

Ciudadanía como Salud Mental: Hacia una redefinición de los objetivos en salud mental

Guía para la implementación de intervenciones de concienciación para profesionales de la salud mental basadas en el modelo de Ciudadanía



Grupo de Investigación en Primera Persona

El propósito central de este manual de formación consiste en situar el ejercicio de la ciudadanía como horizonte prioritario en los servicios de salud mental y en la manera en que los equipos profesionales conciben y acompañan a las personas usuarias de servicios de salud mental en sus procesos de recuperación. El manual ofrece una guía pedagógica que permite a los equipos implementar una intervención de concienciación basada en el modelo de Ciudadanía, un marco de intervención que sitúa la promoción de los derechos, los recursos, los roles, las relaciones y las responsabilidades de las personas usuarias en el centro del proceso de recuperación y las prácticas profesionales.

Este manual aspira a convertirse en una herramienta de transferencia que garantice la replicabilidad de la intervención en distintos territorios, instituciones y comunidades. Por este motivo, está dirigido a profesionales de disciplinas diversas (psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, educación e integración social, auxiliares...), pero también se dirige a estudiantes que se preparan para incorporarse a la intervención social, así como a agentes comunitarios, formadores y formadoras, asociaciones en primera persona, familiares o cualquier otra persona interesada en comprender la manera en que la perspectiva de la ciudadanía puede transformar las prácticas de acompañamiento en salud mental.

Para el diseño de esta actividad contamos con la participación de entidades en primera persona, activistas, familiares y profesionales de salud mental. Un comité de cocreación contribuyó al desarrollo del contenido de la formación y estructuró las sesiones para ofrecer una formación útil y práctica, que facilite la transición y el cambio de modelo hacia una atención en salud mental basada en el ejercicio de la ciudadanía plena. Queremos expresar nuestra gratitud a todas las personas que han hecho posible la investigación previa, la elaboración de los contenidos y el desarrollo de las actividades formativas entre los equipos profesionales del sector.

Cualquier duda o consulta relativa al manual, las actividades formativas, las presentaciones o el proceso de evaluación la pueden remitir a través de nuestra web: <https://www.ub.edu/gr1p>.

Elaboración



Autoría

Diana Gonzalez-Mañas

Francisco José Eiroa-Orosa

Entidades académicas participantes



Licencia



Financiación



Con el apoyo de:



Referencia: Gonzalez-Mañas, D. & Eiroa-Orosa, F. J. (2025). *Ciudadanía como salud mental: Hacia una redefinición de los objetivos en salud mental. Guía para la implementación de intervenciones de concienciación para profesionales de la salud mental basadas en el modelo de Ciudadanía*. (1ª ed.). Grupo de Investigación en Salud Mental en Primera Persona.

Contenido

CONSIDERACIONES PREVIAS	6
Objetivos de aprendizaje	6
Algunas consideraciones sobre el lenguaje	6
Diversidad de participantes y adaptaciones	7
Resistencias en la formación a profesionales	7
Ampliación de los contenidos	8
IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	10
1. SESIÓN FORMATIVA.....	10
Contextualización	10
Objetivos de aprendizaje	10
Requisitos logísticos y materiales	11
Cronograma.....	11
1.1. Introducción al concepto de ciudadanía en salud mental	12
2. Segunda parte de la sesión formativa: aplicación de la rejilla de las 5Rs.....	35
2.1. Instrucciones paso a paso	35
3. Cierre y conclusiones de la dinámica	39
4. SESIÓN PRÁCTICA	40
4.1. Contextualización	40
4.2. Objetivos de aprendizaje	40
4.3. Requisitos logísticos y materiales	41
4.4. Cronograma	41
5. Fundamentos conceptuales de la dinámica	42
6. Ejercicio práctico mediante la técnica del rol fijo.....	43
7. Algunas consideraciones para tener en cuenta	46

8. Cierre y aprendizajes.....	49
9. Diseño de la evaluación.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
Herramienta de análisis de programas de intervención desde la perspectiva de la ciudadanía.....	57

CONSIDERACIONES PREVIAS

Objetivos de aprendizaje

La planificación de la intervención de concienciación requiere partir de una definición clara de los aprendizajes que se espera alcanzar en los y las participantes. Al finalizar esta actividad esperamos que las y los participantes sean capaces de:

- Identificar elementos de la práctica profesional correspondientes a las diferentes dimensiones de ciudadanía.
- Concebir el modelo de ciudadanía como una manera alternativa de entender la práctica en salud mental.
- Analizar las implicaciones del paso de un modelo basado en la reducción de síntomas a uno basado en el acompañamiento hacia una ciudadanía plena.
- Aplicar intervenciones basadas en el modelo de ciudadanía a la práctica cotidiana.

Algunas consideraciones sobre el lenguaje

A lo largo de este manual se utilizan deliberadamente expresiones como “personas usuarias de servicios de salud mental” o “personas con malestar psíquico”, entre otros, evitando términos que identifican a las personas exclusivamente mediante categorías diagnósticas. Esta elección terminológica responde a posicionamientos epistemológicos y éticos explícitos fundamentados en el modelo social y de derechos humanos de la discapacidad, tal como se formula en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas. Se espera que la persona formadora internalice estas comprensiones y las transmita a los participantes, no de manera impositiva sino facilitando reflexiones críticas sobre la manera en que el lenguaje puede reproducir dinámicas de cosificación y despersonalización. Los términos que aparecen en este manual se presentan como alternativas semánticas que pueden contribuir a construir relaciones más respetuosas con las personas usuarias.

Diversidad de participantes y adaptaciones

La formación está pensada para equipos de servicios de salud mental y del ámbito social especializado, integrados por profesionales de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, educación e integración social, así como personal administrativo y auxiliares. Cada uno de estos colectivos se aproxima a la noción de ciudadanía desde perspectivas distintas, y el manual contempla esta pluralidad como una oportunidad para enriquecer el diálogo. Por ello, la formación prevé adaptaciones que respondan tanto a las necesidades de un servicio hospitalario como a las de un dispositivo comunitario, pisos de apoyo a la vida independiente o cualquier otro recurso. A lo largo del manual se incluyen estrategias para su adaptación y se muestran ejemplos de situaciones propias de cualquiera de todos estos ámbitos de intervención.

Resistencias en la formación a profesionales

Las actividades formativas, aunque necesarias, a menudo pueden suponer una carga añadida para los equipos profesionales, que ya trabajan bajo una elevada presión asistencial. La frecuencia de las formaciones también puede generar la sensación de estar en un proceso de aprendizaje continuo, lo cual puede ser percibido como demandante y agotador. En este contexto, no es extraño que aparezcan resistencias o ciertas dificultades a la hora de afrontar nuevas propuestas. Por ello, conviene subrayar que el modelo de Ciudadanía no se plantea como un juicio moral sobre lo que los equipos hacen “bien” o “mal”, ni exige desaprender todo lo adquirido hasta ahora. Al contrario, parte del reconocimiento de que muchos y muchas profesionales ya incorporan en sus prácticas elementos que se alinean con la perspectiva de la ciudadanía. La invitación de esta formación es, por un lado, visibilizar y poner en valor aquellas prácticas que ya promueven la ciudadanía; por otro, abrir un espacio de reflexión colectiva sobre cómo reorientar o enriquecer otros aspectos del acompañamiento, de modo que favorezcan de manera más clara el ejercicio pleno de la ciudadanía por parte de las personas usuarias.

Ampliación de los contenidos

Este manual ha sido diseñado para proporcionar orientaciones prácticas que permitan a la persona formadora con experiencia básica en facilitación grupal implementar intervenciones de concienciación sobre el marco de Ciudadanía. No obstante, es imprescindible que la formadora posea comprensiones teóricas sólidas sobre los fundamentos del marco. Se recomienda dedicar tiempo a la lectura de la literatura citada en la sección “Referencias” a modo de ampliación de los contenidos que aparecen en el manual.

IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

1. SESIÓN FORMATIVA

La sesión formativa constituye el primer momento de la intervención de concienciación y cumple la función de ofrecer un marco conceptual y reflexivo que oriente el trabajo posterior. Con una duración de cuatro horas, la sesión pretende propiciar un diálogo crítico entre los y las participantes y abrir un terreno de exploración sobre las posibilidades de transformación de la práctica profesional.

La estructura de la sesión se divide en las siguientes partes:

- **Introducción al concepto de ciudadanía en salud mental:** los y las participantes reciben una introducción teórica y crítica al concepto de ciudadanía en salud mental, presentada en forma de recorrido histórico que permite comprender cómo se han configurado diferentes corrientes y prácticas en torno a la atención a la salud mental.
- **Aplicación de la Rejilla de las 5Rs:** los y las participantes realizan, en pequeños grupos, una autoevaluación de la adecuación de sus prácticas y servicios hacia el modelo de Ciudadanía y comparten sus resultados en público.
- **Cierre** y vinculación con el taller participativo.

Contextualización

Esta es la primera sesión en que el grupo y la persona formadora se encuentran. Es importante aprovechar el primer contacto para establecer el ambiente de trabajo del curso y la metodología. También se recomienda hacer una breve introducción de los temas a tratar y que las personas participantes conozcan cuál será su papel. Se sugiere, en este momento de la formación, realizar una breve presentación tanto de la persona formadora como de las y los participantes.

Objetivos de aprendizaje

A través de los contenidos teóricos, las actividades participativas y el trabajo en grupo, se busca que los y las participantes desarrollen conocimientos conceptuales y capacidades analíticas y relacionales orientadas a la transformación de la práctica profesional.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Comprender el marco teórico de la ciudadanía en salud mental.
2. Analizar críticamente las prácticas profesionales y organizativas desde la perspectiva de la ciudadanía.
3. Estimular la autocrítica constructiva y la apertura al cambio de perspectivas y metodologías de trabajo a partir de la rejilla de las 5Rs.

Requisitos logísticos y materiales

Es preferible contar con una sala espaciosa que permita distribuir las sillas en círculo, favoreciendo un ambiente de cooperación y diálogo. Dado que las sesiones se realizan en días distintos, es aconsejable que la misma sala esté disponible en ambas ocasiones. Se debe garantizar la disponibilidad de equipamiento audiovisual (ordenador o portátil, proyector, pantalla de proyección y altavoces). Asegúrate de llevar impresa la rejilla de las cinco dimensiones de la ciudadanía (ver Anexos) de manera que cada participante disponga de una copia personal para trabajar. Es importante que la sala disponga de una pizarra o, en su defecto, un rollo de papel continuo que permita recoger los resultados de los grupos para exponerlos al conjunto de los participantes. Si el espacio no cuenta con estos recursos, una alternativa eficaz consiste en preparar cartulinas para cada grupo y colocarlas en las paredes con cinta adhesiva. La previsión logística debe incluir un cálculo aproximado del número de grupos de trabajo que se formarán, considerando un tamaño de entre cuatro y cinco personas por grupo.

Cronograma

	Temporización
Introducción al concepto de ciudadanía en salud mental	2 horas
Pausa	15 minutos
Aplicación de la Rejilla de las 5Rs	1,5 horas
Cierre	15 minutos

1.1. Introducción al concepto de ciudadanía en salud mental

La primera parte de la sesión formativa se dedica a la introducción del concepto de ciudadanía en salud mental mediante un breve repaso histórico de diferentes corrientes y aproximaciones entorno a la salud mental. Como bloque inicial, esta parte se apoya en una presentación guiada que combina contenidos teóricos y críticos acompañados de reflexiones participativas y espacios de diálogo. El propósito es situar a los y las participantes en un proceso de comprensión histórica y social que muestra la manera en que las prácticas en salud mental han estado atravesadas por concepciones culturales y políticas, y explica por qué la ciudadanía constituye hoy un marco indispensable para pensar la salud mental.

1.1.1. *La historia oficial de la atención a la salud mental*

1.1.1.1. *Avicena y los maristanes*

Abū ‘Alī al-Ḥusayn ibn Sīnā (980–1037), conocido en Occidente como Avicena, fue uno de los grandes sabios del mundo islámico medieval. Destacó como médico, filósofo y científico. Avicena consideraba que la salud dependía del equilibrio entre el cuerpo, el alma y el entorno. Su mirada holística se reflejaba en los maristanes, hospitales islámicos donde se trataban también a personas con problemas de salud mental. Los maristanes eran espacios cuidadosamente diseñados con jardines, fuentes, música y aromaterapia. La visión integral de Avicena consideraba que la armonía del lugar ayudaba a restaurar el equilibrio emocional y psíquico de las personas que acudían al maristán.

Nota para la persona formadora

Ahora pasamos de la visión holística de Avicena y los maristanes a la Europa de finales del siglo XVIII. La imagen muestra a Philippe Pinel, conocido por su papel en lo que se ha llamado el nacimiento de la psiquiatría moderna. En el famoso cuadro de la izquierda aparece liberando de sus cadenas a un grupo de personas internadas en un manicomio. A la derecha aparece su retrato. Aquí se espera que algunas personas de la sala reconozcan a Pinel o hayan oído hablar de él. Por ello, puede ser interesante abrir un pequeño espacio de diálogo antes de dar la explicación para recoger las ideas o conocimientos previos que tengan. Puedes plantear preguntas como: “¿quién conoce al hombre del retrato?”, “¿En qué época sucede la escena?”, “¿Qué detalles os llaman la

atención de esta escena?”, “¿Por qué creéis que este momento ha sido considerado un punto de inflexión en la historia de la locura?”

1.1.1.2. *Philippe Pinel y la revolución de las cadenas*

En plena efervescencia de la Revolución Francesa, cuando los ideales de libertad, igualdad y fraternidad sacudían los cimientos del Antiguo Régimen, un médico francés cambió la manera de tratar la salud mental. Philippe Pinel (1745–1826), influido por los aires humanistas de su época, en 1793 fue nombrado médico jefe del hospital Bicêtre, un enorme complejo que funcionaba como hospicio, prisión y manicomio a la vez. Las condiciones eran extremadamente duras: las personas consideradas “locas” vivían encadenadas a los muros o al suelo, en celdas húmedas y oscuras, sin apenas cuidados ni libertad de movimiento. Según el relato tradicional, Pinel ordenó retirar las cadenas de unas cincuenta personas internadas. Propuso la idea de que los llamados “alienados” eran enfermos, no eran criminales ni poseídos como se creía, y por tanto merecían comprensión y cuidado, no castigo ni encierro. Sus ayudantes, Marguerite Jubline y su marido Jean-Baptiste Pussin, que había sido nombrado superintendente del hospital después de haber sido paciente del mismo, fueron quienes llevaron a cabo de forma práctica esta liberación y comenzó a introducir normas de convivencia, espacios comunes y paseos al aire libre. Esto se conoció como el tratamiento moral, un enfoque para la atención de la salud mental que promovía un trato humanitario, la abolición del maltrato y la inclusión de ocupaciones y actividades para el bienestar del paciente.

El gesto fue visto en su tiempo como un acto revolucionario y se convirtió en un mito fundacional de la psiquiatría, representado en numerosos cuadros que lo muestran como un acto de compasión. Sin embargo, investigaciones históricas posteriores han mostrado que lo que realmente cambió no fue la existencia de cadenas físicas, sino la instauración de un nuevo régimen de vigilancia, disciplina y control médico. A partir de este gesto se instauraron las rutinas estrictas, observación continua y los informes médicos, y comenzó la institucionalización de la locura en el manicomio, que marcaría el desarrollo de la psiquiatría durante los siglos XIX y XX.

1.1.1.3. Emil Kraepelin y el nacimiento de la psiquiatría científica

A finales del siglo XIX, Emil Kraepelin (1856–1926) situó la psiquiatría como una ciencia con fundamentos clínicos. Frente a las tendencias filosóficas o morales que precedentemente habían caracterizado la comprensión de la locura, Kraepelin propuso un enfoque empirista basado en la observación de los síntomas, la evolución de las enfermedades y su clasificación estructurada.

Su principal aporte fue la elaboración de un sistema diagnóstico que distinguía entre la psicosis maniacodepresiva (hoy conocida como “trastorno bipolar”) y la demencia precoz, término que más tarde evolucionaría a lo que hoy llamamos esquizofrenia. Esto marcó el inicio de la psiquiatría moderna como disciplina médica y sistemática.

Kraepelin también sentó las bases de lo que más tarde serían la psicofarmacología y la genética psiquiátrica. Fue uno de los primeros en estudiar los efectos de sustancias como el alcohol, la cafeína o el opio sobre el comportamiento y el estado mental, lo que anticipó el desarrollo de los tratamientos farmacológicos.

1.1.1.4. Sigmund Freud y el giro hacia el inconsciente

Al tiempo que Kraepelin impulsaba una psiquiatría centrada en el cerebro, la clasificación de síntomas y la búsqueda de causas biológicas, a finales del siglo XIX surgió otra forma de abordar el sufrimiento psíquico que marcaría profundamente el siglo XX: el psicoanálisis, desarrollado por Sigmund Freud (1856–1939) e impactando tanto en la medicina como en la cultura, la literatura, el arte y la filosofía.

Freud propuso que los malestares psíquicos no eran enfermedades del cerebro, sino el resultado de conflictos psíquicos inconscientes muchas veces ligados a la infancia, a la sexualidad o a normas sociales interiorizadas. Para abordarlos, creó un método basado en la escucha y la palabra que buscaba hacer consciente lo reprimido y otorgar sentido a los síntomas. Su perspectiva supuso una ruptura con la mirada exclusivamente médica de su tiempo porque ya no se trataba de observar desde fuera, sino de explorar el mundo interior de cada persona; el síntoma dejaba de ser visto solo como signo de enfermedad y pasaba a considerarse una expresión con sentido, una forma de comunicar un conflicto interno. En consecuencia, la relación entre terapeuta y paciente adquiriría un papel central, basada en el vínculo y situando la historia personal como elemento clave de todo proceso de

cambio. Sin embargo, aunque el psicoanálisis impactó en la manera de pensar el sufrimiento psíquico y abrió el campo de la psicoterapia, también reforzó la figura del profesional como intérprete autorizado de la vida psíquica de la persona y generó teorías universales sobre el desarrollo humano que, en algunos casos, ignoraron el contexto social, económico y cultural.

Nota para la persona formadora

En este punto de la sesión es recomendable hacer una breve pausa para animar a los y las participantes a hacer alguna aportación o comentario. Adicionalmente, sirve también para introducir el bloque de los movimientos en primera persona.

Señala que, aunque muy distintas entre sí, todas estas perspectivas situaron el saber y el poder de definir el sufrimiento exclusivamente en manos de los profesionales expertos, y apartaron del debate a quienes lo vivían en primera persona. Sus palabras o significados fueron interpretados, corregidos o patologizados, pero nunca escuchados como testimonios válidos de experiencia. Fue precisamente esta exclusión sistemática lo que encendió el impulso de nuevos movimientos de resistencia.

1.1.2. La historia no oficial del movimiento en primera persona

1.1.2.1. La Sociedad de Amigos de los Supuestos Lunáticos y la Sociedad Antimanicomios: primeras iniciativas del movimiento “en primera persona”

En la Inglaterra de mediados del siglo XIX, cuando el tratamiento de la locura seguía marcado por el estigma y el encierro, surgió la Sociedad de Amigos de los Supuestos Lunáticos (Alleged Lunatics’ Friend Society). Fundada en Londres en 1845, esta organización fue pionera en la defensa de los derechos de las personas internadas en manicomios, especialmente aquellas encerradas sin justificación médica clara. Muchas de las voces más activas de esta sociedad eran personas que habían sido internadas y que, una vez liberadas, decidieron luchar por la justicia y la reforma del sistema psiquiátrico. La Sociedad denunciaba los abusos cometidos en los asilos, donde el criterio médico se usaba en ocasiones como herramienta de control social, político o familiar. Denunciaban las internaciones arbitrarias, el uso de la fuerza, la falta de supervisión independiente, y la vulneración sistemática del derecho a la defensa, a la libertad y al consentimiento

informado. Además, parte de sus miembros eran abogados o personas con formación jurídica, y una de sus funciones principales consistía precisamente en asesorar y representar legalmente a individuos que habían sido internados injustamente, especialmente en casos donde existían conflictos patrimoniales o de herencia. De hecho, se la considera una precursora de los movimientos de derechos de los usuarios de servicios de salud mental y un antecedente directo de las luchas por el reconocimiento de la ciudadanía de las personas con malestar psíquico.

Sin embargo, muchas mujeres quedaron excluidas de los espacios de deliberación y decisión de las llamadas “sociedades de caballeros”. En este contexto, algunas mujeres se vieron obligadas a protagonizar su propia lucha por los derechos civiles. Uno de los casos más significativos fue el de Elizabeth Packard (1816–1897), una escritora y activista estadounidense que fue internada en un hospital psiquiátrico por orden de su esposo. En aquella época, las leyes en algunos estados de EE. UU. permitían que un marido pudiera declarar a su esposa “loca” y hacerla internar sin necesidad de pruebas médicas ni proceso judicial. Su internamiento duró tres años, durante los cuales Elizabeth resistió activamente y documentó su experiencia. Tras una larga y difícil batalla legal, logró que los tribunales reconocieran la injusticia de su confinamiento. A partir de entonces, se convirtió en una incansable defensora de los derechos de las mujeres, de las personas internadas involuntariamente y de la reforma psiquiátrica. En 1867 fundó la Sociedad Antimanicomios (Anti-Insane Asylum Society), con la que inició una campaña pública y legislativa para limitar el poder de médicos y familiares sobre el encierro, abogar por procesos legales más justos y defender el derecho a la autonomía personal.

1.1.2.2. John Tomas Perceval

“Narrative of the treatment of a gentleman” es considerado uno de los primeros testimonios personales de internamiento psiquiátrico y un documento fundamental para la historia de los derechos en salud mental. John Thomas Perceval (1803–1876) era hijo del primer ministro británico Spencer Perceval, el único jefe de gobierno en la historia del Reino Unido asesinado mientras ejercía su cargo. A pesar de provenir de una familia de prestigio político, John sufrió una crisis en su juventud y fue internado en varios asilos entre 1830 y 1832. Durante su encierro, vivió en primera persona los abusos físicos, la privación de libertad y el trato deshumanizante que se daba a los considerados “locos”. Después de recuperar su libertad, Perceval comenzó a escribir sobre su experiencia, lo que lo llevó a

publicar en 1838 su testimonio pionero. Perceval fue miembro fundador y figura clave en la Sociedad de Amigos de los Supuestos Lunáticos, y se convirtió en portavoz y defensor de los derechos de las personas internadas. Denunciaba los abusos cometidos en asilos, como los malos tratos y la falta de control legal, y promovía el derecho de los pacientes a tener representación legal y revisión independiente de su caso.

1.1.2.3. Georgina Weldon

En la Inglaterra victoriana, Georgina Weldon (1837–1914), cantante de ópera, escritora y activista, se convirtió en una figura vinculada a una de las luchas más tempranas y valientes por los derechos de las personas etiquetadas como “locas”, especialmente mujeres. En 1878, su propio marido intentó internarla en un manicomio sin juicio ni diagnóstico médico claro, amparado en una ley que permitía a los padres y esposos recluir a mujeres por conductas inapropiadas o excéntricas, como en el caso de Elizabeth Packard. Georgina logró escapar del encierro y, de hecho, convirtió ese hecho en el inicio de una campaña pública contra el abuso del sistema de salud mental. Denunció públicamente la facilidad con la que especialmente las mujeres podían ser encerradas en asilos sin pruebas médicas y sin defensa legal. Utilizó la prensa, los tribunales y sus propios escritos para exponer la violencia institucional y patriarcal que se escondía bajo el paraguas de la medicina, y fue una de las primeras mujeres en actuar como su propia abogada llevando a juicio a los médicos y familiares implicados en su intento de internamiento.

1.1.2.4. Dorothea Lynde Dix

Dorothea Lynde Dix (1802–1887) fue una reformadora social y activista estadounidense, ampliamente reconocida como una de las figuras más influyentes en la historia de la salud mental del siglo XIX. Después de una infancia y juventud marcada por el abuso y el sufrimiento psíquico, Dix llevó a cabo una investigación estatal sobre el cuidado de las personas pobres con problemas de salud mental en Massachussets. En la década de 1840, mientras enseñaba en una prisión de Massachussets, descubrió las condiciones deplorables en que se mantenía a las personas con problemas de salud mental, muchas de las cuales estaban encarceladas junto a criminales comunes o recluidas en sótanos oscuros sin atención médica ni cuidados básicos. A partir de ese momento, Dix emprendió

una campaña nacional para visibilizar el sufrimiento de estas personas. Recorrió extensamente Estados Unidos y posteriormente parte de Europa, elaborando informes detallados que presentaba ante las legislaturas estatales. Su estrategia se basaba en recopilar datos empíricos (condiciones físicas, número de internos, abusos, carencias de personal) y acompañarlos de un discurso moral y humanitario que apelaba a la conciencia pública y a los valores cívicos. Su labor logró la creación y mejora de más de 30 hospitales mentales en Estados Unidos, donde las personas internadas pudieran recibir tratamiento digno en lugar de castigo. En una época en que las mujeres tenían escasa participación en la vida pública, Dix se impuso como una figura respetada en los foros políticos y científicos. Llegó incluso a asesorar al Congreso y al presidente de EE. UU y logró que el tema de la salud mental se incorporara a la agenda política y social del país.

1.1.2.5. Clifford W. Beers

Clifford Whittingham Beers (1876–1943) fue un reformador estadounidense que, tras haber sido paciente en varios hospitales psiquiátricos, se convirtió en una de las figuras pioneras de la lucha por los derechos humanos en salud mental. Provenía de una familia acomodada y tenía formación universitaria de la Universidad de Yale. Sufrió una crisis tras la muerte de uno de sus hermanos y fue ingresado durante tres años en diferentes hospitales. Allí vivió maltratos físicos, negligencia médica y un trato profundamente deshumanizante, a pesar de ser un paciente educado, lúcido y proveniente de una familia influyente. Fue esta paradoja (el hecho de que ni siquiera su posición social lo protegiera del abuso) lo que lo llevó a actuar. Cuando recuperó su libertad, escribió la autobiografía “A Mind That Found Itself” (1908). Allí narró su experiencia, denunció el sufrimiento de las personas internadas y abogó por una atención psiquiátrica basada en derechos humanos. En 1909 fundó en Nueva York el National Committee for Mental Hygiene (Comité Nacional de Higiene Mental), considerado el origen del movimiento moderno de salud mental. Su misión se centraba en prevenir las problemáticas de salud mental, mejorar las condiciones de los hospitales psiquiátricos y promover una atención comunitaria.

1.1.2.6. Franco Basaglia y la libertad como terapia

En la Italia de la posguerra, en medio de un sistema psiquiátrico que seguía funcionando bajo lógicas de exclusión, encierro y deshumanización, un psiquiatra cuestionó para

siempre la lógica manicomial. Su nombre era Franco Basaglia (1924–1980), era también filósofo, y fue el impulsor de una de las reformas psiquiátricas más radicales del mundo occidental: el cierre de los manicomios en Italia acompañado de la creación de servicios comunitarios. Tras una breve etapa universitaria, en 1961 asumió la dirección del hospital psiquiátrico de Gorizia, una institución cerrada, autoritaria y sobrepoblada, similar a los manicomios europeos de la época. Bajo su dirección, el hospital fue progresivamente transformado en una comunidad terapéutica abierta. Eliminó las prácticas coercitivas (como las celdas, los uniformes o el aislamiento), fomentó la participación de las personas usuarias del servicio en las decisiones del centro y promovió la idea de que la locura debía ser entendida en el contexto social, político y relacional de cada persona. El libro *L'istituzione negata* (La institución negada, 1968), escrito junto con su equipo, recogió testimonios, reflexiones y documentos de aquella experiencia y se convirtió en un manifiesto político y ético contra la institucionalización y el poder psiquiátrico. En 1971 fue nombrado director del hospital psiquiátrico de Trieste, donde llevó aún más lejos la experiencia de Gorizia: eliminó las rejas y muros, suprimió las medidas coercitivas y promovió la inserción social de las personas a partir de la creación de viviendas asistidas, cooperativas de trabajo y otras redes comunitarias. Con todo, Trieste se convirtió en un modelo internacional de atención comunitaria. El punto culminante de su labor fue la aprobación, en 1978, de la Ley 180 del Parlamento italiano (popularmente conocida como la Ley Basaglia) que estableció el cierre progresivo de los manicomios y la creación de servicios comunitarios de salud mental, integrados en el sistema sanitario público.

1.1.2.7. La desinstitucionalización en España

La historia reciente de la atención a la salud mental en España está marcada por el proceso de desinstitucionalización. El punto de inflexión comenzó con la Transición democrática, tras la muerte de Franco en 1975. En ese contexto de apertura y reforma general del Estado surgieron movimientos sociales, profesionales y asociaciones de familiares que exigían una transformación profunda del sistema de salud mental inspirados por las experiencias de países como Italia, especialmente por el modelo de Franco Basaglia. A partir de ahí, se desarrollaron servicios ambulatorios, unidades de hospitalización breve en hospitales generales, recursos residenciales alternativos y programas de rehabilitación psicosocial. Este movimiento, alineado con las transformaciones internacionales en el campo psiquiátrico, implicó el abandono progresivo del modelo basado en el manicomio y la

Grupo de Investigación en Primera Persona

transición hacia un sistema de atención comunitaria. Sin embargo, aunque la desinstitucionalización en España representó un avance histórico en la defensa de los derechos de las personas con malestar psíquico, el proceso no fue sencillo ni completamente exitoso en todos sus aspectos. Fue un proceso más bien irregular que presentó diferencias significativas entre comunidades autónomas. Uno de los principales problemas fue que, en muchos casos, el cierre de hospitales psiquiátricos se llevó a cabo antes de que existiera una red comunitaria suficiente y bien organizada que pudiera atender adecuadamente a las personas que antes vivían en esas instituciones. Como resultado:

- Algunas personas internas fueron dadas de alta sin un seguimiento adecuado.
- Hubo personas que terminaron en situación de calle, en prisiones o sin atención regular.
- Las familias asumieron una carga muy alta de cuidados sin contar con apoyos profesionales.

En algunos casos, aunque se cerraron los grandes hospitales, se crearon nuevas formas de institucionalización como residencias o pisos tutelados, donde las personas siguieron dependiendo del sistema sin el fomento de una verdadera emancipación.

Nota para la persona formadora

Un elemento especialmente revelador para comprender las consecuencias y los límites del proceso de desinstitucionalización en el contexto español aparece en la tesis doctoral '*Stultifera domus. Del manicomio a la institución doméstica total: vida cotidiana, familia y esquizofrenia*' (Agís, 2021). Su tesis propuso el concepto de institución doméstica total para describir que, tras el cierre de los hospitales psiquiátricos, ciertas dinámicas propias del internamiento (la custodia permanente, la vigilancia, la normativización de la vida cotidiana o la pérdida de autonomía) se desplazaron al ámbito del hogar. En muchos casos, la responsabilidad del cuidado cayó casi exclusivamente sobre las madres cuidadoras, lo que generó situaciones de sobrecarga emocional y material, al mismo tiempo que se perpetúan formas sutiles de control sobre la persona diagnosticada.

1.1.2.8. *Kate Millet*

Kate Millett (1934–2017) fue una escritora, artista y activista feminista estadounidense reconocida como una de las figuras más influyentes del feminismo de la segunda ola. Alcanzó notoriedad internacional en 1970 con la publicación de *Sexual Politics* (Política sexual), una obra fundamental en la teoría feminista contemporánea. En este libro, Millett señaló el patriarcado como una estructura social, política y cultural organizadora de toda la vida social y reproductora de relaciones de poder basadas en la dominación masculina. Además de su labor teórica, Millett vivió en primera persona los efectos de la patologización de las mujeres y del poder psiquiátrico. A finales de la década de 1970 fue internada involuntariamente en instituciones psiquiátricas. Dicha experiencia fue narrada con lucidez y contundencia en su libro autobiográfico *The Loony-Bin Trip* (Millet, 1990), traducido al español como *Viaje al manicomio* (Millet, 2019). En esa obra, Millett describe el sistema psiquiátrico como un mecanismo disciplinario que silencia, desautoriza y controla a quienes se desvían de las normas de género o conducta. Su relato es un testimonio poderoso sobre la pérdida de derechos, la arbitrariedad de los diagnósticos y la violencia institucional que todavía hoy muchas personas experimentan bajo tratamientos involuntarios o internamientos forzosos.

1.1.2.9. “*Nada sobre nosotras sin nosotras*”

A comienzos de los años 70, en plena efervescencia de los movimientos por los derechos civiles en Estados Unidos, nació el Frente por la Liberación de los Pacientes Mentales (*Mental Patients' Liberation Front*, MPLF), uno de los movimientos contemporáneos más reconocidos en la defensa de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Fue un movimiento fundado en Boston (Massachusetts, Estados Unidos) que surgió en el marco de los movimientos sociales post-1968, en un contexto de lucha por los derechos civiles, el feminismo, el antirracismo y el movimiento contra la guerra de Vietnam. El MPLF fue parte de una constelación de colectivos autogestionados que surgieron en distintos puntos de Estados Unidos y Europa, como el *Insane Liberation Front* (Portland, Oregón, 1970), la *Network Against Psychiatric Assault* (San Francisco, 1971) o el *Mad Pride Movement*, en las décadas posteriores. Entre sus ecos más importantes está la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (2006), que recoge muchos de los principios que el Frente ya defendía décadas atrás. La frase célebre

Grupo de Investigación en Primera Persona

“Nothing About Us Without Us” (“Nada sobre nosotras sin nosotras”) proviene del movimiento internacional de personas con discapacidad. Fue adoptada por activistas con discapacidad para:

- Denunciar el diseño de políticas de salud, accesibilidad, educación o empleo sin su participación.
- Promover la autoorganización de las personas con discapacidad psicosocial como sujetos políticos y de derechos.

1.1.2.10.El Estudio de Vermont

El Estudio de Vermont (conocido oficialmente como *The Vermont Longitudinal Study of Persons with Severe Mental Illness*) fue una investigación longitudinal pionera realizada en Estados Unidos que impactó radicalmente en la concepción de la esquizofrenia y de la recuperación en salud mental. Dirigido por la psiquiatra Courtenay Harding y su equipo, el Estudio de Vermont fue el primer estudio a largo plazo con criterios diagnósticos fiables sobre la psicosis, publicado a finales de los años 80 (Harding et al., 1987a, 1987b) y tuvo un impacto político importante, ya que por primera vez en la historia se realizaba un seguimiento sistemático y prolongado de personas que habían convivido durante toda su vida con un diagnóstico de esquizofrenia. El estudio consistió en un seguimiento de más de 20 años (desde principios de los años 1950 hasta mediados de los 1970) de 268 personas diagnosticadas de esquizofrenia que habían estado institucionalizadas en el hospital estatal y luego participaron en los programas comunitarios de rehabilitación. Cuando los investigadores localizaron a estas personas décadas más tarde, encontraron que:

- Un alto porcentaje de los participantes se encontraban funcionando de manera estable, muchos de ellos trabajando, viviendo de forma independiente y socialmente integrados.
- Aproximadamente un 68% mostró signos de mejora significativa, y casi la mitad podía considerarse recuperada o en recuperación.
- Muchos habían dejado la medicación y seguían estables, lo que cuestionaba las ideas vigentes sobre la necesidad de tratamiento farmacológico de por vida.

Los resultados de este estudio contradijeron las tesis krapelinianas y neokrapelinianas que sostenían que una persona diagnosticada con esquizofrenia nunca recuperaría las capacidades cognitivas perdidas. El estudio Vermont demostró que:

- Una persona con diagnóstico o sintomatología psicótica se puede recuperar de muy diversas maneras.
- Puede hacerlo sin contacto frecuente con los servicios sanitarios.
- Puede tener un rol valioso en la sociedad.

En definitiva, el estudio de Vermont demostró que la recuperación es posible, especialmente cuando existen apoyos psicosociales, oportunidades de empleo, entornos comunitarios no institucionalizados, relaciones significativas y autonomía. El Estudio de Vermont tuvo un gran impacto internacional. Fue utilizado como evidencia en favor de las políticas de desinstitucionalización y de la creación de servicios comunitarios de salud mental. Además, inspiró movimientos de personas usuarias y familiares, y contribuyó a la formulación de los principios del modelo de recuperación en los años noventa.

1.1.2.11.El movimiento de la Recuperación: las figuras de William Anthony y David Satcher

Un punto de inflexión se da en 1993 con el trabajo de William Anthony (1942–2020). Fue un psicólogo estadounidense y una de las figuras más influyentes en el desarrollo del modelo de recuperación en salud mental, paradigma que transformó profundamente la forma de entender el acompañamiento a las personas con sufrimiento psíquico. En su propuesta, Anthony plantea la recuperación como un proceso individual y singular mediante el cual cada persona transforma sus actitudes, valores, emociones, objetivos, capacidades y roles, construyendo progresivamente una vida con sentido, esperanza y productividad, aun cuando persistan ciertas dificultades derivadas de su malestar (Anthony, 1993). Un aspecto relevante en ese momento fue que algunos profesionales de la salud mental comienzan a confesar que también han vivido experiencias de sufrimiento psíquico, lo que rompió con la dicotomía entre profesional y paciente. Ello abrió un espacio para repensar las identidades dentro del sistema y dio paso a una visión más compleja de la salud mental. Sin embargo, esta transformación también generó tensiones dentro del sistema asistencial, ya que empezaron a convivir dos ideologías opuestas: por un lado, una perspectiva paternalista y biomédica, centrada en el control y la normalización; por otro,

una visión rehabilitadora, que promovía la autonomía y el protagonismo de la persona en su proceso de recuperación. No obstante, el modelo de Recuperación encajó en el sistema de atención a la salud e impactó políticamente. De hecho, con el cambio de década se hace público el informe de David Satcher, quien era por entonces Cirujano General de Estados Unidos. Dicho informe incluye por primera vez el concepto de recuperación y de rehabilitación psicosocial. Con la publicación del informe, la recuperación es considerada un valor transversal para toda la red de atención de salud mental. Proponía pasar de un sistema centrado en la reducción de síntomas a uno basado en el proceso de recuperación de una vida llena de sentido (Satcher, 2000). La publicación de este informe tuvo un importante impacto político en EE. UU. y en otros países.

1.1.2.12. Judi Chamberlin y la llamada a la autogestión

En este contexto, en Norteamérica, Judi Chamberlin (1944–2010) se convirtió en una de las figuras más influyentes del movimiento de supervivientes de la psiquiatría. Su trayectoria política comenzó tras haber vivido en primera persona un ingreso involuntario en un hospital psiquiátrico en los años 60. Fruto de esa vivencia y de su militancia posterior, escribió el libro *On Our Own*, considerado un texto fundacional para el movimiento de usuarios y exusuarios de la psiquiatría (Chamberlin, 1978). En él denunció las violencias estructurales del sistema psiquiátrico: la coerción, el estigma, la falta de opciones reales de apoyo y, al mismo tiempo, planteó la creación de recursos de ayuda mutua gestionados por las propias personas con experiencia de sufrimiento psíquico. Su propuesta inspiró la aparición y consolidación de múltiples colectivos y proyectos comunitarios en Estados Unidos y otros países, que comenzaron a experimentar con formas de organización como grupos de apoyo mutuo, espacios autogestionados y redes de defensa de derechos.

1.1.3. *Los conceptos de recuperación y ciudadanía*

1.1.3.1. *Recuperación: idiosincrasia y transversalidad*

Nota para la persona formadora

Para introducir brevemente el modelo de Recuperación, puedes decir que la recuperación personal se ha definido como un proceso integral que abarca cinco áreas fundamentales, conocidas por el acrónimo CHIME (Leamy et al., 2011): conexión (desarrollar y mantener vínculos significativos tanto con otras personas como con la comunidad en general, creando redes de apoyo y pertenencia); esperanza (cultivar una perspectiva optimista hacia el futuro); identidad (construir una percepción positiva de uno mismo, reconociendo las propias fortalezas y valor como persona); significado (encontrar propósito y sentido en la vida, identificando una dirección a la existencia personal; y empoderamiento (desarrollar la capacidad de tomar control sobre las decisiones y circunstancias de la propia vida, aumentando la autonomía y la autoeficacia).

Dos características clave del modelo de Recuperación en salud mental son su idiosincrasia y su transversalidad. La idiosincrasia se refiere al carácter único y personal del proceso de recuperación. A diferencia de los modelos clínicos tradicionales, que tienden a clasificar y generalizar, el modelo de Recuperación parte de la idea de que cada persona recorre un camino distinto, basado en sus valores, contextos, y aspiraciones. Las tres ideas bajo este eje lo desarrollan así:

- **¿Etiquetas como estructuradoras de itinerario?**

Cuestiona el uso de los diagnósticos psiquiátricos como guías fijas del tratamiento. El modelo de recuperación propone ir más allá de las etiquetas entendiendo que el diagnóstico no debe determinar rígidamente el camino que debe seguir la persona.

- **Esperanza → Fortalezas**

La recuperación se basa en cultivar esperanza en el futuro y en identificar y potenciar las fortalezas de la persona (en lugar de enfocarse exclusivamente en los déficits o síntomas). La esperanza es vista como motor del cambio, y el reconocimiento de capacidades personales es central en este enfoque.

La transversalidad implica que la recuperación atraviesa e impacta múltiples dimensiones del sistema de salud mental y de la vida social, rompiendo con el enfoque puramente clínico o institucional. Esto significa:

- **Impulsado por diversos actores**

La recuperación no es una tarea exclusiva de los equipos profesionales. Personas usuarias, familiares, trabajadores sociales, terapeutas, comunidades y organizaciones de base coproducen este proceso. Esta pluralidad es una fortaleza clave del enfoque.

- **Apoyo entre iguales profesionalizado**

Se refiere a la figura del agente de apoyo entre iguales, personas que han vivido experiencias de sufrimiento psíquico y que acompañan a otras desde un rol formal, con formación y reconocimiento institucional.

- **Influencia en todos los ámbitos**

El concepto de recuperación trasciende el sistema sanitario: influye en educación, trabajo, vivienda, justicia, políticas públicas, etc. Parte del principio de que la salud mental está interrelacionada con el acceso a derechos y condiciones dignas de vida, por lo tanto, debe abordarse de forma integral y multisectorial.

1.1.4. Ciudadanía

Nota para la persona formadora

Para suscitar la reflexión sobre qué lugar ocupa la ciudadanía en la salud mental, puedes lanzar las siguientes preguntas al aire para suscitar la reflexión: “¿qué significa realmente ser ciudadano o ciudadana?”. Algunas posibles intervenciones pueden incluir: “la sociedad”, “ser parte de una comunidad”, “pertenecer a un territorio”, “tener derechos y deberes”. Tras algunas intervenciones, puedes compartir la reflexión de que, en términos generales, para las personas con malestar psíquico existe una brecha entre los derechos que legalmente les corresponden como ciudadanas y su capacidad real para ejercerlos de manera efectiva, ya sea por el estigma o por desconocimiento.

La ciudadanía implica la posibilidad de participar activamente en la vida social, política y económica. Sin embargo, la ciudadanía no ha sido igual para todas las personas

históricamente. Aunque sobre el papel muchas sociedades modernas proclaman derechos universales, en la práctica han existido (y siguen existiendo) múltiples formas de exclusión y limitación del ejercicio ciudadano:

- **Grupo de mujeres sufragistas luchando por el derecho al voto.** Durante siglos, las mujeres fueron consideradas ciudadanas de segunda clase, sin representación política, y como hemos visto anteriormente sus vivencias de sufrimiento psíquico eran fácilmente descalificadas o utilizadas como excusa para patologizarlas y retirarlas del espacio público (por ejemplo, internándolas en instituciones psiquiátricas).
- **Pueblos indígenas,** cuyos derechos han sido sistemáticamente vulnerados: expulsados de sus tierras, criminalizados, sometidos a procesos de asimilación forzada, colonizados. Su derecho a decidir sobre su salud, su lengua o su identidad ha sido históricamente negado.
- **Etnias minoritarias o migrantes,** que sistemáticamente enfrentan obstáculos estructurales para el acceso a servicios de salud mental, justicia, vivienda o educación, siendo etiquetadas o estigmatizadas por su pertenencia étnica o cultural.
- **Colectivo LGTBI.** Las personas de identidades y orientaciones de género disidentes han visto históricamente vulnerados sus derechos, limitando su acceso a recursos y viéndose expuestas a distintas formas de discriminación y violencia. Por ejemplo, la homosexualidad fue considerada una enfermedad mental por la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta los años 90.

Todos estos colectivos han vivido una forma de ciudadanía incompleta: estaban dentro del sistema, pero sin pleno acceso a sus garantías.

Nota para la persona formadora

A continuación, muestra una fotografía de Barack Obama y Michelle Obama durante las ceremonias en el monumento a Lincoln, con motivo del 50 aniversario de la marcha sobre Washington. Comienza preguntando al grupo: “¿quiénes aparecen en esta imagen?”. Es muy probable que los y las participantes nombren a Michelle y Barack Obama, pero pasen por alto la figura que aparece al fondo: Abraham Lincoln. Invita entonces a observar con más detenimiento y dirige la atención hacia ese detalle: “¿qué figura se ve al fondo, presidiendo la escena? ¿y por qué estamos hablando de Abraham Lincoln en un curso sobre ciudadanía y salud mental?”

En contraste con la exclusión histórica y la cronificación de tantas personas anónimas, figuras de enorme relevancia social y política también atravesaron experiencias de sufrimiento psíquico. No solo Abraham Lincoln, sino también Winston Churchill, Diana de Gales, Martin Luther King Jr. o Joseph Stalin, entre muchos otros, vivieron episodios de depresión, duelo, ansiedad, estrés traumático o crisis personales profundas.

1. Abraham Lincoln (1809–1865)

Se han documentado múltiples episodios de depresión grave a lo largo de su vida, con momentos de desesperanza profunda. Aun así, fue presidente de EE. UU. en un momento histórico decisivo.

2. Winston Churchill (1874–1965)

Él mismo hablaba de su perro negro (“black dog”) para referirse a los episodios de depresión recurrente que lo acompañaron gran parte de su vida. También se asocian a su biografía épocas de abuso de alcohol.

3. Diana de Gales (1961–1997)

Reconoció públicamente haber atravesado trastornos de la conducta alimentaria, así como episodios de depresión posparto y crisis emocionales profundas relacionadas con su vida personal y la presión mediática.

4. Martin Luther King Jr. (1929–1968)

Diversos estudios biográficos apuntan a que vivió episodios depresivos, sobre todo durante periodos de gran persecución política y amenazas de muerte. También enfrentó un fuerte estrés traumático por la violencia racial que sufría él y su comunidad.

5. Joseph Stalin (1878–1953)

Se asocia a su figura a la vivencia de ideas inusuales en las últimas décadas de su vida, con desconfianza extrema hacia su entorno y aislamiento.

Sin embargo, estas experiencias no les impidieron ejercer su ciudadanía ni ocupar espacios de poder y decisión. La diferencia radica en que sus posiciones de prestigio, autoridad y capital simbólico actuaron como un escudo frente al estigma. Contaron con acceso a cuidados médicos y personales, redes de apoyo y reconocimiento público, incluso cuando mostraban su vulnerabilidad emocional.

Esto pone de manifiesto que el sufrimiento psíquico, por sí solo, no excluye a nadie de la ciudadanía. Lo que determina las posibilidades de participación y reconocimiento es el lugar que cada persona ocupa en la estructura social. Quienes carecen de poder económico, político o social son más frecuentemente estigmatizados, invisibilizados o privados de derechos que quienes poseen prestigio y autoridad, aún y cuando atraviesan las mismas dificultades. A mayor poder, menor exposición a perder su posición ni su participación en la esfera pública. En última instancia, no es la experiencia de malestar la que aparta a las personas de la ciudadanía, sino las dinámicas de poder y desigualdad que condicionan la manera en que las sociedades interpretan y acogen esas experiencias.

1.1.5. Ciudadanía y Salud Mental

Tras la alianza entre personas con discapacidad física y psicosocial iniciada con la Americans with Disabilities Act of 1990 (National Council on Disability, 1990), las Naciones Unidas aprobaron la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), que sitúa a la persona en el centro como sujeto de derechos y reconoce su autonomía (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006). En paralelo a esta transformación legislativa, surgió en el ámbito de la salud mental y la inclusión social el marco de Ciudadanía, que recientemente ha empezado a aplicarse a nivel internacional (Eiroa-Orosa & Rowe, 2017).

Grupo de Investigación en Primera Persona

La ciudadanía ha sido, desde hace siglos, un concepto social complejo, ligado al grado en que una persona forma parte de la sociedad y puede influir en ella (Rowe, 2015; Rowe et al., 2001). En este sentido, se ha convertido también en el eje de un movimiento profesional y académico que, de forma similar al modelo de Recuperación, busca mejorar las condiciones de vida de las personas con malestar psicosocial a través del ejercicio pleno de sus derechos (Rowe et al., 2009). Las fortalezas y limitaciones del trabajo de calle con personas sin hogar (entre ellas, la constatación de que ayudar a las personas a acceder a recursos materiales no garantiza por sí solo su plena pertenencia a una comunidad) llevaron a un grupo de investigadores y profesionales vinculados al Yale Program for Recovery and Community Health a desarrollar el marco teórico de la Ciudadanía (Rowe & Pelletier, 2012).

Podemos definir la ciudadanía como el grado de conexión de las personas con las llamadas cinco “R” denominadas así por sus siglas en inglés: **derechos** (rights), **responsabilidades** (responsibilities), **roles** (roles), **recursos** (resources) y **relaciones** (relationships). Estas dimensiones representan los elementos fundamentales que la sociedad ofrece a sus miembros y que permiten generar un sentido de pertenencia reconocido por los demás (Rowe, 1999; Rowe et al., 2001; Rowe & Pelletier, 2012). Así, para lograr la plena pertenencia en la sociedad, es imprescindible que las personas tengan garantizado el acceso efectivo a sus derechos y asuman las responsabilidades correspondientes como miembros de la comunidad. Al mismo tiempo, necesitan adquirir conocimientos y habilidades prácticas para acceder a los recursos, así como desarrollar roles y relaciones en su entorno social (Rowe & Pelletier, 2012).

Nota para la persona formadora

A continuación, se propone la visualización de dos vídeos. Ambos materiales permiten ejemplificar los principios del modelo y enriquecer la explicación con un caso práctico: el caso de Jim. Es fundamental que la persona formadora haya visualizado ambos vídeos previamente, de modo que pueda utilizarlos como guía, comprender la dinámica de esta parte de la formación y darles sentido dentro de la sesión.

Primer vídeo: [“Meeting Jim: the Origins of Citizenship”](#)

Segundo vídeo: [“The 5Rs and belonging”](#)

La visualización del primer vídeo puede tener dos formas en función de las preferencias de la formadora. Una manera de visualizar el vídeo es pausándolo en el minuto 08'56" y abriendo un espacio para que cada participante comparta por qué creen que este trabajo con Jim se adecúa al modelo de ciudadanía. Algunas posibles intervenciones pueden ser:

- “Jim encontró cubiertas sus necesidades básicas: una casa, higiene...”.
- “El trabajo que hicieron con Jim estuvo enfocado a proporcionarle lo que necesitaba, sin imponer nada”.
- “Jim sintió el soporte de un equipo de profesionales que supo respetar sus tiempos”.
- “Dejó de vivir en la calle para vivir en la comunidad”.

Seguidamente, sigue reproduciendo el vídeo desde el minuto 8:56 hasta el final. En esta última parte, se descubre que Jim abandonó los recursos y servicios que el equipo de calle le ofreció porque dejó de sentirse alguien, en un nuevo entorno marcado por una serie de exigencias y nuevas situaciones que Jim no manejaba con comodidad. Además, el aislamiento que le supuso su nueva vida normalizada contribuyó a que su salud mental empeorase. En suma, acompañado de su pequeña comunidad de personas sin hogar y con las funciones que cumplía dentro de esa comunidad, Jim ya tenía una manera de sentirse ciudadano. Es muy importante que la formadora haya visualizado previamente el vídeo para comprender la evolución del caso de Jim y acompañar esta reflexión final.

La otra manera de trabajar el vídeo consiste en proyectarlo entero de principio a fin sin interrupciones. En este caso, la reflexión se realiza al concluir la visualización, guiando un debate sobre los elementos de la ciudadanía que no llegaron a cumplirse en la vida de Jim y sobre cómo su ausencia influyó en su proceso. Sea cual sea la modalidad escogida, el propósito es ofrecer a las y los participantes la posibilidad de reconocer de manera práctica cómo los principios del modelo de Ciudadanía se ponen en juego en situaciones concretas y qué consecuencias tiene su cumplimiento, o su ausencia, en la vida de las personas.

Por último, muestra el segundo vídeo. Este sirve como marco para ofrecer una explicación más clara del modelo de ciudadanía, las 5Rs y su relación entre ellas.

1.1.6. *Ciudadanía como salud mental*

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad. La salud mental se plantea como un proceso activo, que tiene que ver con el desarrollo personal, con la capacidad de enfrentarse a los retos y dificultades cotidianas, con la posibilidad de desempeñar actividades significativas y, sobre todo, con la participación en la comunidad.

Nota para la persona formadora

Es importante subrayar que esta perspectiva pone en valor tanto la dimensión individual como la social: por un lado, cada persona necesita contar con recursos internos y externos que le permitan desplegar su potencial y manejar las tensiones de la vida; por otro lado, la comunidad también juega un papel esencial, porque es en ese espacio compartido donde las personas pueden contribuir, sentirse reconocidas y ejercer su ciudadanía.

Sin embargo, si comparamos esta definición de salud mental de la OMS con lo que históricamente han ofrecido los servicios de salud mental, encontramos una distancia significativa. Los objetivos de estos servicios, especialmente los servicios clínicos y hospitalarios, se han centrado sobre todo en el control de síntomas y en la estabilización clínica, casi siempre a partir del uso de medicación. Desde la experiencia en primera persona (de quienes somos o hemos sido usuarias de servicios de salud mental) muchas veces no hemos sentido que los tratamientos recibidos estuvieran dirigidos a ayudarnos a desarrollar nuestro potencial, a sostenernos frente a los retos de la vida cotidiana o a encontrar un lugar significativo en la comunidad. Más bien, el foco ha estado en reducir las crisis, estabilizar conductas y controlar el malestar.

Nota para la persona formadora

Reflexionar sobre esta diferencia es clave porque nos permite cuestionar hasta qué punto los servicios de salud mental se alinean con la propia definición de salud mental que la OMS propone. La idea de entender la ciudadanía “como” salud mental se relaciona precisamente con esta definición de salud mental de la OMS, que se refiere a las capacidades y la contribución a la comunidad más que a los síntomas y a los tratamientos específicos basados en grupos de ellos. También nos invita a imaginar otros modos de atención que incorporen apoyos sociales, comunitarios y relacionales que hagan posible que las personas podamos vivir en coherencia con esa idea de salud mental como un proceso activo y social.

En consecuencia, nuestra propuesta, dentro de los servicios clínicos de salud mental, es que un tratamiento o acompañamiento exitoso no debe basarse simplemente en el alivio sintomático. Sin embargo, sí debería comprender que lo siguiente puede contribuir a una mejor salud mental (Eiroa-Orosa, 2019):

- Ser más conscientes de sus derechos y aprender estrategias para ejercerlos de manera asertiva y respetuosa.
- Asumir responsabilidades de forma efectiva de acuerdo con sus capacidades, evaluando los riesgos sin imponer límites.
- Ejercer roles teniendo en cuenta tanto sus preferencias y necesidades como las del resto de las personas de su comunidad.
- Obtener y gestionar recursos por sí mismas.
- Establecer relaciones de apoyo mutuo y complicidad con otras personas sin distinción de edad, etnia, género, clase social o cualquier otra característica.

No obstante, entender la salud mental como ciudadanía no debe implicar ignorar los síntomas. El malestar psicosocial puede afectar seriamente a todas estas dimensiones, pero la propuesta es que todos los servicios de salud mental tengan como objetivo último la plena ciudadanía de las personas usuarias, incluso independientemente de que lleguen o no a superar totalmente sus síntomas o dificultades.

En lugar de tratar las dimensiones de ciudadanía como determinantes de la salud mental

Grupo de Investigación en Primera Persona

entendida como ausencia de síntomas, como ya ocurre parcialmente en algunas investigaciones -pero sin un impacto claro en cambios en el modelo de atención de salud mental-, nuestra propuesta es tratar las dimensiones de ciudadanía como los principales resultados deseados de cualquier intervención en salud mental y tratar el malestar psíquico como uno, entre muchos otros, de sus determinantes.

Nota para la persona formadora

Aquí es importante aclarar que no pretendemos tener una posición de superioridad. Sabemos que muchos profesionales de la salud mental ya implementan intervenciones compatibles con nuestro modelo de ciudadanía. Lo que quizás no esté tan claro es qué objetivos son preferibles. Para nosotros, está claro que una intervención, ya sea psicofarmacológica, psicoterapéutica o psicosocial, que sea eficaz en términos de alivio sintomático pero que reduzca el ejercicio de derechos, la asunción de responsabilidades, el desarrollo de roles significativos y reduzca la capacidad de los usuarios para relacionarse con sus seres queridos y gestionar sus recursos, no es una intervención eficaz en salud mental.

1.1.7. Aportes al modelo de Recuperación

La ciudadanía no entra en el debate sobre el origen del malestar psíquico, sino que desplaza el foco hacia las condiciones sociales y estructurales que determinan cómo las personas pueden ejercer sus derechos. De este modo, otorga un peso más específico a la justicia social, señalando que el bienestar depende en gran medida de participar de entornos equitativos y libres de discriminación. Hace hincapié en la importancia de la interdisciplinariedad, al integrar saberes procedentes de muchas disciplinas. Además, establece sinergias con modelos emergentes como el de Poder, Amenaza y Significado.

Nota para la persona formadora

En esta parte de la formación, puedes explicar brevemente en qué consiste el marco de Poder, Amenaza y Significado (en adelante, PAS). El marco PAS fue desarrollado por un grupo de profesionales, investigadores y personas con experiencia vivida coordinado por la psicóloga británica Lucy Johnstone y la investigadora Mary Boyle, bajo el auspicio de la British Psychological Society (BPS) (Johnstone & Boyle, 2018b, 2018a). El marco nace como una alternativa al modelo diagnóstico psiquiátrico tradicional y cuestiona la idea de que los problemas emocionales o conductuales deben explicarse mediante etiquetas clínicas o categorías diagnósticas.

2. Segunda parte de la sesión formativa: aplicación de la rejilla de las 5Rs

En esta parte de la sesión vas a trabajar con los participantes la Rejilla de las 5Rs (Eiroa-Orosa, 2019), una herramienta pensada para que puedan reflexionar críticamente sobre cómo se promueve o se limita la ciudadanía en sus propios servicios. La rejilla traduce las cinco dimensiones de la ciudadanía (derechos, responsabilidades, roles, recursos y relaciones) en un esquema de análisis accesible. Lo que harás es guiar a las y los participantes para que, a partir de cada dimensión, identifiquen ejemplos concretos de su día a día, diferenciando qué aspectos, protocolos o prácticas profesionales favorecen la ciudadanía y cuáles la obstaculizan. Recuerda siempre que el ejercicio no pretende señalar “malos profesionales” ni evaluar rendimientos individuales, sino generar un espacio de reflexión constructiva que permita visualizar tanto fortalezas como áreas de mejora.

2.1. Instrucciones paso a paso

Al iniciar la dinámica, reparte una copia impresa de la rejilla a cada participante. Asegúrate de haber preparado suficientes ejemplares con antelación. Una vez entregadas, organiza al grupo en subgrupos de cuatro o cinco personas. Si es posible, procura agrupar a las y los profesionales por perfil profesional o tipología de servicio.

Cada grupo deberá recorrer las cinco dimensiones (derechos, responsabilidades, roles, recursos y relaciones) e identificar ejemplos de prácticas presentes en su servicio que favorezcan la ciudadanía y, a su vez, aquellas que la obstaculicen o limiten.

Grupo de Investigación en Primera Persona

1. ¿Qué prácticas de su servicio ya promueven esa dimensión de la ciudadanía?
2. ¿Qué aspectos deberían mejorarse o cambiarse para fortalecerla?

Da un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos para asegurar que el análisis no se quede en lo superficial pero tampoco se prolongue en exceso. Para que el trabajo sea más ordenado, pide a cada grupo que designe un o una portavoz, quien irá recogiendo las ideas por escrito y más adelante compartirá las conclusiones con el resto.

Cuando el tiempo se cumpla, pide a los portavoces de cada grupo que presenten sus reflexiones. Para esta fase, los equipos disponen de cartulinas, pizarra o papel continuo en los que escriben sus principales resultados, de modo que puedan ser expuestos al resto del grupo. De esta forma, tendrás un mapa colectivo que todo el grupo podrá visualizar y que servirá como base para el debate final. El objetivo de este ejercicio es contrastar distintas realidades a la vez que generar una narrativa compartida sobre las posibilidades de orientar los servicios hacia la plena ciudadanía. En la siguiente página, compartimos una rejilla de muestra con algunas intervenciones extraídas de las formaciones.

Dimensión	Elementos que ya promueven la ciudadanía	Elementos que mejorar para fortalecer la ciudadanía
Derechos	<ul style="list-style-type: none"> - Los profesionales informan de manera clara y comprensible sobre diversidad de tratamientos y servicios. - Se respeta la confidencialidad en las entrevistas y espacios de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> - El consentimiento informado se realiza como un trámite, sin garantizar una comprensión real por parte de la persona. - No se facilita el acceso a la información sobre derechos legales o recursos de orientación jurídica.
Responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> - La persona participa activamente en la elaboración de sus planes de recuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se infantiliza a la persona, negándole responsabilidades que sí podría asumir.
Roles	<ul style="list-style-type: none"> - Se fomenta la asunción de roles valiosos en la comunidad como voluntariado. - Se ofrecen oportunidades para que la persona participe como mentora, formadora o experta en algún ámbito. 	<ul style="list-style-type: none"> - El rol de la persona queda reducido a usuario o paciente crónico, invisibilizando otras facetas de su vida. - No se generan oportunidades para que las personas ejerzan roles fuera del servicio (por ejemplo, tallerista de un centro cívico)
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> - Se informa activamente sobre programas de empleo, becas, ayudas o recursos comunitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - La información sobre recursos es escasa o depende exclusivamente de la iniciativa personal de un profesional. - No se fomenta la vinculación con otros recursos externos y no relacionados con el ámbito de la salud mental (por ejemplo, grupo de teatro o equipo de fútbol)

Grupo de Investigación en Primera Persona

Dimensión	Elementos que ya promueven la ciudadanía	Elementos que mejorar para fortalecer la ciudadanía
Relaciones	<ul style="list-style-type: none">- Se fomentan actividades abiertas a la comunidad.- Se permiten espacios de apoyo mutuo (GAM autogestionado, grupo terapéutico...)	<ul style="list-style-type: none">- La relación profesional-persona usuaria se mantiene en un modelo paternalista y de poder.

3. Cierre y conclusiones de la dinámica

Una vez que los grupos hayan expuesto sus conclusiones de la rejilla de las 5Rs, invítales a elegir una de las situaciones que identificaron como aspectos a mejorar. Puedes apuntar que no es necesario que escojan el problema más grande ni el más difícil, sino aquel que consideren significativo y que pueda ser trabajado colectivamente.

Opcionalmente puedes explicarles, de manera introductoria, que en el taller participativo cada grupo tomará la situación elegida y la interpretará mediante la técnica del rol fijo de Kelly (Neimeyer et al., 2003). La clave está en que no representarán la situación tal como ocurre hoy en su servicio, sino que la actuarán como si ya se hubiera transformado para fomentar la ciudadanía. El taller participativo se explica con más detalle en el siguiente apartado.

Para acabar la sesión, puedes decir que lo trabajado hoy tenía como objetivo dotarles de un marco teórico y un lenguaje común para hablar de ciudadanía en salud mental. Es importante que transmitas la idea de continuidad: lo que han reflexionado con la rejilla hoy servirá como base para profundizar en el taller y vivir una experiencia de transformación práctica orientada hacia la ciudadanía.

4. SESIÓN PRÁCTICA

El taller participativo representa el espacio en el que las reflexiones teóricas y críticas de la primera sesión se convierten en prácticas vivenciales. En esta parte de la formación, el objetivo es animar a las y los participantes a actuar como si las prácticas orientadas a la ciudadanía ya se estuvieran produciendo y a explorar, a través de la acción, cómo encarnar esos cambios en su propia práctica profesional.

El taller tiene una duración aproximada de cuatro horas, distribuidas de la siguiente manera:

1. Recordatorio de la sesión anterior y explicación de la dinámica: breve repaso de la sesión anterior, especialmente de las 5Rs y de la rejilla, y explicación de la dinámica a desarrollar. Selección definitiva de las situaciones de mejora que cada grupo trabajará.
2. Desarrollo de la técnica del rol fijo y de las metodologías del “como si” y devoluciones: dramatización de las situaciones a través de la técnica del rol fijo de Kelly y la filosofía del Als Ob de Vaihinger, actuando como si el cambio ya tuviera lugar. Análisis crítico y ejercicios prácticos sobre cómo redefinir la relación profesional-persona usuaria en clave de ciudadanía.
3. Cierre y aprendizajes: cierre de la sesión orientado a compromisos concretos y factibles en la práctica cotidiana.

4.1. Contextualización

En esta sesión, es importante profundizar en las oportunidades que ofrece el marco de Ciudadanía a nivel práctico. Para ello, asegúrate de hacer devoluciones a las dramatizaciones de cada grupo y garantiza que el resto de las participantes compartan reflexiones y aportaciones que les haya sugerido la dramatización. Recomendamos, a lo largo de toda esta segunda sesión, proyectar la diapositiva explicativa de cada una de las cinco dimensiones del modelo de Ciudadanía para facilitar la asociación de ideas.

4.2. Objetivos de aprendizaje

Al finalizar esta sesión, se espera que las y los participantes sean capaces de:

1. Romper los constructos limitantes que definen los servicios o las relaciones profesionales.
2. Fomentar la comprensión del papel relacional como eje de la ciudadanía.

3. Generar una visión compartida del cambio, más allá del discurso teórico y vivida en común como una experiencia significativa.

4.3. Requisitos logísticos y materiales

Como en la sesión anterior, se debe garantizar la disponibilidad de equipamiento audiovisual (ordenador o portátil, proyector, pantalla de proyección y altavoces).

4.4. Cronograma

	Temporización
Repaso de la sesión anterior, fundamentos conceptuales de la dinámica y explicación	25 minutos
Desarrollo de la técnica del rol fijo y devoluciones	1,5 horas
Descanso	20 minutos
Desarrollo de la técnica del rol fijo y devoluciones	1,5 horas
Cierre	15 minutos

5. Fundamentos conceptuales de la dinámica

Antes de iniciar la parte práctica, haz un breve repaso de la sesión anterior y del modelo de Ciudadanía. A continuación, es fundamental que dediques unos minutos a explicar brevemente a las y los participantes los fundamentos conceptuales de la dinámica. Insiste en que lo que van a realizar no es simplemente un ejercicio teatral o una dramatización simbólica, sino una metodología de aprendizaje experiencial sustentada en la teoría de los constructos personales de George Kelly y la Philosophie des Als Ob (la filosofía del “como si”) de Hans Vaihinger.

5.1.1. *George Kelly y la técnica del rol fijo*

La técnica del rol fijo constituye una de las metodologías más innovadoras desarrolladas por George Kelly en el marco de su teoría de los constructos personales (Kelly, 1955), formulada como alternativa constructivista a los enfoques psicodinámicos y conductistas que dominaban el panorama psicológico de la época. Kelly propuso una comprensión de los individuos como una suerte de científicos personales que constantemente elaboran, prueban y revisan hipótesis sobre sí mismos y sobre el mundo que les rodea. Su perspectiva epistemológica sostiene que los seres humanos no responden pasivamente a realidades objetivas externas, sino que construyen activamente interpretaciones de la experiencia mediante sistemas de constructos personales que funcionan como lentes a través de las cuales perciben, interpretan y anticipan eventos. A partir de este enfoque, Kelly propuso la técnica del rol fijo (Kelly, 1955; Neimeyer et al., 2003), una herramienta terapéutica y pedagógica que permite a las personas ensayar o practicar identidades alternativas. Al asumir temporalmente un rol distinto al habitual (actuar como si uno mismo ya fuese más comprensivo, más autónomo o más sociable), se abren grietas en los constructos rígidos con los que nos solemos definir, de manera que uno puede efectivamente acabar por ser más comprensivo, más autónomo o más sociable tras elaborar y probar dichas hipótesis. A la luz de la técnica del rol fijo, el objetivo de esta dinámica es, en este caso, probar nuevos modos de ser y relacionarse con las personas usuarias a través de la experiencia vivencial, basados en el modelo de Ciudadanía.

5.1.2. *Hans Vaihinger y la filosofía del “como si”*

Hans Vaihinger (1852 – 1933), filósofo del siglo XX, propuso una teoría del conocimiento que cuestionaba los supuestos realistas tradicionales sobre la relación entre pensamiento y realidad. Con su filosofía del “como si” (Vaihinger, 1911), argumentó que los seres humanos operamos rutinariamente mediante ficciones útiles: ideas que no son literalmente verdaderas, pero que funcionan como si lo fueran porque nos permiten actuar, imaginar y transformar. Por ejemplo, conceptos como la justicia, la igualdad o la ciudadanía son, en cierto sentido, simplificaciones, idealizaciones o abstracciones que no pretenden representar fielmente realidades complejas. No existen plenamente en la realidad, pero creer en ellas y comportarnos como si fueran reales es lo que las hace avanzar hacia su realización.

En definitiva, las ficciones útiles funcionan como marcos operativos manejables que permitan una acción efectiva en contextos caracterizados por complejidad e incertidumbre. La metodología del “como si” resulta especialmente útil para superar resistencias al cambio que frecuentemente se fundamentan en percepciones de imposibilidad anticipatoria. Cuando invitamos a profesionales a actuar “como si” sus servicios ya estuvieran orientados hacia la ciudadanía, estamos promoviendo un proceso de experimentación constructiva que puede iluminar posibilidades previamente no reconocidas y generar perspectivas sobre modificaciones concretas que podrían implementarse para aproximar las prácticas profesionales hacia los fundamentos del marco de Ciudadanía.

6. Ejercicio práctico mediante la técnica del rol fijo

Divide a los y las participantes en los mismos grupos de la sesión anterior (4 o 5 personas). Cada grupo trabajará sobre una de sus situaciones de mejora. Explícales que deberán trabajar esa situación desde el enfoque del como si, representando una versión transformada que ya promueva la dimensión que hayan escogido.

Concede unos 10 o 15 minutos para preparar su escena. Pueden prepararse rápidamente o improvisar. Lo importante es que participen todos los grupos y que se centren en mostrar el cambio. Algunos ejemplos reales extraídos de las formaciones son:

- Obtener más información sobre los derechos civiles y de ciudadanía de la población general.

Grupo de Investigación en Primera Persona

- Más implicación de la persona usuaria en su itinerario de recuperación a través de toma de decisiones compartida.
- Que la figura del moderador de la asamblea la ocupe una persona usuaria del servicio.
- Incorporar a las personas usuaria en espacios de decisión de políticas y diseño del servicio.
- Fomentar roles valiosos fuera del recurso (por ejemplo, voluntariado, formador/tallerista o mentor/a).

Cada grupo presenta su escena al resto. Mientras observas, presta atención a los gestos, los tonos y las interacciones, porque lo que emerge en estas dramatizaciones suele ser un reflejo de los valores y las tensiones del trabajo cotidiano. A lo largo de toda la sesión práctica, la dimensión de las Relaciones debe considerarse el hilo conductor de la experiencia. Aunque todas las “R” de la ciudadanía están presentes en las escenas, es en la R de Relaciones donde se hace visible el cambio de paradigma porque se anima a pasar de una relación asistencial y jerárquica a una relación de reconocimiento mutuo. Para ello, cuando les invites a elaborar su dramatización, anima a prestar atención a elementos como:

- El tono y el lenguaje que se utiliza entre profesionales y personas usuarias.
- Los gestos de escucha, reconocimiento y reciprocidad.
- El grado de apertura a la diferencia y la participación.
- La distribución del poder dentro de la interacción.

Nota para la persona formadora

Tras cada representación, abre un diálogo con el grupo que actuó y con el resto de las participantes. Algunas preguntas que pueden guiar la conversación son: “¿Qué cambió en la manera de relacionarse?”, “¿sentisteis algo diferente al actuar de esta forma?”, “¿qué elementos de esta ficción podríais empezar a aplicar mañana en vuestro servicio?”, “¿qué necesitaría vuestro equipo para que esta versión transformada se mantuviera en la práctica real?”.

En las relaciones orientadas a la ciudadanía, tanto el lenguaje verbal como el no verbal desempeñan un papel decisivo en la construcción de vínculos horizontales y respetuosos. Las formas de comunicarse (qué se dice, cómo se dice y desde dónde se dice) pueden reforzar o transformar las dinámicas tradicionales de poder, y convertirse o no en potentes herramientas para promover la emancipación y el reconocimiento del otro como ciudadano. Presta atención a los siguientes detalles y, si aparecen en las dramatizaciones, inclúyelos en las devoluciones a cada grupo.

En el nivel de la comunicación verbal, las relaciones orientadas a la ciudadanía pueden caracterizarse por el uso de lenguaje que reconoce la agencia y capacidad de decisión de la persona usuaria. Por ejemplo, en lugar de utilizar construcciones lingüísticas como “yo creo que deberías” o “lo mejor para ti sería”, algunas intervenciones pueden invitar a la reflexión compartida como “¿qué opciones ves para esta situación?” o “¿cómo te imaginas que podrían funcionar estas alternativas?”.

En el nivel de la comunicación no verbal, las relaciones orientadas a la ciudadanía tenderán a expresarse mediante posturas corporales más abiertas y relajadas, una tendencia a comunicar disponibilidad y receptividad, y mantenimiento de contacto visual. Como formadora, puedes señalar durante las retroalimentaciones posteriores a las escenificaciones que determinadas modificaciones en la disposición espacial y las posturas corporales pueden generar experiencias radicalmente diferentes de la calidad de la relación, así como facilitar u obstaculizar la construcción de vínculos caracterizados por confianza y reconocimiento mutuo.

Nota para la persona formadora

Al finalizar, si lo ves necesario, puedes abrir un breve diálogo sobre lo vivido: “¿Cómo cambia la relación cuando la persona usuaria se siente ciudadana?”, “¿cómo cambia mi percepción como profesional cuando entiendo al otro como ciudadano, no solo como usuario o paciente?”, “¿Qué actitudes o gestos ayudan a sostener ese tipo de vínculo?”.

7. Algunas consideraciones para tener en cuenta

Nuestra experiencia acumulada a lo largo de diversas ediciones de la formación nos ha permitido identificar ciertos patrones de respuesta que tienden a reproducirse entre los y las profesionales participantes. A continuación, se describen algunas de las situaciones más frecuentes observadas durante las sesiones, junto con estrategias que pueden facilitar su abordaje en espacios constructivos de aprendizaje compartido.

- **Dificultades estructurales.** Es probable que algunos grupos se concentren en problemas estructurales muy grandes (falta de recursos, normativa rígida, responsabilidad legal, burocracia). En esos casos, puedes recordar que, además de pensar en los grandes cambios, es igual de importante identificar pequeñas acciones cotidianas que ya están en sus manos y que marcan la diferencia para las personas usuarias y el tipo de atención que reciben y construyen.
- **Resistencias.** Algunos participantes pueden sentir que se les está criticando, otros pueden mostrarse escépticos sobre la utilidad del ejercicio, y también puede suceder que un grupo se quede en silencio sin saber por dónde empezar. Tu primera tarea es reconocer esas resistencias sin juzgarlas. Si alguien expresa malestar, valida lo que dice: aclara que el objetivo de la actividad no es evaluar ni señalar culpables, sino abrir un espacio de reflexión colectiva. Cuando la resistencia adopta la forma de críticas hacia las condiciones estructurales (“esto no depende de nosotros”, “es imposible cambiar nada”), puedes preguntarles qué pequeñas transformaciones sí podrían implementar a corto plazo. Canalizar la frustración hacia lo que es posible garantiza que las y los participantes puedan extraer acciones específicas a trasladar en su día a día. Recuerda que las resistencias son la oportunidad de mostrar que la transformación hacia la ciudadanía no es un camino lineal, ordenado y sencillo, pero sí necesario y posible.
- **Escasa participación.** En esos casos, puedes romper el hielo con preguntas abiertas (“¿Qué cosas de vuestro día a día os hacen sentir que estáis promoviendo la ciudadanía?”, “¿Qué situaciones os resultan más frustrantes?”), o compartir un ejemplo práctico que pueda inspirar la conversación.
- **Garantiza una participación equitativa.** En los grupos suelen aparecer jerarquías implícitas: puede que los perfiles médicos hablen más y que administrativos o auxiliares intervengan menos. Si notas este desequilibrio, abre el espacio y anima explícitamente a participar y a compartir sus experiencias.

Una función crucial de la persona formadora durante la sesión práctica consiste en facilitar que las y los participantes reconozcan explícitamente las conexiones entre las transformaciones relacionales que están experimentando y las modificaciones correlativas en las otras dimensiones de la ciudadanía, ya que las relaciones entre diferentes dimensiones del marco pueden no resultar evidentes para las y los participantes de la formación.

Respecto a la dimensión de **derechos**, la persona formadora puede señalar la manera en que las relaciones caracterizadas por reconocimiento mutuo y horizontalidad crean condiciones que facilitan el ejercicio efectivo de determinados derechos. Por ejemplo, el derecho al consentimiento informado adquiere un significado sustancialmente diferente en contextos donde las decisiones se construyen dialógicamente mediante intercambios de información y perspectivas, comparado con situaciones donde el consentimiento se reduce a una formalidad administrativa que ocurre después de que las decisiones ya han sido tomadas unilateralmente por profesionales.

Respecto a la dimensión de **responsabilidades**, las relaciones y prácticas orientadas a la ciudadanía crean oportunidades para que las personas usuarias asuman gradualmente mayores niveles de responsabilidad sobre aspectos de su propio proceso de recuperación o sobre contribuciones hacia la comunidad y otros miembros. Sin embargo, la asunción de responsabilidades solo puede ocurrir en contextos relacionales que proporcionen apoyo adecuado, reconozcan los esfuerzos realizados y asuman los posibles errores y retrocesos como parte de cualquier proceso de cambio y de desarrollo de nuevas competencias. En este caso, la persona formadora puede facilitar la reflexión acerca de que las escenificaciones demostraron -o podrían haber demostrado- formas de estructurar las relaciones que equilibren las expectativas de responsabilidad con una adecuada provisión de apoyos razonables para evitar tanto la infantilización como la sobrecarga que imponen las expectativas irrealistas.

En relación con la dimensión de **roles**, las transformaciones pueden ir más dirigidas a facilitar oportunidades que permitan a las personas usuarias desarrollar y ejercer identidades diversas que trasciendan la posición de paciente o receptor pasivo de servicios. Las relaciones y prácticas caracterizadas por el reconocimiento mutuo permiten que las personas usuarias sean percibidas y se perciban a sí mismas como portadoras de conocimientos valiosos, capacidades contributivas y experiencias significativas que pueden enriquecer las vidas de otros, incluyendo los propios profesionales. Puedes

Grupo de Investigación en Primera Persona

señalar ejemplos de las escenificaciones donde las dinámicas relacionales facilitaron que las personas usuarias ocuparan roles de mentoría, enseñanza, asesoramiento o apoyo hacia otros, como en la experiencia real del Citizens Project donde un grupo de personas con problemas de salud mental y adicciones que tenían problemas con la justicia diseñó e impartió una charla a aprendices de una escuela local de policía sobre la experiencia de ser abordados por la policía en el espacio público mientras experimentaban una crisis de salud mental (Clayton et al., 2013). Ello condujo al grupo a convertirse en profesores de la policía y, a su vez, contribuyeron a sensibilizarles sobre las capacidades y competencias de las personas con problemas de salud mental.

Respecto a la dimensión de **recursos**, las relaciones orientadas a la ciudadanía pueden facilitar que las personas usuarias desarrollen competencias para la identificación, acceso y gestión autónoma de recursos comunitarios, en contraste con dinámicas paternalistas en que los equipos profesionales asumen dicha responsabilidad. Como formadora, puedes invitar a reflexionar sobre si las cualidades relacionales observadas en las escenificaciones facilitaron u obstaculizaron procesos de transferencia gradual de responsabilidades desde profesionales hacia personas usuarias en lo referente a gestión y obtención de recursos.

Finalmente, en relación con la dimensión de **relaciones**, una estrategia efectiva puede consistir en solicitar a los y las participantes que identifiquen momentos específicos durante las escenificaciones donde experimentaron cambios cualitativos en la atmósfera relacional, detallando qué elementos verbales, no verbales o situacionales contribuyeron a generar dichos cambios.

Otra estrategia interesante consiste en invitar a los o las participantes que ocuparon posiciones de persona usuaria durante las escenificaciones a compartir sus experiencias subjetivas de las diferentes cualidades relacionales que experimentaron. Es recomendable abordar este tema prestando especial atención a su disposición a compartir información sensible, expresar preferencias genuinas o asumir compromisos respecto a sus itinerarios de recuperación, si es el caso, y si estas situaciones se dan en menor o mayor medida en función de dichas cualidades relacionales. Estos testimonios experienciales desde la posición de persona usuaria resultan particularmente impactantes para algunas y algunos profesionales que pueden no haber considerado previamente la manera en que sus propias dinámicas, habilidades y conductas relacionales son experimentadas desde otras posiciones.

8. Cierre y aprendizajes

El cierre del taller constituye un momento de síntesis y articulación del proceso formativo. Su finalidad principal es ordenar los aprendizajes, establecer vínculos entre lo vivido y los principios de la ciudadanía, y traducir la experiencia práctica en propuestas concretas de mejora profesional y organizativa. En función del tiempo, el cierre podrá ser más o menos extenso. Ajústalo según el tiempo que dispongas.

Puedes recordar brevemente el itinerario seguido durante las dos sesiones: la primera, centrada en la comprensión teórica de la ciudadanía y el análisis crítico de las prácticas mediante la rejilla de las 5Rs; la segunda, orientada a la experimentación vivencial del cambio.

A continuación, puedes guiar un diálogo estructurado en torno a tres ejes:

- **Análisis de la experiencia:** solicita a los grupos que describan brevemente qué cambios percibieron en la dinámica relacional al representar la situación transformada. Puedes rescatar las variaciones observadas en los modos de comunicación, la distribución de la palabra, el tipo de decisiones que emergieron o el clima de trabajo generado.
- **Identificación de aprendizajes:** plantea preguntas orientadas a la reflexión sobre lo que el ejercicio ha permitido comprender acerca de la ciudadanía. Por ejemplo:
 - “¿Qué aspectos de la práctica profesional se vuelven más visibles cuando actuamos desde el marco de la ciudadanía?”
 - “¿Qué condiciones facilitan que una relación profesional se oriente a la corresponsabilidad y no al control?”.
- **Transferencia a la práctica real:** invita a los y las participantes a pensar qué elementos de la experiencia podrían integrarse de forma realista en su trabajo cotidiano.

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

9. Diseño de la evaluación

La evaluación del impacto de la actividad se lleva a cabo mediante un diseño experimental prospectivo con asignación aleatoria y lista de espera para estimar los efectos de la formación sobre las creencias, actitudes y conductas de los y las profesionales de salud mental en relación con la ciudadanía de las personas usuarias de los servicios (Eiroa-Orosa, 2023).

El proceso evaluativo se organiza en tres fases principales:

1. **Fase preintervención:**

Antes del inicio de las formaciones, se recogen los datos de referencia para ambos grupos (el grupo de intervención y el grupo en lista de espera). Esta fase establece la línea base sobre las variables dependientes que se analizarán posteriormente.

2. **Fase postintervención inmediata:**

Una vez finalizada la intervención (tras la sesión práctica y el taller participativo), los mismos instrumentos se administran de nuevo al grupo que ha recibido la formación, permitiendo analizar los cambios inmediatos atribuibles a la intervención.

3. **Fase de seguimiento:**

A los tres meses de la intervención, se lleva a cabo una tercera medición destinada a examinar la sostenibilidad de los efectos y la posible consolidación de cambios actitudinales y conductuales en la práctica profesional cotidiana. Posteriormente, el grupo en lista de espera recibe la misma formación, garantizando la equidad en el acceso.

La recogida de datos se realiza mediante instrumentos validados internacionalmente y adaptados al contexto español, que permiten cuantificar los efectos de la intervención sobre distintas dimensiones psicosociales:

- **Reported and Intended Behaviour Scale – RIBS** (Evans-Lacko et al., 2011): mide el grado de contacto social previo, las actitudes hacia personas con diagnóstico de salud mental y la disposición a interactuar con ellas en el futuro. Evalúa tanto conductas informadas como conductas intencionadas.
- **Beliefs and Attitudes towards Mental Health Service Users’ Rights Scale – BAMHS** (Eiroa-Orosa & García-Mieres, 2019): diseñada para evaluar las creencias y actitudes de los profesionales hacia los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Incluye cuatro dimensiones:

Grupo de Investigación en Primera Persona

1. Paternalismo (tendencia a justificar la tutela y la toma de decisiones por parte del profesional).
2. Justificación de la coerción (aceptación de medidas restrictivas en la práctica clínica).
3. Discriminación (distancia social y percepción negativa hacia las personas con diagnóstico).
4. Derechos (reconocimiento y respeto de los derechos de los usuarios).

Ambos instrumentos se administran en formato electrónico y anónimo, garantizando la confidencialidad y la trazabilidad temporal de los datos mediante códigos alfanuméricos.

En paralelo, se han desarrollado análisis cualitativos complementarios a partir de la información abierta recogida en los cuestionarios y grupos de discusión con los participantes. Estos datos se han analizado mediante análisis temático reflexivo (Braun & Clarke, 2006), con el objetivo de identificar categorías emergentes relacionadas con la percepción de utilidad, las resistencias al cambio y los mecanismos de integración del marco de ciudadanía en la práctica profesional (Eiroa-Orosa & Gonzalez-Mañas, 2025). El análisis reveló cuatro ejes temáticos en las conversaciones mantenidas durante el análisis de las rejillas de las 5Rs: la agencia, entendida como un proceso de autonomía y participación en el que los profesionales actúan como facilitadores; la dependencia, alimentada por dinámicas de infantilización y coerción que limitan la iniciativa del usuario; la implicación profesional, que destaca el papel del personal como mediador en el acceso a derechos y el fomento de la confianza; y las limitaciones del sistema, que incluyen barreras estructurales y falta de recursos que condicionan la aplicación real del modelo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agís, E. A. (2021). *Stultifera domus Del manicomio vida cotidiana , familia y* [Universitat Rovira i Virgili]. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16300.13444>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *United Nations Enable*.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chamberlin, J. (1978). *On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System*. Hawthorn Books.
- Clayton, A., O’Connell, M. J., Bellamy, C., Benedict, P., & Rowe, M. (2013). The Citizenship Project Part II: Impact of a Citizenship Intervention on Clinical and Community Outcomes for Persons with Mental Illness and Criminal Justice Involvement. *American Journal of Community Psychology*, 51(1–2), 114–122. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9549-z>
- Eiroa-Orosa, F. J. (2019). Analyzing Community Mental Health Programs Through the Citizenship Framework: A Learning Experience. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 22(1–2), 64–81.
- Eiroa-Orosa, F. J. (2023). Citizenship as mental health. A study protocol for a randomised trial of awareness interventions for mental health professionals. *Journal of Public Mental Health*, 22(3), 117–126. <https://doi.org/10.1108/JPMH-09-2022-0089>
- Eiroa-Orosa, F. J., & García-Mieres, H. (2019). A Systematic Review and Meta-analysis of Recovery Educational Interventions for Mental Health Professionals. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(6), 724–752. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00956-9>
- Eiroa-Orosa, F. J., & Gonzalez-Mañas, D. (2025). Building Citizenship: An Experiential Awareness Intervention for Mental Health Professionals. *Journal of Constructivist Psychology*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/10720537.2025.2609970>

- Eiroa-Orosa, F. J., & Rowe, M. (2017). Taking the Concept of Citizenship in Mental Health across Countries. Reflections on Transferring Principles and Practice to Different Sociocultural Contexts. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01020>
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(03), 263–271. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000308>
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987a). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144(6), 718–726. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.6.718>
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987b). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144(6), 727–735. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.6.727>
- Johnstone, L., & Boyle, M. (2018a). The Power Threat Meaning Framework: An Alternative Nondiagnostic Conceptual System. *Journal of Humanistic Psychology*, 1–18. <https://doi.org/10.1177/0022167818793289>
- Johnstone, L., & Boyle, M. (2018b). The Power Threat Meaning Framework. In *British Psychological Society* (Vol. 3, Issue 3).
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs. Vol. 1. A theory of personality. Vol. 2. Clinical diagnosis and psychotherapy*. W. W. Norton.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Millet, K. (1990). *The Loony-Bin Trip*. Simon & Schuster.
- Millet, K. (2019). *Viaje al Manicomio*. Seix Barral.
- National Council on Disability. (1990). *Americans with Disabilities Act* (§ 12101). United States Code.

- Neimeyer, R. A., Ray, L., Hardison, H., Raina, K., Kelley, R., & Krantz, J. (2003). Fixed role in a fishbowl: Consultation-based fixed role therapy as a pedagogical technique. *Journal of Constructivist Psychology, 16*(3), 249–271.
<https://doi.org/10.1080/10720530390209270>
- Rowe, M. (1999). *Crossing the Border: Encounters between Homeless People and Outreach Workers*. University of California Press.
- Rowe, M. (2015). *Citizenship and Mental Health*. Oxford University Press.
- Rowe, M., Benedict, P., Sells, D., Dinzeo, T., Garvin, C., Schwab, L., Baranoski, M., Girard, V., & Bellamy, C. (2009). Citizenship, Community, and Recovery: A Group- and Peer-Based Intervention for Persons With Co-Occurring Disorders and Criminal Justice Histories. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 4*(4), 224–244.
<https://doi.org/10.1080/15560350903340874>
- Rowe, M., Kloos, B., Chinman, M., Davidson, L., & Cross, A. B. (2001). Homelessness, Mental Illness and Citizenship. *Social Policy and Administration, 35*(1), 14–31.
<https://doi.org/10.1111/1467-9515.00217>
- Rowe, M., & Pelletier, J.-F. (2012). Citizenship: A Response to the Marginalization of People with Mental Illnesses. *Journal of Forensic Psychology Practice, 12*(4), 366–381.
<https://doi.org/10.1080/15228932.2012.697423>
- Satcher, D. (2000). Mental health: A report of the Surgeon General--Executive summary. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*(1), 5–13.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.31.1.5>
- Vaihinger, H. (1911). *The Philosophy of "As if": A System of the Theoretical, Practical and Religious Fictions of Mankind*. Reuther & Reichard.

ANEXO

Herramienta de análisis de programas de intervención desde la perspectiva de la ciudadanía

Elementos a destacar (partes de nuestro programa que creemos que ya trabajan esta dimensión de la ciudadanía)

Elementos de reflexión (partes de nuestro programa que creemos que podrían modificarse para trabajar esta dimensión de la ciudadanía más en profundidad)

Derechos

¿Existen elementos que ayuden a las personas a ser más conscientes de sus derechos y/o a aprender estrategias para ejercerlos de manera asertiva y respetuosa?

Responsabilidades

¿Existen elementos que ayuden a las personas a poder tomar responsabilidades de una manera efectiva pero realista según sus capacidades?

Grupo de Investigación en Primera Persona

Elementos a destacar (partes de nuestro programa que creemos que ya trabajan esta dimensión de la ciudadanía)

Elementos de reflexión (partes de nuestro programa que creemos que podrían modificarse para trabajar esta dimensión de la ciudadanía más en profundidad)

Roles

¿Existen elementos que ayuden a las personas a ejercer roles teniendo en cuenta tanto sus preferencias y necesidades como las del resto de personas de su familia y comunidad?

Recursos

¿Existen elementos que ayuden a las personas a conseguir y gestionar recursos por sí mismas?

Relaciones

¿Existen elementos que ayuden a las personas a establecer relaciones de apoyo mutuo y complicidad con otras personas sin distinción de edad, etnia, género, clase social o cualquier otra característica?



Esta obra está sujeta a una licencia de [Atribución/Reconocimiento-NoComercial-SinDerivados 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) de Creative Commons.