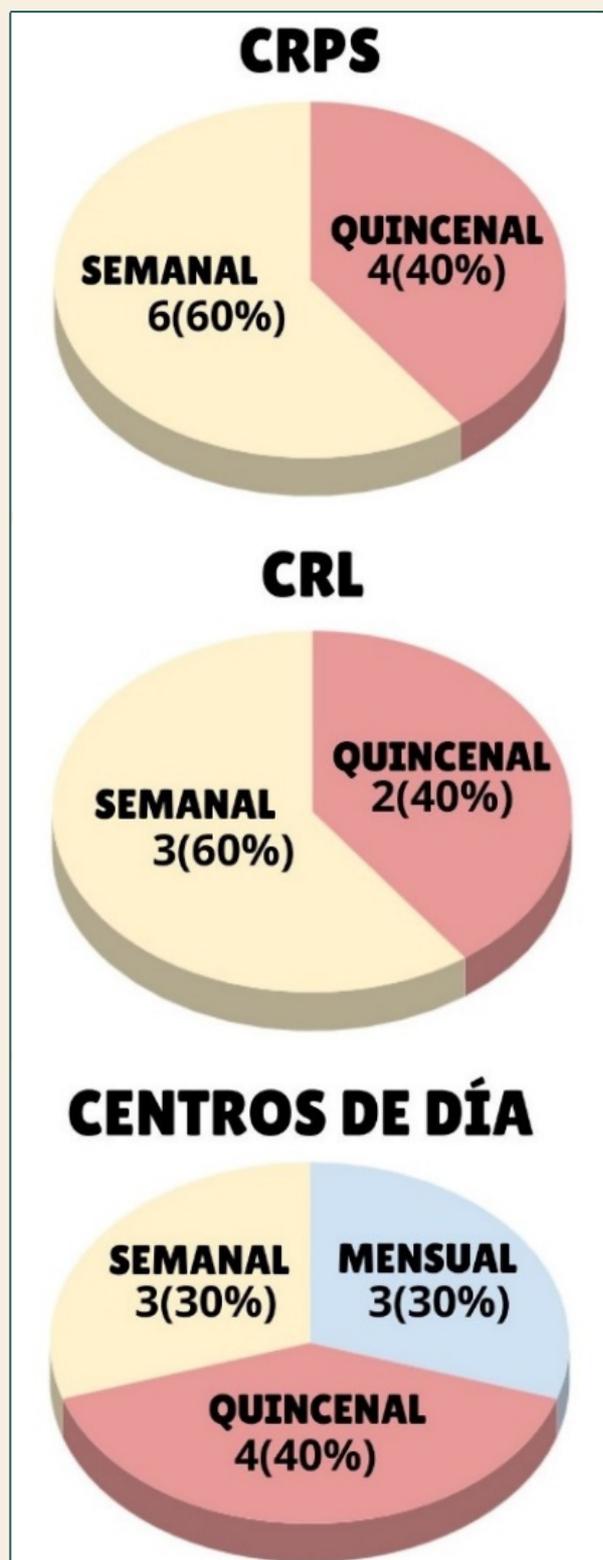
Se preguntó si los centros ofrecían un Grupo Multifamiliar entre sus atenciones e intervenciones familiares resultando que la presencia de Grupos Multifamiliares en CRPS y CD es muy similar aunque es algo menos frecuente en los CRL (Gráfico 2).

GRÁFICO 2. CENTROS CON GRUPO MULTIFAMILIAR (Sobre muestra de 63 centros)



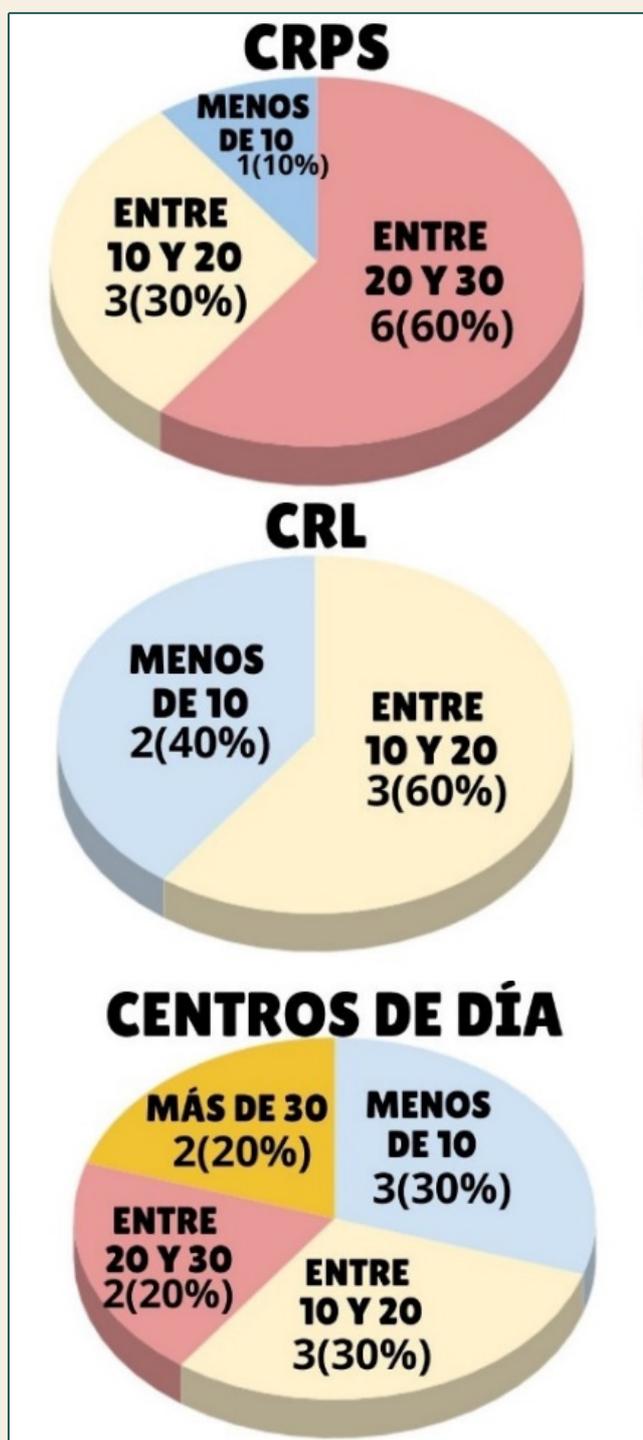
Se pretendió averiguar la frecuencia de realización de las sesiones multifamiliares en los diferentes centros mostrando que la frecuencia semanal y quincenal predomina como temporalización de las sesiones sobre la frecuencia mensual (Gráfico 3)

GRÁFICO 3. FRECUENCIA DE LAS SESIONES DE GRUPO MULTIFAMILIAR



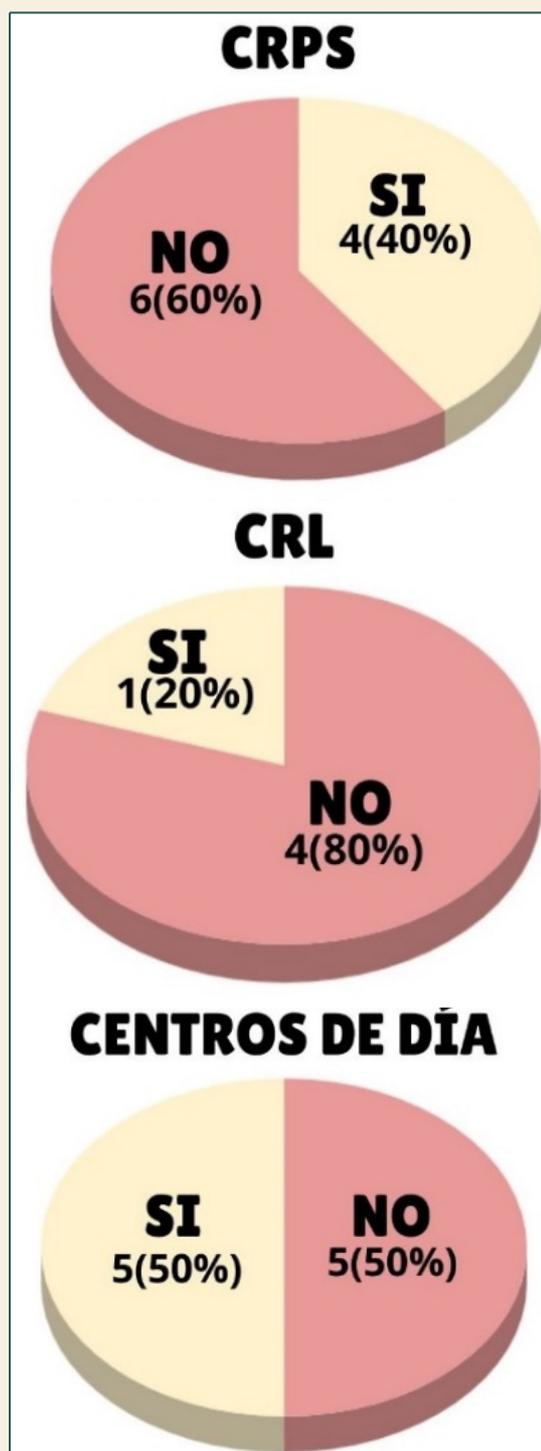
En cuanto a la asistencia de personas a cada sesión grupal multifamiliar, se solicitó responder a cada centro entre cuatro horquillas de valores, pidiéndose que tomaran como referencia la media aritmética anual de asistentes a sus Grupos Multifamiliares según los registros de asistencia a dichos grupos, incluyendo a personas en atención, familiares, profesionales y, en su caso, también a otros miembros de la comunidad (Gráfico 4)

GRÁFICO 4. NÚMERO DE PERSONAS QUE ASISTEN A CADA SESIÓN DE GRUPO MULTIFAMILIAR



Se obtuvieron respuestas en relación a quiénes participan habitualmente en los GMF para determinar una aproximación cuantitativa respecto al número de centros que permiten la participación en ellos a otras personas del entorno comunitario distintas de las personas en atención, familiares y profesionales del propio servicio de rehabilitación psicosocial (Gráfico 5)

GRÁFICO 5. ABIERTO A OTRAS PERSONAS DE LA COMUNIDAD. (ADEMAS DE PERSONAS EN ATENCIÓN, FAMILIARES Y PROFESIONALES)



Otra característica que se sondeó fue el formato on line o presencial elegido desde cada centro para la realización de sus Grupos Multifamiliares ante las limitaciones para la presencialidad causadas por las restricciones sanitarias derivadas de la pandemia por COVID19. Se incluyen datos de centros que han cesado temporalmente sus GMF por este mismo motivo a fecha de marzo de 2021 (Gráfico 6)

GRÁFICO 6. FORMATO DEL GRUPO MULTIFAMILIAR (ANTE LAS RESTRICCIONES DERIVADAS DE LA PANDEMIA POR COVID 19)



Se muestran resultados sobre la percepción subjetiva de los encuestados en torno a la utilidad terapéutica de los Grupos Multifamiliares en sus centros, ofreciendo para ello cuatro opciones cualitativas (Gráfico 7).

GRÁFICO 7. UTILIDAD DEL GRUPO MULTIFAMILIAR (SOBRE MUESTRA DE 25 CENTROS CON GRUPO MULTIFAMILIAR)



Se preguntó a los centros si los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) de su área de influencia, con sus profesionales, personas en atención y familiares, participaban en sus Grupos Multifamiliares. Finalmente, se invitó a los 63 centros encuestados a volcar sus comentarios y opiniones sobre las oportunidades y limitaciones que ofrecen los GMF, quedando constancia cuantitativa de ello (Gráfico 8)

GRÁFICO 8. PARTICIPACIÓN DE EASC EN GRUPOS MULTIFAMILIARES (SOBRE MUESTRA DE 25 CENTROS CON GRUPO MULTIFAMILIAR)

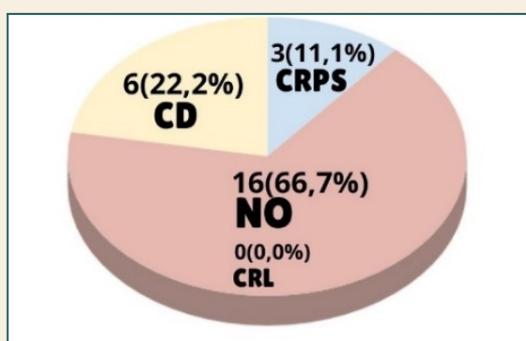
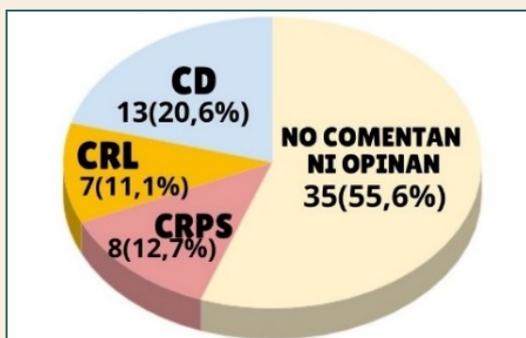


GRÁFICO 8. OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES DE LOS GRUPOS MULTIFAMILIARES (COMENTARIOS Y OPINIONES SOBRE MUESTRA DE 63 CENTROS)



Comentarios de los encuestados sobre las oportunidades y limitaciones de los GMF

Las preguntas más cualitativas de la encuesta son las referidas a las valoraciones de utilidad y, especialmente, a esta última observada en el Gráfico 8. Un total de 28 Centros eligieron la opción de expresar sus comentarios y opiniones a la pregunta abierta "Comentarios sobre Oportunidades y/o Limitaciones de los Grupos Multifamiliares en rehabilitación psicosocial". A continuación se ofrecen

fragmentos de las respuestas obtenidas para exponer las valoraciones más significativas sobre los GMF que realizaron las personas que coordinan dichos centros. Las respuestas se desagregan por tipo de centro.

RESPUESTAS CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)

"Es una opción que pensamos poner en marcha"

"El Grupo Multifamiliar es un contexto de apoyo mutuo para las personas en atención, sus familiares y amigos/as que difícilmente se puede ofrecer desde las entrevistas individuales o unifamiliares y se convierte en una herramienta complementaria óptima que facilita poder aprender y compartir desde las diferentes vivencias personales"

"Cuando el Grupo Multifamiliar se abre a otros miembros de la comunidad, estos pueden ver beneficiada su salud mental y, además, se hace posible sensibilizar sobre el sufrimiento psíquico humano; también es un tipo de grupo que permite prevenir y promocionar la salud mental en diferentes ciclos vitales (infancia, adolescencia, juventud, adultos y mayores). Entre las dificultades están el no poder realizarlo presencialmente en este momento y algunos problemas referidos a la accesibilidad que impide a muchas personas participar, bien debido al horario de la sesión, a que no todo el mundo tiene medios online para hacer videollamadas o a las dificultades de traslado en el formato presencial. También hay dificultad para su difusión"

"Me parece que pueden ser efectivos, pero si se cuenta con profesionales con formación específica, de lo contrario, creo que es preferible mantener el grupo solo para familiares. Aún así, me parece importante que los profesionales se formen en ello para poder ofrecerlo en los recursos" "Creo que los grupos

multifamiliares son útiles, pero aún está por demostrar en qué grado y con qué perfiles”

“Es una herramienta muy potente que permite trabajar dinámicas familiares, sensibilización, la relación con el otro, etc. “

RESPUESTAS CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)

“No concebimos la rehabilitación psicosocial sin incluir a las familias y, por ello, los Grupos Multifamiliares son una metodología de trabajo muy potente que ayuda a crear redes entre las familias, que con otras modalidades de intervención no pueden surgir. Como limitación señalar que en nuestro contexto están en marcha o a punto de ponerse en marcha distintos GMF desde distintos dispositivos y no existe intercambio entre ellos. Esto a veces ha provocado situaciones confusas, ya que las personas nos preguntan si tienen que elegir entre un grupo y otro o pueden ir a varios, o situaciones en las que una madre ha ido al GMF del Centro de Salud Mental y el padre venía al GMF del CRL”

“La idea de intervención que se está sosteniendo está muy enfocada en una mirada hacia afuera, por lo que los encuentros familiares están cernidos a casos particulares. Por otro lado, para poner en funcionamiento un dispositivo multifamiliar, las y los profesionales deben estar formados en ello. Es muy común que se diga que se hacen supuestos encuentros multifamiliares por el mero hecho de juntar a muchas familias y usuarios, pero sin un fundamento teórico-práctico”

“Es un tipo de intervención muy potente complementaria a otras que veníamos haciendo, donde familiares y personas en atención aprenden unos de otros”

“Participamos en un Grupo Multifamiliar, pero no está organizado desde nuestro centro sino desde otro recurso de nuestra entidad”

“Hacemos entrevistas unifamiliares y otro tipo de grupo solo para familiares que no tiene carácter psicoeducativo”

“No llevamos a cabo GMF porque, previo, necesito un compromiso de formación de los profesionales y de la entidad”

RESPUESTAS CENTROS DE DÍA (CD)

“El Grupo Multifamiliar es una gran oportunidad. En nuestro recurso, acoge también a personas allegadas. Está dirigido a CD y EASC. No hemos podido llegar a los miembros de la comunidad por las dificultades derivadas de este año. Llevamos rodando con el grupo casi 3 años en el intento de reproducir los faros de los que hemos ido aprendiendo (Diego Figuera, Belén Arambilet y Vanesa Lebrón). Es una gran oportunidad que lleva a poder trabajar aspectos desde la transversalidad de lo cotidiano y la resonancia del grupo. Los familiares solicitaron la continuidad del GMF durante la pandemia pero ante su miedo a salir de casa lo hemos realizado mediante videollamada. Sin embargo, nos ha costado mantenerlo activo debido a la brecha digital de numerosos familiares (muchos son octogenarios y con pocos recursos económicos). Vemos una oportunidad en el GMF porque nos tenemos que alejar ya de patrones encorsetados que no conducen a nada positivo y retroalimentan cristalizaciones en dinámicas basadas en malestar que acentúan espacios hegemónicos. Y seguimos aprendiendo, es todo un reto”

“Hasta hace un año tuvimos GMF conducido por profesionales del EASC y CD. Lo hicimos cuatro años con frecuencia semanal y de forma ininterrumpida, salvo el mes de agosto. Enumero algunas conclusiones: 1. El GMF es un recurso idóneo para personas y núcleos convivenciales de primeros brotes y con poco recorrido en la red. 2. Importante establecer

indicadores de impacto y que evidencien los cambios acontecidos. 3. Alerta a la cierta inercia "sectaria" que el modelo está adquiriendo en los profesionales conductores de los grupos ("si eres del multi molas, sino...vas contra mí"). 4. Para recursos en los que existen EASC asociados y cuyos familiares y personas en atención asisten al GMF, sería interesante poder observar los posibles cambios en las dinámicas familiares tras su participación en el GMF. 5. No todos los profesionales tenemos la madurez personal para conducir grupos de la clase que sea. Ojo con esto y el entusiasmo que ha generado el modelo de GMF"

"Resaltar la importancia de abrirlo a la comunidad para enriquecer la participación y de forma transversal trabajar aspectos como el antiestigma. Destacar que el nombre "multifamiliar" no lleve a confusión, dado que hay que explicitar a personas que no tienen familia o no tienen contacto con ella, que igualmente pueden participar. En zona rural, no vemos diferencias en el número de asistentes entre el formato online y el presencial; la videollamada grupal hace que personas que no tienen acceso a la tecnología queden fuera mientras que en el formato



presencial hay personas que les resulta complicado asistir por limitaciones en el transporte público"

"En los CD, cuando las derivaciones se ajustan a perfil, es difícil poder hacer intervenciones grupales, principalmente por dos razones: 1ª) la mayoría de las familias ya han participado en Escuela de Familias (por cierto, es a lo que yo llamo grupo multifamiliar) en uno o dos grupos en el CRPS. 2ª) Los familiares son muy mayores y, o no pueden, o les resulta muy costoso desplazarse al CD. En estos casos utilizamos mucho las intervenciones domiciliarias siguiendo el modelo de Falloon"

"Nuestro GMF funciona desde hace 6 años y hace posible la creación de un espacio de diálogo, de expresión emocional y de comunicación personal, interfamiliar y social. Es necesario que los profesionales tengan formación específica en grupos y familias"

"En nuestro CD, la intervención familiar es fundamentalmente unifamiliar. Antes de la pandemia por Covid-19 se hacían grupos de psicoeducación solo con familiares con una frecuencia trimestral"

"No tengo experiencia con los GMF y los que hemos desarrollado hasta el momento han sido grupos de psicoeducación dirigidos solamente a familiares"

"El GMF potencia el proceso de los usuarios y sus familias, favoreciendo una mayor escucha y empatía entre sus miembros"

3. REFLEXIONES FINALES

Los GMF han llegado a la rehabilitación psicosocial de personas con TMG en Madrid tras un recorrido histórico de tres décadas de diferentes atenciones e intervenciones familiares que han contribuido significativamente a mejorar la salud mental de las personas derivadas desde los Centros

de Salud Mental a los CRPS, CRL y CD pertenecientes a la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la CAM. Hay una tradición de intervención familiar en estos centros cuyos profesionales han ido consolidando un cuerpo teórico en el trabajo con familias con TMG y que han evolucionado, sumado y complementado su forma de abordaje técnico desde 1988, fecha de inicio de esta Red, hasta hoy en día.

El trato y apoyo directo hacia los familiares, las intervenciones unifamiliares sistémicas y los grupos psicoeducativos para familiares han sido una constante en la práctica de numerosos dispositivos de rehabilitación psicosocial en la CAM. Si las intervenciones unifamiliares se proponen para intervenir sobre la dinámica relacional familiar de forma que repercuta en el bienestar y desempeño de la persona con TMG, los llamados Grupos Psicoeducativos diseñados para familias posibilitan que los familiares accedan a espacios de encuentro con otros familiares en los que obtienen mucha información que suelen desconocer en torno al TMG y en los que se consigue “reducir los niveles de emoción expresada de los familiares, sobre todo en relación con los comentarios críticos y la sobreprotección” (Leff y Vaughn, 1985 citado en Sempere y Fuenzalida, 2017 p.29).

Sin embargo, los Grupos Psicoeducativos también son objeto de revisión crítica al estar diseñados solo para los familiares y no incluir en ellos a las personas con TMG. En este sentido, Sempere y Fuenzalida (2022) afirman que la separación entre familiares y personas con TMG en grupos paralelos y la constitución de grupos de familias o Grupos Psicoeducativos solo para familiares de personas con TMG, conllevan “implicaciones iatrogénicas” [...] al potenciar “la separación y fragmentación en la familia” [...], “la victimización de ambos colectivos (padres vs

hijos y viceversa)”[...] y “la desconfirmación de los usuarios (no invitados al grupo de familias como si no fueran parte de ellas)” (Sempere y Fuenzalida, 2022 p.87).

En cambio, los Grupos Multifamiliares sí incluyen tanto a los familiares como a las personas con TMG ya que buscan la configuración de una única entidad grupal porque, como afirma Cabrera (2004), “la inclusión que persigue la rehabilitación psicosocial no consiste en que la población etiquetada como sana consienta compartir algún espacio comunitario con las personas con enfermedad mental. La verdadera inclusión depende del mutuo reconocimiento de vulnerabilidades y fortalezas que permita configurar un nosotros” (Cabrera, 2004 citado en Ortiz p.139), lo que no solo se podría aplicar al entorno comunitario sino también a la propuesta técnica de llevar a cabo un GMF. Es por ello que, desde hace algunos años, los Grupos Multifamiliares se han sumado a las tareas de intervención familiar en la rehabilitación psicosocial, bien complementando o sustituyendo a los Grupos Psicoeducativos tradicionales diseñados solo para familiares. No obstante, Sempere y Fuenzalida (2022) incluyen lo psicoeducativo en los GMF desde la TIF, aunque no una psicoeducación clásica “unidireccional”, sino lo que denominan psicoeducación interfamiliar como fruto del diálogo multidireccional que emerge espontáneamente dentro del GMF y que consigue “promover un aprendizaje compartido” [...] en el que “se comparten el saber y la experiencia de todos los concurrentes: miembros sintomáticos, familiares y profesionales” (Sempere y Fuenzalida, 2022 p.87)

Por otro lado, en la literatura científica ya hay constancia de la combinación de lo psicoeducativo y lo multifamiliar, estudios que indican que las personas con TMG parecen

beneficiarse del uso combinado entre Grupos Multifamiliares, modelos psicoeducativos y medicación de mantenimiento. Vallina y Lemos (2000), tras revisar 11 estudios realizados entre los años 1980 y 2000, propusieron la implantación de prácticas terapéuticas familiares en esquizofrenia basadas en el modelo psicoeducativo de Anderson y el modelo conductual de Falloon, ya que encontraron suficiente evidencia científica en dichas prácticas; pero Vallina y Lemos(2000), tras haber comprobado que McFarlane experimentó ampliamente con “la aplicación de terapia grupal multifamiliar asociada al modelo psicoeducativo” (Sempere y Fuenzalida, 2017 p.54), también animaban al colectivo profesional “al uso de formatos multifamiliares por sus beneficios sobre la socialización y extensión de redes de apoyo natural de las familias, así como su menor costo y mayor facilidad de aplicación en entornos clínicos asistenciales naturales” (Vallina y Lemos, 2000 p.679). McFarlane sostenía que “los grupos multifamiliares, combinados con medicación de mantenimiento y psicoeducación, reducen significativamente la tasa de recaída” (McFarlane, 1995 citado en Vallina y Lemos, 2000 p.678). No obstante, aunque McFarlane aplicó la terapia grupal multifamiliar asociada al modelo psicoeducativo consiguiendo convertirlo “en el modelo multifamiliar más replicado en el abordaje de pacientes con TMG” (Sempere y Fuenzalida, 2017 p.54), este mismo autor también concluyó tras sus investigaciones que la eficacia de su modelo y “los resultados a largo plazo pueden derivarse más del formato de grupo multifamiliar que del programa psicoeducativo” (McFarlane et al., 1995 citado en Sempere y Fuenzalida, 2017 p.237) y recalzó que “en el espacio multifamiliar es posible alcanzar una comunicación más espontánea [...] se dan más soluciones, se discuten más temas familiares [...] de un modo más natural que en las sesiones unifamiliares” [...] representando

“comunidades de cura” para los pacientes y grupos de apoyo para los familiares” (McFarlane, 1995 citado en Sempere y Fuenzalida, 2017 p.55).

Los Grupos Multifamiliares son objeto de debate en la rehabilitación psicosocial de personas con TMG al entrar en aparente conflicto con su tradición metodológica de intervenciones familiares basadas en modelos psicoeducativos y conductuales. Fruto de esta controversia, los GMF son mirados como una moda pasajera o como una revolución técnica, especialmente en lo referente a la forma de intervenir con y entre familias. Lo cierto es que los GMF no son ninguna moda ya que surgen de experiencias clínicas como la del psiquiatra Peter Laqueur en la década de 1950 o la del también psiquiatra Jorge García Badaracco en la década de 1960, a las que siguieron numerosas experiencias de otros autores clínicos que han dejado constancia de ellas, incluida la Terapia Interfamiliar, de forma que existe suficiente producción e investigación científica que avala su práctica. Lo que sí parece constatarse es una creciente aceptación profesional hacia la puesta en práctica de GMF, que se incorporan como herramientas terapéuticas interfamiliares complementarias a otras intervenciones familiares, especialmente a las entrevistas unifamiliares, que son las que mayor presencia tienen en la rehabilitación psicosocial de personas con TMG en la CAM.

Cómo integrar las prácticas psicoeducativas y multifamiliares en la intervención con familias de personas con TMG es algo que en este momento aún genera controversia entre los profesionales de la rehabilitación psicosocial de la CAM. Pero actualmente, como puede verse en los resultados de la encuesta, el modelo psicoeducativo y el multifamiliar están conviviendo en numerosos centros, de forma que parece posible integrar los GMF en la rehabilitación psicosocial de personas con

TMG como una herramienta socioterapéutica de intervención familiar.

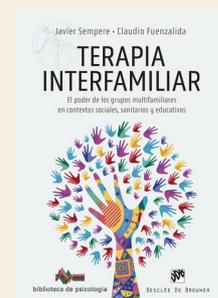
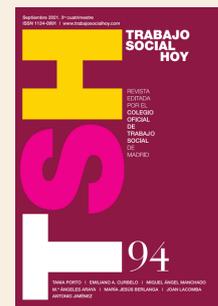
Para quienes opten por desarrollar prácticas multifamiliares, la Terapia Interfamiliar propuesta por Sempere y Fuenzalida podría servir como elemento unificador entre los diversos modelos de GMF que diferentes autores han puesto en práctica a lo largo de los últimos 70 años, aportando una identidad y legitimación a lo multifamiliar desde su eclecticismo teórico.

La TIF incorpora a la práctica elementos teóricos de la teoría del apego y elementos metodológicos de las prácticas dialógicas que permiten a los centros formar GMF como espacios sociales seguros en los que poder dialogar de problemáticas humanas y en los que las personas con TMG tienen la posibilidad de empezar a ser vistas por los familiares como personas complejas y no como pacientes identificados o como "problemas".

Abrirlos a la comunidad puede traer nuevas narrativas que enriquecen las experiencias humanas que se comparten, configurándose como un crisol de múltiples versiones sobre la realidad que los participantes hayan experimentado en torno a una problemática individual y social, bien sea desde el punto de vista de quien lo vive en primera persona, los familiares, los profesionales u otras personas del entorno social, lo que permite a cada participante repensar su realidad. En el ámbito de la salud mental y muy especialmente en la rehabilitación psicosocial de personas con TMG, abierto a la comunidad significa ofrecer un espacio grupal concreto, socioterapéutico e incluso que hace posible la confluencia de personas con y sin diagnóstico psiquiátrico para involucrar a un entorno corresponsable en un (auto)cuidado compartido de la salud mental, siendo un proceso guiado por servicios especializados que se encuentran debidamente formados en lo multifamiliar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Manchado, M. A. (2021). Los grupos multifamiliares en la rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental desde la mirada del Trabajo Social con grupos. *Trabajo Social Hoy* 94 (49-73). Doi: 10.12960/TSH2021.0014
- Ortiz, A. (2013) *Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en Salud Mental. Colección Salud Mental Colectiva 1, Editorial Grupo 5*
- Sempere, J. y Fuenzalida, C. (2017) *Terapias Multifamiliares. El modelo interfamiliar: la terapia hecha entre todos. Psimática Editorial.*
- Sempere, J. y Fuenzalida, C. (2022) *Terapia Interfamiliar. El poder de los grupos multifamiliares en contextos sociales, sanitarios y educativos. Editorial Desclee de Brouwer*
- Vallina, O. y Lemos, S. (2000) *Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. Psicothema, vol.12, nº4, pp.671-681*



IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN DE UN CENTRO DE DÍA Y SOPORTE SOCIAL

MARÍA CASADO FERNÁNDEZ.

Directora del CD y EASC Hortaleza.

Red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera.



El CD es un recurso comunitario de soporte social y apoyo a la integración al que acceden personas que debido a su grave patología mental y deterioro psicosocial asociado necesitan de una atención de soporte social y estructuración de la vida cotidiana.

Nuestra Misión es mejorar la calidad de vida, dotando de habilidades y recursos personales, de las personas a las que atendemos para que se puedan mantener en su entorno comunitario como ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho.

Entre las áreas que se trabajan en el CD los programas de empoderamiento tecnológico han ido cobrando más relevancia en los últimos años en especial por la pandemia de Covid-19.

Programa de intervención tecnológica dentro del CD Hortaleza

Desde el año 2008 en que empieza a funcionar el CD Hortaleza ha habido intervenciones orientadas a mejorar la autonomía en el uso de ordenadores realizando talleres de entrenamiento a este respecto. Pasado un tiempo nos dimos cuenta de que personas usuarias que tenían móviles analógicos no los usaban porque no sabían cómo funcionaban. Para paliar esta situación se inician con estas personas atenciones individuales para que aprendieran a manejar las funciones más básicas de sus teléfonos. Llamar y recibir llamadas en todos los casos y leer y mandar mensajes en los/as usuarios/as que preveíamos con capacidad para este aprendizaje.

Con la irrupción de los smartphones se siguió con la misma línea y se realizaron entrenamientos individuales para aprender el manejo de estos dispositivos. Se trabajaron las habilidades de realizar y recibir llamadas, uso de mensajería como whatsapp y poder navegar en internet. Señalar que estos entrenamientos requieren un tiempo largo para que se fije el aprendizaje y es necesario ser muy repetitivos hasta conseguir la autonomía de la persona para su uso.

Paralelamente a estas intervenciones orientadas a mejorar el conocimiento del uso de los dispositivos móviles se continuaron realizando talleres grupales de manejo de internet en los ordenadores. El objetivo es que las personas usuarias que estaban en estas atenciones supieran utilizar internet para buscar información, realizar gestiones o como uso de ocio (escuchar

música, ver películas, realizar juegos...). Es decir, se trabaja para mejorar su integración social ya que el no manejar la tecnología aumenta el riesgo de aislamiento y dificulta la integración sociocomunitaria.

Cambios metodológicos por la irrupción de la pandemia por Covid-19 y el confinamiento domiciliario

Con la irrupción de la pandemia por Covid-19 se vieron limitadas las atenciones presenciales, tanto grupales como individuales, que eran la principal forma de intervención hasta la fecha. Este hecho supone un reto para las profesionales que nos planteamos cómo podemos responder a las nuevas necesidades surgidas y a las ya existentes previas a la pandemia.

Una de las prioridades durante el confinamiento domiciliario fue la revisión de todos los PIAs de las personas en atención para plasmar los nuevos objetivos derivados de la pandemia y el confinamiento domiciliario. Fue necesario fomentar la creatividad de las profesionales para adaptar nuevas metodologías de intervención incrementando el uso de las herramientas tecnológicas disponibles.

Durante el mencionado periodo de tiempo desde el CD Hortaleza se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:

Tipos de intervenciones telemáticas en las que no era necesario tener acceso a internet:

- Llamadas telefónicas de seguimiento (contención y ventilación emocional, detección de necesidades, resolución de problemas, estructuración o fomento de rutinas diarias, etc).
- Planificación de llamadas entre personas usuarias sin smartphone (se establece un horario marcando día y hora para

- fomentar el contacto entre personas afines y la profesional hace recordatorios para que se produzcan dichas llamadas).

Tipos de intervención en los que se necesita conexión a internet:

- Videollamadas para supervisar y motivar en la realización de habilidades de la vida diaria como tareas domésticas, de higiene y ejercicio físico.
- Envío de información de interés a través de mensajes de whatsapp (medidas de higiene y prevención del coronavirus, enlaces de páginas culturales, etc).
- Creación de grupos virtuales a través de whatsapp (se usan mensajes de voz, texto, imágenes y videollamadas):
 1. Grupos orientados a fomentar el contacto social: Club de lectura. Musicaforum, Cineforum, Mujeres en red y Club social.
 2. Grupos orientados a fomentar los hábitos saludables: Cocinillas en red.
 3. Grupos orientados a mejorar la ocupación del tiempo libre y dar soporte en domicilios: pintura y fotografía.

Papel de las familias

Destacar como durante el confinamiento domiciliario en muchos casos las familias supusieron una ayuda para las profesionales del CD facilitando que las personas usuarias con las que conviven pudieran conectarse a las intervenciones telemáticas, bien comprándoles un smartphone, prestando sus teléfonos o tablets a los/as usuario/as, o ayudándoles con conocimientos técnicos para que pudieran participar. También se enviaron a familiares las informaciones o documentos que queríamos que llegaran a las personas usuarias cuando estas no tienen smartphone u ordenadores propios.

En otras ocasiones fue necesario trabajar con las familias, o representantes legales, la importancia de que los/as usuarios/as pudieran comprar un smartphone o tener acceso a internet para fomentar la integración y ser ciudadanos/as de pleno derecho.

Intervención actual en el área tecnológica en el CD

Tras retomar la intervención presencial en el CD a finales de mayo de 2020 hemos seguido dando continuidad a las intervenciones individuales y grupales de entrenamiento en la adquisición de destrezas para el manejo de las nuevas tecnologías fomentando que más personas usuarias accedan a este programa de empoderamiento tecnológico.

Un aspecto que se ha introducido a raíz de los cambios experimentados por la pandemia, que ha resaltado la importancia de la tecnología y redes sociales, es la introducción de una valoración tecnológica de todas las personas usuarias, tanto de las que ya estaban en fase de intervención, como de las personas que acceden nuevas al recurso para establecer objetivos de mejora del uso y conocimiento de internet como herramienta esencial para una adecuada integración sociocomunitaria.

También se ha mantenido el formato de talleres telemáticos a través de grupos de whatsapp para fomentar el contacto social y continuar practicando las habilidades aprendidas.

Las videollamadas se continúan empleando como una herramienta útil para la supervisión en domicilio de algunas áreas relacionadas con la higiene o el ejercicio físico con alguna persona usuaria, aunque en menor número que durante el confinamiento, ya que ahora se pueden llevar a cabo este tipo de

intervenciones de forma presencial en el domicilio, en el entorno o en las instalaciones del CD.



Se ha favorecido la adquisición de material informático a bajo coste para que algunas personas usuarias puedan usar en sus domicilios gracias a la coordinación con entidades sociales que facilitan la adquisición de ordenadores reutilizados en perfecto estado. También se ha ayudado a contratar líneas de internet o wifi.

Brecha digital en datos del CD Hortaleza

La brecha digital hace referencia a la desigualdad entre las personas que pueden tener acceso o conocimiento en relación a las nuevas tecnologías y las que no. Las desigualdades se producen tanto en el acceso a equipamientos (primera brecha digital) como en la utilización y la comprensión de las que ya se encuentran a nuestro alcance (segunda brecha digital).

A continuación se detalla el estudio realizado de la brecha digital existente en el CD de Hortaleza:

- Muestra: Personas atendidas desde enero de 2020 hasta marzo de 2021 (n=40).
- Media de edad: 52 años.
- Disgregación por género: 22 hombres y 18 mujeres.

Datos:

- N° y porcentaje de personas con smartphone u otros dispositivos con acceso a internet: 23 usuario/as lo que equivale al 57,5% de las personas atendidas.
- N° y porcentaje de personas con móviles analógicos o fijos sin acceso a internet: 4 usuario/as lo que equivale al 10% de las personas atendidas.
- N° y porcentaje de personas sin teléfono propio (se localizan a través de teléfonos de familiares con los que viven) y sin acceso a internet: 13 usuarios/as lo que equivale al 32,5% de las personas atendidas.

*Total de personas con acceso digital: 23 usuarios/as (13 hombres y 10 mujeres). El 57,5% de las personas atendidas

*Total de personas sin acceso digital: 17 usuarios/as (8 mujeres y 9 hombres). El 42,5% de las personas atendidas

Del total de mujeres: el 44,44% no tienen acceso a internet.

Del total de hombres: el 40,90% no tienen acceso a internet.

- N° y porcentaje de personas que han participado, en el periodo de tiempo recogido en el estudio, en intervención telemáticas: 20 personas lo que equivalen al 50% de las personas atendidas.
- N° y porcentaje de personas que podrían haber accedido a la intervención digital pero no aceptaron (no ven la necesidad, no aceptan y/o interferencia con sintomatología): 5 personas lo que equivale al 12,5% de las personas atendidas.

Respecto a la brecha en el conocimiento:

- 9 de las personas atendidas (22,5%) tenían competencias digitales sin haber necesitado apoyo del CD.
- El 25% de las personas (10 usuarios/as) estaban en atenciones para la adquisición de conocimientos en el uso de smartphone y otros dispositivos (ordenador).
- 3 personas, lo que supone el 7,5% de las personas atendidas requirió entrenamiento para el uso de móviles analógicos.

* Resumen: El 52,5% de las personas atendidas lo que equivale a 21 usuarios/as no podían usar las TICs con autonomía.

Del total de mujeres atendidas el 55,55% no tiene competencias digitales sin apoyos.

Del total de hombres atendidos el 54,54% no tiene competencias digitales sin apoyos.

¿Cuáles son los principales motivos que hemos encontrado para que haya esta brecha digital en el CD?

- Escasos recursos económicos que hacen que un gran número de las personas en atención prioricen otras necesidades más básicas.
- Variables cognitivas: Un porcentaje importante de la población en atención en los CD presenta deterioro o déficits a nivel cognitivo que dificulta el aprendizaje. Por ello es necesario realizar un sobreaprendizaje, una práctica continuada de las destrezas que se quieren adquirir así como atenciones muy individualizadas para cada persona.

- En algunos casos existen interferencias con la sintomatología que no favorecen que el/la usuario/a quiera usar dispositivos tecnológicos.
- Escasa red social: Además de dotar de los conocimientos para usar dispositivos móviles también hubo que trabajar la necesidad de comunicación con los demás y concienciar sobre cómo el uso de los teléfonos móviles ayuda para favorecer dicho contacto social. El área social suele ser deficitaria en muchas de las personas que atendemos desde los CD tendiendo a presentar aislamiento. Desde los CD tenemos que trabajar la necesidad de comunicarnos con el otro.

Un ejemplo concreto de lo comentado fue que se inició un grupo de ocio de fin de semana en los cuales varias personas usuarias quedaban el sábado y domingo para realizar las actividades lúdicas que habían acordado en las instalaciones del centro con una profesional. Uno de los obstáculos que nos encontramos fue que si una persona no iba a poder acudir o se iba a retrasar, no llamaba a los demás o si llamaba los compañeros/as no cogían la llamada. Para ello, trabajamos primero la necesidad de que se produjeran estas comunicaciones, que tuvieran en cuenta al otro, a la par que se les ayudó a que supieran usar sus teléfonos.

Conclusión

Consideramos que la atención presencial es imprescindible en los recursos de rehabilitación. Las atenciones telemáticas no sustituyen a la presencialidad, pueden ser un complemento metodológico interesante para trabajar algunos objetivos.

En diciembre del 2020 se pasó una encuesta de satisfacción para que las personas usuarias valoraran las atenciones telemáticas a las que habían tenido acceso durante el

confinamiento domiciliario así como su participación en talleres virtuales. En dicha encuesta quedó de manifiesto que la mayoría de las personas valoraban de forma más positiva la atención presencial.

No obstante, pensamos que es necesario seguir potenciando el uso de formatos telemáticos, ya que no poder acceder al mundo digital no permite una adecuada integración plena en la sociedad actual. No tenemos que olvidar que el acceso a internet está considerado como un derecho desde el año 2016.

No podemos obviar la brecha digital que padece una gran parte de la población que atendemos en recursos de la Red como los centros de día. Esta brecha dificulta la integración como ciudadanía de pleno derecho de los/as usuarios/as creando desigualdades, incluso dentro del propio recurso, entre las personas con y sin conexión a lo digital. Debemos trabajar para que el acceso a las nuevas tecnologías no sea un factor más de exclusión de las personas con enfermedad mental.

Es importante desde los recursos de rehabilitación intentar reducir esta brecha digital y dar la oportunidad a las personas que atendemos a que tengan acceso a las nuevas tecnologías incluso en perfiles más cronificados como las personas que acceden a los centros de día.



Tienes disponible en el canal de YouTube de la **AMRP** esta ponencia y muchos vídeos más. **¡No dejes de visitarlo!**



REBICICLA: POR UNA CIUDAD INTEGRADORA Y SIN MALOS HUMOS

Emiliano Malagón Mayoral

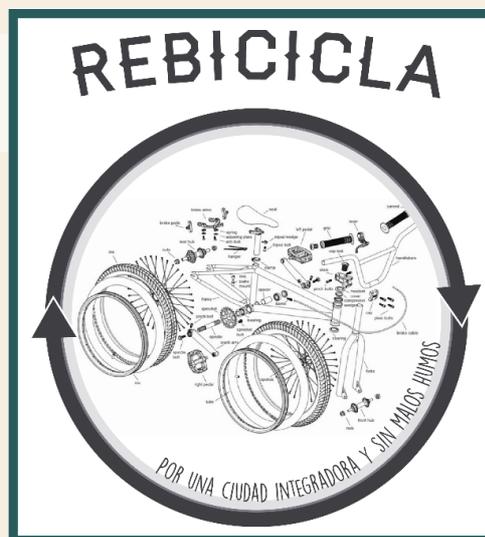
Maestro de taller pre-laboral de Oficios Múltiples

Centro de Trabajo:

Centro de Rehabilitación Laboral de Carabanchel.

Entidad gestora:

Fundación El Buen Samaritano.



CONTEXTUALIZANDO

El proyecto Rebicicla se lleva a cabo en el CRL Carabanchel, un centro gestionado por la Fundación El Buen Samaritano, entidad sin ánimo de lucro que actualmente también gestiona los CRL de Villaverde y Arganzuela, así como el CRPS y CD de Carabanchel, todos ellos pertenecientes a la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Comunidad de Madrid.

Carabanchel es el distrito más populoso del área metropolitana de la ciudad de Madrid, con unos 250.000 habitantes, mayoritariamente personas de clase trabajadora y cuya renta media por persona (10.988 euros anuales) es la cuarta más baja de la ciudad, según los últimos datos publicados por el Ayuntamiento de Madrid.

La idea del proyecto es generar tareas significativas en el taller pre-laboral de Oficios Múltiples del CRL Carabanchel, y que al mismo tiempo estén en consonancia con la estrategia global de lucha contra el cambio climático y para la transición ecológica que impulsa la Comisión de Medio Ambiente de la Fundación El Buen Samaritano en los recursos de atención sociosanitaria para personas con trastorno mental grave que gestiona mediante el sistema de conciertos con la Consejería de Familia, Juventud y Política Social.

De este modo, y teniendo en cuenta las singulares características de los talleres pre-laborales de un Centro de Rehabilitación Laboral, como propuesta para simular un entorno de trabajo normalizado, a modo de taller de reparación, nos planteamos la posibilidad de reacondicionar bicicletas en desuso, provenientes de donaciones, para su posterior entrega en usufructo a personas en situación de vulnerabilidad, y así contribuir a la economía circular con una dimensión solidaria y ecológica, cumpliendo con las premisas propias de un CRL.

OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos generales que perseguimos son:

- **La mejora de la empleabilidad de las personas que asisten al proyecto.** Esto es un objetivo inherente a todos los Centros de Rehabilitación Laboral. En nuestro caso, lo hacemos aportando una formación en mecánica de bicicletas, un sector económico en claro ascenso, además de trabajar otros aspectos transversales necesarios para una adecuada inserción laboral.
- **La integración comunitaria de las personas participantes con una dimensión solidaria y ecológica,** al tiempo que combatimos el estigma y los prejuicios asociados actualmente en torno a las capacidades de las personas que padecen sufrimiento psíquico, trastorno mental grave, enfermedad mental o como se prefiera denominar.



- **El acceso a una movilidad sostenible para todo el mundo;** consideramos que ningún determinante social debe ser motivo de discriminación para disfrutar de ese derecho, ya sea el nivel de estudios, el nivel de ingresos, la edad, el género, el grupo étnico, etc.
- **El fomento de la reutilización de materiales;** con nuestra pequeña contribución, teniendo en cuenta las modestas cifras en cuanto a volumen de trabajo que barajamos, aspiramos a disminuir la generación de residuos, que es un problema enorme que tenemos actualmente en todas las ciudades del planeta.

ACTIVIDAD HABITUAL

La actividad habitual que desarrollamos en **Rebicicla** está bastante protocolizada; las bicicletas nos son entregadas en el CRL Carabanchel o bien vamos a recogerlas al domicilio de la persona o entidad donante en el horario del taller (de 9:30 a 14:00) y en cuanto la bici entra al mismo le abrimos una ficha en un documento Excel online con las características técnicas para a continuación y como primer paso, rellenar la hoja de diagnóstico (este es un documento en papel) que recoge cómo está la bicicleta parte a parte y que se necesita para ponerla a punto de nuevo.

Con las observaciones recogidas en la hoja de diagnóstico, elaboramos un parte de trabajo o ticket de reparación que será la guía de las tareas necesarias para el reacondicionamiento y la puesta a punto de la bicicleta. Una vez terminada, probamos la bicicleta para ultimar ajustes o ver posibles fallos inadvertidos en el proceso de reparación y reajustamos lo que haga falta.

Tras este proceso, la bici pasa a nuestro

remanente de bicicletas listas para ser entregadas a la persona o entidades receptoras. En algunos casos, elaboramos un folleto con las bicis disponibles y le damos difusión en las entidades que trabajan con personas en situación de vulnerabilidad de nuestro entorno (Despensa Solidaria de Carabanchel, Mapeando Carabanchel Alto, Parroquia Santa María Madre de la Iglesia, etc).

Hay que resaltar que las tareas habituales del proyecto Rebicicla incluyen aprendizaje y manejo de software de ofimática entre las personas participantes, así como entrenar / adecuar / adquirir aspectos transversales para obtener y mantener un puesto de trabajo, tales como:

- Habilidades Sociales en contexto laboral.
- Hábitos básicos de trabajo.
- Estrategias de afrontamiento.
- Razonamiento lógico.
- Consensuar acuerdos en las tareas a realizar.
- Secuenciación de procesos.
- Otros aspectos relevantes.

HITOS CRONOLÓGICOS

| Elaboración del micro-proyecto | Finales de 2019 |
|--|--------------------------|
| Inicio de actividades (Aprendizaje Colectivo y Prácticas) | 16 de Enero de 2020 |
| Paralización de actividades (Confinamiento por Covid-19) | Marzo-Junio 2020 |
| Recuperación de actividad presencial | Junio 2020 |
| Ampliación horario | Junio-Julio 2020 |
| Ampliación de posibles beneficiarios | Septiembre 2020 |
| Creación de vídeo primer aniversario | Diciembre 2020 |
| 1 Participante realiza prácticas no laborales en taller de reparación de bicis en cooperativa "Biciheart" | Mayo 2021 |
| Taller de Ciclo-movilidad | Junio 2021 |
| Creación de página web (www.rebicicla.org) | Septiembre 2021 |
| Jornada de Puertas Abiertas | Septiembre 2021 |
| Participación en triple Congreso CICLOBCN21: Panel de discusión "La dimensión social e inclusiva de la bicicleta" | Octubre 2021 |
| Presentación del proyecto en Recursos Comunitarios del entorno (MR Carabanchel, CRPS Los Cármes, Mapeando Carabanchel Alto) | Noviembre-Diciembre 2021 |
| Entrega de primeros lotes de bicis a entidades | Diciembre 2021 |
| Creación de cómic segundo aniversario | Diciembre 2021 |
| Presentación del proyecto en Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid | Diciembre 2021 |
| Promoción de la creación de grupo de trabajo comunitario "Ciclobanche!" | Diciembre 2021 |
| Creación grupo ciclista comunitario "Rebicicla" | Febrero 2022 |
| Presentación del proyecto en Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid | Marzo 2022 |

Nuestro planteamiento inicial (en diciembre de 2019) era dedicar un día a la semana a esta actividad, y a un año vista, arreglar y entregar al menos 5 bicicletas. El día de la semana que dedicábamos a esta tarea consistía en un visionado colectivo (recordemos que esto era antes de la pandemia) de un vídeo temático sobre mecánica de bicicletas, y posterior puesta en práctica en el taller del tema tratado. Esta etapa de aprendizaje colectivo se vio trastocada por el confinamiento decretado en todo el país en marzo de 2020 y en el que nuestra actividad se puso en hibernación hasta la desescalada, en la que fuimos retomando la presencialidad paulatinamente.

Durante ese período de desescalada, las personas participantes del proyecto nos fueron demandando más tiempo de dedicación a estas tareas (más adelante veremos alguna posible razón), frente a las otras tareas que también realizamos en el taller de Oficios Múltiples. Como consecuencia de estas demandas, a día de hoy, prácticamente dedicamos el 100% del horario del taller al reacondicionamiento de bicicletas y sus actividades derivadas (gestión de stock, fichas técnicas, atención al cliente, etc.). También durante ese tiempo, fuimos ampliando las perspectivas de trabajo, tanto en capacidad de reparación de bicis, como en los posibles beneficiarios de las mismas, ya que empezamos a trabajar también con bicicletas infantiles, que, en un principio, no nos planteábamos.

OTRAS ACCIONES DE USO Y PROMOCIÓN DE LA BICICLETA

Durante 2021, además de las tareas habituales, realizamos otras acciones de uso y promoción de la bicicleta:

- **Taller de ciclo-movilidad por Carabanchel.**

En esta actividad, las personas participantes aprendieron a circular con la bicicleta en un entorno urbano, al tiempo que, visitando lugares emblemáticos del entorno, conocieron mejor el barrio. La actividad se organizó en coordinación con el Centro de Educación Ambiental “Dehesa de la Villa” y las plataformas ciudadanas “Carabanchel, Historia y Patrimonio” y “Mesa del Árbol de Carabanchel”.

- **Jornada de Puertas Abiertas.**

Enmarcada dentro de la Semana Europea de la Movilidad (en torno al 22 de septiembre de 2021), organizamos una Jornada de Puertas Abiertas en la que dimos difusión al proyecto y también personas partícipes del proyecto impartieron un Taller de Mecánica Básica de Bicicletas.



- **Creación de página web**

Puesta en marcha el 12 de septiembre de 2021, nuestra página web (www.rebicicla.org) es un espacio colaborativo en el que las personas que asisten al CRL Carabanchel publican en el apartado del blog contenidos relacionados con el mundo de la bicicleta.

- **Participación en el triple Congreso CICLOBCN21**

En octubre de 2021, tuvimos ocasión de participar en el triple congreso CICLOBCN21,

posiblemente la cita más importante del año en torno al sector de la bicicleta de nuestro país. Concretamente, lo hicimos presentando nuestro proyecto en el panel de discusión “La dimensión social e inclusiva de la bicicleta”, del XVIII Congreso Ibérico “La bicicleta y la ciudad”, integrado en CICLOBCN21, y celebrado en Barcelona.

CUESTIONES NUMÉRICAS

Los números que traemos a colación hay que tener en cuenta que, como hemos dicho anteriormente, en nuestro planteamiento inicial a un año vista, aspirábamos a reacondicionar al menos 5 bicicletas en un año y realizar unas 44 sesiones aproximadamente, dedicando al proyecto un día a la semana.

Tras la desescalada y el aumento de la demanda de más dedicación a estas tareas por parte de las personas participantes, a día de hoy, dedicamos prácticamente toda la jornada del taller de oficios múltiples a la tarea de reacondicionar bicicletas y, por tanto, el número de sesiones y de bicicletas reparadas se han visto incrementadas sustancialmente, tal como refleja la diapositiva:

OBSERVACIONES EN ESTOS DOS AÑOS

Una de las cosas que consideramos relevantes en las observaciones de estos dos años, tal y como se desprende de las encuestas de participación realizadas y que las personas participantes en su mayoría refieren, es tener más facilidad para dotar de significado a la tarea de reacondicionar bicicletas frente a otras tareas del taller de Oficios Múltiples, como el trabajo con la madera, que, en algunos casos, la persona relacionaba con falta de talento manual o “artístico” para realizar.

En cambio, los resultados de cada acción para la puesta a punto de una bicicleta son palpables y visibles (cambiar una pieza que está rota por otra que funcione, por ejemplo) y porque la bicicleta es un conjunto relativamente sencillo de piezas mecánicas cuya lógica hay que evaluar como la resolución de un puzzle, donde todo tiene que estar en su sitio para que el conjunto cumpla su función y no se relaciona de ninguna manera con tener o no tener cualidades de índole artística. Es muy sencillo, por poner otro



ALGUNOS NÚMEROS




Un breve apunte sobre estos datos

Para sacar conclusiones acertadas sobre estos datos, hay que tener en cuenta que el objetivo inicial del Proyecto era conseguir recuperar al menos 5 bicicletas y realizar unas 44 sesiones anualmente.



- 14

Personas participantes

Que asisten o han asistido habitualmente a REBICICLA.
- 61

Bicicletas recibidas

Incluidas las reentradas circunstanciales.
- 48

Bicicletas entregadas actualmente

En el tercer trimestre de 2021.
- 97

Sesiones 2020

Contando con inactividad del segundo trimestre por confinamiento.
- 193

Sesiones 2021

A fecha 31 de diciembre.

www.fundacionbuensamaritano.es

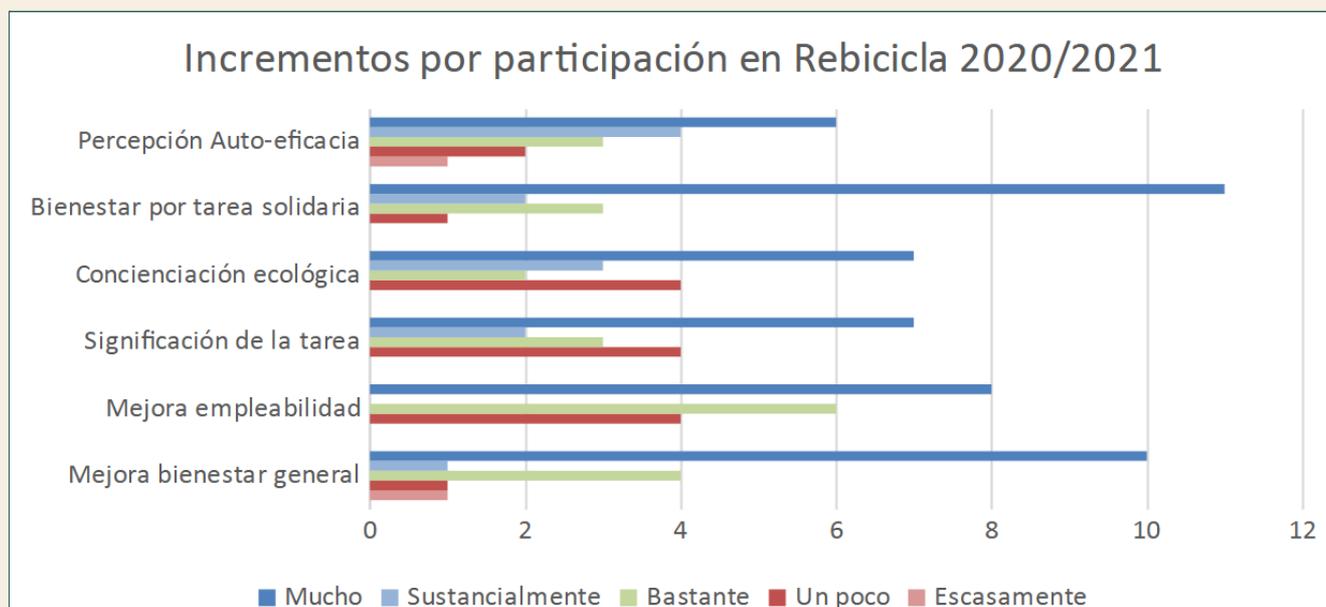
ejemplo, dotar de significado al hecho de lavar una bicicleta que viene sucia y el resultado inmediato, como decíamos, es muy evidente y ostensible y también muy fácil de valorar adecuadamente. Esta es nuestra hipótesis para explicar porqué tras el confinamiento, las personas participantes del proyecto nos demandaban más tiempo de dedicación a estas tareas frente a otras que también realizamos en el taller pre-laboral de Oficios Múltiples.

Además de esto, otro aspecto que destacan las encuestas es que, en general, **ha mejorado mucho el bienestar emocional de las personas participantes por dedicarse a realizar una tarea con un propósito solidario** y este importante matiz también ayuda a dotar de significado y motivación para realizarla.

un abanico ingenioso de inspiraciones personales para proponer tareas que, por un lado, tengan significado para las personas participantes y por extensión, al mismo tiempo, ayuden en los procesos individuales de rehabilitación laboral. Y no siempre se acierta o se alcanza ese equilibrio.

Por eso, proponer unas tareas que para las personas que las realizan sean altamente motivantes y les sirvan para mejorar su bienestar general por tener un propósito solidario, no puede sino congratularnos y animarnos a seguir adelante.

Por último, queremos destacar que, en estos dos años de recorrido, **ha habido un proceso de aprendizaje colectivo muy estimulante e interesante**, teniendo en cuenta que las personas participantes y el responsable del



FUENTE: Elaboración propia mediante entrevista estructurada.

En este punto, conviene aclarar que, en el día a día de los talleres pre-laborales de los CRL, al menos desde nuestra experiencia, existe una cierta incertidumbre por generar tareas significativas para simular un entorno de trabajo normalizado sin una importante motivación propia de los empleos, es decir, la remuneración económica. Ante esta situación, los maestros y maestras de taller apelamos a

proyecto partíamos de similares -y escasos- conocimientos técnicos en la materia, de modo que -tanto con el visionado de vídeos y su posterior puesta en práctica en el taller en los inicios, como más adelante- ha habido un alto grado de descubrimientos compartidos, y podemos afirmar que la transmisión de conocimientos y la experimentación han sido predominantemente horizontales y se ha

diluido completamente la frontera de enseñante/aprendiz en todo este tiempo, lo que ha enriquecido enormemente el proceso de aprendizaje.

PERSPECTIVAS

En lo tocante a perspectivas y planes de futuro, durante el último trimestre de 2021 y principios de 2022 hemos contribuido a crear el grupo de trabajo comunitario "Ciclobanchel", grupo **cuyo propósito es poner en valor la bicicleta como activo de salud** tanto individual como para el medio ambiente y circunscrito al distrito de Carabanchel. Este grupo de trabajo está actualmente conformado por trabajadores y trabajadoras de entidades del ámbito sociosanitario, así como vecinos y vecinas de dicho distrito. Tenemos tres líneas de trabajo principales:

- Formación y divulgación (incluye la creación de un fondo bibliográfico a modo de "Cicloteca" en la Biblioteca Pública Luis Rosales de Carabanchel Alto).
- Organización de bici-rutas por Carabanchel y distritos cercanos.
- Creación y gestión de un fondo de bicicletas sociales para ceder en uso de manera temporal.

Así mismo, en febrero de 2022 hemos iniciado las actividades del **grupo ciclista Rebicicla**, una iniciativa de la Fundación El Buen Samaritano que pretendemos sirva como **espacio de encuentro social en torno a la bicicleta** (no competitivo, abierto a la participación comunitaria), y que consiste en la realización de rutas de carácter lúdico y de ocio activo y saludable (inicialmente un sábado al mes) por entornos cercanos de nuestra región. Nuestro propósito es que este grupo se vaya consolidando a lo largo de 2022 y vaya funcionando de forma cada vez más autónoma, aunque pueda disponer de

apoyo logístico (bicis cedidas de forma temporal, local y acceso a internet para planificar rutas, etc.) por nuestra parte siempre que se necesite.

CONCLUSIONES: "Bicicleta o barbarie"

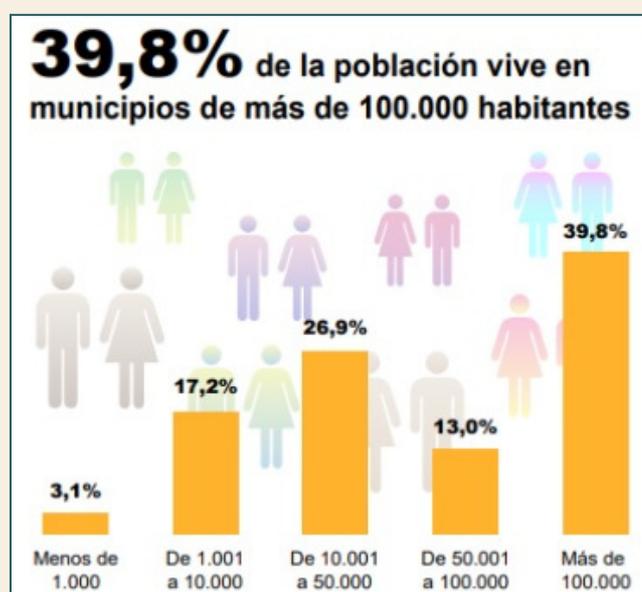
Como conclusión final, podríamos decir que nuestra propuesta pasa por apostar claramente por la **bicicleta como herramienta de transformación social**, fuente de tareas con un alto grado de significación tanto en el orden práctico como en el plano relacional con la comunidad en la que está integrada para las personas que participan en **Rebicicla** -un proyecto que sigue enriqueciéndose tras dos años de recorrido-, y también una posible opción de empleo con una alta demanda actualmente.

Citando al pensador austriaco Iván Illich, que ya en 1973 en su breve ensayo **"Energía y Equidad. Los límites sociales de la velocidad"** afirmaba que: "...en una sociedad, basada en la velocidad (y la nuestra indudablemente lo es), las relaciones sociales que se pueden dar en libertad tienen lugar al ritmo de una bicicleta, nunca más rápido. Esto es así porque, según Illich, la velocidad capitaliza el tiempo de unos pocos con un coste enorme para todos y todas. Cuanto más veloz se hace una sociedad en sus desplazamientos, mayores son sus costes en tiempo y espacio. Illich estableció que el límite para generar inequidades en los desplazamientos serían 25 kilómetros por hora, es decir, la velocidad que se puede alcanzar con una bicicleta.

Aunque hayan pasado casi 50 años, la afirmación de Illich tiene, a nuestro juicio, una prevalencia irrefutable en nuestra época y en nuestra sociedad actual, tal y como está conformada, completamente adicta a la inmediatez en los tránsitos y que, aterrizando de lo general a lo concreto, **en la ciudad de**

Madrid los datos indican que **la bicicleta hoy sólo suma entre el 0,4 y el 0,9 % de los desplazamientos en la ciudad** y podría sustituir la mayoría de viajes en coche de hasta 10 km, distancia en la cual es muy competitiva en tiempos de desplazamiento, algo deseable y a todas luces favorable tanto para la salud individual como colectiva, así como para el medio ambiente.

Tomando en consideración que el **52,8 % de la población en España vivimos, estudiamos y trabajamos en ciudades con más de 50.000 habitantes** con los desafíos que esto conlleva en el plano de los desplazamientos y que la ciudad de **Madrid es la más poblada del país, con 3.305.408 habitantes** –según los datos del INE de 2021–, no es descabellado en absoluto proponer implementar medidas de uso y promoción de la movilidad activa y sostenible en todas las áreas (infraestructuras, adquisición, seguridad vial, etc.), con el propósito de conformar ciudades mucho más humanas, cuidadosas desde el punto de vista de la salud, ecológicamente sostenibles y amables para el desarrollo de relaciones personales y con el entorno satisfactorias y plenas. En este aspecto, creemos que la bicicleta debe jugar un papel preponderante y su promoción ha de configurar el grueso de las políticas públicas en los próximos años.



Tampoco se debe olvidar que **la bicicleta es el único medio de transporte en el que la velocidad se experimenta holísticamente** desde la corporeidad; si no pedaleamos, no avanzamos. Mientras pedaleamos, nos hacemos muy conscientes de cada ínfimo detalle sobre la orografía del recorrido, ya que estos detalles determinan el esfuerzo a realizar y la energía que tenemos que emplear, y de este modo, percibimos plenamente la fuerza del viento, los cambios de paisaje visual, sonoro y aromático al ritmo que marca nuestro cuerpo y no son una mera sucesión de imágenes que aparecen y desaparecen en segundos al otro lado de la ventanilla. No hay otro vehículo que nos permita experimentar la propulsión sujeta a las leyes de la física y la mecánica de una manera tan corpórea, completa y consciente.

Así mismo, hay evidencias sobre la relación entre salud mental y ejercicio físico (Bonet, J., Parrado, E., Capdevila, 2017), pero tal como se resalta en el artículo “Darle al pedal es salud mental” (<https://www.30diasenbici.com/darle-al-pedal-es-salud-mental/>), hay cinco ideas básicas que debemos tener presentes:

- **Reducción de estrés** – Montar en bici no requiere una gran concentración. Solo la atención a las circunstancias de la vía. Tu tiempo en bici es solo para ti, para desconectar. Y esa actitud incrementa la producción de noradrenalina que minimiza la respuesta cerebral al estrés.
- **Memoria y aprendizaje** – Practicar ejercicio regularmente mejora tu memoria, la habilidad de aprender cosas nuevas y estimula la secreción de la proteína BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) que mejora la toma de decisiones, el pensamiento y el aprendizaje.
- **Más energía y atención** – Está demostrado que ir en bici al trabajo

regularmente nos hace más productivos y con más energía que nuestros compañeros sedentarios. Si vamos a comer y volvemos en bici al trabajo nos mantiene vivos y activos, sin bajones a lo largo de la jornada.

- **Mejor autoimagen** - Buen peso, vida saludable, ejercicio moderado... esto es la buena vida y verte mejor físicamente te hará sentir bien. A medida que la percepción de ti mismo y tu salud emocional mejoran, tus relaciones sociales también pueden mejorar... ¡y entrarás en un círculo virtuoso!
- **Autoestima automática** - La actividad física continuada de moverse en bici cotidianamente mejorará la imagen de ti mismo y mejorará tu autoestima. Independientemente del peso, la edad o el sexo, el ejercicio físico puede elevar la percepción positiva de tu propio atractivo y, en consecuencia, hacer que te valores más.

Finalmente, en el plano del empleo, los últimos datos sobre el **sector de la bicicleta** presentados por la Asociación de Marcas y Bicicletas de España (AMBE), muestran una tendencia al alza que se mantiene desde hace tiempo, con un aumento muy significativo en 2020 -los datos de 2021 aún no han sido publicados, aunque las estimaciones son también optimistas-, que **en volumen de negocio se incrementó en un 39,39 %** con respecto a 2019, lo que nos lleva a suponer que este aumento en la facturación conllevará el crecimiento de la demanda de profesiones relacionadas, ya que las bicicletas vendidas van a necesitar mantenimiento, reparación, distribución, etc.

Por tanto, y parafraseando a nuestro profesor de mecánica de bicis (Javi Reyero, de www.elgurudelabici.com),

podemos afirmar que la bicicleta tiene presente, pero, sobretodo, tiene mucho futuro.

REFERENCIAS

- **Asociación de Marcas y Bicicletas de España, EL SECTOR DE LA BICICLETA EN CIFRAS 2020**

Disponible en:

http://asociacionambe.com/wp-content/uploads/2021/05/Datos-2020_AMBE_resumen.pdf



- **Bonet, J., Parrado, E., Capdevila, L. EFECTOS AGUDOS DEL EJERCICIO FÍSICO SOBRE EL ESTADO DE ÁNIMO Y LA HRV.**

Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte / International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport [en línea]. 2017, 17(65), 85-100 [fecha de Consulta 23 de Marzo de 2022]. ISSN: 1577-0354.

Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54250121006>

- **Illich, I., ENERGÍA Y EQUIDAD. LOS LÍMITES SOCIALES DE LA VELOCIDAD. Díaz y Pons 2015. Madrid. DARLE AL PEDAL ES SALUD MENTAL**

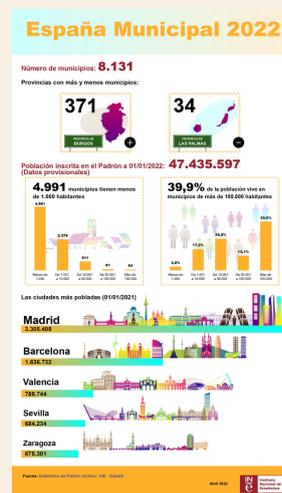
Disponible en:

<https://www.30diasenbici.com/darle-al-pedal-es-salud-mental/>

- **INE, Datos de Padrón 2021**

Disponible en:

https://www.ine.es/infografias/infografia_padrondron.pdf



MÁS ALLÁ DE LA INTERVENCIÓN DESDE UN EQUIPO DE APOYO SOCIOCOMUNITARIO

Navarro, G., Paraíso, P., García, E.,
Morena, C. y Perdigón, A.

Equipo de Apoyo Sociocomunitario
de Leganés.

Entidad gestora:
Fundación Manantial.

Correspondencia: Navarro, G.
gpnavarrogomez@fundacionmanantial.org



INTRODUCCIÓN

El Equipo de Apoyo Sociocomunitario (EASC) de Leganés, inició su andadura en diciembre de 2007, desde entonces y después de casi 15 años el recorrido del recurso desde lo teórico, lo práctico y sobre todo lo “experienciado”, ha sido intenso y variado. El propósito de estas líneas es compartir nuestros aciertos, que alguno creemos que hemos tenido, pero también y sobre todo nuestras debilidades, incertidumbres y dudas sobre por dónde continuar desde un servicio tan específico como un EASC.

Después de estos años, el equipo ha pasado por muchos momentos, por muchas formas de trabajar... Empezamos hablando de rehabilitación, seguimos con la recuperación y en estos momentos la intervención va más encaminada en hacer protagonista al usuario durante el proceso de intervención y para ello, hay que tener en cuenta que la persona habita en un lugar, convive con otras personas y se relaciona con ellas. Somos conscientes de que esta distinción puede resultar artificial ya que en los manuales clásicos de rehabilitación psicosocial ya se menciona la necesidad de contar con el protagonismo del usuario atendido, (Lieberman, 1993; Presley, 1982), o de que nos existe recuperación sino es la percibida íntimamente por la propia persona, (Farkas, 1996). Sin embargo, conjugar las expectativas, deseos, necesidades y demandas del usuario con el contexto en el que habita, tanto físico como psicológico y relacional si es el foco de atención de este dispositivo en el momento actual.

A continuación, queremos mencionar los hitos que consideramos más importantes y que nos han hecho transcurrir por este camino hasta el momento actual.

La Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid (2022), establece que los EASC tienen por objetivo “Ofrecer atención domiciliaria y apoyo social que permitan a usuarios con dificultades de funcionamiento mantenerse en su propio domicilio o en el entorno familiar, evitando situación de riesgo de marginación o de

institucionalización; así como ayudarles a mejorar su calidad de vida y su autonomía y posibilidades de integración buscando, además, apoyarles y acompañarles para que se vinculen y utilicen todos los servicios tanto sanitarios de salud mental como sociales que permitan una mejor atención a sus distintas necesidades”.

Desde el EASC de Leganés, junto con ese objetivo, nos planteamos otros dos focos principales que marcan nuestra labor como profesionales de este dispositivo: el trabajo en red y la perspectiva comunitaria.

Consideramos que el trabajo en red consta de 4 planos: las coordinaciones y trabajo dentro del servicio, las coordinaciones y diseño conjunto con otros recursos, instituciones, servicio de salud mental, etc., el usuario como parte de la red y finalmente el contexto comunitario.

Según este esquema, desde el EASC de Leganés se inició un proceso para hacer de los espacios de trabajo interno del equipo lugares de elaboración de hipótesis y planificación de los casos más allá de una simple transmisión de información. Para conseguir esto, hemos tenido que hacer de la comunicación entre las profesionales algo continuado y fluido, dentro y fuera de los espacios de coordinación establecidos, con las dificultades que supone este planteamiento dadas las características de un servicio como este en el que el trabajo diario es fundamentalmente individual y en espacios propios de la persona atendida y no de recursos establecidos a priori como ocurre en otros dispositivos. Es decir, hemos tenido que esforzarnos por encontrarnos con las compañeras en los huecos libres, buscar la manera de tener herramientas de intercambio de información que sean realmente útiles, ágiles y válidas como por ejemplo el uso de mensajería a través de móviles y tener una disponibilidad y flexibilidad en nuestro trabajo

diario bastante amplia, incluida la duración de la jornada laboral si era necesario.

Una vez consolidado lo anterior, se comenzó a trabajar para trasladar esa forma de hacer a los espacios de coordinación con el resto de agentes implicados, en unos casos, aumentando, los contactos y coordinaciones establecidas inicialmente; esto ha sido posible gracias a la disponibilidad y sobreesfuerzo que se ha realizado desde otros agentes como el servicio de salud mental de Leganés, cuyo Programa de Continuidad de Cuidados con 7 profesionales ha permitido y respondido ante visitas, llamadas, y en definitiva se han mostrado siempre accesibles a nuestra demanda. Planteamos finalmente un encuentro al que estaban invitados todos los profesionales del centro de salud mental donde pudimos explicar el funcionamiento del equipo y reflexionar sobre dificultades de todas las partes y pensar en posibles soluciones de forma conjunta. De este espacio surgió la posibilidad de realizar reuniones “monográficas” con todos los agentes implicados en cada caso del que se tratase, permitiendo no sólo una coordinación más individualizada que atienda necesidades concretas de personas concretas, sino también generando un ambiente de verdadera coordinación en red.

Del mismo modo, se comenzó a percibir la ausencia del usuario en la construcción de los casos. Por este motivo, considerando al



usuario parte imprescindible del trabajo en red en relación a su situación. El siguiente paso a dar fue entonces crear espacios de construcción conjunta con el usuario y el resto de recursos de la red implicados. Se han promovido, con apoyo del servicio de salud mental, reuniones monográficas donde se convoca al usuario, familiares y resto de recursos implicados para establecer conjuntamente las líneas de trabajo. De nuevo pudimos observar mayor implicación y asunción de responsabilidades y compromiso por parte de la propia persona atendida.

Por supuesto también en este tránsito mencionado más arriba, no han sido pocas las dificultades con las que nos hemos encontrado y que podríamos resumir fundamentalmente en que, por un lado, la complejidad de cuadrar las "agendas" de un mayor número de personas implicadas nos ha obligado una vez más a adoptar una posición de flexibilidad, accesibilidad y colaboración realmente importante y, por otro, hemos tenido que afrontar las resistencias y miedos propios y ajenos asociados a lo desconocido de estos nuevos contextos de trabajo que por novedosos e infrecuentes no ha sido hasta poder "experimentar" sus beneficios cuando se han normalizado como una herramienta más de trabajo en red, (Musito, 2004).

Para nosotras el trabajo en red es trabajo comunitario, con todos los protagonistas implicados en cada momento, (Corfino, 2016). La perspectiva comunitaria por parte del equipo de profesionales, se coloca en este punto como eje de la intervención.

Para ello, se realizó un mapeo de los recursos y entidades ubicados en la comunidad, (Segura, 2022). Se han establecido relaciones con distintas instituciones, organismos y asociaciones: el punto de igualdad de la mujer del ayuntamiento de Leganés, asociaciones de Leganés de todo los ámbitos

(jubilados, militares, asociaciones vecinales de barrio, etc.) y se desarrolló inicialmente un grupo abierto a todos ellos, que se llevó a cabo en una sala de un centro cívico, situada en el centro de la localidad y cuya finalidad aparente fué llevar a cabo labores de tejer, donde había principiantes y expertas, donde el conocimiento se compartía y donde quedaban fuera todas las etiquetas. De dicho espacio fueron surgiendo varias colaboraciones posteriores y especialmente con el ayuntamiento del municipio.



En lo relativo al otro foco que marca nuestra labor, la perspectiva comunitaria, (Armaza, 2018), hemos abrazado con el paso de los años un modelo de trabajo autoconstruido en nuestra experiencia, en el que creemos firmemente que la persona, como única experta en los contenidos de su propia vida, pueda pensarse, sentirse y vivirse en relación, en el encuentro con los otros. Tener la libertad de elegir cómo participar de lo que la comunidad ofrece, en el caso de que quiera hacerlo. Un modelo que ponga el foco en potenciar las capacidades, que identifique las dificultades con las miras puestas en sus intentos de solución, en sustituir viejos mecanismos por unos nuevos que faciliten la interacción y la interdependencia. Un modelo que haga a la persona dueña de sus decisiones, de sus deseos y de sus propuestas de relación, un modelo que aumente la sensación subjetiva de libertad.

Este proceso, que continúa a día de hoy, se ha producido no sin dificultades, y parte de éste es poder parar a pensar en cómo superarlas y en cuál es el siguiente paso a dar. Hemos comenzado hablando de los 15 años que lleva

el EASC de Leganés porque todo esto lleva tiempo, todos los agentes nos tenemos que conocer, conocer todos los intereses de cada protagonista y todo ello conjugarlo para ir creando estas sinergias.

Hemos querido difundir esta experiencia porque pensamos que algunas os podéis identificar con el proceso o a otras, con suerte, os pueda dar ideas. Pensamos que este es un camino, posibilitar espacios de relación entre entidades y personas de la comunidad para crear conjuntamente. Las dificultades hablan del tiempo (cuanta más gente, más complejo encontrarse y mayor el esfuerzo, pero parece que más significativo el resultado). ¿Esto es perspectiva comunitaria? No lo sabemos, puede que no, pero es lo que, dentro de nuestra labor, con nuestras herramientas y sin perder de vista la atención a las personas con problemas de salud mental, es lo que se nos ocurre... No consideramos que nuestra forma sea la única buena, ni siquiera sabemos si lo es del todo, este es el punto al que hemos llegado hasta ahora y es seguro que tenemos mucho que aprender y cosas que cambiar. Nos movemos en las dudas, en las contradicciones, en la reflexión como única vía para seguir aprendiendo y creciendo.

Por último y al contrario que como conclusión, en el momento actual en el que nos encontramos las integrantes de este servicio las cuestiones que se nos abren son:

¿Cómo interfiere la dinámica social actual, que tiende al individualismo y genera desarraigo en el trabajo del EASC?

¿Qué capacidad tenemos desde los recursos para acercar las necesidades de las personas que habitan la comunidad a las instituciones?

¿Cómo conjugar la demanda que se le pide al recurso con las necesidades de las personas que atendemos?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[Características y tipología de los centros y servicios de la red]. (2022, 2 de marzo). Scribbr.

<https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/red-atencion-social-personas-enfermedad-mental>.

Farkas M. Recovery, rehabilitation, reintegration: words vs. meaning. World Association of Psychosocial Rehabilitation Bulletin. 1996; 8:6-8.

Liberman, R.P. (1993). Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca

Musitu, G. y Buelga, S. (2004) Desarrollo Comunitario y Potenciación. En G. Musitu, J. Herrero, L.Cantera y M. Montenegro (Eds.), Introducción a la Psicología Comunitaria, (pp. 167-195). Barcelona: UOC

Presley, A.S., Grubb, A.B. y Semple, D. (1982). Predictors of successful rehabilitation in long-stay patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 66, 83-88.

Cofino, R., Avinó, D., Benedéd, C. B., Botelloe, B. y Cubillo, J. (2016). Promoción de la salud basada en activos:¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Informe SESPAS 2016. Gaceta sanitaria. Volume 30, supplement 1. Pag 93-98

Segura, J. (2022, 2 de marzo). El mapa de recursos de una comunidad (Asset mapping). Scribbr

https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2011/01/12/132336.

Armasa, C., Hernán García, M. y Cofino, R. (2018) ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. Gaceta Sanitaria. Volume 32, Supplement 1, October 2018, Pages 5-12

NATURALEZA CON ECO: BAÑOS DE BOSQUE ACTIVIDAD POST CONFINAMIENTO EN EL CENTRO DE DÍA CARABANCHEL

M^a Soledad Cora Martín

Educadora Social.
Centro de Día Carabanchel

Entidad gestora:
Fundación El Buen Samaritano.

RESUMEN

Desde que se inició la pandemia por Covid-19, hemos estado todos expuestos a vivir continuas experiencias de adaptación. Las personas con enfermedad mental grave y duradera, generalmente con dificultades para estructurar su vida diaria, para planificar actividades de ocio y con una escasa capacidad de disfrute de éstas, se ven en una posición de igualdad respecto al resto de la sociedad: cuando de repente todos compartimos una situación de incertidumbre, donde tenemos dificultades para estructurar el día y planificar actividades en el domicilio, además de enfrentamos a un estado anímico desfavorable para mantener la capacidad de disfrutar.

Nos exponemos a una búsqueda forzosa de intereses y actividades de bienestar y contamos con una cantidad de tiempo ocioso excesivo, que nos lleva a una obligada, pero connatural, reflexión sobre nuestras emociones y sobre nuestro cuerpo, un claro ejercicio de autopercepción.

Esta situación reflexiva nos llevó al equipo del Centro de Día Carabanchel, gestionado por



la Fundación El Buen Samaritano, a valorar la necesidad de aumentar el autoconocimiento del estado de ánimo y entrenar en herramientas para su mejora de las personas atendidas en el recurso. La actividad "Naturaleza con Eco: Baños de Bosque", surge como una actividad grupal para alcanzar el bienestar, a través de actividades enmarcadas en la naturaleza y el medio ambiente. A lo largo de 27 sesiones grupales, 19 personas atendidas en el recurso pudieron mejorar su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

Desde el Centro de Día Carabanchel, un tema en el que nos centramos los profesionales y personas atendidas durante el confinamiento por la Covid-19, fue el de la naturaleza. Compartimos por WhatsApp los cambios que veíamos en el planeta, la disminución de la contaminación, realizamos actividades manuales a partir del reciclaje, además de mirar por la ventana y desear salir a disfrutar de los parques y del campo, ¿y quién no?.

Cuando retomamos la presencialidad en el

centro (mayo de 2020) y por tanto las actividades grupales, decidimos dar cabida a este interés común. Desde el Centro de Rehabilitación Laboral de Carabanchel, se nos ofreció participar en su *Programa de Relajación en la Naturaleza inspirado en Baños de Bosque*.

¿QUÉ SON “BAÑOS DE BOSQUE”?

Lo primero fue informarnos de qué eran los Baños de Bosque. Shinrin Yoku o baños de bosque es una filosofía que viene de Japón y significa “*absorber la atmósfera del bosque*”.



En los años 80 surgió, por un lado, el objetivo de poner en valor los bosques del país, que cubrían gran parte de su superficie y, por otro lado, el objetivo de minimizar el estrés y la ansiedad asociados al trabajo, a través de fomentar el contacto con la naturaleza.

Hoy en día, es una práctica habitual, que además va calando en otros países de oriente y occidente. Consiste en realizar un paseo, en un entorno natural, que puede ser un bosque o incluso un parque; no se trata de hacer una ruta de senderismo, sino de hacer un paseo pausado en el que pongas tu atención en los cinco sentidos. No es necesario realizar un

gran esfuerzo físico, ya que el paseo puede ser caminar un kilómetro y medio en cuatro horas. La finalidad es, poniendo en juego esos cinco sentidos, llegar a un autoconocimiento de nuestro cuerpo y de nuestras emociones.

Nos pareció que ésta práctica se ajustaba perfectamente a nuestras necesidades y por lo tanto comenzamos a participar en dicho programa, dirigido por María Gozalo, Maestra Taller del Centro de Rehabilitación Laboral Carabanchel. De alguna forma, con la pandemia, el planeta nos había dicho que había que parar y qué mejor oportunidad para frenar y comenzar a observarnos a nosotros mismos, conocernos mejor y generar espacios de bienestar.

OBJETIVOS

Objetivos principales:

- Sensibilizar a los participantes sobre la capacidad de la naturaleza para lograr un bienestar en su día a día.
- Aprender herramientas para gestionar el impacto del estrés en sus pensamientos, emociones y comportamientos.
- Utilizar herramientas que ayuden a gestionar los momentos de cambio a nivel físico y emocional.

Objetivos específicos:

- Reducir el nivel de ansiedad.
- Generar un espacio de pausa y atención plena.
- Potenciar la capacidad sensorial.
- Estimular la atención, concentración y creatividad.
- Incrementar las vivencias positivas y emociones agradables, descubriendo y reflexionando sobre ellas.
- Aumentar la percepción y auto percepción y relación con el entorno.
- Mejorar la conciencia corporal.

- Favorecer las relaciones interpersonales.
- Impulsar la conciencia medioambiental.

METODOLOGÍA

Al inicio se les lanzó una pregunta motivadora que era la siguiente: “¿Qué cosas te generan bienestar?”, a partir de la cual, compartimos intereses e investigamos sobre ella, mediante actividades relacionadas con los cinco sentidos; gusto, olfato, vista, tacto y oído.

La programación de las sesiones dirigidas se iban configurando por el grupo según se iba decidiendo, siempre guiada en torno al tema de la naturaleza, a los sentidos y a descubrir qué cosas nos aportan bienestar.

ESTRUCTURA Y TEMPORALIZACIÓN

La estructura de la actividad estaba formada por 6 “grupos burbuja” de 4 participantes cada uno, que acudían de forma quincenal. Se proyecta una participación total de 24 personas con especial interés en la naturaleza y el medio ambiente, atendidas en el Centro de Día Carabanchel.

Cada grupo participaba en dos sesiones al mes: una de ellas, dirigida y planificada por la Maestra de Taller del Centro de Rehabilitación Carabanchel en el vivero sito en la Finca Vistalegre, donde se realizaban los baños de bosque. Y la otra sesión, dirigida y planificada por la Educadora del Centro de Día Carabanchel, realizando dinámicas sensoriales sobre naturaleza en los parques del entorno.

DESARROLLO DE LAS SESIONES

Los contenidos que se trabajaron durante las sesiones fueron:

- Nuestro movimiento (tomar consciencia y aprender a ralentizarse).

- Diferencias de color y gamas dentro del mismo.
- Diversidad de formas y texturas
- Los materiales que nos rodean.
- Elementos de la naturaleza que vemos y los que no vemos.
- Los sonidos que nos rodean y el silencio.
- Seres vivos que conviven con nosotros.
- Aromas que nos llegan.
- Qué hay y qué sobra.

La estructura de la sesión era:

- Acogida e introducción al tema.
- Trabajo sensorial dinámico (paseo).
- Trabajo sensorial estático (dinámica).
- Cierre de la sesión: se comparte la experiencia, se fomenta el agradecimiento y la despedida.

Todas las sesiones contaban con una temática mensual:

- Caminar conscientemente: durante el paseo llevamos la atención a nuestros pasos y movimientos.
- Caminar conscientemente: tras el paseo reflexionamos sobre qué hemos oído, visto, olido y tocado.
- Acercar la mirada: empleamos un elemento de observación, que es la lupa, y trabajamos sobre todo en los almendros que habían florecido.



- Caminar con la mirada violeta: llevamos la atención a los colores, en este caso tonalidades moradas, contextualizadas con la celebración del Día de la mujer en el mes de marzo.

- Un árbol y un libro: observamos diferencias y similitudes entre varios elementos, en este caso árboles (tamaños, formas, colores, etc.) y exploramos el beneficio de la lectura en la naturaleza, contextualizado con la celebración del Día del libro en el mes de abril.



- Con tacto: trabajamos más intensamente este sentido mediante bolsitas que contienen objetos de la naturaleza que tenemos que descubrir a través del tacto y que hemos podido observar durante el paseo.
- Elevar la mirada: observación de aves, haciendo uso del telescopio.
- ¿Qué me rodea?: mientras paseamos, buscamos una hoja y un árbol que llame nuestra atención, posteriormente observamos sus características. Al finalizar el paseo, observamos el cielo, reflexionamos sobre sus características y sobre el clima, observamos qué llevamos puesto y si se ajusta al tiempo que hace.
- Aromas y recuerdos: trabajando el sentido del olfato, con los ojos cerrados vamos oliendo diferentes objetos (cebolla, vinagre, comino, vainilla, etc.) y vamos reflexionando sobre qué nos evoca ese olor, dónde nos lleva, si nos es agradable, etc. Finalizamos leyendo un relato sobre los sentidos, donde se describen los colores mediante el olfato, el oído, el tacto y el gusto.
- ¿Cómo lo ves?: situados en el parque, dibujamos lo que vemos, posteriormente

compartimos y reflexionamos sobre cómo viendo lo mismo lo vemos de manera diferente y cómo nuestro estado de ánimo también influye en cómo lo vemos. Después dibujamos nuestro rincón de naturaleza, un lugar accesible donde nos encontremos cómodos y que sea especial para nosotros, lo identificamos y lo tenemos en mente para acudir cuando nos apetezca. Y finalizamos, identificando nuestra preferencia en cada uno de los sentidos (qué me gusta más oler, ver, tocar, saborear y oír). Hacemos una reflexión general sobre la actividad y los recursos naturales a los que tenemos acceso para nuestro bienestar.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Participaron un total de 19 personas y se desarrollaron 27 sesiones.

Durante las sesiones de Baños de Bosque, se realizó una valoración dinámica sobre la emoción con que iniciamos la actividad y la y la emoción con la que nos íbamos.

Los resultados muestran que a medida que repetían la actividad, se acrecentó la presencia de las emociones de alegría y serenidad. En muchos casos, ya sólo pensar que acudían a la actividad les reportaba bienestar.

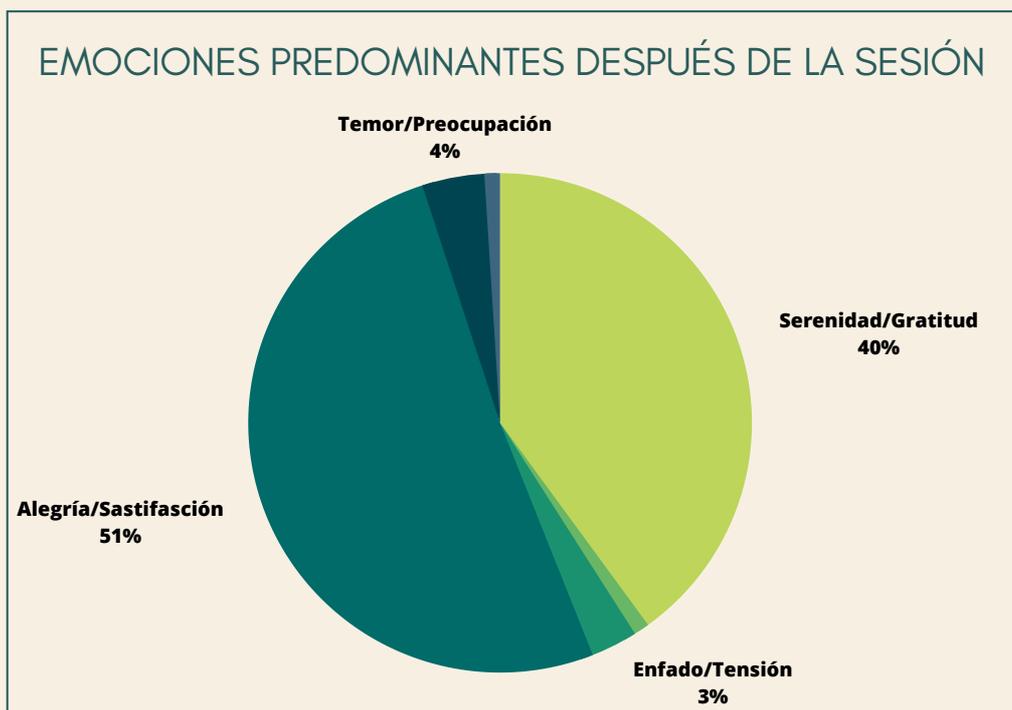
Se llevó a cabo una valoración final/global en la última sesión dirigida por las Educadoras del Centro de Día Carabanchel, mediante un cuestionario individual y a través de una reflexión oral en grupo:

- Identificaron que la actividad había aumentado su relación con la naturaleza, la capacidad de reflexionar y expresar, además de la capacidad de pasear de manera consciente y gratificante.
- Un 30% valoró que se ha potenciado su sentido de la vista, un 20% oído, tacto y olfato, y un 10% el gusto. Debido a la pandemia actual el gusto fue el sentido

menos desarrollado al haber podido compartir en muy escasa medida.

- Un 70% valoró que había aumentado el uso de parques públicos y se sentía más concienciado con el cuidado del planeta.
- Un 90% valoró que la actividad le había ayudado a reducir su ansiedad, haciendo una valoración positiva y gratificante de esta.

La experiencia fue tan gratificante que se decidió continuar con la actividad de Naturaleza, relacionada con cuidar el planeta de forma activa y con la actividad de Baños de Bosque por todo el bienestar que aporta. Actualmente se ha contratado a la empresa **Naturaleza Consciente**, la cual ha adaptado la realización de los baños de bosque, al perfil de las personas atendidas en el Centro de Día Carabanchel y a un entorno cercano para nosotros, como la Casa de Campo, pudiendo continuar disfrutando de la experiencia.



ARTÍCULO EN PRIMERA PERSONA

José de la Peña

Yo, con 65 años actualmente, y paciente de los servicios de salud mental desde el año 1984, hace 20 años se me ofreció el poder participar como usuario en los centros de rehabilitación de la Comunidad de Madrid.

Ya desde el principio me integré plenamente, debido a lo fácil y gratificante que resulta la convivencia y el compartir vivencia con compañeros y profesionales.

Hasta la fecha continúo gozando de los beneficios que todo esto me reporta, no obstante, por mi edad y debido al reglamento que regula dichos centros, en un breve período de tiempo tendré que prescindir de la atención que recibo en el centro de día al que acudo, quedándome un vacío que va a repercutir negativamente en mi estado de salud mental.

Por ello, desde aquí solicito se flexibilicen dichas normas y nos permitan continuar beneficiándonos de todo lo que estos centros nos reportan a las personas que sobrepasan los 65 años.

Una de las aficiones que tengo es la de escribir poemas; algo que me ofrece muchos beneficios anímicos y que me permite expresar ideas y sentimientos. Por ello acompaño el siguiente poema al texto anteriormente expuesto animando, a quien corresponda, a tener en consideración mis palabras.

Atentamente, un usuario de los centros de rehabilitación.



Poema titulado: Fechas y recursos

Con los 65 años cumplidos
Y de ellos los últimos 20
Tantos compartidos
En los centros de día como referente

Y ahora por mi edad
Y leyes que no comprendo
Tengo que el centro abandonar
Algo que profundo lamento

Con todo lo que representa
Tanta atención perder
Algo a tener en cuenta
Por lo que es de merecer

Dejar el trato con los compañeros
Y los profesionales
Algo tan necesario y verdadero
Todos tan principales

Ese real apoyo
Del que gozamos
Para superar escollo
Y sosiego alcanzamos

Algo mutuo y recíproco
A la hora de dar y pedir
Algo sin equívoco
que se viene a añadir

Con terapias diversas
Y mucho comunicar
Algo que nos compensa
Y nos hace aliviar

Los síntomas atenuando
Entre otras muchas cosas
Para de ello disfrutando
De forma dichosa

Algo que resulta tan grato
 Tan placentero
 De beneficio un desato
 Algo puro y verdadero

Resulta tan fácil todo
 Nos es tan necesario
 Con forma y modo
 Que gozamos a diario

Y al tema principal volviendo
 No tenemos las mismas necesidades
 Con los años que vamos cumpliendo
 Sean cual sean las edades

Y no sé por qué reglamento
 Que así nos condiciona
 Para descontento
 Se nos arrincona

Que de tanto bueno nos priva
 Y nos hace entristecer
 Nos lleva a un desmotiva
 A un negado acontecer

Perdiendo todo encanto
 Tan sana relación
 Algo tan nefasto
 De tan mala condición

Que nos empuja al olvido
 A la desatención
 Algo tan querido
 De tanta satisfacción

Por eso desde aquí digo
 Se pongan en nuestro lugar
 Que de ello se hagan testigo
 Los que nos hacen ese relegar

Y nuestras necesidades comprendan
 Así profundamente
 Y de primera mano tengan
 Ese vacío que se siente

Se siente al dejar tanto
 Por años cumplir
 Para puro desencanto
 Que nos quita sosiego de vivir

Calendo en la desesperanza
 Sujetos a ciertas normas
 Que por su importancia
 A lo negado se nos torna

Algo tan importante
 Que nos es ofrecido
 Que resulta tan relevante
 Tan puro y tan querido

De forma individual
 Y también colectivo
 Con la misma necesidad
 Sea cual sean los años digo

Por eso desde aquí rompo una lanza
 En pro de tantas personas
 Y tengamos la esperanza
 Que las leyes cambien de forma

Y nos sea un devenir
 Del mejor resaltar
 Y nos haga un permitir
 De cómo beneficiarios continuar

Y seguir sacando provecho
 A algo tan bueno y sano
 Y sea de modo hecho
 Con lo mejor de la mano

Y tomen conciencia
 Los que así lo disponen
 Que nos lleva a la carencia
 Y lo sano descomponen

Ya cumplidos los 65 años
 Y un vacío en perspectiva
 Sobre lo que me hizo subir peldaños
 Y me dio un bienestar y activa

Lo que ahora se nos está privando
 Que cambie todo esto
 Y nos siga beneficiando
 Sea camino recto

Y por lo dicho antes considero
 Que mientras físicamente podamos
 No se pongan peros
 A la hora de la salud mental cuidarnos

A VUELA PLUMA

Jose Manuel Cañamares Yelmo

Psicólogo Clínico.

Director del área de Salud Mental de
Intress



A VUELA PLUMA

¿PARA QUÉ? PARA...DIGMA

Al igual que en últimos números del boletín, querría plantear preguntas que nos ayuden a poner un poco de orden en el entorno técnico que nos rodea y que, a mi parecer, es una de las principales dificultades con las que se encuentra actualmente la rehabilitación psicosocial. O, al menos, a ser conscientes de los problemas que se generan al abordar la atención a personas ¿con enfermedad? ¿con diagnóstico en salud mental? ¿con experiencias vitales determinadas? desde una perspectiva profesional. Por desgracia solo tengo preguntas, las respuestas propias son tan válidas, o tan poco, como cualquier otra. No intentaré llegar al nivel tan brillante de discurso técnico del último a vuela pluma de Juan Fernández Blanco, misión imposible para mí, pero sí querría plantear cuestiones para, como he apuntado, polemizar más que para resolver.

Me parece relevante plantear las siguientes cuestiones:

Cambio de paradigma

Hay una frase que llevo escuchando hace ya algún tiempo. Hay personas de mi entorno que comentan que “hemos cambiado de paradigma”. Debo estar haciéndome mayor, porque yo no me había dado cuenta de esta circunstancia. Comenzó cuando tomó auge la perspectiva de la recuperación (que a mi parecer no es un modelo ni paradigma, yo lo denominaría más bien un enfoque), cuando las personas con experiencia vivida empezaron a demandar otra forma de acercamiento profesional, o de no acercamiento, cuando empezaron a utilizarse técnicas y herramientas de otros modelos teóricos que hasta el momento no se habían usado, o a funcionar por parte de algunos profesionales desde alguno de estos otros modelos diferentes del mayoritario en la Comunidad de Madrid, etc.

Un paradigma, según lo que a mí me enseñaron, es un modelo explicativo, y que yo sepa no hemos cambiado de modelo explicativo. Desde sus inicios, en la AMRP han convivido, al menos, teorías cognitivo-conductuales con psicodinámicas y sistémicas, y no hemos convenido en ningún momento que la rehabilitación psicosocial se basa exclusivamente en una de ellas.

Creo que esta idea de cambio de paradigma tiene más que ver con el contexto en el que nos movemos, que sí que se ha modificado. Pero esto lo comentaré más adelante.

En esta cuestión del cambio de paradigma me adhiero al título del artículo de Marino Pérez sobre la psicología positiva, alegando que habíamos descubierto el Mediterráneo. Desde los inicios de la atención en rehabilitación a personas con trastorno mental grave hemos trabajado con modelos

centrados en la persona, respetando sus decisiones y sus formas de cubrir sus necesidades, orientando y no dirigiendo ni imponiendo, devolviendo nuestras observaciones y evaluaciones y acordando el plan de atención a desarrollar. Y desde el inicio hemos trabajado también con las familias y con el entorno de vida de las personas, llamémoslo modelo comunitario, de competencia o como se quiera.

Creo que esta idea de cambio de paradigma refleja en realidad un problema mayor, y seriamente preocupante, que es la progresiva introducción de diferentes técnicas, herramientas y perspectivas que, al ser utilizadas por personas sin una sólida base teórica, hacen parecer que la atención en rehabilitación ha derivado a otro modelo o que se ha producido una "ruptura con el modelo anterior". Aquí sí que considero que tenemos una quiebra.

Hay que tener en cuenta que se calcula que hay más de cuatrocientas prácticas psicoterapéuticas, que se apoyan en alrededor de una docena de modelos teóricos. Y creo que la asunción de estas prácticas sin contar con estos modelos es lo que nos está llevando en alguna medida a ese "todo vale" que estamos viendo desde hace algún tiempo. Es decir, el no desplegar las prácticas desde un conocimiento sólido de los modelos nos coloca en ese "totum revolutum" que comento. Primero es necesario disponer de un "idioma" propio, que es en el que se lee y en el que se piensa, y después, como cualquier idioma, la lengua está viva y puede enriquecerse de otras. Como le leí una vez a Fernando Colina "uno habla lo que le deja su teoría", pero después pueden aprovecharse otras herramientas, traduciéndolas al "idioma propio" y al "contexto de mi idioma".

Con todo el respeto a todos los modelos y prácticas, además de los clásicos de

entrenamiento en memoria y atención o técnicas de afrontamiento, autocontrol o cognición social, exposición en sus diferentes modalidades, IPT, etc., hace años que sumamos las técnicas dialógicas, EMDR, atención plena o mindfulness, mentalización, terapia multifamiliar, terapia de aceptación y compromiso, dialéctico conductual, técnicas narrativas, terapia asistida con animales, arteterapia, musicoterapia, otras terapias contextuales, acompañamiento terapéutico...

Es importante reseñar que algunas de ellas sí tienen evidencia empírica, mientras que en otros casos no la habría, o estaríamos en alguna de ellas ante la terapia del sombrero morado, que dirían Rosen y Davison. Además, ya sabemos que en nuestro campo de trabajo hay que buscar intervenciones que estén basadas en la evidencia, pero que esto no es suficiente y a menudo tenemos que desarrollar intervenciones que no cumplen estos criterios, pero son demandadas por las personas que atendemos o cubren otras necesidades, como bien explica Rafael Penadés. Pero una cuestión es llevar a cabo estas actuaciones y otra atribuirles una capacidad explicativa de los cambios que se puedan producir.

A esto hay que añadir que solamente me he referido a técnicas o herramientas psicoterapéuticas, a las que hay que añadir todas las intervenciones aportadas desde la educación social y otras disciplinas que componen el campo profesional de la rehabilitación.

En resumen, esta utilización de herramientas sin esa solidez teórica desde las que se deberían implementar nos lleva de nuevo a evocar esas carreras propuestas por el pájaro Dodo en Alicia en el País de las Maravillas, donde cada uno empieza la carrera dónde y cuándo quiere y la acaba de la misma manera. Todos ganan, pero no creo que nadie desde fuera, ni desde dentro, entienda mucho lo que está pasando.

El contexto

En aras de no faltar a la verdad, y siguiendo el hilo del punto anterior, es cierto que ya no hacemos tantas intervenciones desde perspectivas más pedagógicas, pero también es verdad que los perfiles de las personas que atendemos han cambiado y aquellos entrenamientos imprescindibles cuando las personas llevaban tiempo institucionalizadas ahora no son necesarios.

Cuando empecé en esto de la rehabilitación nos reuníamos en un barracón del Hospital Santa Isabel de Leganés con varios "pacientes" de la Unidad de Rehabilitación (la media estancia psiquiátrica hasta ese momento) y algunas otras personas que habían sido dadas de alta previamente. Leíamos el periódico, conversábamos y buscábamos que supieran qué medicación tomaban y qué hacía, que se relacionaran algo más entre ellos, etc.

Desde luego, tiene poco que ver con los usuarios y usuarias empoderadas que vemos con frecuencia, y que son capaces de defender sus derechos sin dificultad, reclamando una atención más alineada con su forma de ver lo que les está pasando. Aunque también es verdad que también debemos atender a personas que sí presentan serios déficits en su funcionamiento psicosocial y que no tienen capacidad para formar parte de este grupo más reivindicativo o activista.

También las familias han cambiado. Ya es difícil encontrar aquellas familias de principios de los años noventa que no tenían ninguna idea de lo que significaba el diagnóstico de sus familiares y que habían afrontado la enfermedad-trastorno-dificultades con las herramientas personales de las que disponía, a veces muy escasas, y a las que había que explicar prácticamente todo lo relacionado con los comportamientos que no entendían de su familiar.

Nos encontramos actualmente con asociaciones en primera persona, potentes y con un gran activismo, y con asociaciones de familiares que también han evolucionado en gran medida.

Y lo que más ha evolucionado ha sido todo lo relacionado con derechos, humanización de la atención, etc., no solo en salud mental sino en todos los ámbitos de la medicina y también otros ajenos a ella. Cuando yo era joven, si una persona estaba hospitalizada por cualquier tipo de enfermedad y no aceptada el tratamiento, esta no aceptación se traducía en un alta voluntaria, ya que se entendía que debía hacer lo que se le decía y que si no, no pintaba nada en el hospital. Esto sí que ha cambiado y estas situaciones de despotismo ilustrado son mucho menos frecuentes. No es igual aquel tiempo de finales de los años 80 en que había que tomar decisiones sobre personas para poder llevar a cabo el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica que el actual, con personas atendidas en nuestros servicios que están altamente empoderadas y situadas de otra manera muy diferente en su contexto de vida.

Pero lo que no ha cambiado es el trabajo que hemos hecho siempre en rehabilitación psicosocial de integración de perspectivas. En los años noventa, y ahora, tenemos en cuenta la perspectiva de las personas que atendemos, las reivindicativas y las que presentan serias discapacidades, la perspectiva de las de las familias, las del entorno y el momento social concreto y también la perspectiva propia de la persona profesional derivada de su modelo teórico. Y con ello elaboramos una perspectiva que nos posiciona de cara a nuestra tarea. Esta integración de perspectivas para posicionarnos estratégicamente se ha mantenido y tampoco es una cuestión que haya cambiado de paradigma.

La enfermedad-trastorno-diagnóstico-dificultad-experiencia

Otra cuestión que se lleva escuchando desde hace tiempo es la de si podemos o debemos hablar de “enfermedad”, “trastorno”, “experiencia humana”, “persona con diagnóstico en salud mental”, etc.

Aquí hay una cuestión de inicio, y es que enfermedad sí o enfermedad no nos remite a un concepto que es interno a la persona, que está enferma o no está enferma. Y en salud mental hay un importante componente cultural para definir si una persona tiene un comportamiento o pensamiento aceptable como “adecuado” o no. Me remito para evidenciarlo a la definición clásica de delirio: Creencia falsa que otros no comparte. Por supuesto que esta definición es tramposa, porque no dice quién o quienes deciden que es falsa. Y, además, si es compartida por un gran número de personas no es un delirio, es una creencia. No estamos hablando de una analítica que muestra que la persona tiene 250 mg/dl de glucosa en ayunas, y que por eso tiene diabetes, sino de alguien que dice, por ejemplo, que habla con Dios porque le llama al móvil. Solo hace falta mirar la historia de los trastornos mentales para ver el tremendo peso que tiene la cultura en el diagnóstico, y cómo las mismas experiencias subjetivas han sido tildadas en unos momentos de enfermedad y en otros no.

Además, el tema de “enfermedad sí o no” tiene otro condicionante, que es Parménides, y subsiguientemente Platón. Cierto que está en la base de la forma que tiene la cultura occidental de organizar su pensamiento, pero esas dicotomías en todo, ese “lo que es, es y lo que no es, no es” nos llevan a posicionarnos solo en los extremos de sí o no, y a defender desde las barricadas solo esas dos posturas o desde los absolutos. Yo soy más de Heráclito y de William James y reconozco que comulgo

más con la idea de cambio continuo, el movimiento y evolución y con el pragmatismo. Pero, como veis, ya estoy poniendo de lo mío a la hora de hablar de “conceptos objetivos” como el de enfermedad. Es que lo que tiene la epistemología...

Y se nos olvida también que los diagnósticos en psicopatología, a diferencia del resto de diagnósticos en medicina, no son explicativos, no establecen causa y tratamiento, como en el caso anterior de la diabetes, sino que se limitan a etiquetar una serie de síntomas, y a organizarlos en diagnósticos, que después cada modelo teórico tratará de explicar.

En resumen, en este tema de si enfermedad, trastorno, experiencia humana, nada, etc. creo que no estaría de más pensar en el mandato cultural que tenemos y diferenciar lo que es de la persona y lo que es de la cultura y el entorno. Lo siento mucho, pero, volviendo a la definición de delirio, si alguien me cuenta que Putin le ha implantado a través de un agujero en el espacio-tiempo un chip en la cabeza para leerle el pensamiento porque él tiene todos los códigos de lanzamiento de misiles nucleares de Estados Unidos, no sabré cuál es su experiencia interna, pero en la cultura occidental, en el siglo XXI a eso técnicamente se le llama (a no ser que le creas) delirio paranoide, más allá de que por supuesto le valide a él como persona y valide la emoción que le produce este pensamiento. Y reitero que, en el caso de los trastornos mentales, es la cultura a través de las y los profesionales quienes deciden qué es o no una enfermedad.

Rehabilitación-recuperación- acompañamiento-asistencia

Otra cuestión relevante, y que engarza con el punto anterior es la que recoge el título de este epígrafe. No sé si la AMRP tiene que cambiar de nombre o no, pero sí recojo, de

nuevo con ánimo de polemizar, que se está produciendo un cambio en el campo de lo psicosocial y social que nos va a llevar a no poder entendernos. Si a lo políticamente correcto le sumamos todas estas disquisiciones sobre enfermedad o no, lugar del profesional, etc. podemos llegar a no saber de qué estamos hablando, no porque no lo sepamos, sino porque será tan oscuro que tendremos serias dificultades para comprender el discurso. De hecho, hace poco estuve presenciando una pequeña broma como acto de cierre de un congreso en la que el presentador intentaba averiguar como ciudadano común y corriente qué hacían en una entidad de ámbito social que trabaja con personas en situación de calle y le era imposible saberlo porque tanta corrección política y tanta exquisitez y cuidado en la forma de expresarse sobre las personas y la tarea desarrollada hacía que todo incomprendible.

Ya he comentado al inicio que para mí el enfoque de la recuperación no supuso ningún cambio de modelo. Pero es cierto que sí hizo aportaciones. Reitero que pensar en que la persona es el centro y la artífice de su proceso o proyecto, y que en sus capacidades y fortalezas lo hacemos desde siempre, pero es cierto que la Recuperación añadió una óptica de esperanza. Y aquí es donde me voy a permitir citar a José Antonio de la Rica cuando habla de este "optimismo deontológico" frente al "pesimismo factual" para comentar que ninguna de las dos posturas tiene en cuenta todos los datos, y que, por tanto, ni siempre salen las cosas bien, ni tampoco hay personas atendidas con las que no queda otra que tirar la toalla. Así que son otras barricadas en las que no merece la pena pelearse.

Pero todo esto no sería tan importante si este lugar o rol profesional desde el que trabajamos, y sobre el que tenemos diferentes perspectivas, no se cruzara con la cuestión

inicial de las técnicas, herramientas y demás y la falta de base teórica para su desarrollo. Aquí es donde veo yo el problema. El trabajo comunitario, la activación de recursos o como se quiera llamar, la búsqueda de la participación autogobernada y la inclusión social como objetivo último junto a este popurrí de técnicas está llevando a una seria confusión de roles. En definitiva, el de que todos/as valemos para todo.

Hace no mucho me contaba una persona un ejemplo de esto que estoy comentando. Le preguntó a una integradora social que qué haría si estaba acompañando a una persona atendida en un centro y ésta le empezaba a relatar ideas suicidas, sabiendo que en el centro ella debía desarrollar una actividad grupal en un rato. La integradora planteó que se pararía y, por ejemplo, iría a una cafetería para seguir escuchando a la persona. Evidentemente, esta persona no estaba formada para intervenir en ideación suicida, había dejado colgado un grupo de su centro y no había buscado a la persona de este centro que sí podría tener más formación ante la ideación suicida. Es un buen ejemplo de este "todas/os valemos para todo". Y lo mismo está pasando con muchas de las actividades desarrolladas en los servicios, llevadas a cabo de forma indistinta por cualquier profesional. Pero claro, y lo digo con ironía, si solo se trata de acompañar...

Para despedir este a vuela pluma, reconozco que un poco caótico y deslavazado, querría decir que, por supuesto no estoy sentando cátedra de nada, no soy quién para ello, y que mi objetivo es comentar, para la polémica, el momento confuso que vivimos y que, a mi entender, se debe a la falta de una sólida base teórica en parte de las personas trabajadoras de esto que hemos llamado hasta ahora rehabilitación psicosocial.

Jose Manuel Cañamares Yelmo

The logo for AMRP is centered on a light beige background. The letters 'A', 'M', 'R', and 'P' are rendered in a large, bold, sans-serif font. The 'A' is a dark teal color, while the 'M', 'R', and 'P' are white. The background features a white geometric pattern of interconnected lines forming various polygons, creating a crystalline or network-like structure.

AMRP

Presidencia: Rafael Cristina López
Vicepresidencia: Marta Rosillo Herrero
Secretaría: María Amores González
Prosecretaría: Paola Fernandez Catalina
Tesorería: María Gonzalez Blanco
Vocalías:
Mar Hernández Blázquez
Itxaso Martín Jaureguizar
Carlos Salamero Platas
Carlos Molinero Sánchez
Directora de publicaciones: Silvia Bautista Corona

CONTACTO:



www.amrp.info



Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial



@AMRP1991



AMRP

Diseño y Maquetación:

La imágenes empleadas en el boletín han sido obtenidas de bancos de imágenes libres de derechos. (Pexels, Pixabay)

