

# Crisálidas: de la involución ética a la estética apolítica.

1



## *Pedagogías en las PDA- SM*

Trabajo Final de Grado de Educación Social.

Universitat Oberta de Catalunya. Curso 24/25.

Autora: Ángela Elvira Rodríguez Calderón.

Tutora: Sandra Anitua Jorge.

---

<sup>1</sup> Imagen Portada: Crisálida. Ana Luis Santos (Brasil) Actuación en el Memorial (2013). Fotógrafo: Guto Muniz. Recuperado de <https://www.focoincena.com.br/crisalida/7427>

# Índice

<b>Agradecimientos</b>	<b>3</b>
<b>Glosario</b>	<b>4</b>
<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>Descuadrar lo teórico. Enloquecer la academia.</b>	<b>6</b>
<b>Paradigmas: humanización de acrónimos o institucionalización de siglas.</b>	<b>8</b>
<i>Modelo Biomédico Hegemónico (MMH)</i>	8
<i>Modelajes: De la rehabilitación a la ciudadanía, a través de lo pseudo-comunitario.</i>	9
<i>Recovery in the Bin</i>	12
<i>Ciudadanía. El más allá del nocaut del MR</i>	13
<b>De infirmus a PDA-SM: De lo moral a lo legal.</b>	<b>14</b>
<i>Humanizar la etapa final de la vida.</i>	18
<i>Humanizar la vida toda.</i>	21
<i>De los mapas locos a las herramientas profesionalizadas</i>	22
<i>Locura y Opresión (2015)</i>	23
<i>Navegando las crisis (2021)</i>	24
<i>Manual para la recuperación y autogestión del bienestar (MRAB)</i>	25
<i>Guía de Apoyo para profesionales y personas usuarias.</i>	25
<i>Excurso: DVA-SM (2023) Apuntes sobre las disidencias</i>	26
<b>La educación social en el psistema.</b>	<b>29</b>
<i>Expresiones de lo incognoscible.</i>	29
<i>El devenir del inconsciente profesional.</i>	31
<i>De las disociaciones a las mimetizaciones.</i>	33
<i>Pentadecálogos en el área socio-despistada.</i>	35
<i>De la utopía o del delirio pedagógico.</i>	36
<b>Del no saber, sabiendo o de la conclusión, siempre inconclusa.</b>	<b>39</b>
<b>Referencias</b>	<b>41</b>

## Agradecimientos

A la Gata y a Pizarnik, que no pudieron nada contra la muerte, pero fueron, son y serán brújulas de sentido para muchas vidas.

A todas las que comparten “esa preocupante manía de escribir poesía”. A las princesas que escogieron la guerra de las palabras, y se convirtieron en himnos. Demostrando que las mejores armas no matan, nunca, a nadie. Pero desatan, liberan y alimentan ejércitos.

A JS, porque sin el delirio del “verano invencible”, es demasiado tentadora la “serena noche del alma para siempre oscura”.

A todas las vivientes, y a las que ya no supieron cómo vivir más, pero que amaron la vida y se dejaron herir por ella, y por otras.

A Fran Eiroa por el mecenazgo y a todas las locas y aliadas por dar la batalla, y dejarme saber que ninguna estamos nunca del todo solas.

A Sandra, por la distancia justa, la que no suelta, ni aprieta demasiado.

A mi rabia, que se disfraza de pena, y me empuja a la lucha y a la compasión, salvándome de caer en la crueldad de los que caminan libres de contradicciones.

*Gracias a la vida, que me ha dado tanto.*

*Me ha dado la risa y me ha dado el llanto.*

*Así yo distingo dicha de quebranto,*

*los dos materiales que forman mi canto,*

*y el canto de ustedes, que es el mismo canto,*

*y el canto de todos, que es mi propio canto*

Violeta Parra

# Glosario

AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

CEESC: Colegio de educadoras y educadores sociales de Catalunya.

CEISE: Conexión, Esperanza, Identidad, Significado, Empoderamiento.

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

CSMA: Centro de salud mental para adultas

DD. HH.: Derechos Humanos.

DMH: Discurso Médico Hegemónico.

DVA: Documento de Voluntades Anticipadas.

DVA-SM: Documento de Voluntades Anticipadas en Salud Mental.

HD: Hospital de día.

MC: Modelo Comunitario

MMH: Modelo Médico Hegemónico.

MR: Modelo de Recuperación.

MRAB: Manual de Recuperación y Autogestión del Bienestar.

MRC: Modelo Rehabilitación Comunitaria

PC: Plan de Crisis

PDA: Planificación de Decisiones Anticipadas.

PDA- SM: Planificación de Decisiones Anticipadas en Salud Mental.

PISM: Plan Integral de Salud Mental

PSI: Programa de Seguimiento Individualizado.

PIR: Psicólogo Interno Residente.

SEPB: Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.

SEP: Sociedad Española de Psiquiatría.

SEPSM: Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental.

SM: Salud Mental.

SRC: Servicio de rehabilitación comunitaria.

TEC: Terapia Electro- Convulsiva.

## Introducción

Los agradecimientos del presente texto, además de homenaje, pretenden ser un reflejo de la complejidad del tema a tratar. El fragmento de ese poema, convertido en canción, se interpretó a la par como canto a la vida y como posible nota de suicidio. Representa también una de las características del presente trabajo, y de todas las cosas que aúnan opuestos. Quien escribe asume el rol de todos los actores que se suelen enumerar en relación con salud mental: primera persona, familia y profesional.

En lo que sigue se presentan reflexiones sobre el papel que podría ocupar la educación social en el contexto actual de los dispositivos de atención a la SM para adultas. En concreto, o para ello, se analiza una selección de materiales que guardan relación la PDA-SM, tras un breve repaso previo del inconcluso cambio de paradigma, de lo biomédico a la biopsicosocial. Que nos obligará a detenernos en la incidencia que ha tenido la evolución de la bioética en ese proceso.

Se incluyen consideraciones en torno a conceptos centrales que trascienden la delgada línea entre lo ético y lo legal, y que se sitúan, aunque no siempre de forma explícita, en el eje de varios debates abiertos. Que vienen a reflejar el clásico dilema entre el individuo y la sociedad, abordado desde el principio de los tiempos.

Finalmente, a partir de los documentos profesionalizadores del CEESC, y unas puntualizaciones, casi impresionistas, sobre los lugares que ha venido ocupando recientemente la profesión en SM, se relacionan aspectos incluidos en la PDA que escapan al ámbito médico. Planteando la idoneidad de las educadoras sociales para acompañar las PDA-SM, incluyendo elementos culturales y propuestas para la irrupción de lo colectivo en las instituciones, o de las institucionalizadas en la comunidad como parte del proceso. O de como la profesión puede, si nos dejan, convertir al fin los recursos comunitarios en algo relacionado con el “afuera” de la institución. Como una versión de Marco Caballo 3.0, que no un caballo de Troya, aunque, con una justa dosis de locura, podríamos proponer una hibridación de ambos.

## Descuadrar lo teórico. Enloquecer la academia.

Pese a que se presenta el trabajo que sigue con un enfoque profesional, también se advierte de la complejidad y de la poligamia en cuanto al lugar que ocupa la autora en el ámbito de estudio. Siendo así resulta especialmente difícil ceñirse a un marco teórico concreto, al menos en cuanto a metodología. El presente ensayo argumentativo va a caballo entre la auto etnografía, la observación participante, la revisión bibliográfica y la reflexión.

Por otra parte, se engloba en el enfoque crítico que corresponde a los Estudios Locos. Y se explica tomando prestadas las palabras de Cea-Madrid y Castillo-Parada (2021, p.2):

[...] la irrupción de los Estudios Locos no solo ha abierto un espacio de expresión de las voces locas en la producción y transmisión de conocimientos, sino también una apertura para que estas voces se articulen en sus propios términos, sentando las bases para “enloquecer la academia”. Esta apertura refiere a la importancia de que las disciplinas vinculadas al campo de la salud mental construyan una nueva mirada en torno a la locura y esta nueva perspectiva no solo se restrinja a los espacios de formación y enseñanza, sino que inunde el conjunto de la sociedad (LeFrançois, Beresford y Russo, 2016).

Los materiales revisados se han seleccionado y conocido por la experiencia de más de diez años de activismo, como parte de un colectivo crítico con el actual modelo psiquiátrico. Más que un trabajo basado en la locura, es un trabajo centrado en resistencias y alternativas, y en la loca idea de que una profesión como la educación social puede introducirse en el *psistema* y no reproducirlas.

Se comparte pues una de las preocupaciones centrales de los militantes contra el cuerdisimo, que tal como se pretende demostrar, queda de sobras justificada:

[...]el riesgo de que discursos y prácticas desarrolladas desde los Estudios Locos puedan ser neutralizadas e instrumentalizadas por la hegemonía psiquiátrica para sostener sus mecanismos de dominación e incluso adquirir mayor legitimidad, como ha ocurrido históricamente con otras iniciativas críticas que surgen del movimiento asociativo en primera persona (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2021, p.5).

A lo largo del ensayo se destaca la progresión y la adaptación que hace el MMH de la propuesta inicial derivada de los Estudios Locos.

Desde aquellas que se han permitido el cuestionamiento, de un modo que pueda ser compartido (Recovery in the Bin, 2016), a los mapas locos. Pasando por los productos de aliadas (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2021), elaborados en estrecha colaboración con las locas. Como el de Alba Castaño (Abilis), que trabajó con las compañeras de La Casa Polar, Insania, Salut entre Totes y GAM Re-Cordis en la guía Navegando las crisis (2021).

En otro orden de cosas, encontramos el trabajo de Sampietro y Galvaldà (2018). Que, pese a contar con la participación del colectivo en la investigación, hubieron de lidiar con las resistencias del sector profesional para la publicación del resultado.

El último de los materiales sirve de ejemplo de lo que algunas aliadas, fieles a las demandas de las colaboradoras, han escogido hacer frente a las prácticas coercitivas que buscaban someter los productos y domesticarlos.

Por otra parte, ha habido un desarrollo casi en paralelo de lo que aquí presentamos como PDA, pero que ha recibido distintos nombres y guarda afinidad con otras formas de pensarlo y articularlo, como los planes o redes de cuidados, de crisis, o de apoyo mutuo.

Así, quedan de un lado las iniciativas de colectivización y autogestión que recogen algunos de los documentos propuestos. Del otro, las de protocolizar, estandarizar, e implementar una herramienta para la “puesta en escena” del cambio de paradigma en SM. En tanto que supone el reconocimiento, parcial, del derecho de las psiquiatrizadas a tomar decisiones sobre su tratamiento.

Este camino lo inició en 2014 la Escuela Andaluza de Salud Pública, en colaboración con el Programa de SM y el grupo de DD. HH. Conformando el grupo de trabajo de profesionales, usuarias y su entorno, encargado de elaborar la primera guía de PDA-SM oficial del estado. La iniciativa partía de la necesidad de adaptación al artículo 12 de la CDPD (2006), relativo al igual reconocimiento como persona ante la ley. En lo que se refiere al artículo 11 de la Ley 41/2002, reguladora del derecho a autonomía del paciente, y la posibilidad de ejercerlo mediante instrucciones previas.

En síntesis, las supervivientes de la psiquiatría, en sus propuestas de autogestión, ya partían de la premisa del respeto por la voluntad de las personas. Pero para que esa voluntad y respeto se trasladase al marco legal, y asistencial, han hecho falta años y luchas, que aún se están librando (véase la campaña <https://0contenciones.org/>).

La cuestión que nos ocupa, da cuenta de las transformaciones que sufren las demandas de las usuarias al entrar en contacto con el contexto institucional. Incluso la propia educación social, como veremos, sufre extrañas mutaciones al ingresar en la institución manicomial. En esos procesos, con frecuencia, se sacrifican cosas. Con demasiada frecuencia cosas importantes. Y en esas pérdidas nos detenemos, para concluir con un breve esbozo de utopía.

## Paradigmas: humanización de acrónimos o institucionalización de siglas.

En este bloque se hace un fugaz repaso de los cambios en los servicios de atención a la SM, contextualizando el planteamiento posterior, y las reflexiones que pretenden argumentar la idoneidad, o necesidad, de ampliar los perfiles profesionales que hasta hoy han tenido cabida. Para ello, fundamentalmente, se selecciona la información que puede dar cuenta de hasta qué punto la SM no es solo una cuestión de salud, en un sentido orgánico.

Quizá podríamos emular a las promotoras del ciclo de conversatorios al que dieron por título “Hablemos de psiquiatría. El emperador va desnudo” (La Porvenir, 2022). Y tratar de explicarlo mediante la fábula, de sobras conocida, que resulta del todo ilustrativa. O justificar la osadía de la empresa, más considerando el escaso desarrollo que podemos darle, citando a Agamben (2008) “No es mi intención proponerme aquí escalar este inaccesible macizo. Sin embargo, es posible intentar, por ahora, acampar sobre las pendientes, para examinar las dificultades de la ascensión y para situarlo en relación con los relieves circundantes” (p.13). Y lo hacemos, ofreciendo una modesta panorámica.

### Modelo Biomédico Hegemónico (MMH)

A raíz de que la medicina se interesase por las que se consideraron anomalías, la atención a la diversidad ha transitado distintos procesos de estudio y clasificación. Desde el s. XIX son notables los aportes de la psiquiatría a este respecto. Y no pocos los nombres conocidos de psiquiatras que han propuesto cambios en la forma de entender la mal llamada normalidad, y por extensión las deficiencias (Planella, 2011).

Al margen de si los aportes de la ciencia médica cuentan con aval suficiente en ese campo. Para este trabajo nos interesa la incidencia que esto ha tenido en la configuración de las

políticas, recursos, y servicios. Que, tal como apuntan Correa-Urquiza y Pié (2021), se traduce en “una organización disciplinar jerárquica que borra lo cultural y lo social como campos de acción profesional.” (p. 90).

Para entender por qué el emperador sigue desnudo, a la vista de todas, conviene remitirse de nuevo a los mismos autores, que nos prestan una síntesis sin mácula:

«El determinismo biológico es la negación a que, en la jerarquía del orden de las cosas, lo cultural o lo psicológico afecte a lo biológico. Es la ilusión de la independencia de lo biológico de todo contexto social e histórico que se expresa en dos direcciones: una autonomía de los procesos biológicos con respecto a la psicología y a las relaciones sociales y una dependencia de estos dos órdenes del substrato natural». (Martínez, 2008, en Correa-Urquiza y Pié, 2021, p. 89)

Si bien no se pretende aquí cuestionar que existan causas, o consecuencias, orgánicas en lo relativo al sufrimiento psíquico. En lo que nos ocupa “Lo relevante del paradigma biomédico es la negación de la casuística social y cultural en los procesos de enfermar.” (Correa-Urquiza y Pié, 2021, p. 89). Por lo que no vamos a entrar a detallar más este aspecto, que tan solo pretende dar cuenta de las dificultades y resistencias que afronta la educación social a la hora de ser considerada una figura relevante en los servicios de SM. Pues si se parte de esa premisa, ciertamente, no pintamos nada.

## Modelajes: De la rehabilitación a la ciudadanía, a través de lo pseudo-comunitario.

Es habitual iniciar las reflexiones en torno al origen de los actuales enfoques de recuperación y ciudadanía, con un recorrido histórico a partir de las primeras asociaciones de pacientes, como la “Sociedad de amigos de los supuestos lunáticos” (1845). Por una cuestión de espacio, vamos a saltar en el tiempo hasta el movimiento de las autodenominadas supervivientes.

En el momento de la publicación de “A nuestra manera: alternativas a la psiquiatrización gestionadas por el paciente” (Chamberlin, 1978), se estaban produciendo los cambios más significativos en recursos y servicios, posteriores a los primeros intentos de desinstitucionalización<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Nos referimos a la Reforma, que pretendió el cierre de los manicomios. Y que aún está en curso hoy con el desmantelamiento de los recursos de larga estancia.

A la par que las personas con experiencia tomaban protagonismo, ideando formas de autogestión. Los movimientos de profesionales, que abogaron por el modelo de rehabilitación psicosocial, propiciaron la incorporación de nuevos perfiles a los servicios. Principalmente trabajadoras sociales (Eiroa et al., 2021).

Resulta impensable resumir todas las experiencias innovadoras que se vivieron durante esos años. Aunque a modo de pincelada, anecdótica, compartimos unos apuntes sobre la visita de unos médicos catalanes a uno de los primeros HD del estado. Que junto con otros servicios públicos que fueron apareciendo, supusieron un gran cambio cimentado sobre la base de la experiencia y las pocas referencias que llegaban de otros países:

El lado positivo de esta situación sería la garantía de la no tecnificación, salvándose así el riesgo de transformación en una alternativa técnica más al servicio del poder.

El lado negativo, o al menos peligroso, es el caer en una especie de tribalismo semi-religioso con una estructura grupal pasivo-dependiente y un líder que no puede permitirse el lujo de tener fisuras.

Por último, otro punto crítico sería el hecho de la escasa proyección al exterior. El hospital de día no está vinculado específicamente a ningún barrio o sector (como sí ocurre con muchos Centros de Higiene Mental), lo cual le priva lógicamente de todo un aspecto preventivo y de contacto directo con los problemas de la calle. (Baldiz, 1978, p.29)

Esto enlaza con uno de los seminarios vinculado al MUHBA, que analiza la evolución de las instituciones de SM en nuestro contexto durante el S. XX. En él Enric Arqués, profesional de amplia trayectoria en el sector, reflexiona sobre esa época, el período comprendido entre 1975 y 1990, y sobre esa misma cuestión de nutrirse más de las experiencias, y la motivación para el cambio, que de una base teórica sólida. A su vez, se plantea cuáles fueron los motivos y las dificultades que les impidieron dejar un testimonio escrito de esa etapa, en que se definían los servicios englobados bajo la perspectiva de rehabilitación psicosocial o comunitaria en Barcelona.

En esa reflexión recoge un par de ideas interesantes sobre cómo se frenaron, o hasta dónde pudieron llegar, con las propuestas del cambio de modelo. Por un lado, la externalización, “[...] a bajo precio, se nos concertó un poco *tacherianamente*” (MUHBA, 2022, 155’). A menudo se ha asociado este hecho con políticas neoliberales, y no se puede negar que han condicionado la derivaba posterior. Aunque, según explica Arqués, a Barcelona llegó de la

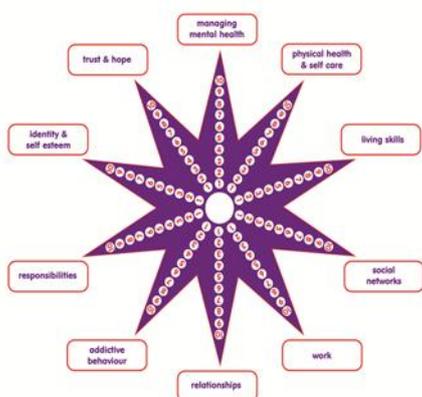
mano del PSUC. Y representaba un intento de driblar a los profesionales más reaccionarios, que ocuparon cargos durante el franquismo y los mantuvieron después, en la supuesta transición. Por otro lado, los cambios políticos, con la llegada de CiU al poder, que bloquearon las iniciativas de intervención en crisis alineadas con la psiquiatría crítica.

Pese al fracaso de las propuestas para modificar el tratamiento hospitalario. Se puede considerar como un éxito parcial, dada la situación previa, la aparición de la mayoría de los recursos públicos de los que se dispone hoy (CSMA, CAS, HD, SRC, apoyo a la inserción laboral, etc.). Aunque es francamente difícil considerando la variedad de proveedores y la libertad o escaso control sobre sus prácticas.

Arqués concluye su intervención reconociendo que “perdieron la batalla” contra el MMH, y lo argumenta exponiendo los principios a los que aspiraba el modelo comunitario (161’):

1. Fomento de la promoción y la prevención; centrado en la persona, en sus capacidades, necesidades y preferencias.
2. Fomento de la recuperación entendida como un proyecto de vida con sentido para la persona y definido por ella misma.
3. Fomentar la inclusión en el marco familiar, laboral, educativo y social.
4. Integrar las intervenciones sanitarias con las sociales.
5. Trabajar en red con la comunidad y el tejido asociativo del territorio.
6. Fomentar la participación y el empoderamiento de las personas atendidas.
7. No generar estigma y/o intervenir para erradicarlo.

Lo que entonces se llamó transformación, lo conocemos ahora como cambio de paradigma. Y ha pasado por distintas etapas, y conceptualizaciones, a lo largo de los años, sin que haya habido un cambio remarcable respecto a los objetivos, o principios, descritos.



Más allá de las reconfiguraciones discursivas, posiblemente estrategias para no caer en el olvido. Ahora el enfoque predominante es el de la Recuperación, asociado a las siglas CEISE (CHIME en inglés) en referencia a los conceptos: conexión, esperanza, identidad, significado y empoderamiento.

En Cataluña, se han desarrollado planes y políticas públicas para adaptarse a las “directrices de La Organización Mundial de la Salud

(World Health Organization, 2013; 2021; World Health Organization - Regional Office for Europe, 2013) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (United Nations, 2006).” (Sampietro et al. 2022, p. 3). Pese a que este autor sugiere que no se trata de un modelo como tal, en oposición al MMH, lo cierto es que a la práctica es común referirse a él en esos términos.

La implementación de dicho modelo, al menos teórica, cuenta con el respaldo de una parte significativa de las asociaciones de familiares, usuarias o supervivientes, y con la aceptación, con más o menos resistencias, de los principales proveedores de servicios. Aun así, cabe dedicar unas líneas al activismo más crítico, pues refleja los riesgos que afectan, y preocupan, a la hora de hablar también de PDA-SM o de educación social en SM.

En un principio, se entendía el MR en términos de evidenciar la relación entre el sufrimiento psíquico y el contexto, cuestiones como los factores ambientales y las barreras para la participación social, entre otros. Igual que, en su momento, el MC quiso abrirse a la cuestión social. Pero se podría decir que ha metamorfoseado y en la práctica adquieren relevancia los aspectos psicológicos que se consideran limitantes para alcanzar un estado de “normalidad”, entendida como funcionalidad.

[...] sigue apelando a una base empírica, para alcanzar esa universalidad «en positivo», que implica sistemas de clasificación biológicos y médicos que tratan de ampliar la noción de normalidad, mientras que, señala Oliver, «la teoría social está tratando de habérselas con la universalidad de la diferencia y no con la universalidad de una categoría ampliada de normalidad». (Ferreira, 2008, p. 146)

## Recovery in the Bin

Una propuesta que pretendía evidenciar los determinantes sociales para la salud (aspectos relacionales, materiales, y políticos), se ha transformado en una versión apolítica, o cuanto menos ha perdido parte de su potencial reivindicativo a ese respecto. Al centrarse, en gran medida, en la necesidad de empoderar a las personas para que se ocupen de sí mismas.

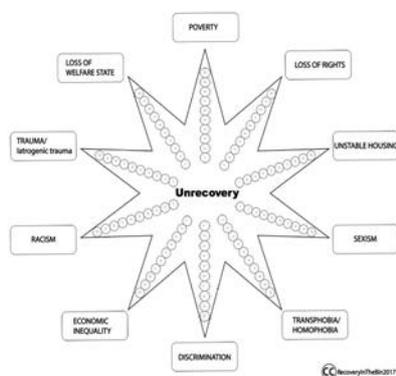
Así, con toda probabilidad, tendrán mejor pronóstico quienes dispongan de recursos y medios propios para la subsistencia. Los suficientes para manejar la angustia asociada a las carencias materiales, y la imposibilidad de cubrir necesidades básicas. O salvar los equilibrios que impone el precariado, que convierte la vida en ejercicio de funambulismo, siempre más vertiginoso para quienes deben afrontarlo sin red. Por no

mencionar que las perspectivas serán igualmente mejores para aquellas que soporten menor carga en cuanto a injusticias, violencias, y opresiones que enferman, o que lo hacen en mayor medida en algunas, no por su natural predisposición, probablemente, sino por su particular encrucijada<sup>3</sup>.

Aquí nos permitimos un pequeño desvío que apunta a la controversia, o dificultad, que supone que cada uno de los términos empleados en el ámbito tenga variantes ideológicas tan contradictorias:

Por un lado, la existencia de tres modelos de empoderamiento (el radical, socioliberal y el neoliberal) y su adopción por los distintos lobbys políticos y económicos actuales. Por otro, el cuestionamiento del saber experto como herramienta necesaria para una democracia participada y una autopercepción de ciudadanía competente y responsable de sus actos. (González, 2018, p.260)

Volviendo las críticas al MR. Si su estrella incluye conceptos como esperanza, autoestima, responsabilidad, y habilidades sociales. La Estrella de las Irrecuperables<sup>4</sup> se compone de pobreza, desmantelamiento del estado de bienestar, pérdida de derechos, discriminación, racismo, sexismo, o trauma iatrogénico. Y sus autoras la describen como:



‘Herramienta de Justicia Social’, que destaca las razones por las que nos volvemos locas, pero también lo que puede obstaculizar nuestra ‘recuperación’ y mantener nuestra angustia. Realmente lo decimos en serio cuando hablamos de que algunas de nosotras nunca nos

sentiremos ‘recuperadas’ debido a las condiciones sociales y económicas que experimentamos, porque enmarcan todo. Por lo tanto, la ‘UnRecovery Star’ es política y personal, ambas intrínsecamente vinculadas. (Recovery in the Bin, 2016)<sup>5</sup>

## Ciudadanía. El más allá del nocaout del MR

Quizá estas reivindicaciones, o presenciar la metamorfosis inversa durante la implementación del MR, haya motivado cierta ruptura en el ámbito académico, ideológico,

<sup>3</sup> Referencia a la interseccionalidad (Crenshaw, 1989)

<sup>4</sup> Se ha optado por una licencia poética en lugar de la traducción literal.

<sup>5</sup> Traducido del inglés mediante DeepL Translate.

o intelectual. Mientras algunos de los autores se mantienen en la definición y redefinición del MR, o incluso el (neo)comunitario, con la pretensión que en la práctica sea más parecido a lo que se esperaba de él. Otros abogan por ir, de nuevo, un paso más allá, basándose en el trabajo de autores como Rowe y sus colegas, que promueven un modelo de Ciudadanía definida a partir de la conexión entre las “5 R”: derechos, responsabilidades, funciones, recursos, relaciones y sentido de pertenencia (Rowe, 2015, en Ball y Eiroa, 2024).

Aunque en su trabajo no haya mención explícita a los motivos por los que el MR se considera insuficiente, se hace hincapié en la necesidad de abordar las cuestiones relativas a la integración social, muy vinculadas, o del todo condicionadas, por la posibilidad de ejercer los derechos de ciudadanía. En todos los casos se persigue influir en las políticas, y por extensión en la definición de los servicios, para que revisen los objetivos, asignándose la tarea de garantes de derechos.

En cualquiera de las formas que decidamos nombrarlo, el cambio de modelo permite, o demanda, la incorporación de más profesionales del ámbito social, en tanto que la cuestión cobra protagonismo si atendemos a todos los planteamientos teóricos, y los testimonios de las experiencias prácticas, cuando se han podido materializar. Sería necesario un segundo o tercer trabajo para poder compartir más sobre ellas. Así que, por el momento, se deja a la pericia de las lectoras el poder extraer conclusiones a partir de la información expuesta.

## De *infirmus* a PDA-SM: De lo moral a lo legal.

Aunque hemos esbozado unas líneas de la panorámica anunciada, resulta conveniente incluir también aspectos concretos, previos a la CDPD (2006), que han posibilitado el reconocimiento de la autonomía de las pacientes, y con ello las PDA.

Durante el siglo pasado, las evoluciones tecnológicas y las posibilidades de actuación en medicina afrontaron distintos conflictos éticos relativos a su poder para prolongar, modificar, o alterar las condiciones de vida de las personas. Conforme conceptos como eugenesia, genoma humano, o trasplantes, fueron cobrando relevancia, se planteó la necesidad de establecer límites a lo posible. Por lo que, en torno a los años 60, la bioética experimentó un desarrollo sin precedentes, que alcanza el momento álgido con la publicación del Informe Belmont (1978).

Una de las premisas adoptadas implica el compromiso de otorgar un papel activo a las personas que reciben tratamiento, por ser las principales afectadas. Aunque, no se puede negar que pocas veces dichas decisiones afecten a una sola persona. Y ese es el centro de las discusiones relativas a la implementación de las PDA-SM, que gira en torno a la supuesta oposición entre autonomía e interdependencia.

En este punto cabe detenerse, en el matiz que puede haber originado lo que denuncian las “Irrecuperables”. Hay, o debería haber, un abismo entre que las personas tengan un papel activo en la toma de decisiones, y la responsabilización total. Esto a su vez guarda relación con lo expuesto sobre las distintas formas en que se concibe el empoderamiento (radical, socioliberal o neoliberal) y como determinan el posicionamiento, delimitación de objetivos, y distribución de los recursos en los servicios públicos.

No parece casual que determinados modelos reciban impulso a la par que va mermando el presupuesto de los servicios de salud, sociales, o de educación. Quizá se puede apuntar a ciertas relaciones de causa-efecto. Y es que si durante la transición se hicieron los primeros avances, en los años siguientes hubo un periodo de cierto estancamiento. Hasta que las políticas de recortes, y el malestar creciente, junto con el incremento de la demanda de atención que acompaña a los períodos de crisis, pudieron funcionar de catalizador para nuevos cambios, y nuevas movilizaciones sociales.

Como decíamos, tras el mencionado Informe Belmont (1978), o su extensión al campo de la asistencia, se reconocen los 4 principios actuales de la bioética. Sin embargo, la interpretación, o priorización de los mismos, sigue aún hoy sembrando discordias. Y es que si bien la particularidad del lenguaje lo hace la herramienta simbólica más útil para la comunicación, también en su propia estructura alberga las condiciones para lo contrario.

Asumiendo que no podemos resolver todas las contradicciones del marco legal, ético, y de aplicación en este breve ensayo, tratamos de centrar las definiciones buscando la utilidad para nuestro objetivo<sup>6</sup>.

Autonomía: Nos remitimos a la parte de acción autónoma. Así, entendemos que una acción es autónoma cuando existe intención, comprensión, y está libre de influencias controladoras.

---

<sup>6</sup> Se empleó una definición similar para “Ética aplicada, entre la ciencia y la experiencia” (PAC1) de la asignatura de ética aplicada a la educación social.

La autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones. (Siurana, 2010, p. 124).

No-maleficencia: Aunque este principio se suele relacionar con abstenerse de causar muerte, dolor, o lesiones, también cabe relacionarlo con otras formas de daño, como el sufrimiento psíquico derivado de determinadas intervenciones, entre otros.

Beneficencia: Aquí en referencia a la medicina, obligando a considerar el balance entre riesgo y beneficio. De nuevo motiva frecuentes debates con relación a quién y cómo corresponde hacer ese balance, y en qué casos intervenir aún sin consentimiento expreso. Llevada al exceso, puede dar lugar a lo que conocemos como paternalismo (Gómez Serra y Pié, 2020, p.26), cuando ese actuar sin consentimiento, u oposición, se justifica de forma cuanto menos cuestionable. Y también puede dar lugar a la violencia institucional, si la justificación es relativa a otras cuestiones más utilitaristas y menos benevolentes.

Justicia: Este último parece sencillo, salvo si consideramos que para alcanzar la justicia distributiva deberían cumplirse una serie de supuestos. Puesto que sabemos que esto no se corresponde con la realidad, no cabe incluir mayor detalle. Más que la invitación a reflexionar sobre lo que es justo en la práctica de lo posible, en relación con la definición de agentes morales responsables de W.D. Ross, aquellos capaces de evaluar los rasgos relevantes en las situaciones concretas, no con carácter general, sino en cada caso (Dancy, 2007).

En relación con este apartado, una aclaración respecto al encabezamiento de la sección. Tal como plantea Busquets, durante 25 siglos la relación con los pacientes se ha caracterizado por el paternalismo, entendido como “un signo de distinción profesional, una responsabilidad moral estricta” (2003, p. 1). Y no es hasta el siglo XX que este modelo entra en crisis, a la par que la idea de sujeto de derechos, y moralmente autónomo, va cobrando relevancia. Dando lugar a un cambio lento, pero profundo, que aún hoy se sigue desarrollando, más lento si cabe en SM.

Antes de cerrar este apartado para dar paso a la irrupción de las PDA en el entorno sanitario, un último apunte, una vez más relacionado con los múltiples sentidos, y sus consecuencias en lo ideológico y práctico.

Como se ha venido señalando, hay una complejidad con infinitud de matices, y parte de la misma es el abordaje, o el campo de conocimiento, desde el que se sitúan las dialécticas que tienen cabida en nuestra moderna versión del ágora pública. Espacio en el que se han reunido profesionales con orientación filosófica, antropológica, sociológica, de la psicología social, comunitaria, clínica, psicoanalítica, de la política, del derecho o de gestión y administración. Un variado elenco de saberes, que a la par que han podido enriquecer la discusión, y retroalimentarse, se han topado también con lo que se perciben como espadas de Damocles para sus respectivos campos de conocimiento. Los límites de unas y otras áreas son con frecuencia difusos, y el ejemplo más claro lo vemos en las cuestiones semánticas.

En el tema que nos ocupa, se ha escrito ya, y mucho, sobre la antinomia entre los conceptos de autonomía e interdependencia. Al punto que algunos autores han propuesto resolver la cuestión con un oxímoron en toda regla, autonomía interdependiente (Carmona, 2020). Una solución práctica para abordar el trabajo con personas, como propone. Siempre que no pretenda trasladarse a uno de los pocos ámbitos en que el lenguaje tiene límites y usos bastante rígidos por necesidad, el jurídico.

En relación a los principios éticos hemos querido limitarnos a una definición escueta. Pero lo cierto es que hay multitud de variaciones posibles. Añadimos aquí una de las que nos resulta especialmente interesante:

[...] La autonomía se opone a los modelos de dominación y opresión; condena la imposición heterónoma de principios y normas de conducta; rechaza la dependencia producto de negar reconocimiento moral a las personas, rechazando de este modo la discriminación y la marginación; condena el autoritarismo en la medida en que representa la negación de la capacidad de elección política. (Álvarez, 2015, p.14)

Parece importante distinguir, pues, entre el enfoque que empleamos cuando nos situamos en el contexto de los apoyos en la intervención, o reflexionamos, en lo teórico, sobre las ideas y construcciones, las convenciones sociales, de cuando nos remitimos al ámbito legal y de derechos.

Las leyes que regulan la autonomía del paciente no se remiten a la redefinición de conceptos, sino a la regulación de prácticas, concretamente de prácticas médicas. Y tampoco sugieren que exista desconexión total, o parcial, del sujeto de derechos respecto de su entorno. De hecho, las podemos interpretar incluyendo los aportes de las teorías

feministas en lo que entendemos hoy como autonomía relacional. Añadiendo, además, la cuestión de las opciones relevantes como elementos que determinan los posibles cursos de acción. “Al introducir las opciones como elemento de la autonomía, se señala que se trata de una capacidad cuyo ejercicio está en función del tipo de estímulos, incentivos, situaciones, relaciones o entorno con que se enfrenta el agente” (Álvarez, 2015, p. 18-19).

Pese a la reconocida interdependencia de todos los seres vivos con su ecosistema, corresponde cuestionar el concepto de autonomía con sumo cuidado. En particular cuando está legitimando el igual reconocimiento ante la ley de las personas con discapacidad. Y al hacerlo deberíamos cuestionarnos también cuan autónomas pueden ser las decisiones de cualquier persona, o en cualquier tipo de ámbito médico.

Eso incluiría el aborto, la eutanasia, las intervenciones quirúrgicas, u otros tratamiento que nos exponga a requerir de apoyos antes, durante, o después. O que atañan a la vida de otras. Que si bien es algo que se puede, o se debe, tener en cuenta, no priva a la mayoría de las personas de la posibilidad de tomar decisiones, incluso desde esa comprensión de la autonomía vinculada a lo relacional, o interdependiente si se prefiere el oxímoron, y siempre en base a un número limitado y predefinido de opciones disponibles que no dependen de su voluntad.

## Humanizar la etapa final de la vida.

En 2016, un grupo de 60 profesionales de distintas áreas de atención sociosanitaria, principalmente de la medicina, aunque también del ámbito social, legal y de gestión, conformaron el grupo de trabajo para la elaboración del documento conceptual para el Modelo Catalán de Planificación de Decisiones Anticipadas (Generalitat de Catalunya).

Según se expone en él, las circunstancias que impulsan a orientar la asistencia teniendo en cuenta los valores, deseos y preferencias de los pacientes, se relacionan con que el 75% de las personas que fallecen actualmente en Cataluña, lo hacen tras un proceso de enfermedad crónica y situación de dependencia con complicaciones clínicas.

En dicho documento se parte del reconocimiento y respeto a la autonomía del paciente, y de la idoneidad de alcanzar abordajes que favorezcan la participación. Se asume que mientras que los DVA responden más bien a una necesidad legal, la PDA es el proceso mediante el que las profesionales de salud y las personas afectadas intercambian información relevante para la toma de decisiones. Así, se determina que en dicho proceso se pueda incluir:

- La declaración anticipada de valores y preferencias.
- La decisión anticipada de rechazo de un tratamiento, de adecuación del esfuerzo terapéutico o de la realización o no de determinadas pruebas diagnósticas o terapéuticas
- La designación de un representante, por si hubiese que tomar decisiones en situaciones que no se han podido prever, y la persona no está en situación de poder hacerlo.

Se considera que hay un determinado número de personas a las que conviene plantear este proceso, y no en todos los casos es requisito conservar la competencia. Se incluye a las personas con esperanza de vida limitada, y también a aquellas en las que se puede prever un deterioro cognitivo prematuro, pese a que sus perspectivas de supervivencia sean favorables.

Resultan, para nuestro objetivo, de especial interés los puntos que pretenden explorar las PDA, pues nos indican que van más allá de un abordaje puramente médico:

- Antecedentes de afrontamiento de situaciones de alto impacto.
- Relaciones familiares y del entorno, de apoyo social.
- Información y comprensión de la situación de enfermedad.
- Significado y valor de la situación de enfermedad (para la persona).
- Valores y creencias (existenciales, espirituales, etc.) relevantes para la persona.
- Preocupaciones en torno al proceso de enfermedad y los escenarios previsibles.
- Escenarios de toma de decisiones respecto a situaciones sanitarias o sociales: aceptación o rechazo de tratamiento, intervenciones, lugar en el que vivir o morir, etc.
- Exploración de expectativas actuales y de futuro.
- Las expectativas y demandas de la persona respecto a los equipos profesionales y la organización.
- La designación de representante/s.

Para el proceso mismo se define una estrategia concreta, sin obviar que, en determinados contextos, debido al nivel de vulnerabilidad, se puede requerir de mucho tacto, o incluso considerarse preferible no hacerlo (negación o ausencia de introspección pronóstica, contexto clínico de riesgo vital, servicios de urgencia, etc.)

- Preparar la discusión (tiempo, lugar, participantes, etc.)

- Examinar qué es lo que la persona, y la familia, conocen.
- Determinar la información que conviene discutir, o que está disponible para ello.
- Establecer un proceso de diálogo y comunicación.
- Establecer objetivos y prioridades de tratamiento.
- Establecer el plan de acción específico.

Por otra parte, un aspecto clave de la PDA es que debe evitar la iatrogenia derivada de un mal proceso de comunicación. Para lo cual se considera de especial importancia la revisión periódica, para ajustar las decisiones a los cambios.

En este punto resulta ya evidente la diferencia entre los DVA, que se limitan a un registro final que responde a ciertas necesidades legales de forma. Y las PDA que suponen un cambio en el paradigma médico-asistencial, dando lugar a un proceso de comunicación y toma de decisiones compartidas, que tiene como objetivo garantizar el derecho a la autonomía del paciente.

Por último, aunque igualmente importante, se recogen consideraciones en torno a la priorización de las vivencias antes que a la supervivencia. Esto hace referencia a perspectivas paliativas, que se orientan a la mejora de la calidad de vida percibida, haciendo referencia a la humanización de los últimos años de vida.

Tabla 1(Lasmarias 2021, p. 34)

CARACTERÍSTICAS DE LOS DOS MODELOS DE CUIDADO	
MODELO ORIENTADO A LA ENFERMEDAD	MODELO INTEGRAL E INDIVIDUALIZADO
Las decisiones médicas se centran principalmente en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades	Las decisiones médicas se centran principalmente en las prioridades y preferencias de cada paciente
La patología es considerada causa de la enfermedad; el resto de las dimensiones o factores son secundarios	Las condiciones de salud se consideran el resultado de la interacción entre factores genéticos, ambientales, psicológicos, sociales, entre otros
El tratamiento se dirige hacia los mecanismos patológicos que causan la enfermedad	El tratamiento se dirige hacia los factores modificables de las condiciones de salud que impiden que el paciente obtenga sus objetivos
Los síntomas y déficits son mejor manejados a partir del diagnóstico y el tratamiento de lo que origina la situación de enfermedad	Los síntomas y déficits son el primer foco de atención del tratamiento, aunque no puedan ser relacionados con una enfermedad
Los resultados clínicos más relevantes vienen determinados por la enfermedad	Los resultados clínicos más relevantes vienen determinados por las preferencias individuales del paciente
La supervivencia es habitualmente el principal objetivo del manejo de la enfermedad	La supervivencia es uno más de los diversos objetivos a conseguir

## Humanizar la vida toda.

Las consideraciones recogidas hasta aquí respecto al cambio de paradigma asistencial centrando en la persona, en el que se enmarcan las PDA, pueden hacerse extensivas a quienes se les ha asignado un diagnóstico psiquiátrico. Más aún, cabe reflexionar sobre la importancia de humanizar no solamente los últimos años de vida, o la muerte, sino la vida toda. Entendiendo que esto, en sí, supone una estrategia de prevención contra el suicidio activo y pasivo.

Con la voluntad de hacer el tratamiento a la salud más humano, este abordaje apuesta por dos cuestiones que se consideran fundamentales. Pasar de la respuesta reactiva a crisis sintomáticas, a la actuación proactiva anticipada. Lo que implica, necesariamente y atendiendo al derecho de autonomía, la participación de las personas destinatarias de las intervenciones en la planificación y la toma de decisiones. Esto supone una transformación radical del actual sistema de atención a la salud mental, y quizá ese sea uno de los motivos que han estado condicionando la implementación en nuestro territorio.

Otra de las particularidades de las PDA-SM, posiblemente la más compleja a nivel asistencial, tiene relación con el momento en el que se considera conveniente iniciarla. Si bien en otro tipo de intervenciones médicas puede resultar claro cuál es el momento en que aparece la enfermedad, o finalizan los tratamientos orientados a la curación y se inician los cuidados paliativos. En SM no lo es tanto, en particular, si entendemos que no procede anticipar situaciones de cronicidad, que además no cuentan con criterios justificados que permitan presuponerlas.

Las PDA se han enmarcado en la atención a pacientes que van a estar vinculados a servicios o cuidados, o bien durante un tiempo y con un final previsible, como en el caso de los planes de parto. O bien durante un tiempo más o menos incierto, y con una evolución aún por descubrir, como en los planes del área oncológica. Pero en ambos casos existe una necesidad que rara vez se solventa por sí sola.

En SM puede aparecer un único episodio crítico que requiera de hospitalización, y esto puede repetirse, o no. Así que en este ámbito puede, o no, resultar adecuada a las necesidades, o incluso puede hacerse y no ser necesaria. De hecho, si se ha hecho bien, el proceso debería contribuir a evitar que se repitan las hospitalizaciones, o las crisis que requieran de intervención profesional urgente. Pues se le presupone un efecto tanto

preventivo, como potencialmente terapéutico. Es en lo preventivo, principalmente, en que consideramos que tiene cabida la intervención de las educadoras sociales.

## De los mapas locos a las herramientas profesionalizadas

A la hora de hacer una presentación de los distintos materiales disponibles, y atendiendo a las particularidades de los enfoques actuales en la atención a la SM, se presentan en dos grupos. Aquellos orientados a la implementación en dispositivos de atención públicos. Y aquellos que se han pensado en, y para, los entornos autogestionados.

Parece relevante la distinción, en tanto que va a servir para argumentar la idoneidad de incorporar profesionales de la educación social a los entornos en los que se pretende transformar, a efectos prácticos, la atención a la SM. Desde una perspectiva comunitaria, con un enfoque de derechos de ciudadanía, y que incluye el objetivo de la recuperación como la posibilidad de construir una vida con sentido.

Por una cuestión de espacio se ha seleccionado solamente 4 opciones. Aunque son pocas en cantidad, dan cuenta de la variedad, y más aún de la metamorfosis inversa conforme nos vamos acercando a las que se proponen implementar a lo largo de 2025 en los servicios. Para tal fin se han organizado en un intento de reflejar lo que recogen las activistas de *Recovery in the Bin*, en relación con la colonización del MR. Aunque llegados a este punto, el nombre parece lo menos relevante.

Partimos de la propuesta de “Mapping mad maps and recovery tools developed by mental health service users and survivors of psychiatry: a scoping review” (Sampietro et al, 2022).

Taula 2 (Sampietro et al. 2022)

Tool	Year	Author(s)	Material included in the review	Institution and country	Objectives	Focus on
Wellness Recovery Action Plan	1997	M.E. Copeland	Guide and Workbook, <sup>26</sup> tool presentations <sup>24 28 42</sup>	Copeland Center, USA	To identify the resources that each person has available to use for their recovery, and then using those tools to develop a guide to successful living that they feel will work for them. <sup>24</sup>	Recovery, wellness, crisis
Personal Assistance in Community Existence	1999	L. Ahern and D. Fisher	Guide, <sup>27</sup> tool presentation <sup>56</sup>	National Empowerment Center, USA	To facilitate a consumers' complete recovery from 'mental illness' at their own pace, with an alternative noncoercive programme based on the principles of recovery, peer support, empowerment, and self-help. <sup>56</sup>	Empowerment, recovery
Mapping our Madness	2015	Momo	Workbook <sup>39</sup>	The Icarus Project, USA	To help folks map, plan, and navigate crisis, madness, or just foul moods	Crisis, wellness
Madness & Oppression	2015	The Icarus Project	Manual and workbook <sup>29</sup>	The Icarus Project, USA	To create your own Mad Map, which serves as a reminder document for yourself and the people around you about your wellness goals, warning signs, strategies for health, and who you trust to look out for your best interests when you're struggling.	Oppression, wellness, empowerment
Transformative Mutual Aid Practices	2018	J. McNamara and S. DuBrul	Manual and workbook, <sup>40</sup> tool presentations <sup>54 55 78</sup>	The Icarus Project, USA	To offer a set of tools that provide space for building a personal 'map' of wellness strategies, resilience practices, unique stories, and community resources.	Wellness, resilience, oppression
Manual per a la Recuperació i Autogestió del Benestar	2018	H.M. Sampietro and C. Gavalda-Castet	Manual, workbook and workshops' guide <sup>41 79 80</sup>	Activa't per la Salut Mental, ActivaMent Catalunya Associació, Catalonia, Spain	Facilitate the identification, organisation and management of the strategies and resources that people have at their disposal to develop their own personalised recovery and wellness plan.	Recovery, wellness, crisis

En los documentos seleccionados que incluyen instrucciones para la elaboración de PC se recaba la misma información que la mayoría de los modelos de PDA o DVA orientados a SM. Se puede considerar que estos planes han servido de antecedente a la PDA- SM en el entorno profesional.

Conviene recordar que aunque las PDA tienen años de aplicación en atención a la salud, no es hasta 2025 en que se pretende la implementación a gran escala, en territorio catalán. Han hecho falta años de reivindicaciones para “universalizar” el derecho a la autonomía de las pacientes, y que incluya a las personas con discapacidad psicosocial.

## Locura y Opresión (2015)

Aunque no es un manual específico para la PDA- SM, sí que proporciona herramientas para que las personas entiendan sus necesidades en momentos de malestar intenso.

Las guías te ayudan a identificar y compartir lo que necesitas como apoyo en los tiempos de crisis, con la seguridad de saber que estás obteniendo inspiración de recursos reales y comprobados que han sido compartidos por personas con experiencia vivida. (Vidal, 2015, pp. 5-6)

Nos parece representativo, y digno de mención, por estar elaborado por personas con experiencia propia, muy conscientes de las complejidades. De la intrincación entre la salud, las cuestiones sociales, económicas, y políticas.

Mapas Locos son documentos que creamos para nosotras mismas como recordatorios de nuestras metas, lo que es importante para nosotras, nuestras señales personales de dificultad, y nuestras estrategias para el bienestar autodeterminado.

En el camino hemos aprendido que nuestras comunidades son impactadas por los sistemas sociales de diferentes maneras, y que estas diferencias afectan nuestra salud mental. (Vidal, 2015, pp. 5-6)

El valor que este, u otros materiales similares, tienen para las educadoras sociales no se puede obviar si se pretende acompañar los sufrimientos derivados de las vivencias de opresión relativas al sexismo, capacitismo, racismo, clasismo, entre otras posibles. Si aceptamos que una parte de ese sufrimiento tiene su origen en la forma en que somos tratadas, identificar las fuentes de malestar es parte necesaria del proceso de recuperación.

Así, se propone un trabajo que ayude a identificar las causas, el modo en que afectan a cada persona o grupo, las estrategias para afrontarlas y las propuestas de transformación de lo colectivo o, en su versión más modesta, de nuestros entornos cercanos.

Es un recurso ideado para trabajarlo de forma grupal, o individual, aunque incluso si se escoge la segunda opción parte de un nosotros. En tanto que la elaboración ha sido colectiva y las personas pueden compartir, y acceder, a los “mapas locos” de otras a través de la página de Icarus Project.

## Navegando las crisis (2021)

Este es el resultado de una colaboración, elaborado por profesionales con el apoyo de colectivos en primera persona. Y el subtítulo ya explicita el uso esperado “una guía para la autogestión colectiva de las experiencias de sufrimiento”.

Esta guía es un refugio para las personas en crisis y sus entornos, y pretende facilitar la autogestión de la salud y el sostenimiento colectivo y comunitario de la vida, así como minimizar el impacto que supone encarnar la vulnerabilidad en un sistema que la niega constantemente. (Castaño, 2021, p.3)

A modo de novedad, presenta un pequeño glosario de términos entre los que se redefine el concepto de salud; indicando que van a referirse a experiencias de sufrimiento psíquico en lugar de emplear términos como enfermedad o trastorno, e introduciendo conceptos como neurodiversidad, capacitismo, y cuerdisimo. Además, añade una breve definición en torno al DMH, o los procesos de colonización, en un sentido amplio. También, como particularidad, invita a pensar desde lo colectivo (mapas o redes de apoyo, pactos de cuidados), aunque aporta herramientas para el trabajo personal, mediante la autoevaluación, y proponiendo terminología alternativa a la del lenguaje *psi*.

Otro apartado novedoso es el de la perspectiva de reducción de daños, en el que sostienen que existe evidencia para considerar los psicofármacos como drogas, aunque sean pautadas. Y que pese a poder tener efectos deseables van de la mano de otros indeseados. Para más claridad en la exposición se añade un apartado que agrupa la mayoría de los psicofármacos por familias (antidepresivos, benzodiazepinas, antipsicóticos, reguladores del estado de ánimo) complementado con una reflexión en torno a los efectos deseados, adversos y secundarios. Incluye también una sección de derechos, y una selección bibliográfica recomendada y recomendable.

## Manual para la recuperación y autogestión del bienestar (MRAB)

El MRAB (2018) se llevó a cabo en Cataluña. Es un producto del proyecto Activa't per la Salut Mental, coordinado por la Generalitat de Catalunya, la Federació Salut Mental Catalunya y la Federació Veus, y elaborado por Activament Catalunya Associació.

Es el resultado de un largo proceso que incluyó 5 grupos de discusión, con un total de 37 participantes; un cuestionario cumplimentado por 209 personas; una serie de jornadas de debate en las que tomaron parte 48 personas, y 10 sesiones de trabajo del comité coordinador, compuesto por 19 miembros<sup>7</sup> (Sampietro et al., 2022). Es un documento amplio en el sentido que engloba recuperación, bienestar y PC. E Incluye un manual con propuestas relativas a la participación en la comunidad (actividades, voluntariado, asociacionismo) y un cuaderno personal de trabajo.

En su elaboración hubo trabajo conjunto de entidades en primera persona, y profesionales. Y las autoras pertenecen a una de las entidades con más implicación en la defensa de derechos. Aunque el resultado final refleja los condicionamientos impuestos por la financiación pública, y la participación desigual. En tanto que el mayor número de implicadas en el comité eran parte de los equipos de atención, y/o gestión, de los principales proveedores. Y se decidió que el pilotaje se llevase a cabo en los SRC.

## Guía de Apoyo para profesionales y personas usuarias.

La guía para la PDA-SM de la Escuela Andaluza de Salud Pública (2015), es el resultado del trabajo conjunto de profesionales, personas usuarias y sus familiares, que formaron el Grupo de DD.HH y SM, vinculado al PISM de Andalucía. La distingue de otras propuestas el estar pensada y diseñada para emplearse principalmente en un entorno profesional.

Incluye un modelo de formulario que puede servir de base para el registro, de hecho, el proceso corre el riesgo de limitarse a la cumplimentación de dicho formulario. Y es por eso que queda en el último lugar dentro de la gradación de materiales posibles.

Llegados a este punto resulta obvio que han desaparecido todas las reflexiones en torno a opresiones, hegemonía, o formas diversas de transitar los malestares. Incluso de extraer aprendizajes de las vivencias, más allá de las que habrán de servir para definir las preferencias en el limitado contexto de la relación asistencial. A ese respecto, puede

---

<sup>7</sup> Entre los que se encontraba la autora del presente trabajo, aunque no en calidad de profesional, sino en representación de la federación de entidades en primera persona (Veus).

resultar más útil su versión revisada, de 2020, en la que se añadió un anexo con situaciones que pueden darse, y posibles respuestas.

Al tiempo que se creaba la guía, se inició la formación de las profesionales. Que si bien incluye pinceladas de la perspectiva de ciudadanía, o de atención basada en derechos, no se aleja demasiado del intento de adaptar la PDA a la práctica asistencial centrada en los síntomas y la gestión de los recursos (hospitalizaciones, tratamiento farmacológico, personas referentes de las que obtener consentimientos si es preciso, etc.)

Visto con retrospectiva, o en el marco del presente trabajo, resulta difícil apreciar lo significativa que fue su aparición. En 2014 apenas se habían desarrollado las propuestas en Catalunya para garantizar el ejercicio de derechos. Y aunque hubiera indicaciones para ello derivadas de la ratificación de la CDPD (2006), no contábamos con el respaldo, ni colaboración del entorno profesional, ni experiencias de referencia. De modo que el paso al frente de la Escuela Andaluza de Salud Pública supuso un toque de atención para el resto de comunidades, que no veían más que impedimentos a la hora de plantear algo similar.

Así mismo, para algunas de las que empezábamos a implicarnos en el movimiento asociativo en primera persona, representaba una brecha por la que podíamos intentar sortear el grueso muro del MMH. Vimos en ello la oportunidad de ser escuchadas, e incluso respetadas en cuanto a las decisiones sobre los tratamientos que considerábamos aceptables o inaceptables.

### **Excurso: DVA-SM (2023) *Apuntes sobre las disidencias***

Si bien la PDA-SM no debería limitarse a recabar instrucciones específicas para los momentos de crisis. Lo cierto es que los documentos enfocados a entornos asistenciales no parecen dar mucha más opción. Esto refleja la desvirtuación de las propuestas ideadas para la colectivización. En parte, se relaciona con las necesidades de estandarizar y protocolizar los procesos singulares, y sistematizar el registro. Pero también se atisban resistencias a abordar cuestiones que van más allá de la atención médica, o incluso en estas, a reconocer el derecho a la autonomía de las pacientes. Y más aún, a aplicar los cambios que sería necesario para no incurrir en involuntariedad, contenciones mecánicas, medicación forzosa, etc. En este punto incluimos un último material que, pese a presentarse como DVA-SM, nos permite abordar toda la controversia.

Ya en su primera página detalla que se trata de un documento NO autorizado por la AEN, y nos remite a ampliar información con un enlace a WordPress. La página se encabeza con el título: Ex Sección de Derechos Humanos de la AEN.

Esta web tiene como finalidad compartir de forma libre un documento de Voluntades Anticipadas en salud mental, pudiendo ser utilizado como un instrumento de autodefensa y defensa colectiva frente a la violencia psiquiátrica e institucional en situaciones de encierro, vulneración de derechos y/o imposición de actuaciones sanitarias sin consentimiento.

Este documento ha sido realizado por un grupo de personas vinculadas desde Junio de 2021 a Abril de 2023 a la Sección de Derechos Humanos de Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Debido a la represión y constante oposición de la AEN hacia nuestra propuesta política, las personas vinculadas a la sección de derechos humanos decidimos dimitir en bloque y compartir el documento de forma autónoma.

Podemos encontrar también un vídeo (García, 2024) en que dos de las autoras del material nos comunican estar en proceso de des-colegiación (Psiquiatra, y psicóloga). Ambas son conocidas por formar parte de uno de los colectivos más críticos con las violencias institucionales (La Porvenir), que se constituyó para ofrecer alternativas a la hospitalización mediante el Diálogo Abierto.

Este documento gráfico se enmarca en la participación en las jornadas «Political Abuses of Psychiatry» celebradas en noviembre de 2023. En él presentan una analogía entre los colegios profesionales y los partidos políticos, a modo de aclaración para las personas que no son del territorio, relacionando la AEN con el PSOE, y la antigua SEPB, ahora fusionada con SEP, formando la SEPSM, con el PP.

Otra de las cuestiones relevantes para este trabajo, es la de incluir preguntas clave respecto a la metamorfosis inversa de la PDA-SM, que también podríamos llamar mutilación. ¿Quién tiene legitimidad para abordar determinados temas? ¿En qué espacios y formas? ¿Quiénes pueden hacerse oír y ser validadas? Lo expuesto hasta aquí lleva implícita la respuesta a estas preguntas. Podríamos dedicarle un amplio apartado, pero por cuestión de espacio lo dejamos, nuevamente, a la agudeza de las lectoras, que con toda seguridad podrán inferir las elipsis entre líneas.

Tal como expone Olaia Fernández, el DVA-SM se crea con intención de ser un “documento de voluntades anticipadas de máximos ¿no?, bastante confrontativo con los servicios, como, bueno, una herramienta que habíamos estado currando como para intentar equilibrar el poder, para las personas que interaccionaban con los servicios en momentos de psiquiatrización dura”(García, 46’, 2023). Con la intención, además, de ser publicado bajo el sello de la AEN, para poder llegar a más gente, y de complementar la publicación con unos talleres en línea públicos, que ayudasen a las personas a saber cómo usarlo.

Cabe destacar que esta idea se gestó en el contexto de uno de los conversatorios de los que participamos personas con experiencia propia, y en los que reflexionamos ampliamente sobre la conveniencia de apresurar la implementación de las PDA en salud mental, sus potenciales y límites. A la par que iban cobrando fuerza las propuestas de apostar por los DVA, que se habían estado promocionando en los últimos años, enfocados a las personas con esperanza de vida limitada.

Esto, en sí mismo, se centraba en la cuestión legal, que subyace a lo largo del presente trabajo, y de los debates en distintos foros. Pues, como se ha indicado, los DVA se consideran una herramienta legal. Mientras que lo planteado en una PDA, pese a registrarse de forma similar, no cuenta con igual reconocimiento. Así pues, había cierto escepticismo en cuanto al potencial de las PDA para salvaguardar derechos. O desconfianza si se prefiere, en tanto se distinguía de las campañas de promoción de DVA orientadas a la población general.

Un sector significativo del colectivo, y de las presentes en el conversatorio, abogaba por encaminar los esfuerzos al reconocimiento del derecho de las personas con discapacidad a emplear la herramienta legal, en igualdad de condiciones que el resto. Esto es, pudiendo especificar rechazo a cualquier tipo de tratamiento no consentido, o forzoso, incluyendo los ingresos, las contenciones, la TEC, o la medicación.

Finalmente, las convocantes, junto con otras exmiembros de la AEN y colaboradoras, publican el DVA-SM (Haro et al., 2023) más contestatario hasta el momento. Que además de los apartados explicitados anteriormente que comparten tanto los PC, como PDA y DVA de otros ámbitos, incluye casi un decálogo para el ejercicio de derechos, desglosando las distintas situaciones posibles de vulneración (traslados, intervención policial, tratamiento forzoso, entre otras). Cuenta de ello da la selección bibliográfica, con 10 materiales, en los títulos de los cuales se aglutinan las palabras violencia, coerción, reclusión o trauma. Y

pretenden servir para argumentar, a lo largo de los apartados de la plantilla, lo iatrogénicas que resultan las medidas involuntarias.

## La educación social en el *psistema*.

Dado que este trabajo pretende argumentar la conveniencia de incluir a las educadoras sociales en los distintos recursos de SM. Y que ya hemos repasado algunas cuestiones del largo proceso de cambio de paradigma eternamente en curso, con sus resistencias y disidencias, o algunas de ellas. Además de presentar herramientas, relativas a la recuperación y la salvaguarda de derechos de ciudadanía, que consideramos justifican la necesidad de profesionales del ámbito social en SM. Nos adentramos, en adelante, en los aspectos concretos que nos posicionan como una figura clave para materializar ese inacabado proceso de cambio.

Y como en este delirio que es el mundo académico, en especial para quienes nos incorporamos a él a distancia, nunca partimos de cero. En lo que sigue seleccionamos algunas de las palabras que ya forman parte del inconsciente colectivo, que ha tomado cuerpo en incontables *papers*, para combinarlas con alguna aportación propia y contribuir al “tejido de tejidos” que componemos juntas, “reescribiendo un diálogo ya iniciado quién sabe cuándo, cambiando el pasado, propiciando su encuentro con el presente e incitando al futuro a citarse con lo ya ocurrido” (Villalobos, 2024, p.96).

## Expresiones de lo incognoscible.

Para ello nos servimos de los documentos profesionalizadores del CEESC, en los que se define la educación social en su doble dimensión, como derecho de ciudadanía y como profesión de carácter pedagógico. Para centrarnos en los aspectos que se relacionan con la práctica profesional en el ámbito de este trabajo.

No sin antes dedicar unas líneas a la pregunta de Pié y Salas (2020) “¿Qué circunstancias han producido algo así como una educación social sin educación?” (p.102). Consideramos que, en este ámbito, parte de la respuesta la puede ofrecer la necesidad de adaptarse a las lógicas del MMH. Con lo que se evidencia que se mantienen las líneas biologicistas, con marcada ausencia de reconocimiento de la parte social, o entendiendo esta, y nuestra profesión, como algo secundario, incluso cuando metamorfosea para parecerse un poco menos a sí misma.

Estos autores se remiten al triángulo de la educación de Johann Friedrich Herbart [1806], referenciando a la madrina de la profesión, Núñez (2003) y citando a uno de los padres fundadores, Moyano (2010), para expresar la paradoja del elemento geométrico si, en ese vaciado de la educación sin educación, desaparece la cultura del mismo. Es comprensible, dadas las circunstancias, la preocupación. Aunque cuesta considerarlo si se piensa desde uno de los saberes troncales de nuestra base teórica, la antropología.

Si partimos de que todos los seres humanos somos productores y reproductores de cultura (Alberich, 2022), entonces, entre agente y sujeto, la transmisión cultural siempre está presente. Y quedamos pues exentas del riesgo de que ese triángulo se convierta en unas irreconciliables líneas paralelas, o un taxativo eje de coordenadas.

El intercambio cultural es parte de cualquier interacción humana, por lo que las palabras de Paulo Freire (1921–1997) cobran un sentido renovado en nuestra visión de la profesión: “Todos nosotros sabemos algo. Todos nosotros ignoramos algo. Por eso aprendemos siempre. Enseñar exige respeto a los saberes de los educandos y de ahí debe partir el maestro para avanzar” (Revista TE, 2020).

Quizá sea especialmente relevante aquí, entre adultas, la cuestión del intercambio, para enfatizar que en la relación profesional es ineludible si pretendemos evitar las formas violentas a las que se refiere Moyano (en Pié y Salas, 2020). Para poder orientarnos en la transacción cultural, el sujeto debe, y debe querer, participar de ella, al menos si nos proponemos respetarle, y hacerlo es requisito para su participación voluntaria, libre de coerción.

Ese es, posiblemente, el rasgo distintivo respecto del trabajo con infancias. “Un niño ha de ser educado, es decir, hay que elegir por él qué debe aprender (aunque luego se le deje aprender <<libremente>>); un adulto puede seguir aprendiendo, pero elige él mismo qué aprender: en el verdadero sentido del término, no debe ser, no puede ser educado (Arendt, 1989, en Meirieu, 2007, p.98). Lo cual nos lleva a una nueva pregunta. Si no hacemos, ni pretendemos hacer, terapia, y no educamos, propiamente, a las personas adultas ¿Qué hace la educación social en SM?

Promueve esencialmente acciones que favorecen la prevención, la asistencia, la inclusión y la reinserción social, tanto de quienes se encuentran en situación de dificultad, vulnerabilidad y/o riesgo social, como de quienes están en situaciones “normalizadas” (Caride, Gradaílle, Caballo, 2015, p. 8) y mediante la construcción de sociedades acogedoras e inclusivas. De esta manera, trasciende su dimensión

educativa y pedagógica para convertirse también en un enfoque de carácter cívico y político donde la implementación de los derechos humanos contribuye a la construcción de un bienestar inclusivo (Caride, Gradaílle, Varela, 2017, p. 90) (Vilar, 2018, pp.18-19)

Mientras que Pié y Salas (2020) consideran que el talón de Aquiles de la profesión es “la frágil base conceptual, epistemológica y el poco recorrido histórico, [que] le han dado una cierta posición de veleta al arbitrio de las políticas sociales y de los encargos institucionales” (p. 102). Recordando la observación de Baldiz (1978) en relación con la metodología empleada en uno de los primeros HD del estado. Y basándonos en las palabras de Vilar (2018), lo podemos considerar, en parte, una fortaleza y una de las características que le han permitido adecuarse al contexto, reinventándose para “[...] desarrollar su acción y no perder el pulso de un escenario en permanente transformación, lo que la convierte en una actividad permanentemente inacabada, sin que eso sea en sí mismo un déficit, sino una particularidad esencial.” (p. 19).

O como el mismo Baldiz (1978) señalaba, esa falta de base conceptual puede ser lo que la salva de convertirse en una técnica más al servicio del poder. Pues resulta difícil someter, o manipular, lo que no se comprende, igual que sin comprensión del mundo, o de nosotras mismas, la resistencia se vuelve confusa, cuando no imposible.

## El devenir del inconsciente profesional.

Si bien existe una tradición, joven, si se quiere, de profesionales de la educación social que intervienen en el campo de las infancias. En ella podemos encontrar también variedad de “enfoques”, que no podemos detenernos a detallar en profundidad. Aunque sí presentar apenas un bosquejo, en el que distinguir formas de adaptarse al MMH, o pretenderlo. Al menos de despistarlo lo suficiente como para que no perciba la amenaza. Como el de quienes parten de la existencia de un inconsciente en conflicto, y de la idoneidad de las técnicas educativas como medios para “hacerlo hablar”.

Este abordaje que hace existir a cada sujeto en su particularidad permite dilucidar lo que es normal de lo que es patológico desechando una psicologización de las dificultades habituales de la infancia y modular la acción educativa en función de esas dificultades, evitando las derivaciones masivas al dispositivo clínico. (Brignoni y Esebbag, 2005).

Sin entrar en otro amplio debate, sobre si hay o no “conflictos inconscientes que constituían la verdadera fuente de todas las enfermedades mentales” (Lieberman, 2015, p.164). Parece interesante rescatar la cuestión de las dificultades que denominan habituales, y la de evitar derivaciones masivas al dispositivo clínico, de lo que con frecuencia tiene relación con problemas de índole ambiental, social, político, o material. Cuando no una variedad de ellos. Ya que suponiendo que así fuera, poco, o nada, puede hacer la medicina por si sola a ese respecto, salvo ofrecer, si acaso, “cuidados paliativos” a personas con una larga esperanza de vida.

Seguimos la recomendación de Giménez (2020) en cuanto a que “la educación social ha de establecer un diálogo con otras disciplinas para armar un discurso propio al afrontar la complejidad de la salud mental” (p. 98), y nos dejamos llevar por una de las pensadoras destacadas de la corriente psicoanalítica, para explicarnos a nosotras mismas, como profesionales, y para asignarnos la tarea de facilitar lo mismo a las personas que acompañamos.

En Sin Relato (López, 2024) se expone, mediante un ensayo enmarcado en la *filosofía coyuntural*, que uno de los grandes problemas de la sociedad posmoderna es la atrofia narrativa. Y aunque ella argumenta en detalle la generalización de la problemática, nos interesa la parte que atañe al colectivo sobre el que se centra la discusión:

“La disminución o destrucción del aspecto narrativo [...] acompaña a algunas enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, en la que se produce un *colapso del self narrativo o alogia*, una ausencia o disminución del lenguaje espontáneo, una pobreza de su contenido, así como bloqueos o aumento de la latencia de respuesta.

El colapso de la competencia narrativa está asociado en caso de enfermedad neurológica y mental a los efectos del trauma físico o psíquico sufrido; por ejemplo, el que se produce en patologías graves como la psicosis o los trastornos *bordeline*, caracterizadas por romper la continuidad del sentido de sí mismo y, con él, de la competencia para narrarse. Porque narrarse es contextualizar la historia, caracterizar a los personajes y atribuirles motivaciones - en distintos grados de profundidad, ciertamente-, e incluye la descripción de acontecimientos relevantes como el porqué, el cómo y las interacciones entre los protagonistas, así como las consecuencias del hecho y la anticipación. (López Mondéjar, p.23)

Una de las cuestiones que comparten tanto los materiales presentados, orientados a la recuperación, como aquellos que se enfocan en la salvaguarda de derechos, es que obligan a quienes hacen uso a gran parte de lo que recoge el texto citado. Que a su vez evidencia también la elevada dificultad que puede suponer para muchas personas.

Podemos diferir en cuanto a cuáles son los motivos del trauma, pero coincidimos en que el resultado, con frecuencia, guarda estrecha relación con perder el hilo, o el contacto con el sí mismo, y por extensión, la relación con las otras. Aunque el cuerpo físico se sitúe en un espacio compartido, puede que la mente no consiga encontrar el sentido, ni a su estar allí, ni a las interacciones, y menos aún anticiparse a posibles futuros.

¿Cómo puede alguien en esas condiciones plantearse usar las herramientas que pretender salvaguardar sus derechos sin apoyo? Quizá se pueda cumplimentar un formulario en el que, cual trámite burocrático, se limite a escoger una entre las opciones que se le presenten. Pero difícilmente, así, pueda servir de prevención de futuras recaídas, ni facilitar el autoconocimiento, la reconstrucción de los hechos, o el aprendizaje de la experiencia. Ni, por descontado, reparar el vínculo de confianza, o mejorar la relación con las personas que han podido, previamente, participar de prácticas coercitivas durante tratamientos involuntarios (profesionales o personas del entorno).

## De las disociaciones a las mimetizaciones.

Por otra parte, en cuanto a las profesionales de la educación social en los dispositivos de atención a la salud mental hoy. Destaca la protocolización de intervenciones y el uso de herramientas estandarizadas. En concreto, las que se emplean en salud mental han sido diseñadas y elaboradas por otros perfiles profesionales, psicólogas, principalmente:

- Escala de funcionamiento social (SFS)
- Escala de tiempo libre (EVOLT).
- Cuestionario de apoyo Social (SSQ 6)
- Escala de redes sociales (LSNS)
- Escala de Resultados de Salud de la Nación (HoNOS)
- Escala para medir la sobrecarga de cuidadoras (Zarit)
- Escala de evaluación del cambio (URICA)

Y las que vienen se siguen diseñando en esos otros contextos profesionales. La última que vamos a referenciar es una Escala de Facilitadores y Obstáculos de la Recuperación, en la

que han contado con la participación de las personas usuarias de servicios para responder a cuestionarios en línea.

El equipo GEIMAC, publicó “Hablemos de recuperación en salud mental: un estudio internacional Delphi de expertos por experiencia” (Guerrero et al., 2024). Y el pasado mes de noviembre, mediante la entidad colaboradora Activament, volvieron a solicitar participantes para la validación de la mencionada escala.

Escalas aparte, en los documentos internos elaborados por el equipo de educadoras de uno de los proveedores de servicios más consolidado en el territorio<sup>8</sup>, se enfatiza la relación terapéutica entre las educadoras y las personas usuarias, así como el detalle de funciones relativas al diagnóstico de carencias y dificultades, e incontables tareas de registro y gestión documental.

Aunque no es la intención desmerecer el loable trabajo que realizan las compañeras de profesión en esos dispositivos, ni el de las doctorandas que dedican su esfuerzo a implicar al colectivo en la validación de escalas. De nuevo se puede apreciar cierto nivel de desvirtuación de la cosa en sí, ya sea aplicada a la educación social, o al papel de las militantes en la investigación.

Centrándonos en la educación social, se aprecia más aún la “distancia” entre teoría y práctica, si lo ponemos en relación con la definición del CEESC. Porque quizá lo importante no es si usamos, o no, escalas en lugar de tener conversaciones sobre la soledad no deseada, o los impedimentos para participar en la vida social. Sino qué hacemos una vez obtenidos los resultados. O en una versión más esperanzada, qué podríamos hacer después de que esas valiosas herramientas nos descubran la ausencia o deterioro de la red de apoyo, las dificultades para interactuar con otras, o la escasez material, que no permite asumir el rol de consumidor para incluirse en los, antaño, espacios públicos.

Volviendo a la relación con las PDA-SM, y entendiendo que plantearlas implica mucho más que dejar constancia de las preferencias. Hay que atender todas las necesidades que se “descubren descubiertas” después de la “escalada”. Por lo que el acompañamiento educativo, o el apoyo de las profesionales de la educación social, tendrá la función de mediar entre las personas y el entorno, personal o social. Para que quienes no cuentan

---

<sup>8</sup> Al no disponer de autorización expresa, me abstengo de compartir tanto el nombre del proveedor, como de las autoras. Esta información proviene de conversaciones informales o si se prefiere del “diario de campo” de quien escribe.

con una red de apoyos puedan construirla o reconstruirla si una vez la tuvieron. Y que además, esta se adecue a sus necesidades y preferencias.

Para ello, puede ser necesario el trabajo grupal, o el individual, a priori, para plantearse y trazar un plan que tenga como objetivo la configuración de un nuevo entorno a partir del contacto con actividades, colectivos, asociaciones, u otros servicios disponibles. Esta es una forma escueta de introducir algo harto complejo. Lo que se pretende es integrar el aspecto dual de las herramientas presentadas, aprovechando todo el potencial para servir a los procesos de recuperación, incluida la colectivización, sin menospreciar el que tienen para la salvaguarda de derechos. Eso supone trabajar con y para las personas, pero también con las instituciones, las administraciones y la comunidad en general.

La promoción de los derechos humanos en toda su amplitud y diversidad supone integrar, conocimiento y técnica, pero también los determinantes éticos y políticos de las relaciones sociales y los motivos que condicionan sus dinámicas. Aquí, la educación social se ve en la necesidad de recuperar su sentido político además del técnico, porque en la actualidad, ciencia, técnica, sociedad y política interactúan de manera permanente, y la época en que los juicios de valor no tenían que interferir en la actividad científica acabó definitivamente (Morin, 2006, en Vilar, 2018, p. 26)

## Pentadecálogos en el área socio-despistada.

Aquí ponemos en relación la alineación actual del ámbito social en SM con el “espacio en blanco” que, en el largo proceso de transformación de los sistemas de atención a la SM, llevan años lamentando no poder llenar por falta de profesionales cualificados. Aunque esos lamentos se refieren más bien a la cobertura de plazas PIR, lo cual, me temo, forma parte de una lucha, también paradójica, dentro de las luchas internas del MMH (Carrobles, 2015).

Dicho lamento, resulta cuanto menos desconcertante, en tanto que, a nuestro entender, el cambio de paradigma tiene las notas más bajas en lo social respecto de ese modelo biopsicosocial. Que aparece en los planes integrales, directores, locales, autonómicos, estatales, en los pactos nacionales, y en todos y cada uno de los documentos relacionados con metodología, o financiación de recursos y servicios. A este respecto, un breve detalle, sobre los perfiles habituales del “área comunitaria”:

- Terapia ocupacional (TO), centrada en rehabilitación, principalmente para las ABVD y las instrumentales. Aunque, a criterio del proveedor, pueden cumplir otras funciones en talleres y actividades grupales.
- Trabajo social (TS), que algunas autoras redefinen como Trabajo Social Clínico (TSC), al considerar la suya una práctica terapéutica (Garcés, 2010). Pese a poder abarcar variadas funciones, ejercen, en su mayoría, como gestoras de recursos (dispositivos, servicios, y prestaciones) con el objetivo de proporcionar los mínimos materiales para la subsistencia, que no es poco.
- Integración Social (TIS), o Asistencia Sociosanitaria (TAS): A estos perfiles se les asignan tareas de lo más diversas, principalmente en recursos residenciales o unidades de Subagudos. Desde la gestión económica; el entrenamiento en habilidades; el apoyo a la toma de decisiones, si es que se permite tomar alguna; el fomento de la autonomía, hasta lo que la institución considere adecuado; o dar soporte a otros perfiles profesionales. Se suelen englobar en las categorías de monitoras o cuidadoras.

Hasta aquí el bosquejo en el que se atisba lo poco comunitaria que es la comunitaria por el momento, en tanto que todo lo anterior ocurre en salas, o edificios. Cabe destacar que en algún caso ha sido necesario explicar, en formaciones a profesionales, que poner a un grupo de personas juntas en una sala no se puede considerar un enfoque comunitario. Igual que no lo es llevar a ese grupo de personas, puntualmente, de paseo. Aunque se acerque un poco más.

## De la utopía o del delirio pedagógico.

Si nos permitimos ir un poco más allá de lo que nuestros mentores han llamado psicologización de la vida, o de la educación (Solé Blanch y Moyano, 2017), podemos apelar a algo más específico de la SM, aunque no exclusivo. Que responde a la idea de terapeutización de la vida: que todos nuestros actos, individuales o colectivos, lo que sentimos, o pensamos, responda a una finalidad terapéutica. Que incluso en las aficiones, las relaciones, o el tiempo libre, se persiga una mejora continua, desde el punto de vista médico o psicológico.

El nuevo ascetismo bio es el control de uno mismo que se requiere de todo el mundo para negociar la operación de salvamento a la que el propio sistema se ha abocado [...] solo al precio de una existencia del todo terapéutica. (Comité Invisible, 2007, en Cernadas, 2012, p.44)

El autor del trabajo que contiene esta cita, “La sociedad (Des)nuda: por una genealogía de la terapeutización de la existencia” (2012), vuelve a recordarnos, en este diálogo permanentemente inacabado, la observación de Baldiz (1978). Cuando relaciona la cuestión religiosa con la terapeutización de la vida “una explicación a esa pretensión humana por, incluso a través del tamiz de la ciencia moderna, erigir una y otra vez ídolos y objetivos que hagan nuestra vida menos horrible” (Cernadas, 2012, p. 46). Mientras el primero atisbaba el riesgo de que las prácticas del HD condujesen a un tribalismo semi-religioso, el segundo nos advierte ya inmersos en esa dinámica.

En ese contexto, la educación social tiene poca cabida en tanto a profesión vinculada a las pedagogías, salvo que se convierta en otra cosa, entrando en competición con terapeutas varios (Psicoanalíticos, conductistas, cognitivo-conductuales, de la Gestalt, o de la New Age). O que la redefinamos, como han hecho algunas profesionales del campo social, como profesión clínica. Y se adscriba, definitivamente, a promover el vínculo terapéutico.

Aunque es fácil relacionar nuestra función de mediadoras culturales con esa dinámica de la terapeutización, en la que cabe la arteterapia, la danza terapia, el teatro de las emociones, la escritura emocional, o como diría Centeno (2023) hasta el sexo terapéutico.

Seguimos, ya con dudas razonables, en la pretensión de evidenciar que la educación, como profesión del ámbito social, y no clínico, tiene sentido en este contexto. En parte, porque las personas, incluso las que promovemos o conformamos movimientos en la línea de la autogestión, somos conscientes de la heterogeneidad del colectivo. Y de que esas iniciativas, o quienes las practicamos, no somos representativas de las necesidades o posibilidades de la mayoría. Si es que en un colectivo tan amplio y variado existe algo como una mayoría a la que se puede representar.

Las propuestas de autogestión se sostienen cuando aglutinan personas con una suerte de capacidades, habilidades, y competencias. Y lo cierto es que muchas de quienes se acercan a ellas no provienen de contextos en los que estén habituadas a gestionar actividades, presupuestos, y a menudo, ni la propia vida.

Dado que situarse al margen, o en el afuera de la institución, no implica hacerlo al margen del sistema económico. Se necesita aprender, no poco, para idear formas de subsistencia, o de resistencia, alternativas. O al menos para obtener los recursos necesarios para disponer de espacio, tiempo, y algunos elementos con los que ocuparlo. Y en ese terreno sí tienen sentido las profesiones vinculadas a la pedagogía social como la nuestra. Mientras haya quien quiera aprender, se puede enseñar. Esta es una, que no la única, de

las formas de participación que se pueden acompañar para hacer posible el ejercicio de derechos.

Por otra parte, sobre la base de la experiencia de la última década, las propuestas de autogestión no pueden, o no consiguen por ahora, cubrir las necesidades de apoyo de la cantidad de personas que están en momentos en que los requieren, de distinto tipo. Y en tanto que nuestra profesión se posiciona como un derecho de ciudadanía, encaja a la perfección en cuanto a ofrecer apoyos para la participación. Que van más allá, aunque no excluyen, ni sustituyen, las terapias ocupacionales, los apoyos específicos para las ABVD o instrumentales, o cualquier forma de cuidados o terapias que puedan requerirse.

En nuestro papel de mediadoras, que trabajamos para garantizar el derecho a la cultura, y la participación social como parte de la misma, ofrecemos un tipo de apoyo que nada tiene que ver con el pretendido entrenamiento en habilidades a puerta cerrada, que sigue la moderna estela del coaching. Y aunque tampoco se trata de educación formal, sí tiene que ver con aprender y conocer. Pues no se suele participar de lo que no se conoce, ni se puede, si no se cuenta con los apoyos necesarios para ello. Estos pueden variar en función de las necesidades, y es por eso que podemos considerar el nuestro un trabajo artesano, en el que el único diagnóstico que hacemos, o detección, es la de necesidades y potencialidades. Tanto del sujeto como del contexto, la comunidad que lo acoge, o debería acogerlo. Y en eso también tenemos un papel, en promover los cambios en las comunidades para que sean todo lo inclusivas que pueden y deben ser.

Así, mientras que para algunas personas saber de la existencia de determinados lugares, asociaciones, actividades, o contenidos culturales puede ser suficiente. Y eso enlaza con nuestra faceta de “tejedoras de redes”, o “cartógrafas sociales” si se permite la licencia. Para otras, será necesario un acompañamiento más continuado, que les facilite llegar, o empezar, o atreverse. Ya que pocas personas que deban afrontar las dificultades con las que lidian muchas en este colectivo, ya sea por el trauma o traumas previos, el iatrogénico, o el de convivir con los efectos secundarios y adversos de los tratamientos, reaprenden el salir al mundo desde una habitación cerrada, por más excelsas que sean las herramientas terapéuticas que se les ofrezcan.

Otro aspecto destacable, que hace especialmente idónea a la educación social en SM, es la dimensión paralela que representa una profesión que no tiene necesidad alguna de declararse disidente, pues es la disidencia misma respecto a lo que ahora existe. En tanto que se constituye en el afuera de la lógica a debate. Su esencia está muy alejada de las

discusiones sobre lo biológico, que no es parte de su área de estudio, o teórica, ni de las competencias profesionales.

El ámbito de trabajo, y estudio, en el que nos movemos no se cruza con la medicina, ni debería pretenderlo, el nuestro es el marco de lo social, y por extensión de lo cultural. Así que, aunque haya algo de terapéutico en lo pedagógico, y en el ejercicio de derechos, en conocer y participar, no es un objetivo, ni debe pretenderlo.

La desinstitucionalización y la psiquiatría comunitaria no han supuesto una mera reordenación y optimización de los servicios de atención. Se han convertido en un proceso social complejo, que exige reconstruir saberes y técnicas, un proceso técnico-ético que origina nuevas situaciones que producen nuevos sujetos, nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos (Amarante, 2005, en Desviat, 2011, p. 289)

En ese contexto que define Desviat (2011), de complejidad creciente y novedades en cuanto los sujetos y los derechos, se enmarca una profesión que si bien no nació para ocupar ese lugar, en los últimos años, o para las últimas en incorporarnos, parece haberlo hecho.

## Del no saber, sabiendo o de la conclusión, siempre inconclusa.

Abordamos ahora uno de los últimos conflictos, no de los que existen, sino de los que el espacio nos permite, o que nos permitimos excediendo lo permitido, en un alarde de adecuación al rol profesional que promovemos. De nuevo, con una pregunta prestada por Pié y Salas (2022) “¿Qué ocurre con la transmisión de contenidos sesgados, coloniales, normalizadores que problematizan algunas diferencias?”

Al hilo de lo que plantean, una de las cuestiones que se exponen a lo largo del trabajo es la de la representación del colectivo, las alianzas, los altavoces y quién dice qué, o dónde. Es, en parte, uno de los dilemas a la hora de proponer la incorporación de figuras profesionales a un sistema, que conciben entre sus funciones contrarrestar los efectos iatrogénicos del propio sistema. O que pretendan aproximar las iniciativas y propuestas de los colectivos, incorporarlas, a sabiendas de la capacidad y tendencia a provocar extrañas

metamorfosis, del mismo. Ciertamente, es paradójico como poco. Incluso dan ganas de no saber lo que se sabe, para poder defender lo que se quiere.

Por un lado, que en el lento, extraordinariamente lento, proceso de cambio que ambiciona convertir el modelo de atención en biopsicosocial, las profesiones del ámbito social son las que aún tienen por desarrollar un mayor campo de actuaciones posibles, y deseables.

Que, a su vez, las iniciativas que provienen de los colectivos autoorganizados marcan un camino a seguir para esas nuevas actuaciones. Y que pese a las resistencias y las incongruencias dentro del sistema, la profesión tiene lo que podríamos llamar cualidades espectrales. Puede moverse a través de los muros del metafórico recinto cerrado que representa el MMH, sin necesidad de esperar a que el largo proceso de cambio llegue a completarse. De hecho, puede contribuir activamente a que, al fin, ocurra.

Que las PDA-SM, pudiendo o no concretarse en DVA-SM, ofrecen oportunidades para acelerar dicho proceso. Al menos si se emplean respetando la doble función, que si bien a lo largo del trabajo se ha presentado de mano de materiales más enfocados en una u otra, híbridos adquieren un potencial mayor. Aunque para lograrlo deben dar paso a procesos que “que permita entender la enfermedad como fenómeno multidimensional, esto es: que no excluya ninguna de las partes del todo implicadas en el sufrimiento de los sujetos” (Pié y Salas, 2022).

Que personas con momentos de ruptura, o dificultades para narrarse a sí mismas, puedan encontrar medios de expresión, es parte de las funciones mediadoras de las educadoras. Al margen de si hay algo de terapéutico en la creación artística, o en la transmisión de contenidos culturales (intercambio preferiblemente), lo que sí hay en ello es algo intrínsecamente humano. Nos definimos, nos reconocemos, y encontramos sentido en el legado que otras dejan tras de sí en su paso por el mundo.

Cada época, cada grupo, y cada generación ha sentido la necesidad de aprender a afrontar las grandes cuestiones vitales, como enfrentarse a la muerte, reponerse de las pérdidas, del rechazo o del fracaso, entre otras, y lo ha hecho con la ayuda del inconmensurable acervo cultural del que disponemos. Siempre recibido directa o indirectamente de manos de otras personas.

Si es o no adecuado que esas personas sean educadores sociales, es un tema sobre el que se puede reflexionar ampliamente, pero debido a las limitaciones que imponen las instituciones, en este caso la académica, hasta aquí este ensayo.

## Referencias

- Agamben, G. [Giorgio] (2008). La potencia del pensamiento. Editorial Anagrama. Barcelona. ISBN: 978-84-339-6271-3.
- Alberich, N. [Neus] (2022). Culturizando la educación social [recurso de aprendizaje textual]. Fundació Universitat Oberta de Catalunya (FUOC).
- Álvarez, S. [Silvina] (2015) La autonomía personal y la autonomía relacional. Análisis Filosófico, vol. XXXV, núm. 1, mayo, 2015, pp. 13-26 Sociedad Argentina de Análisis Filosófico Buenos Aires, Argentina.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=340042261002>
- Baldiz, M. [Manuel]. (Marzo 1978). Reflexiones sobre una corta estancia en el Hospital de día de González-Duro (Un espacio de verificación de la locura). *Revistas Ajoblanco*. Recuperado de <https://www.ajoblanco.org/revistas/tag/Extras%20Primera%20%C3%89poca>
- Ball, C. M., & Eiroa-Orosa, F. J. (2024). A meta-synthesis of qualitative studies on citizenship and mental health. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1–8.  
<https://doi.org/10.1017/ipm.2024.66>
- Brignoni, S. [Susana] y Esebbag, G. [Graciela]. (Enero 2005). Algunas reflexiones sobre Salud Mental y Educación. *Revista de Educación Social (RES)*. N.3. Recuperado de <https://eduso.net/res/revista/3/articulos/algunas-reflexiones-sobre-salud-mental-y-educacion>
- Busquets, E. [Ester]. (2003) El paciente: de *Infirmus* a sujeto de derechos. *Bioètica & Debat*. Tribuna abierta de l'institut Borja de Bioètica. Año IX N.31. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/310563.pdf>
- Carmona, D. [Diego]. (2020) Autonomía e interdependencia. La ética del cuidado en la discapacidad. *Revista Humanidades*, 10(2), Julio-Diciembre, ISSN: 2215-3934. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7508849.pdf>
- Carrobbles, J.A. [José Antonio] (2015) Presente y futuro de la psicología clínica y sanitaria en España: una visión alternativa. *Papeles del Psicólogo*, vol. 36, núm. 1, pp. 19-32. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77834057004>

- Castaño, C. [Clara]. Navegando las crisis. Una guía para la autogestión colectiva de las experiencias de sufrimiento. Abilis. Barcelona. Recuperado de <https://abilis.cat/d41d8-neve-amadeus-home/navegant-les-crisis/>
- Cea-Madrid, J. C [Juan Carlos]. y Castillo-Parada, T. [Tatiana]. (2021). Enloqueciendo la academia: Estudios Locos, metodologías críticas e investigación militante en salud mental. Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales, 11(2), e097. <https://doi.org/10.24215/18537863e097>
- Centeno, A. [Antonio] (3 de marzo de 2023) La consagración del patetismo minusvalidista. Recuperado de <https://asistenciasexual.org/la-consagracion-del-patetismo-minusvalidista/>
- Cernadas, S. [Sergio] (2012). La Sociedad (Des)nuda. Por Una genealogía de la terapeutización de la existencia. Trabajo fin de grado (UDC.SOC). Sociología. Curso 2011/2012. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2183/9909>
- Correa-Urquiza, M. [Martín], Martínez Hernández, A. [Ángel], y Pié Balaguer, A. [Asún]. (Coord). (2021). *Soltar amarras : Una introducción a la salud mental colectiva* Editorial UOC. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uoc/176225?page=90>.
- Dancy, J. [Jonathan]. (2007) “Una ética de los deberes prima facie” pp.308-320. Ed. Singer, P. Compendio de ética. Alianza Editorial.
- Desviat, M. [Manel] (2011) Panorama actual de las políticas de bienestar y la reforma psiquiátrica en España. Estudios de Psicología (Natal), 16(3), 289-294. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300012>
- Eiroa-Orosa, F.J. [Francisco], Porxas-Roig, M.A. [M.<sup>a</sup> Àngels], Sánchez-Moscona, C.R. [Cecilia]. (2021). Más allá de la recuperación: hacia una atención en salud mental basada en derechos Barcelona: Grupo de Investigación en Salud Mental en Primera Persona de la Federació Veus.
- Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Planificación de decisiones anticipadas en salud mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental. ISBN: 978-84-608-2969-0. Recuperada de <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/pl>

[anificacion-anticipada-de-decisiones-en-salud-mental-guia-de-apoyo-para-profesionales-y-personas](#)

- Ferreira, M. [Miguel]. (2008). Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracterológicos Reis. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 124, 2008, pp. 141-174 Centro de Investigaciones Sociológicas Madrid, España <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99712086005>
- Garcés, E. M<sup>a</sup> [Eva María]. (2010) El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 23 (2010): 333-352. ISSN: 0214-0314. Recuperado en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS1010110333A/7489/>
- García, E. [Enric]. Henning (née Enric) García Torrents (12 de febrero de 2024). Political Abuses of Psychiatry - Itxaso y Olaya. [Archivo de Vídeo] <https://youtu.be/QLEARLOHIAo?si=KgvHBBkCcdyvCkyK>
- Giménez Martret, R. [Ricard] (2020). Para otra semántica del sujeto y el sufrimiento psíquico. *Pensar la salud mental desde la educación social*. *Educació Social*. *Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 97-120.
- Gómez Serra, M. [Miquel] y Pié, A. [Asun]. (2020) Las paradojas en la educación social y en sus efectos: la asignación de destinos desde la adjetivación y el paternalismo. La responsabilidad de los formadores y formadoras. En C. Sánchez-Valverde y A. Montané (Coords.) *La educación social en los extremos: justicia social y paradojas de la práctica* (pp. 13-33). *Monografies & Aproximacions*; 18. Institut de Creativitat i Innovacions Educatives. <https://hdl.handle.net/2445/156597>
- González Abad, L. [Libertad] (2018) Reseña del libro "El empoderamiento. Una acción progresiva que ha revolucionado la política y la sociedad" de Bacqué, Marie-Hélène; Biewener, Carole. (2016) . *Cuadernos de trabajo social*, ISSN-e 1988-8295, ISSN 0214-0314, Vol. 31, N<sup>o</sup> 1, 2018 (Ejemplar dedicado a: Monográfico: Movilidad humana. Realidades y retos para el Trabajo Social), págs. 259-260. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6664079>
- González Duro, E. [Enrique]. (Marzo 1978) Hacia una nueva dialéctica de la locura. *Ajoblanco*. *Anti-psiquiatría hacia la salud mental*, (E1 Extra 5), pp. 6-10. Recuperado en <https://www.ajoblanco.org/revistas>

- Guerrero, E. [Estefanía], Barrios, M. [Maite], Sampietro, H. M. [Hernán], Aza, A. [Alba], Gómez-Benito, J. [Juana], y Guilera, G. [Giorgina]. (2024). Hablemos de recuperación en salud mental: un estudio internacional de Delphi de expertos por experiencia. *Epidemiología y Ciencias Psiquiátricas*, 3341. <http://dx.doi.org/10.1017/S2045796024000490>
- Haro, A. [Adrian], Ríos, A. [Alfonso], Ruiz, C. [Carlos], Gardoki, I. [Itxaso], Camacho, M. [Maria], Fernández, O. [Olaia], Fernández, P. [Pablo], Luque, P.E. [Pedro Enrique], Marínez, S. [Sara], González, Y. [Yohana]. (2023). Voluntades Anticipadas en Salud Mental. Anto Sponton. Recuperado en <https://exseccionddhhaen.wordpress.com/wp-content/uploads/2023/09/voluntades-anticipadas-archivo-final.pdf>
- La Porvenir. (8 y 22 de febrero y 15 y 29 de marzo de 2022). Hablemos de psiquiatría. El Emperador va desnudo [Ciclo de conversatorios]. Vía Zoom.
- Lasmarías, C. [Cristina]; Loncán, P. [Pilar]; Vila, L. [Laura] y Blay, C. [Carles]. (Coord.). (10 de marzo de 2016). Model català de planificació de decisions anticipades. Document Conceptual. Recuperado de [https://www.salutsantjoancymap.org/ClienteSISManager/DOCs/model\\_pda\\_definitiu\\_v7.pdf](https://www.salutsantjoancymap.org/ClienteSISManager/DOCs/model_pda_definitiu_v7.pdf)
- Lieberman, J. [Jeffrey]. (2015). Historia de la psiquiatría. De sus orígenes, sus fracasos y su resurgimiento. Ediciones B. Barcelona. ISBN DIGITAL: 978-84-9069-373-5
- López Mondéjar, L. [Lola]. (2024) Sin relato. Atrofia de la capacidad narrativa y crisis de la subjetividad. Anagrama. Barcelona. ISBN: 978-84-339-2737-8.
- MUHBA. Museu d'història de Barcelona (22 de febrero de 2022) Seminari: Les conquestes de drets de la ciutadania psiquiatritzada en el segle XX. Recuperado de <https://youtu.be/2vckez8KWd4?si=zIF7RHRDVMdA247w>
- Recovery in the Bin (Febrero de 2016) Unrecovery Star. Recuperado de <https://recoveryinthebin.org/>
- Revista TE. (15 enero 2020) Señas de identidad de la pedagogía de Paulo Freire. Recuperado de <https://te-feccoo.es/2021/01/15/senas-de-identidad-de-la-pedagogia-de-paulo-freire/>

- Pié, A. [Asún], Salas, M. [Miguel]. (2020). Los bordes de la transmisión. Re-presentaciones y aprendizajes de la locura. En C. Sánchez-Valverde y A. Montané (Coord.) La educación social en los extremos: justicia social y paradojas de la práctica (pp. 101-124). Monografies & Aproximacions; 18. Institut de Creativitat i Innovacions Educatives. <https://hdl.handle.net/2445/156597>
- Planella, J. [Jordi]. (2011) Paradigmes i teories de la discapacitat [recurso de aprendizaje]. FUOC. PID\_00163224.
- Sampietro, H. M. [Hernán] y Gavaldà-Castet, C. [Carla]. (2018) Manual para la recuperación y autogestión del bienestar. Activa't per la salut mental. Barcelona. Recuperado de: <https://activatperlasalutmental.org/nou-manual-de-recuperacio-i-autogestio-del-bienestar-disponible-online/>
- Sampietro, H. M. [Hernán], Carmona, V. R. [Viviana], Sicilia, L. [Laura], Gavaldà-Castet, C. [Carla], Rojo, J. E. [Emilio] & Gómez-Benito, J. [Juana] (2022) Qué significa la recuperación para las personas usuarias de servicios de salud mental en Cataluña. Quaderns de Psicologia, Vol. 24, Nro. 2. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1880>
- Sampietro HM. [Hernán], Carmona VR. [Viviana], Rojo JE. [Emilio] (2022). Mapping mad maps and recovery tools developed by mental health service users and survivors of psychiatry: a scoping review. BMJ Open. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061692>
- Siurana, J.C. [Juan Carlos]. (2010) Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. VERITAS, N.º 22 (marzo 2010) 121-157. Recuperado en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>
- Solé, J. [Jordi] y Moyano, S. [Segundo]. (2017). La colonización Psi del discurso educativo. Foro de Educación, 15(23), 101-120. <http://dx.doi.org/10.14516/fde.551>
- Vidal, A. [Agustina]. (coord.). (2015). Locura y Opresión. Rutas para la transformación personal y liberación colectiva. Guía de Mapas Locos. Icarus Project. Recuperado de <https://madinspain.org/locura-y-opresion-the-icarus-project/>
- Vilar, J. [Jesús]. (2018). Elementos de reflexión para el futuro próximo de la educación social. Educación social: Revista de intervención socioeducativa, ISSN 1135-8629,

Nº 70 (Ejemplar dedicado a: 25 años de educación social), págs. 17-38.

Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7056959>

Villalobos, V. [Valeria]. (Diciembre 2024). No hacemos sino citarnos los unos a los otros.

*Filosofía&Co*. Dossier Desenmascarar la violencia. Una filosofía contra la barbarie.

N. 11. ISBN: 978-84-10086-25-8.