

# de la PRESCRIPCIÓN al DIÁLOGO

Manual para facilitadores/as de grupos  
de Gestión Colaborativa de la Medicación  
EN SALUD MENTAL



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI



Gestión  
Colaborativa  
de la Medicación





# De la prescripción al diálogo

---

MANUAL PARA FACILITADORES/AS  
DE GRUPOS DE GESTIÓN COLABORATIVA  
DE LA MEDICACIÓN EN SALUD MENTAL

Edita:

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili  
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona  
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat  
www.publicacions.urv.cat

Primera edición: julio de 2025

<http://gcmproject.org>

**Coordinación de contenidos:** Mercedes Serrano-Miguel, Asunción Pié-Balaguer, Ángel Martínez-Hernández, Elena Blanco de Tena-Dávila

**Coautores:** Leticia Medeiros-Ferreira, Ana Barber Martínez de la Torre, Berna Villarreal Castaño, Jonathan Barrena, Ainhoa García, Eshel Herzog, Sai Ibrahim, Martín Correa-Urquiza, Marcos Obregón, Elisa Alegre Agís, Enrico Mora, Margot Pujal, Miguel Salas Soneira, Angie Figueredo, Mauricio Garolfi Santos

**Diseño:** Jordi E. Sánchez

**Diseño de portada:** Silvina Franco

**Maquetación:** Edicions i publicacions de la Universitat de Lleida

**ISBN (URV):** 978-84-1365-228-3

**DOI:** 10.17345/9788413652283

Proyecto SOCIALment PID 2023- 148482 NB 100, Agencia Estatal de Investigación, Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.



Cita el libro.



Consulta el libro en nuestra web.



Libro bajo una licencia Creative Commons BY-NC-SA.

# Índice

<b>Autoría .....</b>	<b>7</b>
<b>Agradecimientos .....</b>	<b>9</b>
<b>Presentación .....</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo 1. La gestión colaborativa de la medicación en salud mental .....</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo 2. De la prescripción al diálogo .....</b>	<b>21</b>
<b>Capítulo 3. Apuntes conceptuales para orientar el trabajo con la Guía GCM .....</b>	<b>29</b>
<b>Capítulo 4. Materiales disponibles .....</b>	<b>37</b>
<b>Capítulo 5. Antes de comenzar a trabajar con grupos de GCM .....</b>	<b>41</b>
<b>Capítulo 6. La figura del facilitador/a .....</b>	<b>53</b>
<b>Capítulo 7. Condiciones para llevar a cabo un grupo .....</b>	<b>61</b>
<b>Capítulo 8. Desarrollo del grupo .....</b>	<b>65</b>
<b>Capítulo 9. Herramientas de trabajo .....</b>	<b>81</b>
<b>Capítulo 10. Bibliografía .....</b>	<b>93</b>



# Autoría

## **Coordinación de contenidos:**

Mercedes Serrano Miguel. Trabajadora social. Doctora en Antropología. Profesora agregada. Universitat de Barcelona.

Asun Pié Balaguer. Educadora social. Doctora en Pedagogía. Profesora agregada. Universitat Oberta de Catalunya.

Angel Martínez Hernández. Catedrático en Antropología Social y Cultural. Universitat Rovira i Virgili.

Elena Blanco de Tena-Dávila. Enfermera. Doctoranda en Antropología y Comunicación. Universitat Rovira i Virgili.

## **Coautores:**

### **Participantes del Laboratòrio InvestigarCON**

Leticia Medeiros-Ferreira. Psiquiatra. Jefa Clínica del Centro de Salud Mental Nou Barris Nord (CSMA NBN). Fundació Centre d'Higiene Mental Nou Barris.

Ana Barber Martínez de la Torre. Enfermera. Programa de suport individualitzat (PSI) CSMA Sants. Pere Claver Grup.

Berna Villarreal Castaño. Trabajadora social. Directora del Instituto de Docencia e Investigación de Pere Claver Grup.

Jonathan Barrena. Educador social. Asociación Socio cultural Nikosia.

Ainhoa García. Técnica en acompañamiento y apoyo mutuo en salud mental. Fundació Centre d'Higiene Mental Nou Barris.

Eshel Herzog. Trabajador social. Coordinador técnico de Servicios de Soporte a la Vida Independiente de Pere Claver Grup.

## **Otros miembros del equipo participantes**

Sai Ibrahim. Activista crip y LGTBIAQ+

Martín Correa-Urquiza. Doctor en Antropología. Profesor de la Universitat Rovira i Virgili.

Marcos Obregón. Doctorando en Antropología médica en la la Universitat Rovira i Virgili.

Elisa Alegre Agís. Doctora en antropología y Trabajadora social. Profesora de la Universitat Rovira i Virgili.

Enrico Mora. Doctor en Sociología. Profesor de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Margot Pujal. Doctora en Psicología social. Profesora de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Miguel Salas Soneira. Doctor en Ciencias de la educación. Profesor colaborador de la Universitat Oberta de Catalunya.

## **Investigadores contratados**

Angie Figueredo. Trabajadora Social. Universitat de Barcelona.

Mauricio Garolfi Santos. Psicólogo. Universitat Oberta de Catalunya.

# Agradecimientos

La elaboración de este Manual para facilitadores/as de grupos de Gestión Colaborativa de la Medicación (grupos GCM) ha sido posible gracias al compromiso, la experiencia y la generosidad de muchas personas y colectivos.

Queremos agradecer, en primer lugar, a todas las personas participantes en la experiencia del proyecto piloto “GCM BCN. Gestión colaborativa de la medicación. Salud mental colectiva, derechos y ciudadanía en Barcelona”, que han compartido su saber práctico, sus vivencias y reflexiones, contribuyendo de manera fundamental a dar forma a este material. Asimismo, agradecemos al Ayuntamiento de Barcelona y a la Fundación La Caixa la financiación del proyecto.

Expresamos nuestro profundo agradecimiento al Pere Claver Grup, la Fundación CHM Nou Barris y la Asociación Sociocultural Radio Nikosia por su colaboración y apoyo a lo largo de todo el proceso. Su compromiso con una salud mental comunitaria, inclusiva y transformadora ha sido clave para el desarrollo de este proyecto.

Agradecemos también la colaboración de la Universidad de Barcelona, la Universidad Rovira i Virgili y la Universidad Oberta de Cataluña.

Nuestro reconocimiento a Beatriz Pérez Pérez, por su participación en el proyecto mediante la formación impartida en derechos humanos y su asesoramiento en la aplicación del enfoque basado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

Finalmente, agradecemos a quienes han trabajado en la coordinación, revisión y diseño de esta guía, por su dedicación y cuidado en cada etapa del trabajo.

A todas y todos, gracias por hacer posible este proyecto compartido.



# Presentación

## La GCM como propuesta de intervención innovadora en salud mental. Por una nueva cultura de cuidados en salud mental

En el contexto actual de la atención a la salud mental han surgido enfoques innovadores que buscan transformar la relación entre profesionales, personas usuarias y sus redes de apoyo. Estas propuestas tienen como objetivo equilibrar las dinámicas de poder existentes, promoviendo una atención más democrática e inclusiva. Entre ellas, destaca la Guía para la Gestión Colaborativa de la Medicación en salud mental (Guía GCM), un modelo de atención que reconoce la experiencia de las personas diagnosticadas como un elemento clave en la toma de decisiones. A través del diálogo y la participación activa, la Guía GCM fomenta una cultura del cuidado más horizontal, en la que las personas usuarias adquieren un rol central en la gestión de su tratamiento.

Los principios de la Guía GCM incluyen:

- **Reconocimiento de derechos y estatus como ciudadanos para todas las personas**, lo que implica la toma de decisiones informada y el consentimiento como elementos fundamentales.
- **Perspectiva dialógica**, partiendo de la gestión de la medicación como un proceso de negociación y reflexión conjunta entre profesionales, usuarios/as y otras personas de su red de apoyo.
- **Integración de diversos saberes**, reconociendo la experiencia de las personas usuarias, familiares y profesionales como fuentes válidas de conocimiento.
- **Promoción de la autonomía**, incorporando la medicación como una herramienta más dentro de un abordaje integral del malestar psíquico que favorezca la recuperación y no como la única propuesta terapéutica.

El enfoque propuesto por la Guía GCM implica un cambio en la cultura de cuidados en salud mental, que ha estado dominada por un modelo biomédico basado en la prescripción farmacológica como respuesta primaria al sufrimiento psíquico. En su lugar, la Guía GCM propone un modelo de cuidados colectivizado, donde la red social y el entorno juegan un papel central en la gestión del bienestar.

### **Este modelo enfatiza**

- El papel de la comunidad y las redes de apoyo: familia, amistades, asociaciones y grupos de ayuda mutua como agentes fundamentales en los procesos de atención en salud mental.
- El trabajo a partir de pactos de cuidados: acuerdos colectivos, junto con familiares o personas de la red social, en los que se definen roles y responsabilidades en la gestión de los malestares.
- La promoción de estrategias alternativas de acompañamiento: abordajes no farmacológicos para el afrontamiento del sufrimiento mental.

El impacto de la Guía GCM se ha evidenciado en diversas experiencias de investigación internacionales en entornos comunitarios y servicios de salud mental de Canadá (Rodríguez del Barrio, 2013) y Brasil (Onocko-Campos et al., 2012). En estas investigaciones se han observado mejoras en la autonomía de las personas usuarias, una mayor implicación de sus redes de apoyo y una reducción de la sobremedicación.

### **Retos en su implementación**

- **Resistencias institucionales:** la transformación del modelo biomédico requiere cambios en las políticas de salud y en la formación de los profesionales.

- **Falta de recursos:** la aplicación de enfoques dialógicos y participativos demanda más tiempo y personal capacitado.
- **Necesidad de evaluación continua:** es crucial contar con mecanismos de seguimiento para medir los efectos a largo plazo de la aplicación de la Guía.

La Guía GCM representa un avance significativo en la construcción de una nueva cultura de cuidados en salud mental, basada en la participación, el reconocimiento de derechos y la diversificación de estrategias de atención. Su implementación efectiva requiere voluntad política, transformaciones institucionales y un cambio en la manera en que concebimos la salud mental y su tratamiento. Apostar por este modelo significa avanzar hacia un sistema de salud más inclusivo, equitativo y respetuoso con la autonomía de las personas en situación de sufrimiento psíquico.

Este documento es un manual para orientar el trabajo de facilitación de grupos que trabajen con la Guía GCM (grupos de GCM). Su contenido ha sido elaborado de manera participativa por diferentes personas que han trabajado en el Laboratorio InvestigarCON, que ha reunido a profesionales del ámbito de la salud mental, personas con experiencias de sufrimiento mental, e investigadores/as. Algunas de estas personas han sido también facilitadores/as de grupos de GCM en la primera prueba piloto de la Guía GCM en Europa.

Este manual para facilitadores/as de grupos de GCM ha sido elaborado bajo el auspicio del proyecto «GCM BCN. La Gestión Colaborativa de la Medicación. Salud mental colectiva, derechos y ciudadanía en Barcelona», financiado por el Ayuntamiento de Barcelona en la convocatoria de 2023 para la concesión de subvenciones para proyectos de investigación e innovación en colaboración con la Fundación “la Caixa” (<https://www.barcelona.cat/barcelonaciencia/ca/gcm-barcelona>). El contenido de este manual incluye numerosas narrativas y relatos en primera persona recogidos en diversos grupos de GCM y entrevistas a algunos de los participantes.

En este proyecto han participado investigadores/as de la Universitat de Barcelona, la Universitat Rovira i Virgili y la Universitat Oberta de

Catalunya, así como profesionales y personas usuarias de la Fundació Centre d'Higiene Mental Nou Barris, la Fundació Pere Claver Grup y la Asociación Sociocultural Radio Nikosia de Barcelona. Agradecemos la participación y colaboración de todas las entidades y participantes, que han contribuido con su saber y experiencia a la construcción de este material y el proyecto en su conjunto.

### Entidades participantes:



### Universidades implicadas:



### Financiado por:



Fundación "la Caixa"

### Otras entidades colaboradoras con la GCM:



# Capítulo 1.

## La gestión colaborativa de la medicación en salud mental

### ¿Qué es la Guía GCM?

La Guía GCM es una herramienta que busca **generar espacios de trabajo dialógicos y colaborativos** alrededor de la cuestión del tratamiento farmacológico en salud mental. En este sentido, la Guía parte del **reconocimiento de los diferentes saberes y experiencias** de los distintos agentes involucrados: el saber de los profesionales que prescriben, pero también el de las personas consumidoras de psicofármacos y de los/as cuidadores/as que acompañan el proceso, promoviendo la práctica de relaciones horizontales y de consideración mutua entre ellos.

El abordaje del tratamiento farmacológico no es aquí un fin en sí mismo. La Guía GCM no habla únicamente de medicación, sino que la considera un elemento que vehicula la posibilidad de repensar críticamente otras cuestiones:

- El proceso personal seguido al respecto de la experiencia del sufrimiento mental y las decisiones tomadas.

- Las diferentes prácticas llevadas a cabo dentro de los dispositivos de atención y con las que muchas de las personas usuarias afirman no sentirse satisfechas.
- El papel que desempeñan los vínculos sociales y familiares en la vida de las personas con sufrimiento mental y la gestión de dichos vínculos.

## Un poco de historia

La Guía para la Gestión Autónoma de la Medicación en salud mental (Guía GAM) fue creada en la década de los noventa en Quebec (Canadá) por grupos de investigadores, clínicos, usuarios/as y, especialmente, movimientos sociales y defensores de derechos en salud mental (Rodríguez del Barrio *et al.*, 2013). Reconocida como buena práctica por el *Health and Welfare Commissioner* de Quebec, en 2009 esta experiencia fue introducida en Brasil a partir de la *L'Alliance Internationale de Recherche Universités - Communautés, Santé Mentale et Citoyenneté* (ARUCI-SMC), un acuerdo internacional que reunió a investigadores de la Université de Montreal con académicos de diferentes universidades del sur de Brasil, así como con representantes del movimiento de usuarios de ambos países (Onocko-Campos *et al.*, 2012; Serrano Miguel *et al.*, 2016).

En ambos contextos, la Guía GAM se empleó como herramienta de cuidado en salud mental y fue implementada en espacios grupales, tanto en dispositivos sanitarios de la red pública de atención en salud mental, como ocurrió en Brasil (Onocko-Campos *et al.*, 2013), como en servicios de recursos alternativos, como se dio en Quebec (Rodríguez del Barrio y Poirel, 2007). En 2017, la experiencia de la GAM se trasladó al contexto español a través de una investigación codirigida por investigadores de la Universitat Rovira i Virgili (URV) y la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) en un proyecto que recibió el nombre de «Guía para la Gestión Colaborativa de la Medicación: un proyecto de investigación-acción participativa en salud mental». Fue financiado por el programa RecerCaixa (RecerCaixa LCF/PR/RC16/10.100.012) y sus in-

investigadores principales fueron el Dr. Ángel Martínez Hernández (URV) y la Dra. Asunción Pié Balaguer (UOC).

El proyecto tuvo como objetivo inicial adaptar la experiencia desarrollada en Canadá y Brasil a nuestro contexto mediante la elaboración de una herramienta específica. Para llevar a cabo este objetivo, se puso en marcha una investigación etnográfica en la que participaron profesionales, usuarios/as y familiares vinculados a varios dispositivos de atención en salud mental de la ciudad de Barcelona, como los centros de salud mental de adultos de Nou Barris y de Badalona II, un servicio de la red alternativa de recursos como es el Club Social Aixec, además de varias asociaciones integradas por personas con experiencias de sufrimiento mental, como Radio Nikosia o Matisos, la Fundació Salut Mental Catalunya (SMC) y dos asociaciones de familiares, como La Muralla (Tarragona) y Famílies per la Salut Mental de Nou Barris (Barcelona). Fruto de este proyecto son la Guía GCM en su primera edición (en castellano, catalán e inglés) y unos cuadernos de trabajo adaptados a lectura fácil (castellano y catalán).

El proyecto de la GCM tomó un nuevo impulso al recibir la financiación del Ayuntamiento de Barcelona en la convocatoria de 2023 para la concesión de subvenciones para proyectos de investigación e innovación en colaboración con la Fundación “la Caixa”. El título de este proyecto fue «GCM BCN. La Gestión Colaborativa de la Medicación. Salud mental colectiva, derechos y ciudadanía en Barcelona», y en esta ocasión estuvo liderado por la Universitat de Barcelona. Con este proyecto buscamos analizar, a través de una prueba piloto, el efecto de la intervención desde la Guía GCM sobre la autonomía personal, la sociabilidad y la satisfacción con los tratamientos y servicios de salud mental. Para ello se llevó a cabo un estudio de carácter mixto en una muestra de 100 personas con experiencias de sufrimiento mental y consumo de neurolépticos al menos durante un año.

Las diferentes experiencias de investigación en el contexto catalán se han basado en una metodología colaborativa y han tenido un horizonte claramente emancipador. Nuestra propuesta como equipo de trabajo se asienta en el compromiso ético hacia las personas partici-

pantes y el interés por generar resultados que puedan incidir en la mejora del modelo de atención en salud mental y en el reconocimiento del saber producido por quienes han sufrido situaciones de violencia(s) debido al etiquetado psiquiátrico (Russo, 2012). Fruto de ello son los procesos de coproducción y coautoría de algunos de los materiales resultantes (Serrano-Miguel, Pié Balaguer y Martínez-Hernández, 2020).

## De autónomo a colaborativo

El término «colaborativo» ha sido elegido estratégicamente para el contexto español en sustitución de «autónomo», presente en la nomenclatura canadiense y brasileña. Este cambio terminológico responde a la necesidad de evitar la asociación, frecuente en algunos ámbitos académicos y clínicos en España, entre autonomía y discontinuación del tratamiento farmacológico. En este sentido, es importante destacar que **el objetivo de la Guía GCM no es promover la discontinuación, sino facilitar una gestión dialogada del tratamiento y de otros aspectos relevantes para el proceso de recuperación de cada persona**. No obstante, la discontinuación puede ser una opción válida si la persona lo plantea y cuenta con las condiciones necesarias para llevarla a cabo de manera segura.

Al mismo tiempo, el término «colaborativo» permite abrir una discusión sobre la noción de «autonomía» e incorporar al debate una concepción relacional y no esencialista de dicho concepto. Entender la autonomía desde una perspectiva relacional implica poner el foco en las afectaciones mutuas entre actores (profesionales, usuarios/as, familiares, etc.) y en la necesidad de ahondar en un trabajo de consenso y pactos. Como se verá en este manual, una gestión más colaborativa o autónoma de la medicación en salud mental no es posible sin una desjerarquización disciplinar y una mayor centralidad de las personas usuarias en la toma de decisiones, algo que pensamos permite modificar la herramienta GCM.

El concepto «colaborativo» permite revisar la calidad de los encuentros, las vías de toma de decisiones y la satisfacción/insatisfacción de

todos los agentes implicados, e insistir en la necesidad de trabajar conjuntamente en pactos de cuidados consensuados. La GCM es una herramienta que permite articular estos cambios. Pero para ello, como apuntamos, son necesarias una serie de condiciones que impliquen un cambio de paradigma en el ámbito de la salud mental y una redistribución del poder actualmente ejercido mayoritariamente por los/as profesionales, y transferido en los domicilios a los familiares. El objetivo de la GCM es habilitar un espacio para transformar esta situación y democratizar las prácticas de cuidados.

## ¿Por qué un manual para facilitadores/as de grupos de GCM?

Este manual está pensado y dirigido a aquellas personas que deseen implementar grupos de GCM y quieran asumir el papel de facilitadores/as de grupo. Asimismo, puede ser pensada como una herramienta para la formación de profesionales, incluidos técnicos/as de apoyo-*peer*, que quieran incorporar una perspectiva dialógica y colaborativa a su trabajo.

Muchas de las personas que se acerquen a este manual dispondrán de amplia formación y experiencia en la conducción de grupos, otras quizá no tengan tanta. Para todos los casos, la información que aquí se recoge pretende contribuir a un mejor conocimiento de la Guía GCM, su metodología y estrategias de implementación.

Este manual para facilitadores/as está construido con base en el acompañamiento etnográfico de grupos de GCM en su experiencia piloto y las valoraciones y comentarios vertidos por los propios facilitadores/as de dichos grupos. Desde esa experiencia, consideramos que compartir estas orientaciones puede ser útil para facilitar el proceso de implementación de futuros grupos.

Este manual del facilitador/a contiene referencias a los materiales que consideramos básico conocer para llevar a cabo grupos GCM. La web de nuestro proyecto ([www.gcmproject.org](http://www.gcmproject.org)) también dispone de numerosos materiales con los que se podrá conocer más detalladamen-

te la herramienta y su metodología de trabajo. Asimismo, este manual del facilitador/a incluye un apartado titulado “Herramientas de trabajo” que reúne materiales básicos y complementarios de utilidad para la puesta en marcha de los grupos. Recomendamos examinar y trabajar previamente todos estos materiales. Es una tarea fundamental e imprescindible para el buen desarrollo de posibles grupos de GCM.

## Capítulo 2.

# De la prescripción al diálogo

### ¿Por qué trabajar alrededor de la cuestión de la medicación en salud mental?

La Guía GCM es una herramienta que busca generar espacios para (re)pensar el papel de la medicación en la vida de las personas con experiencias de sufrimiento mental mediante un proceso de reflexión conjunta entre los diferentes agentes implicados: las personas expertas por experiencia, los/as profesionales de la salud mental, familiares y otros posibles agentes de su red social y de cuidados.

Actualmente, para trabajar la GCM, existen una guía extensa en castellano, catalán e inglés y un cuaderno de trabajo adaptado a lectura fácil en castellano y catalán. Estos materiales han sido revisados tras la experiencia piloto y han dado lugar a una segunda edición revisada y ampliada, así como el presente manual del/de la facilitador/a.



Guía para la gestión colaborativa de la medicación en salud mental y Cuaderno de trabajo



Guia per a la gestió col·laborativa de la medicació en salut mental i Quadern de treball

La Guía y el cuaderno de trabajo GCM han de pensarse como herramientas que sirven de base para iniciar un proceso flexible y del que cada persona se apropie de acuerdo con sus necesidades. Este proceso busca generar entre los/as participantes reflexiones y pensamiento crítico, y favorecer el desarrollo de estrategias que mejoren la gestión del tratamiento farmacológico juntamente con los profesionales.

La Guía GCM toma como punto de partida la medicación y el papel que ésta tiene en la vida de la persona, pero no trata únicamente este tema y aborda otros contenidos que tienen que ver con los derechos, las posibilidades de cogestión del tratamiento farmacológico, las experiencias de los profesionales al respecto, los procesos de recuperación en red, la elaboración de pactos de cuidado y la inclusión de la perspectiva de género en la atención, entre otros. Los materiales han sido contruidos a partir de un proceso de investigación de carácter participativo e incluyen preguntas y numerosas narrativas en primera persona.

## ¿De qué hablamos cuando hablamos de...?

**(CO)GESTIÓN:** entendida como recorrido personal para la búsqueda de información, la toma de decisiones y la planificación de éstas. La cogestión supone reflexión personal y acompañamiento profesional y social.

«En el momento en que te preguntan cómo te sientes, cómo estás, [...] de generar un diario, que de hecho ya lo hago yo, pero la Guía me ha servido como herramienta en la cual puedes escribir exactamente cómo te sientes y, yo qué sé, por ejemplo: “¿Cómo te sientes con tu familia?”. Pues lo escribes. “¿Cómo te sientes si tienes pareja o no tienes pareja?”. “¿Cómo funcionan tus relaciones sexuales?”. Pues esas preguntas me parecen muy interesantes, porque con la medicación es jodido. »

(Fernanda, participante en grupos de GCM).

**COLABORACIÓN/AUTONOMÍA:** la autonomía es entendida aquí desde su vertiente relacional. Supone ser actor de la propia vida, pero sin

que ello excluya mantener vínculos con la red social y familiar, y establecer dependencias negociadas.

«Sí, cuenta uno la historia y luego los demás vamos añadiendo cosas a esa historia. Yo creo que eso también es muy colaborativo, para que la otra persona también pueda gestionarlo y seguir pensando sobre ello.»

(Fernanda, participante en grupos de GCM).

**MEDICACIÓN:** en la GCM abordamos la cuestión de los psicofármacos desde sus efectos físicos, pero también invitamos a reflexionar sobre el universo social y simbólico que los rodea.

«Tengo un compañero que cuando sabe de un tema se emociona tanto que repite las cosas cuatro o cinco veces, porque se siente importante, porque le estamos escuchando y porque es el punto de atención. Y por esto yo creo que muchos acaban sufriendo. La medicación cambia la personalidad de la gente, te vuelve más sumiso, más cobarde, te sientes un poco más inútil.»

(Manuel, participante en grupos de GCM).

## Qué no es la GCM

- **La Guía GCM no es una guía de medicación.** Es una herramienta que, si bien toma como eje de trabajo el tratamiento farmacológico en salud mental, su contenido y objetivos van más allá de la cuestión de la medicación. La propuesta habla del proceso de recuperación, de introducir y consolidar una perspectiva dialógica en la atención al sufrimiento mental, de pensar redes alternativas de cuidados junto con la comunidad y de la atención desde una sensibilidad interseccional y desde una perspectiva de derechos, entre otros.

- **Los grupos de GCM no son grupos terapéuticos**, aunque su contenido puede generar procesos de bienestar y contribuir a la recuperación de las personas. No son, en ningún caso, grupos psicoeducativos sobre medicación.
- **La Guía GCM y sus grupos no son grupos de ayuda mutua.** El acrónimo GAM hace referencia únicamente a la experiencia inicial canadiense y brasileña llamada «Gestión Autónoma de la Medicación».
- **La Guía GCM no es un libro de respuestas** para las preguntas que vamos planteando en el cuaderno de trabajo. No hay respuestas fijas: las respuestas son las que las propias personas van construyendo.

## Desmontando algunos mitos sobre la Guía GCM

“¿Esta Guía es una guía para dejar la medicación?”

La Guía GCM no tiene como objetivo final instar a la persona a un proceso de desprescripción. Sin embargo, sí plantea esto como una posible opción que la persona

que consume psicofármacos puede llegar a valorar y negociar con los profesionales que tiene como referentes. En esencia, la Guía GCM no se trata de un manual para dejar la medicación, pero sí proporciona información al respecto y plantea estrategias para dialogar sobre ello con los profesionales. Asimismo, enlaza a otras guías dedicadas específicamente a la discontinuación de la medicación.

“¿Esto ya se hace?”

La Guía GCM parte de la consideración al trabajo desarrollado ya por numerosos profesionales en materia de humanización de la

atención a la salud mental, aumento de la calidad de los dispositivos y mejora de la práctica asistencial. Desde ese reconocimiento, la Guía

GCM quiere sumarse a otras propuestas ya existentes en nuestro país que buscan promover una práctica dialógica y respetuosa con los derechos de las personas en situaciones de sufrimiento mental, como son el Diálogo abierto u *Open dialogue*, los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) o el *Peer-to-peer support* (P2P), el Movimiento de Escuchadores/as de Voces o *Hearing Voices Movement*, etc.

Es cierto que incrementar los recursos económicos puede ser fundamental para mejorar la atención en diversos ámbitos y servicios públicos, especial-

“¿La clave para mejorar la atención es incrementar recursos económicos?”

mente en aquellos que tradicionalmente han recibido una dotación económica insuficiente. Con más recursos se podrían contratar más profesionales y ofrecerles mejor capacitación. Sin embargo, también es importante considerar otros factores, como la gestión eficiente de esos recursos y la implementación de políticas adecuadas. Estos elementos son clave para la mejora del modelo de atención en salud mental en una línea que priorice el cuidado desde una perspectiva ética, emancipadora y de derechos, y la eliminación de cualquier forma de coerción.

Uno de los horizontes de la Guía GCM es generar esperanza en las personas afectadas y sus familiares y cuidadores/as sobre la mejora del funcionamiento de los espacios de aten-

“¿Esto da esperanzas a la gente, pero no cambia las cosas?”

ción y las formas de relación que en ellos operan. Nuestra experiencia, y especialmente la evidencia científica existente al respecto, nos muestra que la esperanza es un potente motor para la recuperación en salud mental, por lo que consideramos que es una forma de transformar la realidad a la que muchas personas se ven expuestas. La Guía GCM necesita recorrido y este manual para el/la facilitador/a pretende abrir camino para ampliarlo.

“¿Esto es antipsiquiatría?”

La Guía GCM ha sido coconstruida, pilotada y revisada por diferentes personas, incluidos profesionales de la salud mental en activo que ejercen

desde diferentes disciplinas y modelos teóricos. Nuestro trabajo reconoce la existencia de sufrimiento mental y se aproxima de manera crítica a supuestas formas de atención que generan coerción y estigma. El pluralismo y la complementariedad epistemológica de la que partimos no se refieren a la antipsiquiatría tradicional, sino a la necesidad de transformar las prácticas hacia una comprensión más holística de la salud.

## La Guía GCM y la posible discontinuación de la medicación

La Guía GCM no plantea la discontinuación de la medicación como objetivo, pero sí propone información u otras fuentes a las que acudir para iniciar procesos de discontinuación e invita a los/as profesionales a que mantengan esa opción y posibilidad.

Sabemos que el sistema de atención en salud mental actualmente no siempre reúne las condiciones necesarias para generar y acompañar un posible proceso de discontinuación: hay falta de información por parte de los/as usuarios/as, escasa formación profesional específica, falta de recursos humanos, materiales y espacios de acompañamiento, carencias en la red social de apoyo... Los resultados de nuestras investigaciones (Martínez Hernández *et al.*, 2020) nos han mostrado la existencia de un alto porcentaje de personas que han experimentado la discontinuación por iniciativa propia sin ningún tipo de apoyo profesional o red social de sostén, lo que ha originado situaciones de sufrimiento y crisis en la mayoría de los casos.

Esta Guía pretende ser una herramienta más con la que facilitar procesos de negociación y diálogo en un contexto de cuidados que respete los derechos de las personas y afiance los vínculos en el contexto asistencial.

«De negociar..., de decir: “Mira, esto no me sienta bien; o esto me sienta demasiado bien, no me lo quites; o tengo efectos secundarios”. Entonces, [la Guía] te ayuda para tener un poco de seguimiento de cómo te vas sintiendo para luego hablarlo con el profesional. De hecho, yo lo hice. »

(Fernanda, participante en grupos de GCM).



# Capítulo 3.

## Apuntes conceptuales para orientar el trabajo con la Guía GCM

Incluimos aquí algunos apuntes conceptuales desde los que poder trabajar y pensar los contenidos de la Guía y su implementación en los grupos de GCM. Buscamos con ello dar algunas claves teóricas para los/as facilitadores/as con el fin de generar pensamiento crítico y clarificar la filosofía de trabajo de la GCM. Los siguientes textos están elaborados por diferentes autores/as, investigadores/as, profesionales que han colaborado en el proyecto.

### **Autonomía**

**Martín Correa-Urquiza**

**Ángel Martínez-Hernández**

Hablar de autonomía pasa hoy por la necesidad de ir más allá de las definiciones asociadas al modelo neoliberal que se ha impuesto en nuestras sociedades y que ha llevado a pensarla como un atributo individual. Nos inclinamos aquí por una definición ampliada que invoque su dimensión relacional. No se trata, así, de una definición que se reduce a enumerar las capacidades individuales de la persona, sino que entiende la autonomía como un proceso que se construye en la interdependencia humana, con una comunidad, un entorno, una red de apoyos profesionales y no profesionales. La autonomía potencial de una persona es indisociable de sus relaciones porque su campo de acción está conformado por esas mismas relaciones.

En el campo de la salud mental, la autonomía está constreñida por las prácticas formales e informales de coerción y control. La autonomía no es independiente de las condiciones de posibilidad que habilita el entorno, la construcción de vínculos sólidos que acompañen y sostengan en el marco de los itinerarios individuales y colectivos de recuperación. En definitiva, la autonomía de las personas depende fundamentalmente de las condiciones de amparo, vínculo, cuidado, adecuación de los soportes a sus intereses, así como adecuación de los apoyos a su red de proximidad. Ello conlleva poner el foco en todos estos elementos contextuales que contribuyen a producir la autonomía de los sujetos. Es decir, la autonomía no está hecha de capacidades internas, sino de articulaciones y ajustes entre distintos agentes que hacen parte de la red relacional de los sujetos. La autonomía es relacional.

## Diálogo

### Mercedes Serrano Miguel

El diálogo en salud mental no es solo un medio de comunicación, es también una herramienta esencial para la construcción de espacios de recuperación y el fortalecimiento del vínculo terapéutico. Desde una perspectiva dialógica, el encuentro con el otro es el núcleo de las prácticas de cuidado, pues permite reconocer la voz, la experiencia y la subjetividad de quienes atraviesan situaciones de sufrimiento psíquico.

Las prácticas dialógicas en salud mental, como ocurre en el Diálogo abierto/*Open dialogue* (Arnkil, 2019), han demostrado su efectividad en la intervención en crisis al generar espacios donde la escucha y la coconstrucción de significados permiten a los/as participantes encontrar nuevas formas de comprender y afrontar su situación. En estos procesos, la conversación no es un medio para extraer información o diagnosticar, sino un acto de reconocimiento mutuo donde cada persona puede expresar su realidad sin imposiciones externas.

Asimismo, el enfoque de la salud mental comunitaria (Rivera Holguín y Vargas Farías, 2017) enfatiza el diálogo como un medio para la transformación social y la justicia epistémica. Desde este modelo, el trabajo con comunidades y colectivos afectados por diferentes situaciones de violencia(s) requiere generar espacios de conversación horizontal, donde los saberes situados de las personas sean valorados y puedan influir en las estrategias de intervención. En esta línea, la crítica a la violencia epistémica en los marcos de atención en salud mental (Savransky, 2011) resalta la importancia de cuestionar los dispositivos institucionales que silencian o deslegitiman ciertos discursos. Frente a modelos autoritarios de atención, el diálogo ofrece una alternativa que no solo democratiza la relación terapéutica, sino que también permite la (re)construcción de identidades más autónomas y empoderadas.

El diálogo en salud mental es un acto ético y político que trasciende la relación clínica tradicional para convertirse en un espacio de coproducción de sentido y de resistencia ante formas de exclusión y control. Incorporarlo en las prácticas profesionales y en los procesos de recuperación a través de herramientas con la Guía GCM no solo humaniza la atención, sino que abre posibilidades para la construcción de redes de apoyo entre las personas y favorece la transformación social.

## **Cuidados en red**

### **Asunción Pié Balaguer**

La modalidad de cuidados en red que defendemos no responde a la idea tradicional de coordinación entre servicios que habitualmente se utiliza en el campo profesional. Entendemos aquí los cuidados en red como dispositivo de trabajo colectivo, formado por agentes escogidos por la persona en situación de sufrimiento mental con los que mantiene un vínculo familiar, extrafamiliar y/o profesional y que ejercen o pueden ejercer funciones de apoyo relevantes. Las redes se establecen para cada interesado/a según sus necesidades y elecciones

con el fin de coconstruir un pacto de cuidados ajustado a su realidad individual y contextual. Por tanto, esta modalidad de red se opone a soluciones de cuidado universales, de catálogo o protocolo. El trabajo de estas redes es diseñar colectivamente una arquitectura de cuidados específica para la persona en la que se definen, organizan y distribuyen los apoyos formales e/o informales previamente elegidos por la persona. Para ello, se deben establecer reuniones periódicas en las que compartir perspectivas y necesidades, acordar pactos, tareas y responsabilidades. Estas redes de cuidado precisan de una serie de condiciones previas de horizontalidad, distribución equitativa del poder, corresponsabilidad, escucha activa, diálogo y voluntariedad de participación, entre otras. Para más información puede consultarse la *Guía para un cuidado democrático y colectivo. Salud mental y redes de apoyos* Ed. UOC-Instituto de las Mujeres (Disponible en: <https://openaccess.uoc.edu/handle/10609/152523>)

## Enfoque de derechos

### Beatriz Pérez Pérez

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006) de Naciones Unidas establece el mandato de derechos humanos que los Estados que la han ratificado, incluida España, deben garantizar para las personas a quienes se atribuye un trastorno mental, las cuales quedan identificadas bajo la categoría jurídica de discapacidad psicosocial. Esta Convención, que ha sido elaborada con la participación del movimiento de la discapacidad y de la locura, ha modificado todas las normativas previas de Naciones Unidas en materia de derechos humanos, discapacidad y salud/enfermedad mental. Su mandato implica una transformación urgente y radical de las leyes, políticas y prácticas de atención en salud mental a escala global, que hoy en día no ha sido efectivamente implementada en ningún Estado del mundo. Las personas psiquiatrizadas son, por primera vez, plenamente reconocidas como sujetos del derecho a lo humano, y la «locura» o el sufrimiento psíquico intenso, como una expresión de la diversidad humana.

Mediante el reconocimiento de la «capacidad jurídica universal» y de los sistemas de apoyo para ejercerla, la CDPD obliga a los Estados a abolir las instituciones de desigualdad legal que venían permitiendo en los dispositivos de salud mental un ejercicio impune de violencia y coerción en nombre del cuidado y la protección. Nuestro Estado debe abolir la incapacitación jurídica —incluida la parcial—, el internamiento y el tratamiento forzoso o involuntario, la inimputabilidad penal, así como otras formas de institucionalización, por suponer una grave vulneración de derechos humanos. En su lugar, los Estados deben reconocer en todo momento, incluidas las situaciones de crisis, la autonomía personal y las decisiones de las personas asistidas, y desplegar sistemas de apoyos para el ejercicio de los derechos y la vida independiente y en la comunidad, basados en su voluntad y preferencias.

El consentimiento libre e informado no puede seguir siendo vulnerado y deben ofrecerse alternativas no médicas para atravesar las situaciones de crisis. El «derecho al apoyo» es de carácter transversal e incluye el apoyo a la toma de decisiones con y sin repercusiones jurídicas, el apoyo a las situaciones de crisis y el apoyo a la vida independiente y en la comunidad. Los apoyos no pueden utilizarse como justificación para limitar derechos fundamentales ni imponerse, pues el derecho al apoyo incluye el derecho a rechazar el apoyo, poner fin a la relación de apoyo o cambiarla en cualquier momento, así como el derecho a diseñar y elegir los sistemas de apoyos. La CDPD hace énfasis en los apoyos no judicializados y de carácter comunitario, como los que proponemos en la Guía GCM, y se fundamenta en una noción de autonomía que mantiene la obligación de «no injerencia» antipaternalista característica de la autonomía liberal, al tiempo que reconoce que el ejercicio de la agencia, y la formulación de la propia voluntad, se apoya en múltiples relaciones de interdependencia, las cuales incluyen tanto a otras personas como a redes en las que quedan imbricadas infraestructuras materiales, sociales y comunicativas.

## Perspectiva de género e interseccional

### Sai Ibrahimo

Aplicar la perspectiva de género e interseccional significa tener en cuenta los mecanismos sociales que afectan de distinta forma a hombres, mujeres y personas no binarias y cómo estos mecanismos inciden en nuestros padecimientos psicoemocionales.

Partiendo del marco de las diferencias que el sistema actual de sexo-género marca en cuanto a los roles y las responsabilidades que deben cumplir los distintos sexos/géneros en nuestra sociedad, la perspectiva de género nos ayuda a entender cómo esto afecta a nuestra salud psicoemocional y también cómo esta discriminación ha marcado precedentes históricos en el desarrollo de la ciencia médica, creando sesgos de género.

Una mirada interseccional no solo considera el género o el sexo, sino también factores como la clase social, la raza, la edad y la discapacidad, entre otros, al analizar cada caso. En lugar de basarse únicamente en criterios normativos, este enfoque incorpora una perspectiva que visibiliza a las minorías y a aquellas personas que se encuentran fuera de la norma establecida, muchas veces en situaciones de mayor vulnerabilidad. Asimismo, es fundamental reconocer que la discriminación histórica hacia estos grupos ha generado sesgos en el desarrollo de la ciencia médica, lo que exige una reflexión crítica sobre sus impactos y la necesidad de una práctica más inclusiva y equitativa.

## La posición de los profesionales

### Leticia Medeiros Ferreira

La Guía GCM pretende ayudar a fortalecer un modelo asistencial y de cuidados centrado en la defensa de los derechos de las personas que presentan problemáticas de salud mental. Para alcanzar esta meta, es necesario que las personas facilitadoras de los grupos de GCM adopten una postura reflexiva, dialogante, abierta y flexible para fomentar el debate entre las personas usuarias involucradas en el pro-

ceso grupal. El acceso a la información necesaria sobre los tratamientos farmacológicos y sus alternativas y el ejercicio de recuperar un papel proactivo en su tratamiento ayudarán a la persona usuaria a alcanzar su objetivo, que puede ser o no la discontinuación del tratamiento psicofarmacológico. El proceso reflexivo tiene una faceta individual (donde la persona usuaria reflexiona sobre sus necesidades y sus vivencias con la ayuda de la Guía) y una faceta grupal (donde reflexiona juntamente con las personas participantes y facilitadoras). Este proceso desembocará en la necesidad de un trabajo conjunto con el profesional de referencia. Dicho de otra manera, se trata de un proceso que involucra varias voces que contribuyen con su conocimiento. Debe ser un ejercicio de respeto hacia la perspectiva de los demás con el objetivo de promover la toma de decisiones informadas por parte de las personas participantes y los cambios necesarios en el plan terapéutico individualizado.



## Capítulo 4. Materiales disponibles

Actualmente, se encuentra disponible y en abierto la Guía GCM en sus versiones en castellano, catalán e inglés. Asimismo, existe un cuaderno de trabajo en versión lectura fácil en castellano y catalán. La Guía y el cuaderno de trabajo GCM han sido revisados y actualizados por parte del equipo de investigación a partir de la experiencia piloto del proyecto (2023-2025).

### Disponibles en la web

La **Guía, en su versión extensa**, aporta reflexiones teórico-prácticas y referencias a otros materiales bibliográficos en los que apoyarse para realizar el grupo. Su lectura previa resulta imprescindible para la posterior puesta en marcha de grupos de GCM y su conducción.

El **cuaderno de trabajo** incluye una breve introducción a cada capítulo, narrativas y preguntas en formato de lectura fácil (primera edición). Sirve como herramienta de trabajo para los/as participantes en los grupos.

Para la implementación de grupos de GCM se recomienda la utilización de la versión extensa de la Guía para las personas facilitadoras, y el uso del cuaderno de trabajo para las personas participantes. El cuaderno es de uso personal y en él se pueden volcar las respuestas a las preguntas, así como impresiones, opiniones e ideas que vayan surgiendo durante las sesiones de trabajo grupal. La información que pueda llegar a contener ha de considerarse personal y tratarse de manera confidencial.

## Guías y Cuadernos de Trabajo



Guía para la gestión colaborativa de la medicación en salud mental y Cuaderno de trabajo



Guia per a la gestió col·laborativa de la medicació en salut mental i Quadern de treball

## Videos disponibles



La gestió col·laborativa en salut mental. [Incerteses]



La gestió col·laborativa en salut mental. [Desacords]



La gestió col·laborativa en salut mental. [Horitzons]



Guía para un cuidado democrático y colectivo. Salud mental y redes de apoyo.

## Artículos

Alegre Agís, E., García Santesmases, A., Pié Balaguer, A., Martínez Hernández, Á., Bekele, D., Morales Sáez, N. y Serrano Miguel, M. (2022). Unravelling reactionary care: the experience of mother-caregivers of adults with severe mental disorders in Catalonia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 47, 790-813. <https://doi.org/10.1007/s11013-022-09788-z>

Avarca, C., Serrano Miguel, M., Vicentin, C. y Martínez Hernández, Á. (2022). El modelo GAM como generador de autonomía en salud mental. *Interface*, 26, e210506. <https://doi.org/10.1590/interface.210506>

Martínez Hernández, Á., Pié Balaguer, A., Serrano Miguel, M., Bekele, D., Alegre Agís, E., Morales Sáez, N., Cela Bertrán, X., García Santesmases, A. y Correa Urquiza, M. (2020). La gestió col·laborativa de la medicació: cap a una nova cultura assistencial en salut mental. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 21, 235-243.

Martínez Hernández, Á., Pié Balaguer, A., Serrano Miguel, M., Morales Sáez, N., García Santesmases, A., Bekele, D. y Alegre Agís, E. (2020). The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 247. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112811>

Martínez Hernández, Á., Pié Balaguer, A. y Serrano Miguel, M., Alegre Agís, E., Morales Sáez, N., Cela Bertrán, X., Bekele, D., García Santesmases, A. y Correa Urquiza, M. (2020). Crónica de un desencuentro: la medicalización de la psicosis y sus laberintos en la Cataluña urbana. En M. Epele (ed.), *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento. Perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi* (pp. 79-102). Instituto de Investigaciones Gino Germani. CLACSO.

Serrano Miguel, M. y Martínez Hernández, Á. (2020) Apuntes para una nueva cultura de cuidados en salud mental. *Polis e Psique*, 10 (2), 247-266. <https://doi.org/10.22456/2238-152x.104398>

## Presentaciones del equipo



La gestión colaborativa de la medicación en salud mental (Dr. Angel Martínez Hernández).



Presentación: Guía para la Gestión Colaborativa de la Medicación. Día Mundial de la Salud mental, Ministerio de Sanidad, 10 de octubre de 2024 (Dra. Mercedes Serrano Miguel) (minuto 2'33 - 2'53h).

## Otros materiales

Este manual incluye un apartado final con **HERRAMIENTAS** de trabajo donde hay disponibles diversos materiales para implementar los grupos de GCM.

# Capítulo 5.

## Antes de comenzar a trabajar con grupos de GCM

### **Reflexiones previas para facilitadores/as de grupos de GCM**

Iniciar un grupo de GCM requiere de una fase previa de organización del propio grupo, y también del entorno (entidad, dispositivo, institución...) en el que se va a implementar. En este sentido, es conveniente llevar a cabo un trabajo preliminar junto con el resto del equipo dirigido a explicar a los/as compañeros/as la propuesta con el objetivo de sensibilizarlos sobre su importancia.

Los grupos de GCM pueden servir para modificar procesos asistenciales y perspectivas profesionales hasta el momento rígidas o poco dadas al cambio. Nuestra experiencia nos indica que la puesta en marcha de grupos de GCM puede vehiculizar la implicación posterior de las personas participantes en diferentes espacios de la entidad en los que hasta el momento no se trabajaba colaborativamente. Esto nos hace pensar que se pueden producir cambios en los posicionamientos y las formas de percibir a las personas con experiencias de sufrimiento mental en la entidad en la que se implementan.

El trabajo conjunto en grupo a lo largo de varios meses puede llegar a propiciar cambios en los participantes y la generación de propuestas con las que repensar cuestiones de la atención. Esta previsible producción ha de poder canalizarse para incidir en cambios de funcionamiento en las estructuras. Se recomienda establecer cauces de comunicación entre los grupos y los responsables de las entidades

con la intención de facilitar esos cambios y canalizar la información hacia los espacios de incidencia organizacional.

## **Propuestas previas a la implementación del grupo GCM**

---

- Valorar si la filosofía de la Guía GCM es compartida con el resto del equipo y cuáles serían las acciones necesarias para llevar a cabo una aproximación a su metodología.
- Sensibilizar al entorno (equipo del servicio donde trabajas, el resto de personas de la asociación donde eres activista...) haciendo que conozcan la herramienta y sus objetivos.
- Contar con un equipo/grupo de trabajo que, desde la propia entidad o dispositivo, sirva de apoyo a lo largo del proceso más allá del/de la compañero/a con quien vamos a facilitar el grupo.

## **Promover la Guía GCM dentro del dispositivo y garantizar la continuidad**

Para aquellos Para aquellos profesionales (psicólogos, trabajadoras sociales, psiquiatras, enfermeras, *peer* u otros) que trabajan en dispositivos de atención y quieren trabajar con esta herramienta proponemos algunas tareas previas para realizar en su centro de trabajo:

- Presentar el recurso al entorno (resto del equipo, junta directiva, otros estamentos...) para que puedan entender qué es la GCM.
- Generar espacios para que el equipo pueda adherirse a los principios de la GCM y los reconozca como parte de la filosofía de un movimiento social alternativo e innovador de atención en salud mental.

- Identificar prácticas colaborativas y dialógicas con las que el dispositivo ya funciona y que están próximas a la GCM.
- Evaluar conjuntamente las necesidades de desarrollo o consolidación de prácticas GCM en el equipo.
- Desarrollar una estrategia y un plan para el desarrollo o consolidación de sus prácticas GCM.
- Reconocer los esfuerzos del dispositivo y los equipos, y evaluar conjuntamente las necesidades de cambio que deberían implementarse.

La medicación en salud mental también es asunto de los profesionales de lo social, y no únicamente de aquellos que prescriben. Los grupos de GCM buscan instaurar la reflexión dentro de los equipos de intervención psicosocial y las asociaciones en primera persona.

Proponemos pensar el uso de la Guía GCM también como una herramienta para establecer espacios de reflexión entre los profesionales y situar mejor su papel y sus intervenciones en relación con la medicación.

Animamos también a usar la Guía GCM como instrumento que propicie el inicio de nuevas estrategias colaborativas y de cuidado: aumentar la participación de las personas afectadas en los dispositivos, facilitar el paso a otros dispositivos grupales... Los grupos de GCM son espacios de escucha social, y se sustentan en una metodología de trabajo replicable en otros grupos y espacios.

## **Invitar a las personas a participar**

Cada equipo de trabajo, tanto de dispositivos más clínicos como de espacios asociativos, puede decidir de qué forma dar a conocer la experiencia e invitar a la participación en un grupo. Algunos profesionales optarán por proponer la vinculación al grupo de manera particular a personas que saben que se pueden beneficiar; otras veces, la invitación puede ser una propuesta abierta mediante una información general que llegue a un número más amplio de personas, como ocurre en asambleas, información colgada en la página web de la entidad, blog,

redes sociales, boletines informativos, etc. Puede convocarse a posibles participantes también a través de información que se haga llegar a los integrantes de esa entidad/asociación junto con la información de otras actividades. En todos los casos, se recomienda dedicar tiempo a explicar a las personas en qué consiste la propuesta, evitando así la generación de falsas expectativas y situaciones comprometidas.

## Trabajo individual/trabajo grupal

El contenido de la Guía puede trabajarse de manera individual, aunque consideramos que puede ser una experiencia más enriquecedora si se trabaja de manera grupal.

«Sin los grupos, pues no hubiera sido lo mismo. Nada que ver. Yo te hubiera escrito cualquier cosa. O sea, lo hubiera escrito bien, pero no con el mismo sentimiento que se generó en el grupo. Porque es lo que te he dicho, que me di cuenta de que no estaba sola. Porque a mí me atienden solo como a mí, no como grupo, ¿sabes? Yo tengo mi psiquiatra y tengo mi psicóloga, pero nunca había participado en un grupo.»

(Fernanda, participante en grupos de GCM).

La Guía GCM incluye **preguntas que interpelan a las personas sobre los diferentes temas tratados**, así como **narrativas** de personas que han pasado por experiencias de sufrimiento mental en primera persona y que **relatan su vivencia**. Estas preguntas no deben ser entendidas como de obligada respuesta y han de ser contestadas por la persona libremente, si así lo considera. Algunas preguntas, por tanto, pueden responderse en el grupo, otras pueden ser leídas y servir para generar un debate más amplio y otras simplemente están para ser pensadas sin llegar a verbalizar las respuestas.

«Si a mí me lo hubieran dado, “toma”, a lo mejor no hubiera prestado la misma atención o implicación que estando en un

grupo. Es más fácil y más el acompañamiento con gente. No me veo en mi casa yo solo [haciendo el cuaderno]. »»

(Manuel, participante en grupos de GCM).

El trabajo grupal ha de ir destinado a acoger todas las voces y experiencias. Los temas abordados en la Guía pueden evocar en las personas participantes situaciones vividas sobre las que exista una gran necesidad de hablar o inclusive sea la primera vez que se hable de ello delante de otras personas.

Se ha de tratar de **generar un espacio grupal que acoja y que sea permeable a todas las experiencias que vayan surgiendo**, así como que garantice un ambiente de seguridad. En este sentido, el grupo puede llegar a constituirse como espacio de apoyo y acogida para los diferentes malestares que puedan surgir. Por todo ello, la figura del facilitador ha de pensarse de manera no directiva, sino flexible, y desde el acomodarse a las situaciones que emerjan.

««Evidentemente, cuando tú haces una retrospectiva o una reflexión o un autoanálisis, y encima lo escribes y lo lees, te remueve. Entonces, tienes que ser muy duro para decir: “No me importa”, evidentemente. Y más de una vez, escribiendo ciertas cosas, terminé bastante mal. Pero como, repito, creo que lo estoy gestionando bastante mejor que hace un tiempo atrás..., todo lo que tengo lo supe gestionar, lo supe entender y lo supe llevar a cabo. Pero, evidentemente, no fue fácil, no fue fácil. [...] Hubo momentos en que recordé momentos específicos de situaciones muy complejas o dramáticas inclusive. Lo de dramático es una percepción, porque tal vez, en realidad, no tendrían que describirse como dramáticas, pero en ese momento era mi percepción. Y entonces, claro, al escribir, al pensarlas, escribirlas y luego leerlas, fue como otra vez recordararlo... »»

(Antonio, participante en grupos de GCM).

El uso de la Guía puede generar **sensaciones y emociones diversas** en las personas que la usen. En algunos casos, la reflexión puede llevar a experiencias de malestar que no han de ser necesariamente pensadas como negativas, sino como parte de un proceso de afrontamiento, elaboración y superación que constituye la recuperación.

«Hay una parte de impacto de la Guía que no es controlable. Para algunas personas la participación ha supuesto un despertar, un conectar con un pensamiento que no estaba antes. Una persona después de participar nos llegó a decir: “Mi vida ha sido una gran mentira, me han engañado”, y no fue a raíz de las preguntas, sino a partir de lo que decían el resto de compañeros. Puede que para él la Guía haya supuesto un conectar con un pensamiento que no estaba antes y puede que tenga algo de razón ahí. »

(Juan, facilitador de grupo GCM y profesional de la salud mental).

## ¿Quién puede participar en un grupo de GCM?

La Guía GCM está pensada para trabajarse **desde el relato y la experiencia de la persona que consume o ha consumido psicofármacos**. Recomendamos no establecer criterios de inclusión en los grupos que puedan basarse en la temporalidad respecto a su uso u otros como el diagnóstico.

Los contenidos que aborda también interpelan a la familia, la red social y de cuidados, así como a los/as profesionales. De esta forma, no es descartable la posibilidad de generar grupos de carácter mixto (que incluyan a familiares/red social/personas expertas por experiencia) si así se considera, o establecer fórmulas de diálogo manteniendo el protagonismo de las personas afectadas, por ejemplo, invitando a sesiones puntuales a personas cuidadoras, otros profesionales o expertos en determinados temas.

«La Guía es útil siempre y cuando la persona esté dispuesta a coger las riendas.»

(Míriam, facilitadora GCM y experta por experiencia).

El proceso de trabajo que se inicia puede resultar delicado o incluso generar malestar para algunas personas dependiendo del momento en el que se encuentren. Reflexionar sobre las situaciones vividas, incluyendo el haber sido objeto de algún tipo de vulneración de derechos, el tipo de ayuda recibida o la que no se ha producido, las decisiones tomadas y la posición que se ocupa en el proceso de atención son, entre otras, cuestiones que pueden aflorar a lo largo del proceso de trabajo y ser vividas por la persona con gran intensidad.

**Es aconsejable** en las sesiones iniciales **preparar al grupo para sostener este tipo de malestares** que pueden aparecer en determinados momentos **y pactar consensuadamente como se resolverán las crisis en caso de aparecer.** Recomendamos hacer una valoración previa individual con la persona acerca del proceso que va a iniciar y valorar los aspectos positivos y negativos del mismo. En este sentido, es conveniente informarle bien acerca del contenido de la Guía y los objetivos que ésta trabaja. Esta información se puede facilitar de manera individual o generar para ello, como decíamos, un espacio grupal (sesión introductoria/sesión cero) en el que anticipar a los posibles participantes algunos contenidos y el formato del grupo.

Otra de las estrategias de cuidado para emplear en la organización de un grupo de GCM es **asegurarnos de que todas las personas participantes cuentan con el suficiente acompañamiento y mínima red social con quien compartir el proceso que van a iniciar.** En algunos casos, esta persona puede ser su terapeuta de referencia u otro profesional de confianza, y, en otros, un familiar, cuidador/a, amigo/a o compañero/a de espacios de activismo. En otros casos puede que la persona quiera participar de los grupos, pero no cuente con una persona de referencia que sea de confianza, por lo que se ha de valorar quién puede ocupar ese lugar. En cualquier caso, es importante respetar el deseo de la persona de hacerse preguntas y encontrar res-

puestas para entender aquello que le ha pasado, así como los tiempos y usos diversos de la Guía que puedan darse.

«Amigos tengo dos, pero los veo poco. Los veo poco. Nos hemos hecho mayores. Cada uno hace su vida. Y las enfermedades cansan a la gente, cansan... La gente no está para que le vayas con tus problemas de enfermedades, esa es una realidad. Hasta mi hermana, que vive conmigo, está agobiada.»

(Manuel, participante en grupos de GCM).

## Incluir la perspectiva de género

El género influye en las dinámicas profesionales y organizacionales, desde la jerarquización de equipos hasta la distribución de los cuidados formales e informales. Por ello, la perspectiva de género debe integrarse de manera transversal, no solo en la atención a las personas usuarias, sino también en la estructura y funcionamiento de las instituciones de salud y, en este caso, en los contenidos y la configuración de los grupos de GCM.

Incorporar la perspectiva de género en los grupos de GCM implica reconocer la complejidad de las experiencias vividas por quienes se identifican como mujeres, hombres o personas no binarias, en relación tanto con el tratamiento farmacológico como con los dispositivos de atención en salud mental. Estas diferencias no solo afectan a la percepción del tratamiento, sino también a la manera en que las personas interactúan dentro del grupo y con el sistema sanitario.

El trabajo con la Guía GCM plantea la necesidad de integrar tanto la perspectiva de género como el enfoque interseccional en la atención en salud mental, especialmente en el ámbito de la prescripción farmacológica, con el fin de garantizar una práctica clínica más inclusiva y eficaz. Para ello, es fundamental considerar las siguientes estrategias:

## **1. Incorporar un enfoque diferenciado en la prescripción farmacológica.**

- (Re)conocer los riesgos específicos asociados a la interacción entre psicofármacos y anticonceptivos orales, así como los efectos teratogénicos de ciertos medicamentos (por ejemplo: ácido valproico, carbamazepina, topiramato).
- Garantizar el consentimiento informado en mujeres en edad fértil cuando los medicamentos puedan afectar a su fertilidad o representar un riesgo para el feto.
- Establecer protocolos específicos para embarazadas en tratamiento con psicofármacos, priorizando intervenciones psicoterapéuticas y programas de control ambulatorio intensivo.
- Adaptar la información proporcionada a las personas usuarias para que puedan tomar decisiones informadas sobre su tratamiento en función de sus necesidades y expectativas.

## **2. Reconocer los efectos secundarios y preocupaciones diferenciadas según el género.**

- Los efectos adversos de los psicofármacos pueden generar preocupaciones distintas en función del género. Es fundamental atender a estas diferencias. Por ejemplo:
- En mujeres: impacto en la estética corporal, alteraciones menstruales o cambios en el peso.
- En hombres: disfunción eréctil, fatiga o alteraciones hormonales.

## **3. Visibilizar la influencia de las violencias patriarcales en la salud mental.**

- Reconocer que las violencias machistas pueden ser una causa o un factor agravante del malestar psíquico, un aspecto que a menudo es invisibilizado en los análisis clínicos. Violencias como el abuso sexual y el maltrato físico o psicológico en la infancia, entre otras, se asocian a una mayor «probabilidad» de sufrir

un problema de salud mental que, a su vez, ubica en mayor lugar de riesgo de sufrir violencia a las mujeres adultas psiquiatrizadas (Alegre y Pié, 2025).

- Incorporar espacios de diálogo en los grupos de GCM que permitan abordar las experiencias de violencia y su impacto en la salud mental de las personas participantes. Las violencias machistas pueden ser tanto causa del sufrimiento mental como consecuencia de la estructura patriarcal de los servicios. Hay una correlación entre violencia machista y patriarcal y patologización de lo femenino. Aunque cabe aclarar que la violencia patriarcal no solo afecta a las personas identificadas como mujeres, sino también a los hombres que se alejan del mandato de género masculino (Cela, 2020).

#### **4. Aplicar una perspectiva interseccional en la configuración y desarrollo de los grupos.**

- Diseñar y dinamizar los contenidos de los grupos teniendo en cuenta las múltiples formas de opresión que pueden atravesar a las personas participantes, como el género, el origen étnico, la clase social, la orientación sexual o la situación de dependencia.
- Considerar el impacto de la discriminación estructural en la salud mental y en la relación con los dispositivos sanitarios.
- Adaptar los tratamientos y estrategias de intervención a las diferencias culturales, desarrollando una competencia intercultural en salud mental que permita superar barreras lingüísticas y conceptuales en la comprensión del malestar.

#### **5. Crear un espacio seguro y libre de discriminación en los grupos de GCM.**

- Garantizar una mirada atenta a la diversidad de expresiones de género y a las sensibilidades presentes en los grupos.
- Facilitar un entorno de diálogo donde todas las perspectivas sean escuchadas y respetadas.

- Desactivar posibles expresiones de machismo, sexismo o discriminación que puedan surgir en los encuentros grupales, fomentando una comunicación basada en el respeto y la horizontalidad.

En definitiva, la incorporación de una perspectiva de género e interseccional en los grupos de GCM no solo permite atender mejor las necesidades de las personas usuarias, sino que también fortalece su autonomía y participación en la toma de decisiones sobre su tratamiento y su bienestar.



## Capítulo 6.

# La figura del facilitador/a

### ¿Quién puede conducir un grupo de GCM?

La figura de facilitador/a puede ser asumida tanto por profesionales del ámbito de la salud mental como por personas con experiencia en primera persona, siempre que hayan completado una formación específica en Gestión Colaborativa de la Medicación (GCM). En ambos casos, es recomendable contar con experiencia previa en la conducción de grupos, dado el carácter participativo y deliberativo de los espacios GCM.

En el caso de los profesionales, no existe una única indicación sobre su formación de base. Se pueden incorporar perfiles diversos, no necesariamente vinculados a la prescripción de medicación. Esta diversidad de trayectorias puede enriquecer las dinámicas del grupo y favorecer un abordaje interdisciplinario.

Respecto a los profesionales *peer* (técnicos/as de apoyo entre iguales), su formación varía en función de los marcos normativos y programáticos de cada comunidad autónoma. En este apartado se presentan algunos elementos orientativos sobre su papel, su capacitación y sus principales funciones en el ámbito de la salud mental.

Cuando la facilitación sea asumida por dos personas profesionales, se recomienda que estas cuenten con formaciones y trayectorias diferenciadas. Una alternativa especialmente valiosa es la codirección mixta entre un/a profesional y una persona con experiencia en primera persona, ya que esta combinación permite integrar distintas perspectivas,

vivencias y sensibilidades. En todos los casos, resulta deseable promover la paridad de género en la composición del equipo facilitador.

«Creo que lo ideal es que sea una persona con formación. Yo creo en la formación. O sea, creo en la experiencia, pero también en la formación. Entonces, creo que sería interesante un enfermero, como pone ahí, una enfermera o un terapeuta. [...] Sí, yo creo que alguien formado y en primera persona también. A mí no me molesta que haya alguien formado. De hecho, me gusta.»

(Pedro, participante en grupos de GCM).

## Facilitación, acompañamiento, apertura y diálogo

El conductor o facilitador de grupo no desempeña una tarea terapéutica, sino que se encarga de acompañar las dinámicas de trabajo y los debates que surgen a lo largo del trabajo de los diferentes capítulos de la Guía. De esta forma, las intervenciones que realice en el grupo no son tanto para condicionar los relatos que puedan emerger o redirigirlos en una determinada dirección, sino para facilitar la apertura del grupo al diálogo y al abordaje de los diferentes temas para ir trabajando.

«El profesional que conduce ha de dar un paso atrás.»

(Míriam, facilitadora de GCM y *peer*).

La formación y experiencia previa en conducción de grupos puede ser fundamental. Se ha de valorar que, si bien los grupos de GCM no son grupos terapéuticos, en ocasiones pueden aparecer temas especialmente sensibles, por lo que se hace necesaria y recomendable la

experiencia en conducir grupos en los que hayan participado personas en situación de sufrimiento mental. Se invita a quien desee conducir grupos de GCM a que se forme de manera específica en su metodología y, en general, en la conducción de grupos.

El grupo y los temas que se tratan dan pie al intercambio de opiniones, experiencias con las que puede que no todos los participantes estén de acuerdo ni tampoco los/as propios/as facilitadores/as. Al respecto, el grupo ha de sostener también lo problemático y aquello con lo que se disiente. Se puede no estar de acuerdo con las opiniones vertidas, pero el grupo se ha de considerar un espacio de reconocimiento mutuo donde no hay un criterio único y correcto. Un ejemplo claro de ello pueden ser las diferentes experiencias y opiniones que pueden llegar a emerger con respecto al trato recibido por parte de los/as profesionales y los dispositivos.

«No sé, a mí los profesionales me caen bien en general. Yo tengo una buena experiencia porque me ha tocado gente muy válida y muy guay.»

(Pedro, participante en grupos de GCM).

Las preguntas que plantea la Guía GCM extralimitan la cuestión del tratamiento en salud mental. Además, frecuentemente los participantes de los grupos abandonan el foco de la pregunta y abordan otras cuestiones. Los grupos de GCM han de facilitar esas bifurcaciones y no entrar en dinámicas excesivamente rígidas o directivas.

Se insta especialmente a los/as profesionales participantes a la autorreflexividad, a buscar espacios de supervisión, a trabajar los contenidos que emergen en las sesiones en sus reuniones de equipo... En este sentido, las temáticas trabajadas en la Guía interpelan muchas veces no solo a los/as participantes, sino también a las personas facilitadoras.

«Yo..., cuando hablábamos de esa red que has de tener cuando te atreves a dar el paso de cambiar algo en la medicación o

plantearle algún cambio, y descubrir que no la tienes, que en este punto la persona se da cuenta que no tiene la red, porque sería una cobertura frágil o insegura, y que para algunas personas ha sido duro darse cuenta de eso, yo eso también lo he vivido... Yo también he tenido un momento de pensar: "Y si yo me viera así, ¿a quién le pido ayuda? ¿Qué haría yo con todo lo que no puedo hacer si me he de estar una temporada sin trabajar? ¿Cómo hago yo para cubrir mis gastos...?". Yo creo que a nosotros [profesionales] también nos ha hecho plantearnos cosas. Nos lo planteamos desde otro punto de vista, porque hay experiencias que no las hemos vivido nunca y que si no las has vivido es imposible que puedas sentir lo mismo, pero sí que me ha hecho reflexionar. »

(Elvira, facilitadora de grupos de GCM y profesional de la salud mental).

El papel del/de la facilitador/a es fundamental, y especialmente la posición que adopta en la conducción del grupo.

«Me fijo mucho cuando en un grupo de personas hay personas con diagnóstico y personas que no, un grupo mixto... Me fijo mucho en la actitud de quienes no lo tienen para con los que sí. Yo creo que sobreanalizo demasiado, incluso, buscando actitudes de paternalismo, etc. Porque he estado muchas veces en contextos en los que era como muy bestia y muy desagradable esa actitud, esa diferencia de trato y esa cosa. En la asociación X yo considero que no está eso, ni por parte de X [facilitador] ni por parte de nadie. De hecho, durante muchos meses, yo no sabía quién era quién. Yo no sabía quién tenía diagnóstico, quién no, quién era coordinador, quién no..., ni idea. Tardé muchos meses. Intuía un poco, pero... Y eso, para mí, es una buena señal. Es muy diferente a otros espacios en los que, bueno, he vivido situaciones bastante... Son cosas que me cuesta mucho tolerar. »

(Roberto, participante en grupos de GCM).

## Algunos apuntes sobre la figura *peer* en salud mental

El apoyo entre pares trata de «comprender la situación del otro empáticamente a través de la experiencia compartida de emociones y dolor psicológico» (Penney, 2018).

Su rol tiene carácter profesional y se basa en el acompañamiento entre pares (*peer to peer*). Se define como una forma de apoyo socioemocional, ofrecida por un individuo con una experiencia de vida compartida en salud mental (Richard *et al.*, 2022) y con formación específica para mejorar y explorar el sistema de dar y recibir ayuda basado en los principios de respeto, responsabilidad compartida y utilidad (Mead *et al.*, 2021).

Los *peer* o agentes de apoyo entre iguales tienen como encargo la participación directa en los equipos de salud mental, ofreciendo consejos prácticos, sugerencias, estrategias y apoyo emocional. Mantener un punto de vista externo al de la formación académica específica es crucial para ayudar a las personas a reconstruir su sentido de comunidad tras una experiencia desconocida (Zabaleta *et al.*, 2021).

Para llevar a cabo su trabajo, el/la *peer* debe tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- ✓ **El autocuidado:** para garantizar el bienestar propio y prestar servicio de manera eficiente.
- ✓ **El autoconocimiento:** para identificar sus habilidades, capacidades y vulnerabilidades.
- ✓ **La confidencialidad:** para defender la privacidad e intimidad bidireccionalmente.
- ✓ **La capacidad de escucha:** para ofrecer espacios que promuevan el intercambio.
- ✓ **El uso de la comunicación:** para tener una relación efectiva y real que permita ofrecer reconocimiento y reflexionar sobre emociones y sentimientos.

La introducción de la figura *peer* o agente de apoyo entre iguales en los equipos de salud mental supone un cambio de paradigma dentro del modelo de recuperación, en el que las personas usuarias formadas se integran en los equipos de salud mental para dar apoyo y aportar su propia experiencia al desarrollo de la práctica asistencial diaria.

## ¿Puede un/a profesional conducir un grupo de GCM si entre los participantes hay usuarios o usuarias a quienes trata en consulta?

Que el/la facilitador/a sea una persona conocida para las personas participantes en el grupo puede generar reacciones diversas. El grupo debe facilitar la palabra y el intercambio, por lo que, si existe la percepción de que esa relación previa puede condicionar los relatos o la participación, es desaconsejable asumir ese rol.

Entrevistadora:

« Y ¿tú preferirías un facilitador que fuera un profesional —psiquiatra, psicólogo/a, enfermero/a, trabajador/a social, educador/a, lo que sea— o un *peer*, una primera persona? »

Roberto:

« Es curioso porque si me hubieses preguntado esto hace un año te hubiera dicho una primera persona. Total, total. Si me preguntas ahora, me es superindiferente. Es decir, es una persona con o sin diagnóstico. Si es un profesional, está bien, siempre y cuando no actúe como profesional. Es decir, si está facilitando, está facilitando, OK. Pero que, si se está comentando una pregunta de la Guía, que no dé su opinión desde una perspectiva científica, porque él está facilitando. Entonces, no me importa que sea profesional, no me molesta, pero que se reduzca a eso. Porque muchas veces pasa —a mí me ha pasado— de estar en un GAM y ver a un psicólogo facilitando, pero, al mismo tiempo, él dando su perspectiva desde su campo de

conocimiento, en la cual hace que su opinión, claro... Si yo doy mi opinión y él da su opinión, al final, la gente acaba escuchando la suya, la mía queda en nada. Eso no puede ser. Pues aquí, lo mismo. »»

(Roberto, participante en grupos de GCM).

En caso de que exista una relación previa terapeuta-persona usuaria se recomienda dejar fuera del grupo las indicaciones que se realizan propiamente en espacios individuales. Asimismo, se han de valorar la temporalidad del grupo y el impacto que esto puede tener en la relación terapéutica.

«Yo creo que es un espacio donde el hecho de ser psiquiatra o *peer* se acaba diluyendo y te conviertes en parte del grupo y lo que eres fuera ya no pesa tanto. »»

(Alicia, facilitadora de grupos GCM y *peer*).

«Es un grupo donde las relaciones se acaban convirtiendo en horizontales, y donde se acaban mostrando la fuerza de cada uno y la vulnerabilidad. »»

(Elena, facilitadora de grupos GCM y profesional de la salud mental).



# Capítulo 7.

## De las condiciones para llevar a cabo un grupo

### **Sobre el número de participantes-facilitadores/as idóneo**

Se propone trabajar en grupos en torno a 10-12 personas con un número de 2 facilitadores/as.

Un grupo compuesto por un número elevado de miembros puede implicar una difícil conducción e impedimentos en la participación. Un grupo compuesto por no más de 12 personas puede favorecer que todas las personas puedan intervenir y que se disponga del tiempo necesario para trabajar los contenidos de la Guía y el cuaderno de trabajo de GCM, en un contexto de cuidado hacia los temas que van surgiendo y las propias personas implicadas.

«Una dinámica que tenga en cuenta respetar el turno de palabra de cada persona me abre la posibilidad a expresarme, que es algo que normalmente se me deniega. No voluntariamente, sino que no suelo tenerlo debido a que, por mi manera de ser, por mis dificultades, no suelo encontrarme con esa posibilidad. El tener esa posibilidad de abrirme ha facilitado que, *a posteriori*, mis vínculos con el grupo en otros ámbitos sean otros. Por ejemplo, el otro día hicieron una quedada a la playa de aquí, de Bogatell, y fui. Y, quizás, unos meses antes, hubiese dicho: “Bueno, son este grupo, yo no les conozco casi, harán yo qué sé qué..., me quedo en casa”. »

(Roberto, participante en grupos de GCM).

## Consideraciones sobre el espacio físico

Se recomienda buscar lugares cálidos, acogedores, accesibles, espacios seguros, silenciosos, que faciliten la palabra y el encuentro.

Al respecto, se ha de valorar la utilización de recursos comunitarios para la realización de los grupos, espacios que trasciendan el contexto clínico, como bibliotecas, centros cívicos, culturales o asociaciones, entre otros. No siempre será posible, pero el uso de este tipo de lugares puede provocar y generar un ambiente en el grupo en el que los roles habituales del espacio clínico se diluyan, se generen otras inercias y otro tipo de conversaciones e intervenciones por parte de los/as asistentes.

En cualquier caso, se ha de pensar cómo detectar necesidades específicas de las personas participantes, especialmente en cuanto a la accesibilidad y la posibilidad de uso de determinados espacios físicos y qué medidas se han de tomar para facilitar la participación de todas las personas que lo deseen.

## Dispositivos donde implementar grupos de GCM

Se puede trabajar con la Guía en diferentes recursos y dispositivos, entre otros:

- Servicios de salud mental: CSMA (centros de salud mental de adultos), hospitales de día, servicios de rehabilitación, etc.
- Servicios generales de salud: CAP (centros de atención primaria).
- Asociaciones y entidades en las que participan personas con experiencias en primera persona.

La Guía GCM, tanto por su contenido como por su metodología de trabajo, puede emplearse en diferentes contextos. Sin embargo, se ha de tener en cuenta la idiosincrasia de cada espacio y las oportunidades y limitaciones que implica cada uno de ellos.

En las **asociaciones y entidades en primera persona** suele darse una experiencia de funcionamiento previo a modo de comunidad de cuidados que puede ayudar a contener y sostener el proceso. Al mismo tiempo, este espacio puede venir condicionado por la existencia de roles y vínculos anteriores que pueden determinar el grupo.

Los **espacios/dispositivos sanitarios** han de hacer un esfuerzo mayor por desprenderse de ciertas cargas jerárquicas intrínsecas a las instituciones, pero cuentan con una red de profesionales que, si están en consonancia con la filosofía de la Guía, pueden generar una respuesta más inmediata a posibles situaciones de inquietud o malestar que tengan lugar durante el proceso de trabajo con ella.



# Capítulo 8.

## Desarrollo del grupo

### Contenidos, temporalidad y duración del grupo

La Guía GCM consta de siete capítulos cuyo contenido está conectado entre sí, aunque mantienen una independencia argumental, de manera que pueden ser trabajados de forma sucesiva o, si se considera necesario, alterna. Proponemos que la organización temporal y de contenidos sea flexible y pueda adaptarse a las necesidades del grupo con el que se vaya a trabajar.

«Yo creo que cada vez va avanzando a temas más difíciles. Porque, claro, tenemos que ir introduciéndonos ya en temas más... Yo creo que bien, creo que bien. Cuando ya has hablado de la medicación, de los derechos, y ya nos metemos en esto, bueno, en temas de relaciones con familiares y todo que va llegando, ay, no sé cómo decirlo, no me sale ahora que va bien la correlatividad por capítulos, va bien cómo nos vamos introduciendo. De hecho, en las reuniones, en cada sesión, el tono iba subiendo más. »

(Manuel, participante en grupos de GCM).

Proponemos emplear como mínimo una sesión de trabajo para cada capítulo en sesiones de hora y media. Sin embargo, dada la amplitud de algunos de los temas que propone la Guía, puede ser necesario aumentar ese tiempo hasta varias sesiones más para abordar la totalidad del contenido de la guía (10-12 sesiones), por lo que se recomien-

da reservar medios materiales y humanos y prever esta opción como la más realista.

Entrevistadora:

«¿Y si tuvieras que decir un número de sesiones para tratar la Guía? Fueron diez en total. Fueron una de inicio, una de final.»

Manuel:

«Hubiera puesto un poco más, a 18-20 sesiones. Creo que acabas ya profundizando, a lo mejor hasta metiéndonos en temas o descubriendo temas que a lo mejor no hubiéramos pensado y acababan introduciéndose. Y a partir de ahí salen nuevas ideas y nuevos temas. Porque a base de que luego, si hacéis más, lógicamente esta Guía cada vez va a ser más completa y van a salir cosas que antes no han salido o no las hubiéramos pensado. Como me han preguntado, añadir un tema para la mujer. Seguramente saldrán más cosas, porque en el día de cada uno, de nuestra vida, desde que nos levantamos hasta que ya nos vamos a dormir, pasan sentimientos por nuestra cabeza, situaciones.»

(Manuel, participante en grupos de GCM).

La frecuencia de las sesiones grupales debe ser una elección de las personas organizadoras. Se recomienda que sean semanales ante la mayor necesidad de cohesionar el grupo, asegurar el vínculo entre las personas participantes y favorecer su continuidad en la asistencia, o bien quincenales, con el fin de dar un mayor espacio para pensar entre sesiones y facilitar la reflexión personal en torno a los contenidos.

## **Sesión cero (presentación o sesión inicial)**

En algunos casos, las personas que van a formar parte del grupo no se conocerán entre sí previamente. Conviene dedicar un tiempo al inicio, especialmente de las primeras sesiones, para que las personas participantes interactúen verbal y físicamente. Se recomienda hacer alguna dinámica de presentación o inclusive dedicar una sesión inicial o sesión cero a conocerse.

Asimismo, el hecho de que las personas participantes no pertenezcan a una misma red social o espacio común terapéutico y/o asociativo previo puede hacer que sus intervenciones estén más cargadas de aspectos biográficos que se deseen compartir con sus nuevos/as compañeros/as. Este hecho no debe representar un problema si lleva implícita la ganancia de confianza entre los/as participantes y la generación de un clima de trabajo más cálido.

«Si no se conocen, como te toquen tres loros, vas a flipar, ¿sabes? Porque nosotros estamos acostumbrados al rollo asambleario y entonces nos respetamos la palabra ya. Callamos ya porque estamos acostumbrados, pero el que no está acostumbrado... »

(Pedro, participante en grupos de GCM).

Las personas participantes han podido tener experiencias muy diversas con respecto a la medicación, los dispositivos y los profesionales, en algunos casos satisfactorias, pero, en otros, frustrantes y negativas. En este inicio del grupo se ha de poder trabajar la confianza como base para el diálogo que se quiere establecer posteriormente.

Esta sesión cero puede servir de toma de contacto con la Guía GCM y en ella puede ser recomendable que se haga una previa lectura colectiva de esta, de manera que haya una aproximación por parte de los participantes al tipo de preguntas que van a trabajarse. Así, las personas participantes podrán valorar de manera más acertada si quieren continuar o no con el proceso.

Esta fase cero puede ser decisiva para que la persona acepte o no participar en el grupo. Conviene dejar esa posibilidad abierta y evitar posibles incomodidades posteriores.

## Primera sesión

Se proponen algunos posibles contenidos e ideas para trabajar para esta primera sesión:

**Presentarse**, compartir experiencias, (re)conocerse mutuamente entre participantes, y entre participantes y facilitadores/as. Esta tarea implica buscar la(s) fórmula(s) más apropiadas para cada grupo. Encuadrar la sesión, plantear el tema o temas para tratar en esa sesión.

**Establecer unas normas básicas de funcionamiento**, pensar esas normas básicas y consensuarlas, incluyendo el respeto a todas las intervenciones, los turnos de palabra, la escucha, etc.

«Unas normas, creo que sí, porque cada uno tenemos una forma de ser, un carácter. Y claro, ese día [el primer encuentro] no nos conocíamos ninguno. Ya es un poquito cortante hablar delante de gente que no conoces. Y, claro, a veces pasaba que hablaban dos o tres al mismo tiempo, que N. [facilitadora] les llamaba la atención. Y T. [facilitadora]. O con C. [compañero de grupo], que le reprochaba su forma de pensar a J. [compañera de grupo]. Y J. decía: “Es mi forma de pensar y tienes que respetarlo”. Ese tipo de normas. No cortar al compañero, dejar que se desenvuelva, solo o tranquilo. No hablar al mismo tiempo. Supongo que sí, porque hay gente impulsiva. A mí me pasa que me pongo a hablar y sin darme cuenta me enrolló mucho, porque mi hermana me lo dice.»

(Manuel, participante en grupos de GCM).

**Plantear la confidencialidad** sobre lo que se va a tratar en el grupo también como norma básica de funcionamiento. En el proceso de generación de confianza es clave proponer al grupo, desde un ejercicio de cuidado, que toda la información que se comparta sea tratada con respeto y confidencialidad.

**Construir confianza.** Nuestra experiencia nos ha mostrado que en muchas ocasiones las personas participantes en los grupos desconocían en qué consiste el trabajo de los/as profesionales, así como el de la figura *peer*. Es un buen momento para compartir experiencias y generar confianza, especialmente pensando en clarificar el rol habi-

tual de los/as facilitadores/as en el espacio asistencial y diferenciarlo del papel que van a desempeñar en el grupo de GCM.

«A mí me gustaría compartir espacios con mi psiquiatra para ver cómo trabaja, qué visión tiene... Porque yo, conociéndola también, pues no estaría tan a la defensiva.»

(Aurora, participante en grupos de GCM).

**Reconocer el saber por experiencia** de las personas que asisten al grupo. Desde el inicio del grupo conviene asentar esa premisa como básica en su desarrollo.

«Para mí, al principio, el médico era sagrado. Luego, ya, cuando te has metido en muchas medicaciones, [...] depende de qué medicaciones, sabes tú más que el médico, porque te las estás tomando. O sea, no sabes más a nivel neurológico, pero sabes más cómo te sientan. O sea, es como un equilibrio, es como tú sabes... Tú me sabes decir las sinapsis neuronales, pero yo te sé decir cómo me sienta de verdad y lo que pienso cuando me la tomo. Saberes diferentes que tendrían que complementarse. Entonces entiendo que el médico ahí sí que tiene que aceptar. Entiendo que esto el médico tiene que decir, pero yo los veo más tolerantes ahora. A los médicos, en general. He encontrado psiquiatras que no, pero, en general, sí. He encontrado mucha gente que pregunta: “¿Cómo te sienta tal?”, y depende lo que digas tú te dan una cosa u otra.»

(Pedro, participante en grupos de GCM).

**Buscar la(s) conexión(ones) entre las personas participantes.** Esta conexión no depende necesariamente de la medicación que toman, sino de las experiencias de malestar o sufrimiento vividas, las estrategias puestas en marcha para resolverlas, la falta de red social, sus ejercicios de resiliencia, etc.

«Empatía. Muy colaborativos todos, todos con todos. O sea, nos mirábamos y casi nos poníamos a hablar cada uno con sus historias, porque muchas veces has sentido lo mismo. Con el tema de la medicación, los efectos secundarios. “Me ha pasado a mí lo de la prolactina”, luego viene la otra y dice: “Ah, pues a mí también”, ¿sabes? »

(Fernanda, participante en grupos de GCM).

Invitar a las personas desde el primer día a generar e ir construyendo un **pacto de cuidados con uno/a mismo/a**.

«En los momentos de lucidez, tomar decisiones para momentos de incertidumbre. Es decir, como cuando tienes problemas de adicciones, pues que dices: “Voy a hacer estas rutinas para hacer esto, esto, esto, para evitar tomar esto, esto y esto”. En momentos de lucidez, tomar las decisiones buenas para momentos en los que estés más disperso, más perdido, más desnortado. Pues lo mismo con esto, en momentos de lucidez para decir: “Pues yo quiero que me venga esta persona, no quiero que me venga a ver mi tía tal porque mi tía tal me hace comentarios que no me gustan”. Yo qué sé, historias de estas, ¿sabes? O sea, eso me parece muy chulo, muy útil, y me parece que está muy bien que la gente lo haga, por eso, por lo que te digo, para evitar gente que te puede parecer inoportuna o que no..., que no hay *feeling*. »

(Pedro, participante en grupos de GCM).

## Desarrollo de las sesiones posteriores. Apuntes sobre la metodología de trabajo

### Inicio de las sesiones

El inicio de las sesiones puede comenzar situando al grupo y recordando qué se hizo la sesión anterior. Puede hablarse brevemente de

cómo fue la semana, si hay alguna cuestión por resolver o que se quiera abordar...

En el inicio puede ser de utilidad plantear los temas principales de la sesión que va a tener lugar y si es necesario leer algún fragmento de la Guía para ubicar el tema o como disparador de un posible debate.

## Preguntas sobre las que trabajar

El trabajo por preguntas se ha de poder manejar en el grupo como algo vivo, permeable, y que puede ir adaptándose a las necesidades y los tiempos de las personas que participan.

No es necesario dar respuesta a cada una de las preguntas que se plantean en la Guía y el cuaderno de trabajo de GCM. Algunas pueden utilizarse únicamente para reflexionar en voz alta en los grupos con los que proponemos trabajar, para interpelar al otro o, en otros casos, simplemente para su uso personal.

« En la Guía hay preguntas que, de hecho, quizá son preguntas que no te vendrían a la cabeza escribiendo por tu cuenta. La Guía te las recuerda de alguna manera y te facilita la reflexión que quieres hacer en ese momento. Yo creo que está bien. La intención es llevarla a la salud mental, pero yo creo que está muy bien para tenerla uno mismo, pero siempre en casa, o sea, siempre, llevarla siempre encima. Y tener la opción de ir respondiendo varias veces, en diferentes momentos, y ver el progreso de cómo va cambiando la respuesta a esa pregunta. Porque, seguramente, hay preguntas cuya respuesta va a ser inamovible, pero otras está bien ir pudiendo recordarte a ti mismo lo que pensabas antes y lo que piensas ahora. Y ese cambio yo creo que puede servir para autoconocerse. Y, de ahí, pues muchas cosas... »

(Roberto, participante en grupos de GCM).

La Guía propone inicialmente trabajar a partir de la **escritura**, pero esta metodología no siempre será útil y adecuada para todas las per-

sonas. Algunas personas se expresan mejor verbalmente o a través de otros medios, como la **pintura o el dibujo**. La escritura, además, implica la complejidad de poner en palabras una experiencia que ha podido ser muy dolorosa. Al respecto, se han de evitar acciones que revictimicen. Por el contrario, se invita a los/as facilitadores/as a que sean flexibles en las propuestas de trabajo.

«Para mí, para mi modo de sentir, fluyen de forma diferente los sentimientos de manera oral que de manera escrita. Escrita es como que se siente menos y hablando es como que te explicas más, hay una conexión mayor con el otro... Escrito es como que no hay nadie delante y estoy conmigo mismo y hablado, no sé... A veces hablo solo, es verdad, pero hablado hay alguien delante y le quieres explicar. »

(David, participante en grupos de GCM).

El/La facilitador/a debe modular tiempos y posibilitar todas las intervenciones.

«Cada persona como que tenía una tendencia hacia irse hacia lo que le tocaba más, ¿no? Y, bueno, en realidad, es superlógico. Pero, precisamente por eso, cuando se pasaba un poco por encima de según qué temas, era como frustrante, porque seguramente había personas que querrían hablar más de ese tema y quizá no hubo ocasión. Pero un poco por esto, ¿no? Porque cuando a determinadas personas les daba por extenderse mucho de lo que les pasaba por un determinado tema se desahogaban muchísimo y era demasiado. »

(Roberto, participante en grupos de GCM).

Puede valorarse la participación puntual de otras personas a lo largo del proceso. Estas personas pueden ser expertas en determinados temas y aportar conocimientos para ser compartidos y trabajados en el grupo (por ejemplo, expertos en temas legales, derechos, etc.).

## Promover el diálogo y la participación

La dinámica de la sesión debe priorizar invitar a hablar a todas las personas participantes respetando los tiempos de cada una. Esto implica invitar también a hablar a quién no lo haga y hacerlo de manera respetuosa.

«Me gustó que había un chaval más tímido y tal, que hablaba menos, pero hablaba y hacía frases más cortas, pero nadie le cortaba. Porque para él mismo era su forma de expresarse.»

(Pedro, participante en grupos de GCM).

«Para mí la Guía significa, en primer lugar, poder hablar, de lo que sea.»

(Míriam, facilitadora de grupos GCM y *peer*).

## Cuidar el espacio grupal y las relaciones que se tejen

El funcionamiento del grupo debe procurar generar espacios de reflexión. Por ejemplo, dejando al inicio de la sesión un tiempo para escribir, pensar y luego compartir.

Los espacios y tiempos de entrada y salida son momentos para conversar, explicarse algo, entrar en relación... Proponemos cuidar también las conversaciones informales a la hora de marchar: son espacios de creación de relación.

No es recomendable preguntar a todos los participantes por sistema. Consideramos fundamental respetar los tiempos propios de cada persona.

«Me generó sentimientos. La Guía genera sentimientos porque recuerdas, te enfadas, ves tus tropiezos, errores, pero también, por otro lado, tus intentos. O sea, hay que saber... En un momento, disfrutar..., ¿por qué no? Disfrutar de que te has enfadado por algo que no has hecho bien o porque alguien no lo ha hecho bien contigo. Pero también puedes reconocer lo que han hecho bien. Hay muchos sentimientos: de enfado, de frus-

tración... Algún momento, incluso, un poco más elevadito el enfado. Cuando recuerdas situaciones, igual no personales, pero sí de alguien que tú te llevas bien y está ingresado y ves el maltrato. Te recuerda situaciones negativas, pero ya no propias, incluso de tu alrededor. >>

(Laia, facilitadora de grupos GCM y *peer*).

## **Flexibilidad en la gestión del grupo**

Una de las estrategias es pensar el grupo desde la flexibilidad, especialmente en lo que se refiere a los tiempos dedicados a cada capítulo, e inclusive a cada tema. Estos ritmos son una cuestión que depende de la idiosincrasia y el funcionamiento de cada grupo.

Recomendamos también mantener una cierta flexibilidad con respecto a la participación y la asistencia. Muchas de las personas participantes pueden ver interrumpida su participación de manera puntual o ampliada. Debido a lo delicado de algunos de los temas que van surgiendo, es fundamental respetar esas posibles faltas de asistencia como parte del proceso.

Puede valorarse la entrada de alguna persona más al grupo una vez que este se haya iniciado. Esta posibilidad se puede consensuar con el grupo y valorar conjuntamente la idoneidad de esta nueva incorporación.

## **Los grupos de GCM como espacios de generación de confianza(s) y reconocimiento mutuo**

El encuentro de las diferentes perspectivas y experiencias genera confianza y da paso al diálogo. Al mismo tiempo, algunas opiniones pueden vivirse como una amenaza. Esto puede ocurrir, por ejemplo, cuando se relatan experiencias vividas en determinados dispositivos donde algunas personas han visto sus derechos vulnerados y otras, en cambio, han encontrado un espacio de soporte y ayuda.

«Yo sé que, de momento, hoy en día, lo digo y estoy muy contento de estar en este centro. Tengo buena relación, me atienden bien y me tratan bien y se preocupan por mí. No lo digo yo solo,

lo dicen todos. Creo que estamos en uno de los mejores seguramente atendidos. No sé cómo será uno de pago, pero este, si fuera de pago, valdría dinero. Mucho. »»

(Manuel, participante en grupos de GCM).

A partir de nuestra experiencia piloto, hemos podido observar que los grupos se han presentado como espacios para compartir experiencias, vivencias personales u opiniones que hasta el momento no se habían compartido en gran parte de los casos.

«« Al estar relajado uno dice un poco y cada vez nos vamos abriendo más en canal. Seguramente, tú lo estabas oyendo. Los primeros días serían de una manera, pero, conforme pasaba, era más fácil abrirse. Más fácilmente, más rápidamente. Y sacar cosas que están clavadas. Contenidas. Clavadas, que están muy dentro de ti. Y también conocí mucho a mis compañeros. Es muy bueno porque cada uno tiene una sensibilidad diferente. A mí me ayudó a ver las personas. »»

(Laia, facilitadora de grupos GCM y *peer*).

«« Creo que hubo muy buen entendimiento, respeto, y eso hizo que salieran muchos temas, no solo, bueno, derivados del libro, pues salieron muchos temas aparte que se abordaron. Había buena química en ese grupo y eso facilitó mucho que todo se desarrollara bien y la gente viniera contenta. »»

(Manuel, participante en grupos de GCM).

«« A ver, puede ser pudoroso, para según qué personas. Para mí lo fue también, me removió un montón de cosas. Pero creo que también es importante porque te das cuenta de que, bueno, que es lo que hay. O sea, la historia de la persona junto con la medicación y todo, pues es superimportante luego unirlos con estas preguntas que han hecho. »»

(Fernanda, participante en grupos de GCM).

## El trabajo intersesión

El trabajo con la Guía puede implicar una parte de elaboración individual fuera del propio grupo: trabajo en casa con el cuaderno, discusiones fuera del grupo, conversaciones con otras personas con las que se comenta... Se ha de contar con la posibilidad de incorporar a las sesiones aquellos materiales que las personas traen (escritos, canciones, dibujos, audios...) y que les han servido para pensar y reflexionar sobre todo lo tratado en el grupo.

Entrevistadora:

«O sea, ¿tú no tuviste el problema en compartir lo que habías escrito con ellos? »

Manuel:

«No, porque me pregunta [mi hermana]: “¿Qué habláis? ¿Qué os dicen?”. Porque decía: “¿Y os pagan? ¿Qué es esto? ¿Cómo es? ¿Por qué?”. Tenía esas preguntas. Y ella lo leyó todo y dijo: “Hombre, me parece muy bueno, muy bueno”. Le gustó cómo estaba todo. Le llamaron la atención algunas cosas de la medicación y lo de los derechos y todo. Claro, eso le llamó la atención y se lo leyó. Y a mi otra hermana se lo dije y ella me dijo: “Ay, a ver si me consigues uno para mí”. Y ella [investigadora de la iniciativa de GCM] me consiguió uno para mí, me dio uno que era para mi hermana. »

(Manuel, participante en grupos de GCM).

Algunas preguntas del cuaderno son difíciles para trabajar solo/a en casa, son delicadas, abren temas dolorosos para los que sería deseable contar con alguien en quien apoyarse. En otros casos, el grupo proporciona un marco de cuidados desde el que responder. Proponemos que la persona pueda trabajarlo individualmente por escrito, si tiene el deseo y la energía para hacerlo, si se siente con fuerzas y si se dispone de alguien en quien apoyarse. Es recomendable animar a que los participantes busquen lugares cómodos, tranquilos, íntimos y seguros para poder llevar a cabo este proceso de reflexión y escritura.

«Son preguntas que duelen porque a lo mejor hay algo ahí que no está resuelto.»

(Juan, facilitador de grupos GCM y profesional de la salud mental).

«Lo he hecho en mi habitación. Muchas veces cuando tenía la inspiración de coger la Guía y muchas veces también lo hice dentro del grupo terapéutico. Que era como: "Ah, bueno, pues voy rellenando, voy haciendo". Si lo hacía sola, pues escribía cosas más tristes, y si estaba en el grupo, podía balancear un poco más. [En el grupo] Había muchos momentos de silencio y esos momentos de silencio los aprovechaba y escribía. Por todo lo que habían dicho también. Es que es eso, que es muy guay esto porque no te sientes sola. Sabes que no eres la única a la que le suceden estas cosas, y eso de verdad que te ayuda.»

(Fernanda, participante en grupos de GCM).

Una estrategia de cuidado para la persona participante puede ser animarla a que explique a alguien de su confianza que va a iniciar el trabajo en un grupo de GCM. Esta persona puede ser alguien que esté atento a cómo se encuentra la persona durante el proceso y que le haga de sostén si después de alguna sesión se muestra más sensible o afectado/a por el tema tratado.

El trabajo del cuaderno no se realiza «para otros», aunque se puede compartir con quien se desee. Sirve fundamentalmente para recoger ideas y organizar un cierto pensamiento crítico. Para algunas personas este proceso de escritura ha sido de ayuda a la hora de ordenar vivencias, ordenar pensamientos, ordenar deseos de futuro... Es decir, poner algo de orden en experiencias y sentimientos que resultaban confusos o caóticos. En cualquier caso, es un material personal y debe preservarse su privacidad.

No se trata de responder a todas las preguntas, algunas pueden quedar en blanco. En cualquier caso, la decisión de responder dependerá

de la elección y el ritmo de trabajo de cada personal. El trabajo intersección puede generar conversaciones y debates al margen del grupo que pueden ser después llevados a la sesión y que aportan un valor añadido a las temáticas tratadas. Es importante poder darle seguimiento a ese proceso desde el profesional de confianza, desde la red de apoyo o el propio grupo.

Entrevistadora:

«Dentro de los contenidos de la Guía, ¿cuáles te han parecido más interesantes? »

Manuel:

«El de la medicación. El conocimiento sobre la medicación. Es que, claro, ya no recuerdo bien las preguntas, pero sé que las preguntas de si sabías lo que estabas tomando, lo bueno y lo malo que te podía, los efectos secundarios, las preguntas de si habías pensado en algún momento en dejar de tomar la medicación por ti mismo y tus derechos como paciente. Es que yo creo que esos dos temas fueron los que más impactaron al grupo. Porque luego lo hablábamos entre nosotros y es lo que más llamó, es lo que más nos abrió los ojos. Yo creo que ninguno conocíamos a fondo este tema, el conocimiento sobre la medicación y los derechos es lo que abrió más la puerta. »

(Manuel, participante en grupos de GCM).

En el caso de algunas personas pueden darse dificultades físicas o de otro tipo para escribir y, en cambio, puede disponerse de mayor facilidad para la palabra. En esos casos, si se quieren recoger ideas intersección se pueden pensar alternativas a partir, por ejemplo, de la elaboración de audios que puedan almacenarse. También se pueden pensar otras estrategias de comunicación y transmisión de las ideas como a través de pintura, *collage*, dibujos...

## Finalizar el grupo. Posibles continuidades y contribuciones

«Este viaje es de toda una vida. »

(Esteban, facilitador de grupos GCM y profesional de la salud mental).

Es posible que algunos participantes deseen mantener el contacto con el grupo cuando la experiencia de GCM haya acabado. El grupo puede negociar si desea mantener su formato, reformular algunas de sus características (temporalidad de los encuentros, lugar de encuentro...) o plantear otras posibles dinámicas, horizontes o vías de contacto.

«Yo creo que este proyecto se tendría que extender porque hay muchas personas que justamente empezaron con un discurso..., y fueron, de alguna forma, cambiando su discurso. Y yo creo que eso, básicamente, es por la comunicación entre iguales y con los profesionales. La participación en conjunto. Entonces, es superimportante la participación así en conjunto. La Guía esta creo que hay que continuar haciéndola crecer. »

(Aurora, participante en grupos de GCM).

«Pero sí que ha cambiado..., porque ahora tengo el grupo de WhatsApp y hablo con ellas. Antes no estaban y ahora hay una posible amistad. Bueno, creo que hay algo, pero hasta que no nos veamos y quedemos... Es un cambio bueno. »

(Manuel, participante en grupos de GCM).

Los grupos de GCM pueden ser pensados como espacios de elaboración de reflexiones críticas colectivas que contribuyan a la mejora del modelo asistencial. Por ello, al finalizar el grupo también se han de definir y valorar qué acciones concretas pueden desarrollarse a partir de lo trabajado en las sesiones. Por ejemplo, el contacto del grupo con los responsables de la institución/entidad/asociación... Es posible que

el grupo tenga la necesidad de compartir elementos o propuestas de mejora con la institución/entidad/asociación en cuyo marco se ha desarrollado la experiencia. Esas propuestas y su incorporación al funcionamiento de esta son un ejercicio de participación e incidencia ciudadana, y colocan a las personas participantes en un lugar activo y no pasivo frente a su tratamiento.

Entrevistador:

«¿Querrías darle continuidad a este grupo? »»

Pedro:

«Me gustaría hacer alguna reunión después, dentro de unos meses. Yo, por ejemplo, estoy rehaciendo la Guía. La M. [participante en el mismo grupo de GCM] me ha dicho que la rehará en unos meses. »»

Entrevistador:

«¿Una nueva, en blanco? ¿O sería sumándole cosas a la que ya has hecho? »»

Pedro:

«Sumándole cosas. Y hablando. Pero, dentro de unos meses, pues hacer una charla sobre cómo te ha impactado. Se puede armar el grupo y decir: “¿Cómo te ha impactado la Guía? ¿Te ha modificado tu comportamiento?”. A mí me ha hecho pensar muchas cosas. »»

(Pedro, participante en grupos de GCM).

## Capítulo 9.

# Herramientas de trabajo

Este apartado contiene diferentes materiales que pueden servir de apoyo para llevar a cabo sesiones de la Guía GCM.

Incluye:

- Dinámicas grupales
- Buscar información: consultando al farmacéutico/a
- Preguntas clave para guiar la negociación
- Experiencias de negociación

### Dinámicas grupales

Pautas generales para todas las dinámicas:

**Ambiente seguro:** prioriza que los participantes se sientan en confianza; mantén el tono cálido, sin juicios ni presiones.

**Flexibilidad:** permite que quien no quiera participar lo haga como observador o de manera más sencilla (por ejemplo, con gestos o dibujos en lugar de hablar).

**Duración corta:** mantén duración de las actividades entre 15 y 20 minutos para evitar fatiga o sobrecarga.

**Fomenta el respeto:** recuerda las reglas básicas del grupo, como escuchar sin interrumpir y no hacer valoraciones.

«Sí que es verdad que te desnuda, y no todo el mundo está preparado para que se desnude, que se te vea muy transparente. Hay gente que no le gusta compartir el sufrimiento. Pero, cuando estás compartiendo y ya te estás liberando, aunque cueste mucho... Lo bueno de la Guía esta es que te vas desnudando poco a poco, sin darte cuenta. Y, cuando te has dado cuenta, ya el boli se te va solo, por decirlo de alguna manera. En algún momento te enfadas, pero bueno... »

(Laia, facilitadora de grupos GCM y *peer*).

A continuación te facilitamos algunas propuestas de dinámicas grupales con las que podrás trabajar diferentes objetivos dentro del grupo.

Para otras propuestas:

Torres Pérez, A. (2019) Técnicas y prácticas de dinámicas de grupos. Ed. UOC.

Satir, V. (1991) Ejercicios para la comunicación humana. Ed. Pax Mexico.

<b>Nombre de la dinámica</b>	<b>LA RED</b>
<b>Temporalidad</b>	Dinámica recomendable para ser utilizada al inicio del grupo.
<b>Objetivo</b>	Visualizar conexiones y fortalezas entre los miembros del grupo.
<b>Materiales</b>	Un ovillo de hilo o lana.
<b>Explicación de la dinámica</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El grupo forma un círculo.</li> <li>2. Una persona comienza sosteniendo el ovillo y comparte algo sobre sí misma (por ejemplo, "Me gusta la música rock").</li> <li>3. Luego, lanza el ovillo a otra persona que a su vez explica algo que le gusta hacer, mientras sigue sujetando su extremo del hilo.</li> <li>4. La persona que recibe el ovillo comparte algo sobre sí misma y repite el proceso.</li> <li>5. Al final, se forma una red visual que representa las conexiones entre los participantes.</li> </ol>	
<b>Reflexiones, debates, comentarios y preguntas</b>	
<p>Esta dinámica es una excelente herramienta para fomentar la cohesión grupal, visibilizar interconexiones y trabajar la confianza entre los/as participantes.</p> <p><b>Reflexión sobre la experiencia grupal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo te has sentido al formar parte de esta red?</li> <li>• ¿Qué simboliza para ti esta red que hemos tejido?</li> <li>• ¿Qué te ha sorprendido o llamado la atención de lo que han compartido tus compañeras/os?</li> <li>• ¿Qué has descubierto sobre ti al participar en esta dinámica?</li> <li>• ¿En qué momentos de tu vida has sentido que formabas parte de una red? ¿Qué la hacía posible?</li> <li>• ¿Qué podríamos hacer como grupo para fortalecer esta red más allá de la sesión de hoy?</li> <li>• ¿Qué te llevas hoy de esta actividad?</li> <li>• ¿Qué te gustaría aportar tú al grupo como parte de esta red?</li> </ul>	

<b>Nombre de la dinámica</b>	<b>COLLAGE COMPARTIDO</b>
<b>Temporalidad</b>	Dinámica recomendable para ser utilizada en una fase intermedia del grupo, cuando ya existe cierta complicidad y confianza entre los participantes.
<b>Objetivo</b>	Visualizar metas, deseos o compartir experiencias vividas en un ambiente de respeto.
<b>Materiales</b>	Revistas, tijeras, pegamento, cartulinas...
<b>Explicación de la dinámica</b>	
<p>1. Cada participante recorta imágenes, palabras o frases que representen cosas que les gustan o metas que tiene. Puede adaptarse a la experiencia sobre la que se quiera trabajar (ej. experiencias vividas en torno a la medicación u otros tratamientos).</p> <p>2. Juntos crean un collage grupal en una cartulina, integrando las ideas de todos.</p> <p>3. Al final, cada persona comparte (si quiere) qué parte del collage es suya y qué representa para ellos.</p> <p>Opciones temáticas para grupos GCM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Mi relación con la medicación</li> <li>· Cómo me siento en este grupo</li> <li>· Lo que dejo atrás / lo que quiero abrir</li> <li>· Mi camino hacia el (auto) cuidado</li> <li>· Lo que he aprendido / lo que quiero compartir</li> </ul>	
<b>Reflexiones, debates, comentarios y preguntas</b>	
<p>La dinámica del collage colectivo es una herramienta potente para explorar experiencias personales y colectivas de forma creativa y no verbal, especialmente útil en contextos como los grupos GCM, donde se busca fomentar la expresión subjetiva, el reconocimiento mutuo y la construcción de sentidos compartidos.</p> <p><b>Reflexión sobre la experiencia grupal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Qué te ha hecho elegir esas imágenes?</li> <li>· ¿Qué transmite el collage en su conjunto?</li> <li>· ¿Qué parte del collage te gustaría seguir construyendo fuera del grupo?</li> </ul>	

<b>Nombre de la dinámica</b>	<b>MÚSICA Y MOVIMIENTO CREATIVO</b>
<b>Temporalidad</b>	Dinámica recomendable para ser utilizada al inicio del grupo.
<b>Objetivo</b>	Conectar con las emociones a través de la música y el movimiento.
<b>Materiales</b>	Música variada (relajante, alegre, inspiradora).
<b>Explicación de la dinámica</b>	
<p>1. Reproduce diferentes tipos de música y anima a los participantes a moverse como les inspire la canción (pueden bailar, caminar o incluso mover las manos).</p> <p>2. Para hacerlo más inclusivo, permite que las personas participen sentadas si lo necesitan.</p> <p>3. Al final, pregunta: “¿Cómo te hizo sentir esta canción?” o “¿Qué tipo de imagen te vino a la mente?”.</p> <p>Variaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Música que me cuida: Usar canciones que propongan los/as participantes que les hacen sentir bien, para explorar el autocuidado y el alivio emocional.</li> <li>• Mi banda sonora vital: Que cada persona elija una canción que represente un momento importante de su vida.</li> <li>• Sentir el cuerpo: Enfocarse en tomar conciencia de cómo se manifiestan las emociones en el cuerpo.</li> </ul>	
<b>Reflexiones, debates, comentarios y preguntas</b>	
<p>Esta dinámica pretende facilitar la conexión cuerpo-emoción, activar la expresión no verbal y generar un espacio de disfrute, presencia y reflexión sobre cómo nos afecta la música y, por extensión, el entorno, las emociones y los cuidados y tratamiento que recibimos (incluyendo el tratamiento farmacológico).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo ha sido para ti moverte con música delante del grupo?</li> <li>• ¿Notas alguna emoción que se haya activado con una canción en particular?</li> <li>• ¿Qué papel juega la música en tu vida diaria? ¿Y en tu proceso de salud?</li> <li>• ¿Qué aprendemos o sentimos cuando damos permiso a nuestro cuerpo para expresarse libremente?</li> </ul>	

## Buscando información: consultando con el farmacéutico/a

OBJETIVO: pedir información al farmacéutico/a acerca de la medicación que tomo o se me ha prescrito.

El farmacéutico/a es un profesional que puede considerarse una importante fuente de información sobre los medicamentos que se recetan a la persona.

Esta herramienta ofrece una lista de preguntas para dirigir al especialista en medicamentos para complementar o ayudar a clarificar la información proporcionada por el médico/psiquiatra.

Preguntas que pueden formularse al farmacéutico/a (entre otras):

### Sobre la medicación en general y su efecto

1. ¿Cuál es el propósito principal de este psicofármaco? ¿Para qué está indicado?
2. ¿Es necesario tomar este medicamento en un horario específico o puede ser flexible?
3. ¿Cuánto tiempo tarda en hacer efecto este medicamento?
4. ¿Hay alguna diferencia importante entre la versión genérica y la de marca de este medicamento?

### Sobre los efectos secundarios

1. ¿Qué efectos secundarios son más comunes con este medicamento?
2. ¿Hay efectos secundarios que deberían comunicarse al médico de inmediato?
3. ¿Puede este medicamento causar somnolencia o afectar mi capacidad para conducir?
4. ¿Este medicamento afecta el apetito o el peso?

## Interacciones y precauciones

1. ¿Es seguro combinar este medicamento con otros que estoy tomando?
2. ¿Qué alimentos, bebidas o sustancias debo evitar mientras tomo este medicamento?
3. ¿Se puede consumir alcohol mientras se está bajo este tratamiento?
4. ¿Es compatible este medicamento con anticonceptivos u otros tratamientos hormonales?

## Uso correcto del medicamento

1. ¿Qué debo hacer si me olvido de tomar una dosis?
2. ¿Es necesario tomar este medicamento con comida o agua?
3. ¿Qué pasa si dejo de tomar este medicamento de forma repentina?

## Sobre aspectos específicos

1. ¿Puede este medicamento generar dependencia o síndrome de abstinencia?
2. ¿Es necesario realizar análisis de sangre u otros controles mientras tomo este medicamento?
3. ¿Hay opciones alternativas o más suaves si este medicamento no me sienta bien?
4. ¿Es adecuado este medicamento para mujeres embarazadas o en período de lactancia?

## Preguntas clave que pueden guiar la negociación

Uno de los objetivos del trabajo con la Guía GCM es acompañar a las personas en el proceso de negociación sobre su tratamiento y otros aspectos de su vida con los profesionales de referencia. Planteamos

aquí algunas preguntas que pueden ayudar a esa negociación y que pueden ser utilizadas en las sesiones de GCM.

**Estas preguntas pueden ayudar a las personas a lo siguiente:**

- **Expresar inquietudes** de forma clara y directa.
- **Obtener información** suficiente para tomar decisiones informadas.
- **Participar activamente** en la construcción del plan de tratamiento.

«Saber cómo puedo enfocar una visita y con los derechos que tengo, que tengo que tener una información previa a poder, bueno, a querer tomar o no una medicación... Cosas que se han dado por perdidas y nunca se han tenido en cuenta, pues es que..., es mi cuerpo y yo también tengo decisión, ¿sabes? Porque no es que los efectos secundarios no sean nada. Afecta mucho y te puede causar una mala calidad de vida. Y, bueno, en repensar los apoyos, en ver con los otros compañeros... »

(Aurora, participante en grupos de GCM).

### **Sobre el tratamiento actual**

1. ¿Cómo evalúa usted mi progreso con esta medicación hasta ahora?
2. ¿Cree que hay margen para ajustar la dosis o explorar otras opciones?
3. ¿Cuánto tiempo se necesita para notar los efectos completos del tratamiento?

### **Sobre los efectos secundarios**

1. He notado [mencionar efecto secundario específico]. ¿Es algo habitual con esta medicación?
2. ¿Hay formas de manejar o reducir estos efectos secundarios?

3. ¿Existen otras opciones de medicamentos que puedan tener menos impacto en [mencionar preocupación: peso, energía, sueño, etc.]?

### **Explorando otras opciones**

1. ¿Qué alternativas tengo si quisiera cambiar de medicación?
2. ¿Qué implicaría este cambio en términos de tiempo o ajustes?
3. ¿Qué riesgos tendría cambiar o suspender este medicamento?

### **Complementos al tratamiento**

1. ¿Es posible combinar esta medicación con otros enfoques, como psicoterapia o cambios en mi estilo de vida?
2. ¿Qué tipo de actividades o herramientas recomendaría para potenciar los beneficios del tratamiento?
3. ¿Hay algo en mi rutina que debería ajustar para mejorar mi respuesta al tratamiento?

### **Prioridades y preocupaciones personales**

1. Me preocupa [mencionar preocupación; por ejemplo: aumento de peso, somnolencia]. ¿Cómo podemos abordarlo?
2. ¿Podría explicarme cómo este medicamento afecta a aspectos como mi energía, estado de ánimo o concentración?
3. Quiero priorizar [mencionar objetivo: por ejemplo, reducir efectos secundarios o mejorar síntomas específicos]. ¿Qué opciones tenemos para lograrlo?

### **Tomando decisiones informadas**

1. ¿Podría explicarme las diferencias entre este medicamento y otras opciones posibles?
2. ¿Qué debería saber sobre los beneficios y riesgos del tratamiento que me propone?
3. ¿Hay algo que debería vigilar o anotar en mi día a día para evaluar si el tratamiento está funcionando?

## Plan a futuro

1. Si cambiamos de medicación, ¿cuánto tiempo tardaríamos en ver resultados?
2. ¿Cómo manejaríamos los posibles efectos adversos del cambio de tratamiento?
3. ¿Con qué frecuencia podríamos hacer un seguimiento para asegurarnos de que el tratamiento sea el adecuado?

## Experiencias de negociación

El siguiente texto se incorpora a este Manual con el objetivo de poner en contacto a las personas facilitadoras con experiencias en primera persona, ilustrando cómo pueden desarrollarse procesos reales de negociación y toma de decisiones compartidas en torno a la medicación. Se propone también su lectura conjunta en los grupos GCM, como herramienta para estimular el debate, el análisis crítico y la identificación de buenas prácticas en contextos diversos.

“De forma consciente o inconsciente, siempre procuré negociar la medicación que se me administró durante casi veinte años. Aguzaba los sentidos para entender cómo lograr un verdadero diálogo. Tardé mucho tiempo en darme cuenta de que nunca hubo una verdadera relación dialógica.

Sí aprecié un cambio con el que fue mi último psiquiatra. Este hacía esfuerzos por establecer una buena relación, una relación honesta. Era consciente de su posición de poder (o, más bien, de mi condición inferior) y trabajaba por rebajarla. Me exponía sus miedos, me obligaba a hacer pactos y a comprometerme. Me explicaba sus decisiones. Además de resolverme las dudas que me iban apareciendo sobre los efectos de las medicaciones. Me daba cuenta de que evitaba dar un paso en falso. En poco tiempo comencé a tenerle confianza, cosa que no había pasado con los muchos otros. Igual, también tuve buena relación con mi primer terapeuta, aunque fue este quien cometió un error en la pauta que desencadenó el primer brote.

Hasta este último médico, hubo siempre una relación de sumisión, lo cual promovía la imposibilidad de sentirme importante. A veces me atendían alguna demanda, sobre todo relacionadas con la sexualidad: la falta de apetencia, etcétera. Otras se hacían pequeños cambios, especialmente en casos de evidente sobremedicación, rebajándola algo o introduciendo modificaciones imperceptibles. Pero, en general, se ignoraba cualquier tipo de queja o petición, incluso las que tenían que ver con el sufrimiento y la angustia generados por los medicamentos o la terapia de electroshocks. En mis informes así consta.

Pero no siempre tuve demandas. En los momentos de mayor sufrimiento, cuando los primeros síntomas bordeaban lo intolerable, me encomendaba a los expertos. Quería confiar plenamente. El desorden era tal que prefería depositar mi subjetividad en la experiencia y el conocimiento del profesional. Destaco este hecho porque pienso que es importante que los profesionales sean conscientes de esa posición de subordinación en la que uno se encuentra.

Ante este panorama, me gustaría destacar uno de los factores más relevantes que provocó la mejora en la comunicación, y que, al final, desembocó en una buena recuperación. Sin duda, fue el interés genuino por parte de mi psiquiatra con motivo de mi bienestar. Esto se plasmaba en la duración de la visita y en la procura de una relación atendiendo a mis intereses. Recuerdo que mi psiquiatra traducía mis preocupaciones en referencias literarias, obras de arte y visitas a museos. Algunos autores o libros los conocía y otros se convertían en una invitación a investigar sobre lo que me pasaba. Recuerdo un día concreto. Andaba con una sensación de melancolía, de eterno domingo, que alteraba mucho mi rutina. Él me habló del libro de Orhan Pamuk *Estambul: Ciudad y recuerdos*. Sentí que lo que me pasaba no era una enfermedad, sino que era un sentimiento universal que el autor había reflejado en ese libro. La confianza en él crecía, y, por lo tanto, también el vínculo.

La familia fue otra fuente de negociación constante. Aquí el miedo también se hacía evidente. En mi caso, el diagnóstico me relegó a una

posición cómoda, de recibir cuidados, y, a un mismo tiempo, se fueron eliminando mis responsabilidades. Era una posición fácil para todos. Donde los roles eran claros. Había un desequilibrio de poder, aceptado por todos desde la entrada del diagnóstico en mi vida. En teoría, debía ser un hecho puntual. Pero este estado se fue perpetuando. Y el problema fue que mi identidad, mi subjetividad, se iba diluyendo. Y, con ella, los deseos, la esperanza. Me acompañaba un sentimiento de melancolía. Esa misma que se refleja en el libro de Pamuk. Recuperé una relación más equilibrada con las entrevistas para el libro *Contra el diagnóstico*. La reflexión sobre los años soterrados nos obligó a señalar la responsabilidad que habíamos tenido cada uno de nosotros en el desencadenamiento del brote psicótico. Así que los roles se fueron reordenando de nuevo. Surgía una vez más la importancia del vínculo.

Quizás es lo más importante: cómo llegar a una verdadera confianza. Lo mismo ocurre con mi terapeuta actual, mi psicóloga. Me alienta a mirar allí donde no me atrevo, y permite que yo cree mi propio discurso y estilo de exponer. No dicta lo que hay que hacer, ni cómo decir, sino que pone preguntas incómodas para que sea yo quien escriba mi historia, quien dé sentido a mis actos."

**Marcos Obregón**

## Capítulo 10. Bibliografía

Alegre Agís, E., García Santesmases, A., Pié Balaguer, A., Martínez Hernández, Á., Bekele, D., Morales Sáez, N. y Serrano Miguel, M. (2022). Unravelling reactionary care: the experience of mother-caregivers of adults with severe mental disorders in Catalonia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 47, 790-813. <https://doi.org/10.1007/s11013-022-09788-z>

Alegre Agís, E. y Pié Balaguer, A. (2025). Lara: una biografía para repensar el género, la locura y la violencia. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social* (en prensa).

Arnkil, T. E. (2019) Co-generando espacios dialógicos. Desafíos para los Diálogos Abiertos y Anticipatorios y las prácticas dialógicas en general. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices*, 9 (1), 51-64.

Avarca, C., Serrano Miguel, M., Vicentin, C. y Martínez Hernández, Á. (2022). El modelo GAM como generador de autonomía en salud mental. *Interface*, 26, e210506. <https://doi.org/10.1590/interface.210506>

Cela, X. (2020). *Masculinitats (in)habitables: Transaccions, gènere i patiment mental entre els adolescents i joves* (tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili.

- Fortuna, K. L., Solomon, P. y Rivera, J. (2022). An Update of Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. *Psychiatric Quarterly*, 93, 571-586. <https://doi.org/10.1007/s11126-022-09971-w>
- García López, A. y García Gómez, A. (2021). El papel de las personas técnicas en acompañamiento y apoyo mutuo (TeAM) en la recuperación en salud mental. *SOM 360*. <https://www.som360.org/es/monografico/recuperacion-salud-mental/articulo/papel-personas-tecnicas-acompanamiento-apoyo-mutuo>
- Horowitz, M. A., Jauhar, S., Natesan, S., Murray, R. S. Y Taylor, D. (2021). A Method for Tapering Antipsychotic Treatment That May Minimize the Risk of Relapse. *Schizophrenia Bulletin*, 47 (4), 1116-1129. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbab017>
- Martínez Hernández, Á., Pié Balaguer, A., Serrano Miguel, M., Morales Sáez, N., García Santemas, A., Bekele, D. y Alegre Agís, E. (2020). The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 247. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112811>
- Martínez Hernández, Á., Pié Balaguer, A. y Serrano Miguel, M., Alegre Agís, E., Morales Sáez, N., Cela Bertrán, X., Bekele, D., García Santemas, A. y Correa Urquiza, M. (2020). Crónica de un desencuentro: la medicalización de la psicosis y sus laberintos en la Cataluña urbana. En M. Epele (ed.), *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento. Perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi* (pp. 79-102). Instituto de Investigaciones Gino Germani. CLACSO.
- Martínez Hernández, Á., Pié Balaguer, A., Serrano Miguel, M., Bekele, D., Alegre Agís, E., Morales Sáez, N., Cela Bertrán, X., García Santemas, A. y Correa Urquiza, M. (2020) La gestió col·laborativa de la medicació: cap a una nova cultura assistencial en salut mental. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 235-243, 21.

Mead, S., Hilton, D. y Curtis, L. (2001). Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25 (2), 134-141.

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*.

Onocko-Campos, R. T., Palombini, A. L., Passos, E., Leal, E., Serpa, O. D., Marques, C., Lamas Martins, L., Deivisson, S., Surjus, L., Arantes, R., Emerich, B., Mikie de Carvalho, T. y Stefanello, S. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface*, 16 (43), 967-980.

<https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000040>

Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A., De L. dos Santos, D. V. D., Stefanello, S., Lamas, L. G. M., De Andrade, P. M. y Borges, L. R. (2013). Autonomous Medication Management: an analytical intervention in mental health care services. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2889-2898.

Penney, D. (2018). *Advocates for Human Potential. Defining 'Peer Support': Implications for Policy, Practice, and Research*.

Pié-Balaguer; Salas Soneira y Alegre-Agís (2025) *Guía para un cuidado democrático y colectivo. Salud mental y redes de apoyo*. Ed. UOC-Instituto de las Mujeres. URL en: <http://hdl.handle.net/10609/152523>

Richard, J., Rebinsky, R., Suresh, R., Kubic, S., Carter, A., Cunningham, J., Ker, A., Williams, K. y Sorin, M. (2022). Scoping review to evaluate the effects of peer support on the mental health of young adults. *BMJ Open*, agosto 4, 12 (8).

Rivera Holguín, M. y Velázquez, T. (2017). Modelo de salud comunitaria. En *Salud mental comunitaria: miradas y diálogos que nos transforman* (pp. 97-113). Pontificia Universidad Católica del Perú.

Rodríguez del Barrio, L., Cyr, C., Benisty, L. y Pierrete, R. (2013). Gaining Autonomy & Medication (GAM): new perspectives on well-being,

quality of life and psychiatric medication. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (10), 2879-2887. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000012>

Rodríguez del Barrio, L. y Poirel, M. L. (2007). Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation des psychotropes. La Gestion autonome des médicaments. *Nouvelles pratiques sociales*, 19 (2), 111-127.

Russo, J. (2012). Survivor-Controlled Research: A New Foundation for Thinking about Psychiatry and Mental Health. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 13 (1). <https://doi.org/10.17169/fqs-13.1.1790>

Savransky, M. (2011). Ciudadanía, violencia epistémica y subjetividad / Citizenship, epistemic violence and subjectivity. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 95, 113-123. <http://www.jstor.org/stable/41300920>

Serrano Miguel, M. y Martínez Hernández, Á. (2020). Apuntes para una nueva cultura de cuidados en salud mental. *Revista Polis e Psique*, 10 (2), 247-266. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.104398>

Serrano-Miguel, M., Pié Balaguer, A. y Martínez-Hernández, Á. (2020). *Guía para la Gestión Colaborativa de la Medicación en salud mental*. Universitat Rovira i Virgili.

Serrano Miguel, M., Silveira, M. y Palombini, A. L. (2016). La Guía de Gestión Autónoma de la Medicación: una experiencia brasileña de participación social en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36 (129), 157-170.

Silveira, M. y Veiga Cabral, K. (2019). A implementação da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) na política de saúde mental: um relato da experiência no Rio Grande do Sul. En M. Mariath Belloc et al. (eds.), *Saúde mental em campo: da Lei da reforma psiquiátrica ao cotidiano do cuidado* (pp. 85-108). Redeunida.

Taylor, D. M. (2024). *The Maudsley Deprescribing Guidelines*. John Wiley & Sons.

Zabaleta, R., Lezcano, F. y Perea, M. V. (2021). Programas de formación para el apoyo entre iguales en salud mental en España. *Interdisciplinaria*, 38 (2), 183-198. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.12>

Este manual está pensado para quienes desean facilitar grupos de GCM.

Ofrece orientaciones y herramientas para acompañar espacios de diálogo seguros, horizontales y transformadores, donde compartir vivencias sobre la medicación, el sufrimiento psíquico y los procesos de recuperación.

Basado en una investigación participativa, pone en el centro la escucha, los derechos, los saberes en primera persona y la creación de vínculos de confianza y de respeto.

# Gm(”

Un Proyecto de Investigación-Acción Participativa en Salud Mental