
DESDE LA IMBRICACIÓN HACIA LA PLENA CIUDADANÍA

Carolina Mogollón Rodríguez

Trabajadora Social.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Badajoz, Hermanas Hospitalarias, Badajoz. Centro concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Ana.i. Delfa Cantero

Psicóloga.

Coordinadora Técnica Centro de Rehabilitación Psicosocial de Badajoz, Hermanas Hospitalarias, Badajoz. Centro concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Resumen

Se pretende hacer una reflexión sobre el papel del voluntariado en Salud Mental y la participación de los centros de la Línea de Rehabilitación Psicosocial de Hermanas Hospitalarias en Badajoz en la construcción de la Red de Voluntariado en Salud Mental de Extremadura (VOLUSMEX).

Este camino no ha sido en solitario, siempre junto a la Plataforma del Voluntariado de Extremadura, la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud y el movimiento asociativo de usuarios y familiares a través de FEAFES Extremadura.

Todo lo anterior invita a reflexionar y proyectarse hacia oportunidades y necesidades futuras y el compromiso por una sociedad más inclusiva, resaltando la importancia de lograr una mirada más compasiva y tolerante hacia la diversidad neurofuncional y psicológica.

Palabras clave: Voluntariado, sinergia, participación social, ciudadanía, usuario voluntario, colaboración.

Abstract

It is intended to reflect on the role of volunteering in Mental Health and the participation of the centers of the Psychosocial Rehabilitation Line of Hospital Sisters in Badajoz in the construction of the Voluntary Network in Mental Health of Extremadura (VOLUSMEX).

This path, always together with the Extremadura Volunteering Platform, the Sub-directorate of Mental Health and Welfare Programs of the Extremadura Health Service and the associative movement of users and relatives through FEAFES Extremadura.

All of the above invites us to reflect on and project ourselves towards future opportunities and needs and the commitment to a more inclusive society, highlighting the importance of achieving a more compassionate and tolerant view towards neurofunctional and psychological diversity.

Key Words: Volunteering, synergy, social participation, citizenship, volunteer user, collaboration.

Introducción

La intervención social y el Trabajo Social como profesión que abandera la práctica asistencial en el ámbito comunitario, desde su origen mira indiscutiblemente el individuo-entorno como una dualidad inquebrantable, ve a la persona en situación, siendo una profesión que nace junto a otras disciplinas y en relación con ellas.

“Todo campo disciplinar requiere de una reflexión permanente y de una producción de conocimiento que se satisface a través de la práctica sistemática de la tarea investigadora (...) las revisiones históricas han puesto de manifiesto lo imbricado que ha estado esta disciplina con la investigación social desde su origen”.

(Marco & Tomás, 2013, pág. 223).

Las barreras estructurales contribuyen a la permanencia de las desigualdades y a la exclusión, siendo un hándicap el etiquetado bajo criterios de raza, clase, idioma, género, religión, problema de salud, discapacidad, cultura u orientación sexual.

Ante estas barreras, las disciplinas de las ciencias sociales, y el Trabajo Social en particular, busca desarrollar una conciencia crítica y estrategias de acción que afronten origen, estructura y consecuencias.

Si buscamos un punto histórico donde el Estado asume, en un origen la caridad (permitamos la licencia de este término para contextualizar en el momento histórico que se describe), quizá tengamos que remontarnos a la ruptura Iglesia-Estado en la Inglaterra del siglo XVI, desde ahí nos iríamos hasta la Ley de Pobres isabelina de 1601, con un marcado reconocimiento de las obligaciones

sociales, saltando hasta 1834 con la “New Poor Law”, con el desarrollo de las infames “workhouses” conocidas como las “prisiones de pobres”. El salto de Inglaterra al nuevo continente no tarda a través de las nuevas colonias. Este modelo y evolución se ha podido ir adaptando a diferentes contextos y territorios a lo largo y ancho del mundo occidental.

El siglo XIX trae la Revolución Industrial y el liberalismo económico, que se aleja de asumir la tutela de los que más lo necesitan. Todo ello genera un caldo de cultivo donde la sociedad civil se comienza a ordenar y organizar para apoyar, de forma muy puntual e insuficiente, pero comienza a ponerse en marcha estructuras de altruismo y apoyo más allá de la organización reivindicativa de clases, proliferando sociedades filantrópicas y los individuos caritativos que prestaban apoyo al necesitado de forma indiscriminada, basada en buenas intenciones y solapamiento.

Es ante esto que, en 1868, en Londres, Henry Solly propone la unión de distintas personas para formar una organización más rigurosa y científica, todo aún en términos de caridad, que apostara por la coordinación. Nace en 1869 la Sociedad para la Organización de la Ayuda caritativa y la Represión de la mendicidad.

Es Octavia Hill quien colabora y da el paso para reformar la organización, pasando a llamarse Sociedad de Organización de la Caridad (COS), entidad no asistencial, más bien organizativa y derivadora de los solicitantes a las agencias más ajustadas. Este tipo de trabajos surge en otros lugares como Alemania y Estados Unidos, quedando España alejada de este movimiento, donde el peso de la Iglesia Católica es cohesionado y fuerte, asumiendo esas labores de acompañamiento a los más necesitados.

Cabe destacar, que la COS fue la primera organización que usa el término Trabajo Social, aunque aún no hubiera nacido la disciplina profesional como tal. A modo de curiosidad, el verdadero inicio de la profesión surge de estructuras que nacen ante las limitaciones del modelo de la COS, aunque esa historia será contada en otra ocasión.

En textos antiguos aparecen las figuras de “friendly visitors” (visitadoras amistosas), mujeres voluntariosas, blancas, protestantes y de clase acomodada, quienes trasladaban las necesidades a las Juntas de Distrito que eran las que tomaban decisiones, eso sí, formadas por varones asalariados.

Si damos un salto y aparecemos en la Europa post-Guerras, la carta de los Derechos Humanos ofrece un paraguas donde resguardar la protección social más allá de pequeñas tribus ligadas a ideología, clase o moral. Los Derechos Humanos constituyen una necesidad de protección y los efectos de las guerras una memoria tras las cuales la colectividad se organiza para la defensa y avance hacia una sociedad del bienestar. A esta corriente se fueron sumando poco a poco aquellos países sometidos al autoritarismo, que pese a estar bajo modelos absolutistas sí tenían referencias de hacia dónde mirar y para qué sobreponerse una vez alcanzada la democracia.

España, por su peso tradicionalista ha estado alejada del crecimiento del asociacionismo, con excepciones como por ejemplo La Cruz Roja, de calado internacional y también interviniente en nuestro país, surgiendo instituciones en entornos burgueses al albor de las líneas de la ilustración como puede ser “Amigos del País”, extendida y mantenida a lo largo y ancho de la geografía española.

En el periodo posterior a la Guerra Civil, el movimiento internacional de instituciones no lucrativas adquiere en España la forma

de instituciones confesionales, asistenciales y/o misioneras, actuando libremente pero muy vigiladas por las autoridades.

Sin duda los años 60 y 70 los esfuerzos oenegianos internacionales en España cogen la forma en torno a construir estructuras políticas y sindicales para avanzar en el proceso democrático.

Si continuamos en España, los años 80 y 90 son, ahora sí, un hervidero para la creación de organizaciones no lucrativas conviviendo con algunas contradicciones, del texto de Carlos Gómez Gil podemos extraer:

- Nacen al mismo tiempo que entran en crisis movimientos participativos tradicionales, transformándose estos en formato de organización no gubernamental (de ahora en adelante ONG).
- Las ONG adquieren una reputación positiva en contraposición a la participación en partidos políticos y sindicales.
- Las propias organizaciones para las que se suponen las ONG son la respuesta ante sus dificultades, crean estas.
- Las organizaciones no lucrativas crecen como respuesta al individualismo social, auspiciadas por el Estado, precisamente cuanto este es más criticado.
- La ONG cobra una especial relevancia social. Apelan al voluntariado, precisamente cuando el desempleo aumenta y el trabajo es un bien escaso y precarizado.

Estas contradicciones sólo pueden ser soportadas por una sociedad desafectada de instituciones más clásicas cuando las entidades no lucrativas sustentan valores de cohesión casi universalizados. Además, estas instituciones han ejercido de lobbies de control y visibilización de las grandes lacras y catástrofes internacionales, siendo fieles al nacimiento de estos movimientos en modo transformador y, no menos importante, no siendo consideradas como enemigos del modelo establecido.

La prestación de servicios ajustados y comprometidos, la concurrencia competitiva y la imperiosa necesidad de distribución de recursos, la juventud del fenómeno, su atomización y la fragilidad organizativa, ha llevado a la construcción de FEDERACIONES, PLATAFORMAS, etc. que aúnen los esfuerzos y den soporte a entidades, en su mayoría pequeñas y localistas, amparadas en estas estructuras por otras entidades de calado INTERNACIONAL adaptadas al terreno. Movimientos como el 0,7%, las campañas del IRPF, etc. son ejemplos de unión y sinergias de entidades, unidas por fines en común sin perder su propia idiosincrasia.

Sin duda, el terreno de “lo social” se torna cada vez más complejo y plural, cambiante y con líneas más difusas con estructuras organizativas con miles de nudos: nacimiento de oenegés que se convierten en partidos políticos, partidos políticos, empresas y organizaciones que cuentan con fundaciones, instituciones confesionales con labor plural y universal, organizaciones no lucrativas que complementan y apoyan la labor institucional, etc.

Ante esto es importante la reorganización en función de “puntos en común”, más allá de la unión en función de las estructuras, orígenes, etc.

Un ejemplo de lo anterior son las Plataformas del Voluntariado, desde una estructura estatal hacia lo más local. Así, en Extremadura existió la Plataforma del Voluntariado de Badajoz, de Mérida y de Cáceres, aunadas hoy en día en la Plataforma del Voluntariado de Extremadura, en la que los centros de LRHP de Hospitalarias en Badajoz forma parte.

De sobra conocidos por todos es la crisis mundial de 2008, no sólo económica, afectando duramente a España. Esto implica un fuerte mazazo a todo lo que supone financiación económica de las Administraciones,

pero a su vez las instituciones de intervención socio-sanitaria tienen una mayor demanda. Entre otras muchas cuestiones, la desafección de las instituciones aumenta, la reivindicación social es más palpable y la reorganización del sistema, asumiendo la ciudadanía un mayor papel organizativo, tornándose imprescindible. Ante esto y a modo de reequilibrio del sistema las instituciones y poderes públicos asumen un necesario camino hacia la transparencia y la participación de las partes implicadas en la construcción de planes, estructuras y empoderamiento de los propios usuarios.

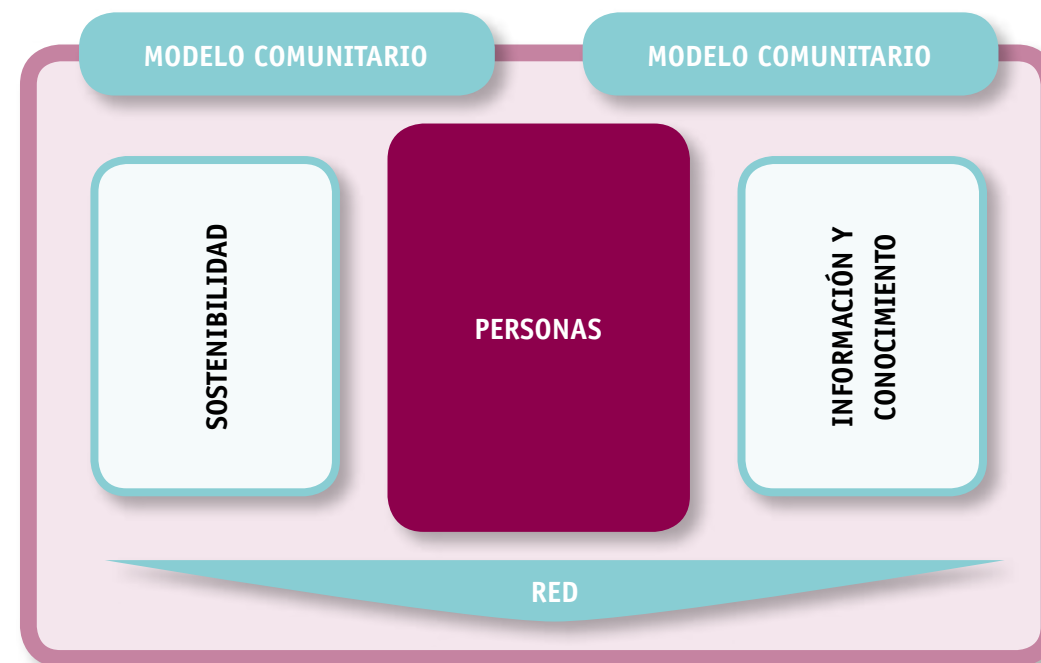
En este punto toca hablar del papel del paciente/usuario experto y la participación en el ámbito socio sanitario.

Viniendo de un segundo Plan Integral de Salud Mental de Extremadura (2007-2012), donde su fecha coincide con el momento de crisis expuesto anteriormente, marcado por los devenires económicos, administrativos, jurídicos, políticos, etc. sí aparecen oportunidades de participación como fue el encuentro entre usuarios y gestores de Salud Mental.

Así se llega a la revisión de este II Plan Integral para la construcción del III Plan de Salud Mental de Extremadura, con la participación de agentes de la red: gestores, entidades, técnicos asistenciales, usuarios y familiares, etc.

Como marca, desde las primeras páginas, este plan plantea las personas en su centro de acción, conscientes de nacer como estrategia hacia la eficiencia y la coordinación de esfuerzos versus a un crecimiento en cuanto a dispositivos, pese al reconocimiento de las necesidades en la comunidad.

Figura 1. Imagen representativa III PSME



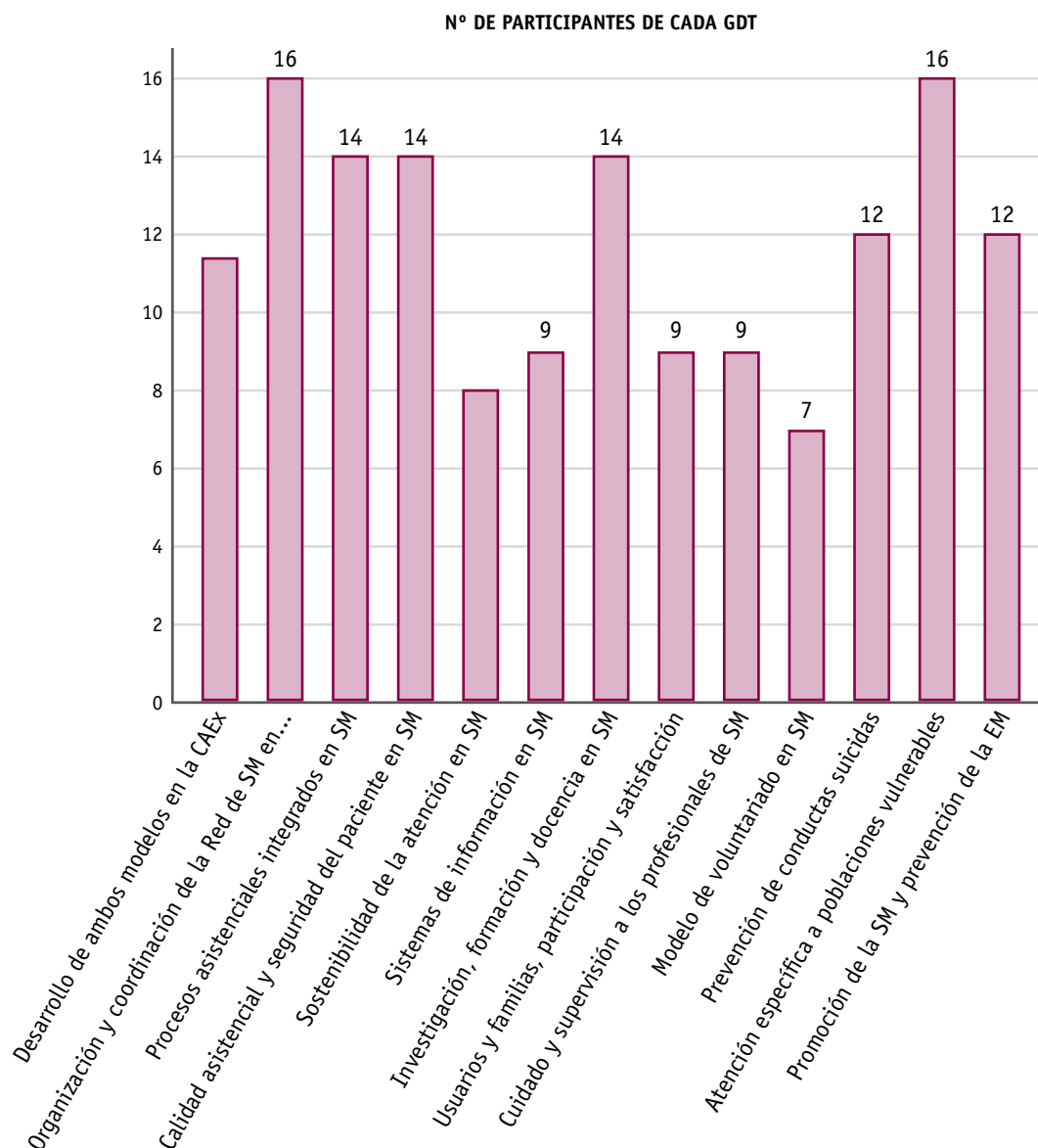
Fuente: Martín, B., Torres, I., Casado, M.P., et al III Plan Integral de Salud mental de Extremadura 2016-2020.

Regresando al aspecto del voluntariado, este ocupa un lugar en la construcción del plan, con grupo de trabajo propio en el que desde el momento inicial el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Badajoz se vio representado a través de su trabajadora social, destacando la relación con Plataforma del Voluntariado de Extremadura a través de formar parte de dicha institución desde décadas atrás.

Así, quedan finalmente los siguientes objetivos, según se definen en el III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura (2016-2020):

- Objetivo 30: Impulsar el análisis de la situación del voluntariado en Salud Mental de Extremadura.
- Objetivo 31: Avanzar en la definición de un modelo de voluntariado en Salud Mental de Extremadura.
- Objetivo 32: Promover la visibilización del voluntariado en Salud Mental en Extremadura.

Figura 2. Grupos de trabajo del III PSMEX.



Fuente: Martín, B., Torres, I., Casado, M.P., et al III Plan Integral de Salud mental de Extremadura 2016-2020.

Tenemos encima de la mesa:

- Presencia de voluntariado que apoya la labor asistencial en los centros de LRHP desde hace décadas.
- Formar parte de Plataforma de Voluntariado de Extremadura, con múltiples y variadas sinergias con entidades parte, a lo largo de los años.
- Coordinación del voluntariado en CRPS Badajoz desde el Trabajo Social, con apoyo y supervisión desde la coordinación técnica del centro.
- Una apuesta por la visión USUARIO/VOLUNTARIO, defendida por parte de los centros de Línea de Rehabilitación Psicosocial de Hermanas Hospitalarias en Badajoz desde 2010 de manera formal y anteriormente, creyendo y poniendo en práctica el modelo de Recuperación.
- Perspectiva participativa y orientada al modelo de Recuperación y en general a las personas desde la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud.

Hemos nombrado el modelo de Recuperación, aunque no es el momento de su descripción, sí algunos apuntes. En clave visual, huyendo de sesudas y académicas reflexiones resulta pedagógico el fragmento de Uriarte y Vallespí, en relación con la autorrevelación de la actriz Carrie Fisher, más conocida como la Princesa Leia de la Guerra de las Galaxias, en uno de sus artículos, la referencia comienza por una declaración publicada en la revista People de la actriz:

“Padezco una enfermedad mental. Puedo decirlo. No me avergüenzo de ello. He sobrevivido a ello, todavía sobrevivo, pero lo sobrellevo”.

Quizás esas palabras describen el proceso de recuperación: reconocer la enfermedad, superar su estigma, especialmente el autoestigma, y tratar de que interfiera lo menos posible en tu vida.

(Uriarte, J.J., Villespí, A., 2017)

Mucho se habla del modelo de Recuperación, en ocasiones con un tono naif y edulcorado, con una visión finalista y poco didáctico frente al continuo camino, no ajeno a sufrimiento, esfuerzo, malestar y engorro que conlleva, sin poderlo considerar de forma lineal sino como un todo, contemplando fases de afrontamiento, superación y por último de sobreponerse.

Extendidas son el componente indiscutible de ser esto de la Recuperación un proceso o camino personal, que no solitario. Menos valorado es el del optimismo terapéutico, con una valoración de confianza en los tratamientos, pero también orientado a una actitud profesional para acoger el proyecto personal de la persona con un problema de salud mental. Por último, y más en boga actualmente, es el del componente crítico hacia los servicios y práctica en salud mental, malinterpretado, exagerado o radicalizado en algún momento, destacamos que esta visión crítica (y también autocrítica de servicios y profesionales), conlleva una aceptación honesta del modelo de Recuperación puesto que coloca de forma horizontal a todos los implicados en la intervención.

Esta visión crítica, siempre contemplada desde el constructivismo (puesto que colocarlo en posturas radicalizadas implicaría no

un estar por la mejora del sistema sino por abolirlo o sustituirlo), redonda en valores solidarios, implicados y comprometidos, comenzando por los dispositivos de atención, a modo de entrenamiento y recuperación de roles para posteriormente dar el salto a la participación comunitaria y por tanto apostar por la plena ciudadanía.

Así, contemplando cómo la atención a las personas con Trastorno Mental Grave está englobada en la atención a la discapacidad y la cronicidad, los servicios deberían estar orientados hacia la flexibilidad y la adaptabilidad para evitar la alienación y sometimiento, peleando por la independencia y la autonomía.

En palabras de Deegan: *“la Recuperación existe porque la hemos vivido”*. Esto arroja una perspectiva, este modelo conlleva imponer una actitud participativa, práctica y real en los procesos de acompañamiento, alejándonos los profesionales de formar usuarios expertos en teorías y técnicas y apostar por la prueba, la acción, la proyección, etc. de forma ajustada, progresiva, integral, trascendiendo a la visión profesional de lo posible y apuntalando el proyecto terapéutico en valores, competencias, metas y sueños de la persona diagnosticada, comprometiendo para ello a su entorno, desde su propia familia, la comunidad donde vive y el lugar donde le toca participar.

Todo lo anterior implica un continuo diálogo, sobreponiéndonos todos los agentes implicados a cientos de estereotipos, encontrando resuello el saboreo de lo cotidiano, con la construcción de una habilidad orientada a poder estar atentos a pequeños pasos, pequeños logros y la construcción de espacios de diálogo donde poder escuchar emociones y sensaciones para el continuo reajuste de metas inmediatas.

Es importante que seamos conscientes del posicionamiento y rol en el contexto terapéutico para poder comprender la reacción y la coherencia narrativa de cada planteamiento. En la formulación de roles productivos dentro de un proceso de atención en salud mental, debemos valorar la necesaria explicitación de porqués y cómo de cada acción y el hilvanado con los objetivos, competencias y búsqueda de estrategias compensatorias ante las limitaciones identificadas de forma tácita, comprensible y reiterada para con la persona usuaria. Por otro lado, comprender resistencias, desafección, incomprensión, dudas y retraimiento en la persona y su contexto, todos tenemos que caminar desde un modelo paternalista y reencontrarnos. Además de considerar la vulnerabilidad bajo un modelo de capas multidimensionalmente, considerando que mismos agentes deberemos encontrarnos en diferentes situaciones terapéuticas en escenarios cambiantes y necesitando una continua adaptación de roles, actitudes y métodos.

Figura 2. Poster de Usuarios Voluntarios presentado en el congreso Nacional de FEARP. Zaragoza 2012.



Fuente: Delfa, A., Chamorro, L. y Mogollón, C.

Antecedentes

La participación de usuarios en los procesos de atención ha sido un continuo en ascenso en los centros de rehabilitación, hoy en día, nadie podría separar participación e implicación de un proceso psicosocial. La literatura clásica psiquiátrica destaca en las definiciones de salud mental las posibilidades de establecer relaciones afectivas satisfactorias y trabajar, y es ahí, en ese plano productivo, donde los procesos de rehabilitación apuestan, pero no en bajo porcentaje desfilan y se angostan.

Las cifras son claras: en la actualidad, las personas con discapacidad mental tienen menos posibilidades para encontrar empleo en comparación con otras causas de discapacidad. Al respecto, el nivel de empleabilidad alcanza solo el 29%, un porcentaje muy inferior si es comparado con las personas con discapacidad física (49%) y con la comunidad en general (74%), y esto si no contemplamos circunstancias sociales o culturales añadidas.

B. Antony en su archiconocida definición de Recuperación destaca y señala el componente de utilidad. En un mercado laboral cambiante, exigente, demandante de flexibilidad, competencia, adaptabilidad y renovación continuada y unido a la lucha contra el estigma internalizado y social es fácil sumirse en un mar desesperanzador.

Mucho cambia cuando a ese componente de utilidad lo alejamos de la dicotomía “dependencia-laboralmente activo” y en el ámbito productivo incorporamos ámbitos productivos no laborales que puedan abarcar desde los lugares más cercanos y adaptados a la persona y sus limitaciones (como pueden ser su hogar, sus recursos de referencia, asociaciones o lugares de atención) o miramos a la comunidad como un contexto plural

y cambiante lleno de necesidades a cubrir entendiendo que toda persona es capaz para acciones concretas. Incluso comprender estos espacios de participación como lugares de entrenamiento de desoxidación para continuar avanzando y ampliando espacios en el proceso de inclusión.

Figura 4. Imagen de usuarios de los centros ejerciendo labores voluntarias con entidades del entorno durante 2018.



Fuente: Elaboración propia.

En esta línea, los centros de LRHP de Hermanas Hospitalarias en Badajoz han venido desarrollando múltiples acciones en materia de participación en el desarrollo de la acción y la gestión de centros desde tareas cotidianas hasta la participación en grupos de trabajo e impacto en la gestión de centros.

En la actualidad todo lo anterior resulta cotidiano, normalizado y necesario, pero, si miramos con conciencia histórica una década atrás, no en pocas ocasiones, resultaba controvertido el planteamiento de hacer seguro de responsabilidad civil como voluntario de usuarios de un centro para la realización de voluntariado en otro de la propia entidad, donde se hablara de grupos de trabajo que impactaran en los objetivos de centro, etc. Volviendo a la fecha actual ¿estas cuestiones serían aceptadas por la totalidad de las plantillas de la institución, serían aceptadas en la totalidad de la red de atención a persona con un problema de Salud Mental, serían aceptadas en toda la comunidad, en toda la sociedad?

Es fácil caer en contradicciones. Realizar voluntariado social implica el cumplimiento de normas y procedimientos que incluyen requisitos administrativos, legales, formativos, etc. pero ¿siempre los cumplimos cuando hablamos que tenemos usuarios voluntarios desarrollando tareas productivas en los dispositivos donde trabajamos? Cuando caminamos por un cumplimiento férreo de requisitos y salvaguarda de los principios éticos y deontológicos surgen experiencias altamente gratificantes, como por ejemplo el desarrollo de formación conjunta para profesionales, usuarios y voluntarios donde la riqueza de

reflexiones y visiones polivalentes construye espacios muy satisfactorios para los participantes y una herramienta muy potente para la reducción de estereotipos. Así, en los últimos años pueden destacarse la construcción de un material en materia de Modelo de Recuperación, intervención psicosocial y adaptación del material para familiares del programa EDUCA-ESQ para las personas voluntarias, con apertura y colaboración por parte de la autora, profesional de LRHP.

Desarrollo

A la luz del impulso del equipo humano de la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES se constituyó un equipo de trabajo para el impulso de los objetivos en materia de voluntariado en Salud Mental del III Plan de Salud Mental de Extremadura. Con un modelo a seguir como era el VOLUCPALEX¹, que se había labrado un camino en territorios asistenciales no menos complejos como es el ámbito de los cuidados paliativos, aunando entidades con diferentes estructuras, fines y valores, pero con objetivos convergentes.

Sentados a la mesa técnica de la Subdirección de Salud Mental, de la Plataforma del Voluntariado de Extremadura, de FEAFES Salud Mental Extremadura y del CRPS de Badajoz, comenzamos a trabajar la misión, visión y valores de la nueva red de voluntarios. ¿Primer punto de encuentro? El voluntariado es un motor para la lucha contra estereotipos atribuidos a las personas con un problema de salud mental.

¹ Es una red de entidades para dar servicios y atención voluntaria coordinada con los profesionales especializados a las personas que necesitan cuidados paliativos. Se puede ver más en: <https://volured.com/redvolucpalex/> (Recuperado en junio, 2019).

Desde ahí, la identificación de:

- Principios orientadores: valores, compromiso, ética y trabajo en red.
- Unos fines: visibilización de la realidad de las personas con una enfermedad mental y el acompañamiento en el proceso de recuperación de las personas con un problema de Salud Mental y apoyo a sus familias.
- Unas metas: favorecer el compromiso social y establecer y facilitar cauces para la participación y promover el desempeño de roles productivos a las personas con una afectación importante por un problema de salud Mental.

Teniendo claro una realidad, las personas atendidas en los centros de la red pública de Salud Mental reciben una atención integral y completa, tanto por parte de los técnicos como por parte del voluntariado a través de los dispositivos que vienen trabajando históricamente con esa perspectiva y servicio, pero ¿qué ocurre con aquél que no llega a la red, que se descuelga de dispositivos, que finaliza proceso, que los centros donde son atendidos no cuentan con figuras de voluntariado social? Así, esta red nace para que la figura del voluntariado social crezca y se desarrolle en los dispositivos de la red y desde ahí apostar por apoyos en los contextos naturales para la persona, construyendo una red común de voluntarios con estructura desde un convenio común y formación mínima consensuada.

Los primeros proyectos de este grupo de trabajo han sido:

- Grabación de videos que difunden la filosofía de este proyecto². En él participaron, en todas sus fases, personas pertenecientes a los centros de LRHP Badajoz, tanto desde un plano profesional, como voluntariado social o como usuario con experiencia voluntaria en entidades del entorno.
- Elaboración de tríptico informativo para la difusión del proyecto³.
- Formación de sensibilización: orientado a toda la red de Salud Mental de Extremadura, se desarrolló el curso “Voluntariado en Salud Mental”, con papel en la organización, desarrollo y evaluación. Con un total de 50 participantes e inscripciones que quedaron en reserva. Con un rol activo tanto en la programación, elaboración de contenidos, como en las ponencias y alumnado.

Tras todo lo anterior y encontrando los puntos de encuentro, los siguientes esfuerzos fueron orientados a la formalización del convenio entre la Consejería de Salud y Políticas Sociales, la Plataforma del Voluntariado, Hermanas Hospitalarias y el resto de las entidades miembro, firmándose en febrero de 2019 e impacto en los medios de comunicación.

Posteriormente los pasos han ido encaminados a la presentación en el Consejo Regional de Salud Mental de Extremadura, mostrando el análisis de situación del Voluntariado en Salud Mental de la región, además de comenzar la difusión entre los coordinadores de área y la implantación del modelo a través de experiencias piloto por diferentes Áreas de Salud de Extremadura.

Discusion

VOLUSMEX se ha constituido como un proyecto referente dentro y fuera de Extremadura, que desde el primer momento pone en valor dos roles impulsados desde los centros de LRHP en Badajoz desde hace tiempo:

- El voluntariado social como medio de lucha contra el estigma, abriendo las puertas de los centros a la comunidad y apoyándonos en valores sociales para multiplicar la labor en el contexto comunitario.
- El papel del voluntariado y los roles solidarios dentro de los procesos de recuperación de las personas usuarias, entroncando en el componente de apoyo entre pares, utilidad, hilván con valores y sensibilidades personales, rescatando partes sanas y promoviendo la visibilización de la realidad de las personas con experiencias en primera persona de un problema de salud mental. Más allá del rol de persona afectada y proyectándose en entidades del entorno, contribuyendo a la plena ciudadanía.

Este trabajo corrobora la importancia de imbricar esfuerzos con entidades diferentes, recursos y dispositivos dentro y fuera de la propia red de salud mental, encontrando metas comunes, compartiendo recursos y apostando por proyectos compartidos que visibilizan convergencias y nos alejan de las competencias, el aislamiento. Complementa y hace avanzar hacia red cada vez más tupida e inclusiva. En ese punto, y recogiendo el papel de los profesionales del Trabajo Social, se constituyen como una disciplina preparada para pivotar entre el dispositivo y el resto de la comunidad, por formación, predisposición al trabajo interdisciplinar y al continuo diálogo con el entorno.

Perspectiva de futuro

VOLUSMEX avanza para dar respuesta a personas de la red, pero sin necesitar que el voluntario realice únicamente la labor para la entidad que le acoge, forma y acompaña. En este sentido, múltiples son las casuísticas e interrogantes, trabajo pendiente y búsqueda de soluciones a la que nos enfrentamos.

La verdadera necesidad a dar respuesta está en la soledad, principal pandemia de los próximos años en el mundo occidental para la población general pero que la persona con enfermedad mental ya sufre en nuestros días. Llegar a poblaciones remotas en la provincia más extensa de España, como son las extremeñas, y con tasas de población menores, supone un reto el acercamiento al ámbito rural, llenando de humanidad los vacíos de la España que se desangra poblacionalmente.

Por otro lado, los modelos de mentoring se colocan como metas de futuro, huyendo de la duplicidad de la “prestación de servicio”, de la reproducción del modelo profesional y avanzando hacia un acompañamiento desde los afectos, desde la genuinidad de cada interacción y desde una construcción verdaderamente horizontal de nuevos modos de relación. Destacando y recordando que no sólo es esa visión del voluntariado social, también ese rol del usuario voluntario, con el poder terapéutico e impacto, en primera persona y en la persona receptora, que esto supone.

Y si por el texto aparecía antes “La Guerra de las Galaxias”, acabemos con una frase del Maestro Yoda: “Siempre en movimiento está el futuro.”

² Los vídeos pueden verse desde el siguiente enlace: <https://saludextremadura.ses.es/smex/detalle-contenido-estructurado/297566> (Recuperado, junio 2019).

³ Pueden verse los dípticos creados por el grupo de trabajo en el siguiente enlace: <https://saludextremadura.ses.es/smex/detalle-contenido-estructurado/284852> (Recuperado junio, 2019).

Referencias

1. Alfaro ME. La formación del voluntariado social. Plataforma para la promoción del Voluntariado en España; 1990.
2. Badallo Carbajosa A, García-Arias S, Yélamos L. La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2013; 33(120): 737-747.
3. Belloso Roperio J J, García Albea E, De Prado E. Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2000.; 20(73): 23-40.
4. Casas E, Escandell M J, Ribas M, Ochoa S. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2010; 30(1): 25-47.
5. Catalina PF. Estudio de eficacia de un programa de intervención psicosocial en la prevención o reducción de la sobrecarga del cuidador del paciente con trastorno de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid; 2016.
6. Consejería de Sanidad y Consumo. DECRETO 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE No61. 2006. Disponible en: <http://doe.gobex.es/pdfs/doe/2006/610o/06040100.pdf>
7. Colectivo IOE. Participación ciudadana y voluntariado social. Madrid, EFFOSS-Ayuntamiento de Madrid (inédito); 1989.
8. Deegan PE. *Recovery: the lived experience of rehabilitation*. Arlington, National Alliance on Mental Illness; 1988.
9. Delfa AI, Chamorro L, Mogollón C. Grupo de trabajo junto con usuarios: incorporación directa de usuarios en la gestión de centros. *Informaciones psiquiátricas* 2012; (210): 415-428.
10. Delfa A, Mogollón C. Intervención junto con la familia en el centro de rehabilitación psicosocial de Badajoz. *Informaciones psiquiátricas* 2010; (201): 301-316.
11. Delfa A, Mogollón C. Salud mental y programa de servicio de ayuda a domicilio de los servicios sociales de base. Pivotando sobre la rehabilitación. *Informaciones psiquiátricas* 2013; (214): 455-474.
12. Deusdad B. El respeto a la identidad como una forma de inclusión social: interculturalidad y voluntariado social. *Educatio siglo XXI* 2013; 31(1): 89-104.
13. Florit A. La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología* 2006; 24(1-3): 223-244.
14. Gallego VM, Cabrero GR. El voluntariado: prácticas sociales e impactos económicos. *Revista del Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales* 2001; 1.
15. Gómez- Gil C. *Las ONG en España: De la apariencia a la realidad*. Madrid, Paz; 2005.
16. González- Cases J, Rodríguez- González A. Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud* 2010; 21(3): 319-332.
17. Guinea- Roca R. Rehabilitación psicosocial: una teoría, una práctica, una ética. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1998; 18(65): 151-164.
18. Guinea- Roca R. Breve recorrido por la historia de la Rehabilitación Psicosocial en España. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 2007; 7(2): 135-145.
19. Ley 1/1998, de 5 de febrero, reguladora del voluntariado social en Extremadura. Junta de Extremadura. Disponible en: <http://doe.gobex.es/pdfs/doe/1998/290o/98010005.pdf>
20. López-Cabanas M, Chacón F. *Intervención psicosocial y servicios sociales*. Madrid, Síntesis Editorial; 1998.
21. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2007; 27(1): 187-223.
22. Marco M, Tomás E. La investigación en y para la intervención social: la aplicación al Trabajo Social. En M. Miranda, *Aportaciones al Trabajo Social* (págs. 223-247). Zaragoza, Prensas de la Universidad de Zaragoza; 2013.
23. Martín B, Torres I, Casado M et al. *III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020*. Mérida, Junta de Extremadura; 2017.
24. Menéndez C, Del Olmo Romero-Nieva F. Arteterapia o intervención terapéutica desde el arte en rehabilitación psicosocial. *Informaciones psiquiátricas* 2010; 201(3): 367-380.
25. Mogollón C, Delfa AI. Investigación Low-cost en materia de percepción de la población general de la impredecibilidad emocional de las personas con enfermedad mental. *Informaciones psiquiátricas* 2015; (222):43-50.
26. Mogollón C, Delfa A. Percepción de la impredecibilidad emocional de las personas con trastornos mentales graves, investigación como antesala en la intervención social. *Trabajo social y salud* 2015; (82): 59-68.
27. Moreno J, Sánchez-Oro M et al. Estudio sociológico del voluntariado en Extremadura. Badajoz, Plataforma para la Promoción del Voluntariado de Badajoz; 1999.
28. Olabuénaga J I R. El voluntariado en España. *Documentación social* 2001; (122): 67-84.
29. Roca J G. *Solidaridad y voluntariado* (Vol. 12). Editorial Sal Terrae; 1994.
30. Rodríguez A. *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid, Pirámide; 1997.
31. Rodríguez MF, Mora PG, Iglesias OB. El teatro como instrumento terapéutico en

- la rehabilitación psicosocial. Norte de salud mental 2013; 11(46): 82-88.
32. Ruiz M, Benítez Y, Subdirección de Salud Mental del Servicio Extremeño de Salud. Análisis de la situación del voluntariado en Salud Mental en Extremadura; 2019.
33. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Hacer de la recuperación una realidad. Servicio Andaluz de Salud; 2008
34. Simón- Expósito M, Anseán- Ramos A, Elvira- Peña L, Cabrera- Herrera A. Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012. Mérida, Junta de Extremadura; 2007
35. Tapia FM, Castro WL, Aguilera JMM. Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión. Salud mental 2013; 36(2): 159-165.
36. Uriarte JJU. Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave. Rev Cuad Psiquiatr Comunitaria 2007; 2: 87-101.
37. Uriarte-Uriarte JJ, Vallespi-Cantabrana A. Reflexiones en torno al modelo de recuperación. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2017; 37(131): 241-256.
38. Villarroya A A. Asociacionismo, ciudadanía y bienestar social. Papers: revista de sociología 2004; (74): 85-110.
39. Yubero S, Larrañaga- Rubio M E. Concepción del voluntariado desde la perspectiva motivacional: conducta de ayuda vs. Altruismo; 2002.