



Prácticas de recuperación para la salud mental y el bienestar

Formación especializada de QualityRights de la OMS

QualityRights



Generalitat
de Catalunya

Transforming services and promoting the rights of people with psychosocial, intellectual and cognitive disabilities

2022, © Generalitat de Catalunya



Esta publicación es una traducción, de acuerdo con la licencia de Creative Commons [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/), del texto original de la OMS escrito en inglés.

Esta traducción no es obra de la OMS, y por tanto no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés *Recovery practices for mental health and well-being. WHO QualityRights Specialized training. Course guide*. Geneva: World Health Organization; 2019 es el texto auténtico y vinculante.

Edita:

Pacto Nacional de Salud Mental. Generalitat de Catalunya.

Traducción:

Servicio de Planificación Lingüística del Departament de Salut.

Primera edición:

Octubre de 2022

Índice

Agradecimientos	iii
Prefacio	xii
Declaraciones de apoyo	xiii
¿Qué es la iniciativa QualityRights de la OMS?	xx
La iniciativa QualityRights de la OMS: herramientas de formación y orientación	xxi
Sobre esta formación y orientación	xxii
Orientación para los formadores	xxv
Nota preliminar sobre el lenguaje	xxix
Objetivos de aprendizaje, temas y recursos	xxx
Introducción	1
Tema 1. ¿Qué es la recuperación?	Error! Bookmark not defined.
Tema 2. Servicios y prácticas orientados a la recuperación	12
Tema 3. Recuperación centrada en los activos y las fortalezas	20
Tema 4. Promover la esperanza	24
Tema 7. Límites en el contexto de las prácticas de recuperación	Error! Bookmark not defined.
Tema 8. Riesgos positivos en la recuperación	36
Tema 9. Apoyo a las personas para reconectar con la comunidad	42
Tema 10. Habilidades comunicativas	45
Tema 11. Planes de recuperación	49
Tema 12. El timón de la recuperación	57
Referencias	59
Anexos	63
Anexo 1. Casos	63
Anexo 2. Elementos clave del abordaje basado en la recuperación	69
Anexo 3. El timón de la recuperación	70

Agradecimientos

Conceptualización

Michelle Funk (coordinadora) y Natalie Drew Bold (responsable técnica), Equipo de Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (OMS/Ginebra).

Equipo editorial y redacción

Michelle Funk (OMS/Ginebra), Natalie Drew Bold (OMS/Ginebra), Marie Baudel, Universidad de Nantes, Francia.

Expertos internacionales clave

Celia Brown, MindFreedom International (Estados Unidos); Mauro Giovanni Carta, Universidad de Cagliari (Italia); Yeni Rosa Damayanti, Asociación Indonesia de Salud Mental (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (Estados Unidos); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (Suiza); Julian Eaton, CBM International y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Salam Gómez, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Colombia); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemania); Diane Kingston, Alianza Internacional contra el VIH/Sida (Reino Unido); Itzhak Levav, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad de Haifa (Israel); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Australia); Tina Minkowitz, Centro para los Derechos Humanos de los Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría (Estados Unidos); Peter Mittler, Dementia Alliance International (Reino Unido); Maria Francesca Moro, Universidad de Columbia (Estados Unidos); Fiona Morrissey, consultora de investigación en legislación sobre discapacidad (Irlanda); Michael Njenga, Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría en Kenia (Kenia); David W. Oaks, Aciu Insitute, LLC (Estados Unidos); Soumitra Pathare, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Suiza); Jolijn Santegoeds, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Países Bajos); Sashi Sashidharan, Universidad de Glasgow (Reino Unido); Gregory Smith, consultor internacional (Estados Unidos); Kate Swaffer, Dementia Alliance International (Australia); Carmen Valle, CBM International (Tailandia); Alberto Vásquez Encalada, relator especial sobre los derechos de las personas con discapacidad ante la Oficina de las Naciones Unidas (Suiza).

Colaboraciones

Revisores técnicos

Abu Bakar Abdul Kadir, Hospital Permai (Malasia); Robinah Nakanwagi Alambuya, Red Panafricana de Personas con Discapacidad Psicosocial (Uganda); Anna Arstein-Kerslake, Facultad de Derecho de Melbourne, Universidad de Melbourne (Australia); Lori Ashcraft, Resilience Inc. (Estados Unidos); Rod Astbury, Asociación de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Joseph Atukunda,

Heartsounds, Uganda (Uganda); David Axworthy, Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Simon Vasseur Bacle, EPSM Lille Metropole, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Sam Badege, Organización Nacional de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría en Ruanda (Ruanda); Amrit Bakhshy, Asociación de Concienciación sobre la Esquizofrenia (India); Anja Baumann, Acción para la Salud Mental de Alemania (Alemania); Jerome Bickenbach, Universidad de Lucerna (Suiza); Jean-Sébastien Blanc, Asociación para la Prevención de la Tortura (Suiza); Pat Bracken, consultor independiente en psiquiatría (Irlanda); Simon Bradstreet, Universidad de Glasgow (Reino Unido); Claudia Pellegrini Braga, Universidad de São Paulo (Brasil); Fiscalía de Río de Janeiro (Brasil); Patricia Brogna, Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (Argentina); Celia Brown, MindFreedom International (Estados Unidos); Kimberly Budnick, maestra de Head Start/educadora de la primera infancia (Estados Unidos); Janice Cambri, Psychosocial Disability - Inclusive Philippines (Filipinas); Aleisha Carroll, CBM Australia (Australia); Mauro Giovanni Carta, Universidad de Cagliari (Italia); Chauhan Ajay, Autoridad Estatal de Salud Mental, Gujarat (India); Facundo Chavez Penillas, Oficina del Alto Comisariado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Suiza); Daniel Chisholm, Oficina Regional para Europa de la OMS (Dinamarca); Louise Christie, Red Escocesa de Rehabilitación (Reino Unido); Oryx Cohen, Centro Nacional de Empoderamiento (Estados Unidos); Celline Cole, Universidad Libre de Berlín (Alemania); Janice Cooper, Carter Center (Liberia); Jillian Craigie, Kings College de Londres (Reino Unido); David Crepez-Keay, Fundación para la Salud Mental (Reino Unido); Rita Cronise, International Association of Peer Supporters (Estados Unidos); Gaia Montauti de Harcourt, Fondation de Harcourt (Suiza); Yeni Rosa Damayanti, Indonesia Mental Health Association (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (Estados Unidos); Laura Davidson, abogada y consultora en desarrollo (Reino Unido); Lucía de la Sierra, Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Suiza); Theresia Degener, Bochum Center for Disability Studies (BODYS), Universidad Protestante de Estudios Aplicados (Alemania); Paolo del Vecchio, Administración de Servicios de Salud Mental y de Drogodependencias (Estados Unidos); Manuel Desviado, Atopos, Salud Mental, Comunidad y Cultura (España); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (Suiza); Alex Devine, Universidad de Melbourne (Australia); Christopher Dowrick, Universidad de Liverpool (Reino Unido); Julian Eaton, CBM International y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Rabih El Chammay, Ministerio de Salud (Líbano); Mona El-Bilsha, Universidad de Mansura (Egipto); Ragia Elgerzawy, Iniciativa Egipcia para los Derechos Humanos (Egipto); Radó Iván, Foro de Interés por la Salud Mental (Hungría); Natalia Santos Estrada, Colectivo Chuhcan (México); Timothy P. Fadgen, Universidad de Auckland (Nueva Zelanda); Michael Elnemais Fawzy, Hospital de Salud Mental El-Abbassia (Egipto); Alva Finn, Mental Health Europe (Bélgica); Susanne Forrest, NHS Education for Scotland (Reino Unido); Rodrigo Fredes, Locos por Nuestros Derechos (Chile); Paul Fung, Mental Health Portfolio, HETI Higher Education (Australia); Lynn Gentile, Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Suiza); Kirsty Giles, South London and Maudsley (SLaM) Recovery College (Reino Unido); Salam Gómez, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Colombia); Ugnė Grigaitė, ONG Instituto de Seguimiento de Derechos Humanos y Perspectivas en Salud Mental (Lituania); Margaret Grigg, Departamento de Servicios Humanos y de Salud, Melbourne (Australia); Oye Gureje, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Ibadan (Nigeria); Cerdic Hall, Camden e Islington NHS Foundation Trust (Reino Unido); Julie Hannah, Human Rights Centre, Universidad de Essex (Reino Unido); Steve Harrington, International Association of Peer Supporters (Estados Unidos); Akiko Hart, Mental Health Europe (Bélgica); Renae Hodgson, Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Nicole Hogan, Hampshire Hospitales NHS Foundation Trust (Reino Unido); Frances Hughes, Cutting Edge Oceanía (Nueva Zelanda); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemania); Hiroto Ito, Centro Nacional de Neurología y Psiquiatría (Japón); Maths Jespersen, PO-Skåne (Suecia); Lucy Johnstone, consultora en psicología clínica y formadora independiente (Reino Unido); Titus Joseph, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Dovilė Juodkaitė, Foro Lituano de Discapacidad (Lituania); Rachel Kachaje,

Disabled People's International (Malawi); Jasmine Kalha, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Elizabeth Kamundia, Comité Nacional sobre Derechos Humanos (Kenia); Yasmin Kapadia, Sussex Recovery College (Reino Unido); Brendan Kelly, Trinity College de Dublín (Irlanda); Mary Keogh, CBM International (Irlanda); Akwatu Khenti, Dirección contra el Racismo de Ontario, Ministerio de Seguridad Comunitaria y Servicios Penitenciarios (Canadá); Seongsu Kim, Centro Colaborador de la OMS, Hospital Mental Yongin (Corea del Sur); Diane Kingston, Alianza Internacional contra el VIH/Sida (Reino Unido); Rishav Koirala, Universidad de Oslo (Noruega); Mika Kontiainen, Departamento de Asuntos Exteriores y Comercio (Australia); Sadhvi Krishnamoorthy, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Anna Kudyarova, Instituto Psicoanalítico para Asia Central (Kazajistán); Linda Lee, Mental Health Worldwide (Canadá); Itzhak Levav, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad de Haifa (Israel); Maureen Lewis, Comité de Salud Mental (Australia); Laura Loli-Dano, Centro para las Adicciones y la Salud Mental (Canadá); Eleanor Longden, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust (Reino Unido); Crick Lund, Universidad de Ciudad del Cabo (Sudáfrica); Judy Wanjiru Mbuthia, Servicios de Salud Mental de Uzima (Kenia); John McCormack, Red Escocesa de Rehabilitación (Reino Unido); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Australia); Emily McLoughlin, consultora internacional (Irlanda); Bernadette McSherry, Universidad de Melbourne (Australia); Roberto Mezzina, Centro Colaborador de la OMS, Trieste (Italia); Tina Minkowitz, Centro para los Derechos Humanos de los Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Estados Unidos); Peter Mittler Dementia Alliance International (Reino Unido); Pamela Molina Toledo, Organización de Estados Americanos (Estados Unidos); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (Reino Unido); Maria Francesca Moro, Universidad de Columbia (Estados Unidos); Fiona Morrissey, consultora de investigación en legislación sobre discapacidad (Irlanda); Melita Murko, Oficina Regional de Europa de la OMS (Dinamarca); Chris Nas, Trimbos International (Países Bajos); Sutherland Carrie, Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido); Michael Njenga, Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría en Kenia (Kenia); Aikaterini - Katerina Nomidou, GAMIAN-Europe (Bélgica) y SOFPSI N. SERRON (Grecia); Peter Oakes, Universidad de Hull (Reino Unido); David W. Oaks, Aciu Institute, LLC (Estados Unidos); Martin Orrell, Instituto de Salud Mental, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Abdelaziz Awadelseed Alhassan Osman, Hospital Al Amal, Dubai (Emiratos Árabes Unidos); Gareth Owen, King's College de Londres (Reino Unido); Soumitra Pathare, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Sara Pedersini, Fundación de Harcourt (Suiza); Elvira Pértega Andía, Universidad Saint-Louis (España); Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Suiza); Thara Rangaswamy, Schizophrenia Research Foundation (India); Manaam Kar Ray, Cambridgeshire y Peterborough NHS Foundation Trust (Reino Unido); Mayssa Rekhis, Facultad de Medicina, Universidad El Manar de Túnez (Túnez); Julie Repper, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Genevra Richardson, King's College de Londres (Reino Unido); Annie Robb, Centro Ubuntu (Sudáfrica); Jean Luc Roelandt, EPSM Lille Metropole, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Eric Rosenthal, Disability Rights International (Estados Unidos); Raúl Montoya Santamaría, Colectivo Chuhcan A.C. (México); Jolijn Santegoeds, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Países Bajos); Benedetto Saraceno, Instituto de Lisboa para la Salud Mental Global (Suiza); Sashi Sashidharan, Universidad de Glasgow (Reino Unido); Marianne Schulze, consultora internacional (Austria); Tom Shakespeare, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Gordon Singer, consultor experto (Canadá); Frances Skerritt, especialista de iguales (Canadá); Mike Slade, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Gregory Smith, consultor internacional (Estados Unidos); Natasa Dale, Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Michael Ashley Stein, Harvard Law School (Estados Unidos); Anthony Stratford, Mind Australia (Australia); Charlene Sunkel, Red Global de Iguales en Salud Mental (Sudáfrica); Kate Swaffer, Dementia Alliance International (Australia); Shelly Thomson, Departamento de Asuntos Exteriores y Comercio (Australia); Carmen Valle, CBM International (Tailandia); Alberto Vásquez Encalada, relator especial

sobre los derechos de las personas con discapacidad frente a la Oficina de las Naciones Unidas (Suiza); Javier Vasquez, vicepresidente, Programas de Salud, Juegos Olímpicos Especiales, Internacional (Estados Unidos); Benjamin Veness, Alfred Health (Australia); Peter Ventevogel, Sección de Salud Pública, Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Suiza); Carla Aparecida Arena Ventura, Universidad de Sao Paulo (Brasil); Alison Xamon, presidente del Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia).

Alumnos en prácticas en la OMS

Mona Alqazzaz, Paul Christiansen, Casey Chu, Julia Faure, Stephanie Fletcher, Jane Henty, Angela Hogg, April Jakubec, Gunnhild Kjaer, Yuri Lee, Adrienne Li, Kaitlyn Lyle, Joy Muhia, Zoe Mulliez, Maria Paula Acuna Gonzalez, Jade Presnell, Sarika Sharma, Katelyn Tenbensen, Peter Varnum, Xin Ya Lim, Izabella Zant.

Sede de la OMS y oficinas regionales

Nazneen Anwar (OMS / Asia sudoriental), Florence Baingana (OMS/África), Andrea Bruni (OMS/Américas), Darryl Barrett (OMS / Pacífico occidental), Rebecca Bosco Thomas (sede de la OMS), Claudina Cayetano (OMS/Américas), Daniel Chisholm (OMS/Europa), Neerja Chowdary (sede de la OMS), Fahmy Hanna (sede de la OMS), Eva Lustigova (sede de la OMS), Carmen Martínez (OMS/Américas), Maristela Monteiro (OMS/Américas), Melita Murko (OMS/Europa), Khalid Saeed (OMS / Mediterráneo oriental), Steven Shongwe (OMS/África), Yutaro Setoya (OMS / Pacífico occidental), Martin Vandendyck (OMS / Pacífico occidental), Mark Van Ommeren (sede de la OMS), Edith Van't Hof (sede de la OMS) y Dévora Kestel (sede de la OMS).

Apoyo administrativo y editorial de la OMS

Patricia Robertson, Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (OMS/Ginebra); David Bramley, edición (Suiza); Julia Faure (Francia), Casey Chu (Canadá) y Benjamin Funk (Suiza), diseño y apoyo.

Colaboraciones en soporte de vídeo

Queremos agradecer a las siguientes personas y organizaciones su autorización para usar sus vídeos en estos materiales:

50 mums, 50 kids, 1 extra chromosome

Vídeo producido por Wouldn't Change a Thing

Breaking the chains, de Erminia Colucci

Vídeo producido por Movie-Ment

Chained and locked up in Somaliland

Vídeo producido por Human Rights Watch

Circles of support

Vídeo producido por Inclusion Melbourne

Decolonizing the mind: A trans-cultural dialogue on rights, inclusion and community

(International Network toward Alternatives and Recovery – INTAR, India, 2016)

Vídeo producido por el Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Dementia, disability & rights – Kate Swaffer

Vídeo producido por Dementia Alliance International

Finger prints and foot prints

Vídeo producido por PROMISE Global

Forget the stigma

Vídeo producido por The Alzheimer Society of Ireland

Ghana: Abuse of people with disabilities

Vídeo producido por Human Rights Watch

Global campaign: the right to decide

Vídeo producido por Inclusion International

Human rights, ageing and dementia: challenging current practice, de Kate Swaffer

Vídeo producido por Your aged and disability advocates (ADA), Australia

I go home

Vídeo producido por WITF TV, Harrisburg, PA. © 2016 WITF

Inclusive health overview

Vídeo producido por Special Olympics

Independent advocacy, James' story

Vídeo producido por The Scottish Independent Advocacy Alliance

Living in the community

Vídeo producido por la Lebanese Association for Self-Advocacy (LASA) y el Disability Rights Fund (DRF)

Living it forward

Vídeo producido por LedBetter Films

Living with mental health problems in Russia

Vídeo producido por Sky News

Love, loss and laughter – living with dementia

Vídeo producido por Fire Films

Mari Yamamoto

Vídeo producido por el Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Mental health peer support champions, Uganda 2013

Vídeo producido por Cerdic Hall

Moving beyond psychiatric labels

Vídeo producido por The Open Paradigm Project/P.J. Moynihan, Digital Eyes Film Producer

'My dream is to make pizza': the caterers with Down's syndrome

Vídeo producido por The Guardian

My story: Timothy

Vídeo producido por End the Cycle (Initiative of CBM Australia)

Neil Laybourn and Jonny Benjamin discuss mental health

Vídeo producido por Rethink Mental Illness

No force first

Vídeo producido por el Mersey Care NHS Foundation Trust

No more barriers

Vídeo producido por la BC Self Advocacy Foundation

'Not without us' from Sam Avery & mental health peer connection

Vídeo producido por la Mental Health Peer Connection

Open Dialogue: an alternative Finnish approach to healing psychosis (complete film)

Vídeo producido por Daniel Mackler, cineasta

The Open Paradigm Project – Celia Brown

Vídeo producido por The Open Paradigm Project / Mindfreedom International

Open Paradigm Project – Dorothy Dundas

Vídeo producido por The Open Paradigm Project

Open Paradigm Project – Oryx Cohen

Vídeo producido por The Open Paradigm Project / National Empowerment Center

Open Paradigm Project – Sera Davidow

Vídeo producido por The Open Paradigm Project / Western Mass Recovery Learning

Ovidores de Vozes (Hearing Voices) Canal Futura, Brasil 2017

Vídeo producido por L4 Filmes

Paving the way to recovery – The Personal Ombudsman System

Vídeo producido por Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

Peer advocacy in action

*Vídeo producido y dirigido por David W. Barker, Createus Media Inc. (www.createusmedia.com)
© 2014 Createus Media Inc., todos los derechos reservados. Utilizado con permiso de la Organización Mundial de la Salud. Contacte con info@createusmedia.com para más información. Un agradecimiento especial a Rita Cronise por toda su ayuda y apoyo.*

Planning ahead – Living with younger onset dementia

Vídeo original producido por Office for the Ageing, SA Health, Adelaida, Australia. Copyright de Creative: Kate Swaffer y Dementia Alliance International

Quality in social services – Understanding the convention on the rights of persons with disabilities

Vídeo producido por la Garantía de Calidad Europea en Servicios Sociales (EQUASS). Unidad de Plataforma Europea para la Rehabilitación (EPR) (www.epr.eu – www.equass.be). Con el apoyo financiero del Programa Europeo de Ocupación e Innovación Social (EaSI) (2014-2020) – <http://ec.europa.eu/social/easi>.

Animación: S. Allaeys – QUIDOS. Apoyo al contenido: Foro Europeo de la Discapacidad

Raising awareness of the reality of living with dementia

Vídeo producido por la Mental Health Foundation (Reino Unido)

Recovery from mental disorders, a lecture by Patricia Deegan

Vídeo producido por Patricia E. Deegan, Pat Deegan PhD & Associates LLC

Reshma Valliappan (International Network toward Alternatives and Recovery – INTAR, India, 2016)

Vídeo producido por el Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Rory Doody on his experience of Ireland's capacity legislation and mental health services

Vídeo producido por Amnistía Internacional Irlanda

Seclusion: Ashley Peacock

Vídeo producido por Attitude Pictures Ltd. Courtesy Attitude – todos los derechos reservados.

Seher, Urban Community Mental Health Program, Pune

Vídeo producido por el Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Self-advocacy

Vídeo producido por Self Advocacy Online (@selfadvocacyonline.org)

Social networks, open dialogue and recovery from psychosis – Jaakko Seikkula

Vídeo producido por Daniel Mackler, cineasta

Special Olympic athlete Victoria Smith (entrevista), ESPN, 4 de julio de 2018

Vídeo producido por Special Olympics

Discurso de Craig Mokhiber, director adjunto del secretario general de Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisariado para los Derechos Humanos, pronunciado durante el evento «Time to act on global mental health – building momentum on mental health in the SDG era», mantenido con motivo de la 73ª sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Vídeo producido por UN Web TV

Thanks to John Howard peers for support

Vídeo producido por Cerdic Hall

The Gestalt Project: Stop the stigma

Vídeo producido por Kian Madjedi, cineasta

The T. D. M. (Transitional Discharge Model)

Vídeo producido por LedBetter Films

This is the story of a civil rights movement

Vídeo producido por Inclusion BC

Uganda: 'Stop the abuse'

Vídeo producido por Validity, denominada previamente 'Mental disability advocacy centre (MDAC)'

UN CRPD: What is article 19 and independent living?

Vídeo producido por Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

UNCRPD: What is Article 12 and legal capacity?

Vídeo producido por Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

Universal declaration of human rights

Vídeo producido por la Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

What is recovery?

Vídeo producido por Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

What is the role of a personal assistant?

Vídeo producido por Ruils – Disability Action & Advice Centre (DAAC)

Why self-advocacy is important

Vídeo producido por Inclusion International

Women institutionalized against their will in India

Vídeo producido por Human Rights Watch

Working together – Ivymount School and PAHO

Vídeo producido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional para las Américas)

You can recover (Reshma Valliappan, India)

Vídeo producido por ASHA International

Apoyo financiero

La OMS quiere expresar su agradecimiento a Grand Challenges Canada, organización financiada por el Gobierno de Canadá, al Comité de Salud Mental, al Gobierno de Australia Occidental, a CBM International y al Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) por su generoso apoyo financiero para desarrollar los módulos de formación de la iniciativa QualityRights.

También quiere agradecer a International Disability Alliance (IDA) el apoyo financiero que ha prestado a varios revisores de los módulos de la iniciativa QualityRights de la OMS.

Prefacio

Garantizar la salud mental y el bienestar se ha convertido en un imperativo a escala mundial y es un hito importante de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS).

Desgraciadamente, nuestra respuesta en todos los países del mundo ha sido insuficiente y no hemos conseguido muchos avances en cuanto a la promoción de la salud mental como un derecho humano fundamental.

Una de cada diez personas sufre un trastorno de salud mental, doscientos millones tienen una discapacidad intelectual y se calcula que cincuenta millones tienen demencia. Muchas personas con trastorno de salud mental o discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva no tienen acceso a unos servicios de salud mental de calidad, que satisfagan sus necesidades y que respeten sus derechos y su dignidad.

Aún hoy, las personas son recluidas en instituciones, donde se las aísla de la sociedad y se las margina de sus comunidades. En muchos casos, sufren abusos físicos, sexuales y emocionales, y son objeto de trato negligente en los servicios sanitarios, las prisiones y la comunidad. Además, se ven privadas del derecho a decidir por sí mismas sobre la atención y el tratamiento, sobre el lugar donde quieren vivir y sobre cuestiones personales y económicas. A menudo se les deniega el acceso a la atención sanitaria, a la educación y a oportunidades laborales, impidiéndoles una inclusión y una participación plenas en la vida comunitaria. A consecuencia de ello, las personas con trastorno de salud mental y discapacidad intelectual mueren entre diez y veinte años antes que la población en general, tanto en los países de renta baja como en los de renta media y alta.

El derecho a la salud es fundamental para la visión y la misión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y es el eje de nuestros esfuerzos por conseguir una cobertura sanitaria universal (CSU). La base de la CSU son unos sistemas sanitarios, basados en la atención primaria, que presten unos servicios fundamentados en la evidencia y centrados en la persona, y que respeten los valores y preferencias de los individuos.

Para hacer realidad esta visión, ahora existen catorce nuevos módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights de la OMS. El objetivo de estos módulos es que los diferentes países puedan trasladar a la práctica las normas internacionales en materia de derechos humanos ejerciendo influencia en las políticas y desarrollando las aptitudes y los conocimientos necesarios para aplicar abordajes centrados en la persona y basados en la recuperación. Esto permitirá prestar una atención y un apoyo de calidad, y fomentar la salud mental y el bienestar.

Estamos convencidos de que todas las personas –desde los profesionales de los servicios hasta los miembros de la comunidad– deben tener las aptitudes y los conocimientos necesarios para apoyar a cualquier persona que tenga un trastorno de salud mental o una discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

Esperamos que se haga un uso extensivo de estos módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights, y que el abordaje que ofrecen sea la norma, y no la excepción, en los servicios sociales y de salud mental de todo el mundo.



Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus

Director general

Organización Mundial de la Salud

Declaraciones de apoyo

Dévora Kestel, directora, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra

En todo el mundo, cada vez se es más consciente de la importancia de la salud mental y de prestar unos servicios y apoyos centrados en la persona, así como de fomentar un abordaje basado en los derechos humanos y que impulse la recuperación. Esta tendencia va acompañada del reconocimiento de que los sistemas de salud mental de los países de renta baja, media y alta no cumplen con sus obligaciones respecto a muchos individuos y comunidades porque ofrecen un acceso limitado y unos servicios de baja calidad, y que vulneran los derechos humanos.

Es inaceptable que las personas usuarias de los servicios de salud mental estén expuestas a unas condiciones de vida inhumanas y a unas prácticas terapéuticas perjudiciales, así como a situaciones de violencia, negligencia y abuso. Según varios informes, un buen número de servicios no satisfacen las necesidades de las personas o no les dan el apoyo necesario para poder vivir con independencia en su comunidad, por lo que la interacción con estos servicios a menudo hace que se sientan desesperadas y desempoderadas.

En el contexto más amplio de la comunidad, las personas con trastorno de salud mental o discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva son objeto de estigmatización, discriminación e importantes desigualdades que impregnan todos los aspectos de su vida. Se les niega la oportunidad de vivir donde quieran, de casarse, de formar una familia, de ir a la escuela, de buscar trabajo y de disfrutar de actividades de ocio.

Si queremos cambiar esta situación, debemos adoptar abordajes basados en la recuperación y en los derechos humanos. El abordaje basado en la recuperación garantiza que los servicios sitúen a las personas en el centro de la atención que necesiten. Su objetivo es apoyar a las personas para que puedan definir cómo entienden su recuperación, y ayudarlas a recuperar el control de su identidad y de su existencia, tener esperanza en el futuro y encontrar un sentido a la vida gracias, por ejemplo, al trabajo, a las relaciones personales, a la participación en la comunidad o a la espiritualidad.

Los abordajes basados en la recuperación y los derechos humanos tienen muchos puntos en común. Ambos fomentan derechos clave recogidos en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, tales como la igualdad, la no discriminación, la capacidad jurídica, el consentimiento informado y la inclusión comunitaria. Ahora bien, el abordaje basado en los derechos humanos impone obligaciones a los países con el fin de que promuevan estos derechos.

Mediante estos módulos de formación y orientación, desarrollados en el marco de la iniciativa QualityRights, la Organización Mundial de la Salud ha adoptado medidas contundentes para abordar estos retos y ayudar a los países a cumplir con sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. Estas herramientas permiten realizar diversas acciones cruciales orientadas a promover la participación y la inclusión comunitaria para las personas con experiencia vivida de trastorno mental; a impulsar el entrenamiento en habilidades sociales para poner fin a la estigmatización y la discriminación, y para fomentar los derechos y la recuperación; a fortalecer el apoyo entre iguales y las organizaciones de la sociedad civil con el fin de crear relaciones de apoyo mutuo y de empoderar a las personas para que reclamen que los servicios sociales y de salud mental adopten un abordaje centrado en la persona y en los derechos humanos.

Confío en que los diferentes países utilicen estas herramientas de la Organización Mundial de la Salud para dar una respuesta global a los retos a los que deben hacer frente las personas con trastorno mental o discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

QualityRights ofrece un nuevo abordaje de la atención en salud mental; un abordaje basado en los derechos y orientado a la recuperación.

Esta iniciativa de la Organización Mundial de la Salud es muy acertada. Cada vez se pone más de manifiesto que las políticas y los servicios de salud mental deben cambiar en todo el mundo. Es muy frecuente que los servicios para las personas con discapacidad psicosocial y otros trastornos de salud mental recurran a la coacción, la sobremedicación y la institucionalización. Esta situación es inaceptable, dado que puede seguir reforzando la estigmatización y la impotencia, tanto entre los usuarios como entre los profesionales de los servicios de salud mental.

Todas las partes implicadas –desde los responsables de políticas hasta los profesionales de la salud mental y los usuarios de los servicios de salud mental– deben disponer de conocimientos y aptitudes que les permitan gestionar el cambio de una manera eficaz, así como desarrollar servicios de salud mental sostenibles y basados en los derechos.

La iniciativa QualityRights, mediante unos módulos específicos y bien concebidos, proporciona los conocimientos y las aptitudes necesarias para conseguirlo, además de demostrar de una manera convincente que el cambio es posible y que este cambio se traducirá en una situación favorable para todas las partes. En primer lugar, las personas con discapacidad y con otros trastornos de salud mental, que quizás necesitan servicios de salud mental, estarán motivadas a utilizar unos servicios que las empoderen y que respeten sus opiniones. En segundo lugar, los profesionales de los servicios serán competentes y confiarán en la aplicación de medidas que impiden la coacción. A consecuencia de ello, se reducirán las asimetrías de poder y, a su vez, se reforzarán la confianza mutua y la alianza terapéutica.

Dejar atrás el legado de abordajes de la atención en salud mental –obsoletos y basados en asimetrías de poder, en la coacción y en la discriminación– no será un camino fácil. Ahora bien, cada vez es más obvio que es necesario un cambio a escala global –tanto en los países de renta baja como en los de renta media y alta– para conseguir unos servicios de salud mental basados en los derechos y en la evidencia. La iniciativa QualityRights de la OMS y sus materiales de formación y orientación son unas herramientas sumamente útiles que ayudarán y empoderarán a todas las partes interesadas que quieran avanzar en esta dirección. Recomiendo sin reservas que todos los países se sumen a la iniciativa QualityRights.

Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad

Las personas con discapacidad, en especial las que tienen discapacidad psicosocial e intelectual, son a menudo objeto de vulneraciones de los derechos humanos en el contexto de los servicios de salud mental. En muchos países, la legislación en materia de salud mental permite el ingreso hospitalario y el tratamiento involuntarios de personas con discapacidad debido a su deficiencia –tanto real como percibida– y otros factores, como la «necesidad médica» y la «peligrosidad». Muchos servicios de salud mental recurren con regularidad al aislamiento y a la contención física en casos de crisis emocional y de malestar grave, pero también los utilizan como castigo. Las mujeres y las niñas con

discapacidad psicosocial e intelectual suelen estar expuestas a la violencia y a menudo son sometidas a diversas prácticas perjudiciales en entornos de salud mental, como la anticoncepción, el aborto y la esterilización forzosos.

En este contexto, la iniciativa QualityRights de la OMS puede proporcionar una orientación fundamental sobre cómo establecer servicios de salud mental y dar respuestas basadas en la comunidad desde la perspectiva de los derechos humanos, y ofrecer un camino para poner fin a la institucionalización y al tratamiento involuntario de las personas con discapacidad. Esta iniciativa exige impartir formación a los profesionales sanitarios para que proporcionen a las personas con discapacidad una atención y ayuda psicosociales que respeten sus derechos. Al promover el cumplimiento de los marcos de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) y de la Agenda 2030, los módulos de la iniciativa QualityRights de la OMS nos acercan a hacer valer los derechos de las personas con discapacidad.

Julian Eaton, director, Salud Mental, CBM International

El aumento del interés por la salud mental como eje de desarrollo ofrece la oportunidad de reducir las enormes diferencias existentes en cuanto a la atención y el apoyo, y de permitir que las personas puedan hacer valer, en todos los casos, su derecho a una atención sanitaria de calidad. A lo largo de la historia, los servicios de salud mental han tendido a ser muy deficientes y no han tenido en cuenta las prioridades y las opiniones de los usuarios.

El programa QualityRights de la OMS ha contribuido significativamente a adoptar los medios necesarios para medir los servicios de salud mental de acuerdo con los estándares de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Esto a menudo representa un cambio de paradigma en relación a cómo los servicios han funcionado históricamente. Estos nuevos módulos de formación y orientación son un excelente recurso que facilita una mejor práctica en materia de apoyo a las personas con trastorno mental y discapacidad psicosocial, y que fomenta entornos más saludables que favorecen la recuperación. Aún queda un largo camino por recorrer, pero el programa QualityRights es una herramienta fundamental para los profesionales de los servicios y los usuarios, dado que establece las directrices para llevar a cabo una reforma práctica de los servicios, con independencia del país donde estén, que valora la dignidad y el respeto.

Charlene Sunkel, directora general, Red Global de Iguales en Salud Mental

El conjunto de materiales de formación y orientación de la iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud fomenta un sólido abordaje participativo. Reconoce los valores y la importancia de la experiencia vivida de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva en cuanto a fomentar su recuperación, de emprender actividades de promoción, de llevar a cabo estudios de investigación y de reducir la estigmatización y la discriminación. Las herramientas de la iniciativa QualityRights garantizan el cumplimiento de los estándares en materia de derechos humanos e implementan estrategias para acabar con las prácticas coactivas. Explican cómo las personas con experiencia vivida pueden aportar apoyo entre iguales, además de contribuir a desarrollar, diseñar, implantar, supervisar y evaluar los servicios sociales y de salud mental.

La experiencia vivida va mucho más allá de la adquisición de conocimientos y de aptitudes. La vivencia proviene de una profunda comprensión, tanto del impacto social y en materia de derechos humanos que comporta vivir con una discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, como de las adversidades sufridas al sentir el rechazo, la segregación y la discriminación. Proviene de tener que luchar para moverse por un sistema de salud mental que a menudo no proporciona los servicios ni

el apoyo que supondría el trato como un individuo único, y que satisfaría sus necesidades de recuperación específicas.

El sistema de salud mental no es el único sistema a sociedad que pone obstáculos que las personas deben superar; el acceso a otras oportunidades en la vida, como la educación, un puesto de trabajo, la vivienda, la salud en general y el bienestar, pueden suponer un reto igual de importante. Las perspectivas únicas y profundas de las personas con experiencia vivida pueden ser el catalizador para el cambio y la transformación de todos los sistemas de la sociedad para proteger los derechos humanos, fomentar la inclusión comunitaria, mejorar la calidad de vida y promover el empoderamiento, aspectos que en todos los casos pueden contribuir a mejorar la salud mental y el bienestar.

Kate Swaffer, presidenta, Dementia International Alliance

Ha sido un honor y un placer para Dementia Alliance International (DAI) trabajar con la iniciativa QualityRights de la OMS y sus colaboradores en un proyecto tan primordial como éste. En la práctica, se ha tendido a no tener en cuenta los derechos humanos de las personas con demencia. Ahora, estos módulos introducen un nuevo abordaje de la salud mental, así como de la demencia, un trastorno neurodegenerativo que provoca discapacidades cognitivas. A diferencia del actual camino posdiagnóstico para la demencia, que se centra solo en las carencias y se traduce únicamente en discapacidad y en dependencia, este nuevo abordaje y estos módulos únicos y formadores fomentan los derechos, alientan a las personas con demencia y las apoyan para que puedan vivir de una forma más positiva.

Los módulos promueven la necesidad de un acceso claro a los derechos y son unas herramientas muy prácticas que todas las personas, sin excepción, pueden utilizar. En esencia, toman principios clave de los derechos humanos y hacen que sean viables en la práctica. Son tan apropiados y efectivos para los profesionales sanitarios como para las personas con demencia y sus familiares. Así, por ejemplo, al subrayar la necesidad y los beneficios del apoyo entre iguales —un servicio gratuito que la DAI ha venido ofreciendo a las personas con demencia desde 2003, incluso antes de que este apoyo se pusiera en marcha oficialmente— y al centrarse en la cuestión de la capacidad jurídica y en su pertinencia según el artículo 12 de la CDPD, estos módulos ofrecen maneras tangibles de informar mejor a los profesionales y los familiares para garantizar que a las personas con demencia no se les sigan denegando sus derechos. Personalmente, tengo plena confianza en que estos módulos ayudarán a todas las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva a disfrutar de una mejor calidad de vida.

Ana Lucia Arellano, presidenta, International Disability Alliance

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de las Naciones Unidas es un tratado pionero sobre los derechos humanos que promueve un cambio de paradigma, consistente en dejar de considerar a las personas con discapacidad como receptoras de servicios de beneficencia o de tratamiento médico para pasarlas a reconocerlas plenamente como sujetos de derechos. Este cambio de paradigma es especialmente significativo para las personas con discapacidad intelectual, psicosocial y múltiple, o para las personas con necesidades de apoyo más intensivas. El artículo 12 de la CDPD es clave para promover este cambio, dado que reconoce que las personas con discapacidad pueden ejercer su capacidad jurídica plena. Este es el derecho humano fundamental que establece las bases para ejercer el resto de los derechos.

QualityRights es una herramienta excelente para que los especialistas y los profesionales de la salud comprendan mejor la CDPD y se adhieran a ella. Establece un puente entre las personas con

discapacidad psicosocial, los usuarios y supervivientes de psiquiatría, y los servicios de salud mental y el sector sanitario, respetando los principios y los valores de la CDPD. Los módulos de QualityRights se han desarrollado en estrecha colaboración con los usuarios y supervivientes de los servicios de salud mental, vinculando sus voces a los mensajes transmitidos a los estados que forman parte de la CDPD. International Disability Alliance (IDA) y sus organizaciones miembros celebran con satisfacción el trabajo realizado en el marco de la iniciativa QualityRights. Animamos firmemente a la OMS a continuar sus esfuerzos para transformar las leyes, las políticas y los sistemas de salud mental hasta que cumplan la CDPD, así como a hacerse eco de las fuertes voces que reclaman «¡Nada sobre nosotros sin nosotros!».

Connie Laurin-Bowie, directora ejecutiva, Inclusion International

La iniciativa QualityRights de la OMS pretende empoderar a los individuos, así como a las organizaciones de personas con discapacidad, para que conozcan sus derechos humanos e impulsen el cambio para poder vivir con independencia en la comunidad y poder recibir el apoyo adecuado. Inclusion International celebra esta iniciativa, que pretende promover los derechos que a menudo se niegan a las personas con discapacidad intelectual; concretamente, el derecho a acceder a unos servicios de salud mental adecuados en el marco de la comunidad; el derecho a elegir; el derecho a tener una vida familiar; el derecho a vivir en la comunidad; y el derecho a ser ciudadanos activos. QualityRights es una aportación muy valiosa a nuestros esfuerzos colectivos por configurar e influir en unas políticas y prácticas que permitan la inclusión de todas las personas en sus comunidades.

Alan Rosen, catedrático, Illawarra Institute of Mental Health, Universidad de Wollongong, y Brain & Mind Centre, Universidad de Sydney, Australia

La libertad es terapéutica. Promover los derechos humanos en nuestros servicios de salud mental puede contribuir a la curación. Puede garantizar que, siempre que sea posible, una persona que viva con un trastorno de salud mental: a) conserve el derecho de elección de la asistencia y de la atención que recibe y tenga un control sobre ella, y b) reciba, si es necesario, un buen apoyo clínico y domiciliario para poder vivir en la comunidad sin trabas, «en su propio terreno y de acuerdo con sus condiciones».

Después de una larga historia de defensa de los derechos humanos en el campo de la psiquiatría, estos módulos demuestran que es posible satisfacer sin contradicciones el derecho a una adecuada atención, a todos los derechos humanos y a todas las libertades fundamentales. Es necesario reducir la coacción en la atención sanitaria, como la contención física, el aislamiento, la medicación forzosa, las unidades de hospitalización cerradas con llave, la reclusión en espacios confinados e instituciones. Para que en la atención sanitaria se alcance un grado de libertad óptimo, es necesario llevar a cabo un cambio radical, como puede ser una sistematización generalizada de alternativas prácticas basadas en la evidencia para impedir la coacción; es decir, puertas abiertas, centros de relevo abiertos, un acceso libre y abierto, comunidades abiertas, mentes abiertas, conversaciones abiertas entre iguales, apoyo a la vida comunitaria, mejora de la comunicación individual y familiar, habilidades y apoyo para la resolución de problemas, documentos de voluntades anticipadas, formación en técnicas de alivio y desescalada, apoyo a la toma de decisiones, orientación a la recuperación por parte de todos los servicios y de todos los profesionales expertos, y elaboración conjunta de políticas con todas las partes interesadas.

El programa QualityRights de la OMS, basado en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de Naciones Unidas, consta de un conjunto de módulos muy prácticos. A nosotros, como profesionales, estos módulos nos ofrecen una trayectoria y un horizonte hacia el

que trabajar, y no una respuesta final o un límite temporal. Además de optimizar los servicios clínicos y de apoyo, nuestras acciones políticas, jurídicas y sociales con las personas usuarias de los servicios y con sus familiares deben combinarse con nuestra propia emancipación como profesionales del pensamiento institucional y de las restricciones que conllevan las prácticas habituales en la atención a la salud mental. Solo así, todos juntos, podremos mejorar significativamente las perspectivas de una vida empoderada, con sentido y enriquecedora, con ciudadanía plena y con todos los derechos, para las personas con problemas de salud mental graves, persistentes o recurrentes.

Victor Limaza, activista y formador del Programa «Discapacidad y Justicia» de Documenta, A. C. (México)

La dignidad y el bienestar son conceptos estrechamente interrelacionados. Hoy en día se cuestionan los criterios mediante los cuales juzgamos el sufrimiento psicológico como si fuera solo una serie de desequilibrios neuroquímicos, así como la idea de que determinadas manifestaciones de la diversidad humana son patologías que hay que atacar para proteger a la persona y la sociedad de supuestos peligros, aunque las intervenciones utilizadas pueden vulnerar derechos y causar daños irreversibles. La perspectiva interdisciplinaria y holística, que permite abordar el malestar subjetivo sin pisotear la dignidad ni la capacidad de decidir, incluso en situaciones críticas, debería ser el fundamento sobre el que se elaboren los nuevos modelos de atención en salud mental, respetando los principios de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). Es posible comprender la experiencia de una persona que se enfrenta a un estado crítico en su salud mental gracias al vínculo generado por la empatía, la escucha, el diálogo abierto, el acompañamiento (en especial, entre iguales), el apoyo en la toma de decisiones, la vida comunitaria y los documentos de voluntades anticipadas con salvaguardias muy estrictas. Las personas con discapacidad psicosocial son expertas en salud mental debido a su propia experiencia, y deben implicarse en el desarrollo de instrumentos que tengan la recuperación como finalidad. La iniciativa QualityRights de la OMS es un buen ejemplo de este cambio de paradigma, dado que proporciona herramientas y estrategias para la atención en salud mental con los más altos estándares en materia de respeto de los derechos humanos. No cabe duda de que el goce pleno y equitativo de todos los derechos humanos por parte de todas las personas promueve la salud mental.

Peter Yaro, director ejecutivo, BasicNeeds-Ghana

El conjunto de documentos de formación y orientación de la OMS es una extensa colección de materiales cuyo objetivo es mejorar el trabajo en salud mental y el desarrollo inclusivo basado en los derechos. Representan, por tanto, un paso significativo hacia una programación e inclusión eficaces de la discapacidad, en especial de la discapacidad psicosocial, intelectual y del desarrollo, en las intervenciones orientadas a satisfacer las necesidades y los derechos de las personas, tal y como prevé la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). La iniciativa QualityRights representa un salto enorme hacia la firme recomendación de que las personas con experiencia vivida formen parte de la conceptualización y aplicación de las intervenciones, así como del seguimiento y la evaluación de los logros del proyecto. Esta orientación permite garantizar la sostenibilidad de las iniciativas, por lo que se recomienda que los profesionales, los usuarios de los servicios, los cuidadores y todas las partes interesadas hagan uso de estos documentos. En el abordaje que presentan, no existe lugar para ejercer violencia ni abuso hacia personas especialmente vulnerables.

Michael Njenga, presidente, Red Panafricana para Personas con Discapacidad Psicosocial, miembro del Consejo Ejecutivo, Africa Disability Forum y consejero delegado de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría, Kenia

Se está produciendo un cambio de paradigma en la forma en que debemos abordar la salud mental a escala mundial. El impulso de este cambio ha sido fruto de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD), de la adopción de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) y de la Agenda 2030 de desarrollo sostenible.

Las herramientas y materiales de la iniciativa QualityRights de la OMS para la formación y la orientación se basan en este derecho humano internacional clave y en los instrumentos internacionales de desarrollo. Esta iniciativa adopta un enfoque basado en los derechos humanos a efectos de garantizar que los servicios de salud mental se presten en un marco de derechos humanos y sean sensibles a las necesidades de las personas con discapacidad psicosocial y trastorno de salud mental. Estos materiales también subrayan la necesidad de prestar los servicios lo más cerca posible de donde vivan las personas.

El abordaje de QualityRights reconoce la importancia de respetar la dignidad inherente a cada individuo y de garantizar que todas las personas con discapacidad psicosocial y trastorno de salud mental tengan voz, poder y capacidad de decidir en cuanto al acceso a los servicios de salud mental. Este es un elemento esencial de la reforma de los sistemas y servicios de salud mental, tanto a escala mundial como local y nacional. Por consiguiente, es fundamental asegurarse de que estas herramientas de formación y materiales de orientación se utilizan ampliamente con la finalidad última de que se traduzcan en resultados tangibles en todos los ámbitos para las personas con experiencia vivida, sus familiares, las comunidades donde viven y sociedades globalmente.

¿Qué es la iniciativa QualityRights de la OMS?



La iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene el propósito de mejorar la calidad de la atención y del apoyo que se prestan en los servicios sociales y de salud mental, y de promover los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva en todo el mundo. Adopta un enfoque participativo para conseguir los siguientes objetivos:

1

Crear capacidad para combatir la estigmatización y la discriminación, y para promover los derechos humanos y la recuperación.

2

Mejorar la calidad de la atención y las condiciones de los derechos humanos en los servicios sociales y de salud mental.

3

Crear unos servicios basados en la comunidad y orientados a la recuperación que respeten y promuevan los derechos humanos.

4

Apoyar el desarrollo de un movimiento de la sociedad civil para promover e influir en la formulación de políticas.

5

Reformar políticas y leyes nacionales en consonancia con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y otros estándares internacionales en materia de derechos humanos.

Más información: <https://www.who.int/activities/transforming-services-and-promoting-human-rights-in-mental-health-and-related-areas>

Iniciativa QualityRights de la OMS: herramientas de formación y orientación

Los siguientes módulos de formación y orientación, así como las presentaciones de diapositivas que les acompañan, son parte de la iniciativa QualityRights de la OMS y se pueden consultar en: <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

Herramientas para la transformación de los servicios

- [Caja de herramientas de evaluación de la iniciativa QualityRights de la OMS](#)
- [La transformación de los servicios y la promoción de los derechos humanos](#)

Herramientas de formación

Módulos básicos

- [Los derechos humanos](#)
- [La salud mental, la discapacidad y los derechos humanos](#)
- [La recuperación y el derecho a la salud](#)
- [La capacidad jurídica y el derecho a decidir](#)
- [Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato](#)

Módulos especializados

- [El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas](#)
- [Estrategias para acabar con el aislamiento y la contención](#)
- [Prácticas de recuperación para la salud mental y el bienestar](#) ←

Herramientas de evaluación

- [Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario previo a la formación](#)
- [Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario posterior a la formación](#)

Herramientas de orientación

- [Apoyo individualizado entre iguales para personas con experiencia vivida](#)
- [Grupos de apoyo entre iguales para personas con experiencia vivida](#)
- [Organizaciones de la sociedad civil para promover los derechos humanos en la salud mental y en otros ámbitos relacionados](#)
- [La defensa de la salud mental, de la discapacidad y de los derechos humanos](#)

Herramientas de autoayuda

- **Planificación de la recuperación centrada en la persona para la salud mental y el bienestar: herramienta de autoayuda**

Sobre esta formación y orientación

Los módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights tienen como propósito aumentar los conocimientos, las habilidades y la comprensión entre las partes interesadas clave sobre cómo promover los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, así como mejorar la calidad de los servicios y apoyos prestados en el ámbito de la salud mental y en otros ámbitos relacionados, en consonancia con los estándares internacionales en materia de derechos humanos y, en particular, con la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y con el abordaje basado en la recuperación.

¿A quién va dirigida esta formación y orientación?

- **A las personas con discapacidad psicosocial.**
- **A las personas con discapacidad intelectual.**
- **A las personas con discapacidad cognitiva, incluyendo demencia.**
- **A las personas que son o han sido usuarias de servicios sociales y de salud mental.**
- **A los gestores sanitarios, de salud mental y de servicios sociales.**
- A los profesionales de la salud mental y de otras disciplinas (como medicina, enfermería, psiquiatría, enfermería psiquiátrica y geriátrica, neurología, geriatría, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, trabajo de apoyo comunitario, asistencia personal, apoyo entre iguales y voluntariado).
- **A otras personas que trabajen en el ámbito de los servicios sociales y de la salud mental o que presten servicios en este ámbito, incluyendo los servicios comunitarios y los servicios de atención domiciliaria** (como ayudantes, personal de limpieza, de cocina, de mantenimiento y administradores).
- **A las organizaciones no gubernamentales (ONG), a las asociaciones y organizaciones religiosas que trabajen en el ámbito de la salud mental, de los derechos humanos o en otros ámbitos pertinentes** (como organizaciones de personas con discapacidad; organizaciones de usuarios o supervivientes de psiquiatría, organizaciones de defensa de los derechos en salud mental).
- **A los familiares, a las personas de apoyo y a otros cuidadores.**
- **A los ministerios pertinentes (de sanidad, de derechos sociales, de educación, etc.) y a los responsables de políticas.**
- **A las instituciones y servicios gubernamentales pertinentes** (como la policía, el poder judicial, el personal penitenciario, los organismos que supervisan o inspeccionan los centros de internamiento –incluidos los servicios sociales y de salud mental–, las comisiones de reforma legislativa, los consejos de personas con discapacidad y las instituciones nacionales de derechos humanos).
- **A otras organizaciones y partes interesadas pertinentes** (como defensores de los derechos en salud mental, abogados y organizaciones de asistencia jurídica, académicos, estudiantes universitarios, líderes comunitarios o espirituales y, en su caso, curanderos tradicionales).

¿Quién debe impartir la formación?

Es conveniente que esta formación la diseñe y la imparta un equipo multidisciplinar que incluya, entre otros, personas con experiencia vivida, miembros de organizaciones de personas con discapacidad y profesionales que trabajen en el ámbito de la salud mental, de la discapacidad y en otros ámbitos relacionados.

Si la formación pretende abordar específicamente los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, es importante contar con representantes de ese grupo como responsables de la formación. Del mismo modo, si el propósito es reforzar las capacidades en lo que respecta a los derechos de las personas con discapacidad intelectual o cognitiva, los responsables de la formación también deberían pertenecer a estos grupos.

Para conseguir que los debates sean más ágiles y dinámicos, existen varias opciones, como solicitar la colaboración de formadores que tengan conocimientos específicos sobre un apartado determinado de la formación para algunos aspectos en concreto de los materiales que se quieran impartir. También puede resultar útil disponer de un equipo de formadores para apartados específicos de la formación.

Conviene que los formadores estén familiarizados con la cultura y el contexto del lugar en el que se imparta la formación. Puede que haya que llevar a cabo sesiones de formación de formadores para crear un equipo de personas que puedan impartir la formación en una cultura o un contexto determinados. Estas sesiones de formación para formadores deberían incluir personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, así como otras partes interesadas locales que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios sociales y de salud mental y los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

¿Cómo se debe impartir la formación?

Si es posible, conviene impartir todos los módulos de formación QualityRights, empezando por los cinco módulos principales. Después, se puede impartir una formación más exhaustiva con los módulos especializados (ver más arriba).

Toda la formación se puede completar realizando varios talleres a lo largo de varios meses. No es necesario completar un módulo de formación independiente en un solo día, se puede dividir en diferentes temas e impartirlo a lo largo de varios días.

Dado que los materiales de formación son bastante extensos, y que es posible que el tiempo y los recursos sean limitados, se puede adaptar la formación a los conocimientos y la experiencia del grupo, así como a los resultados que se quieran obtener.

Por tanto, la manera de utilizar y de impartir estos materiales de formación se puede adaptar a diferentes contextos y necesidades.

- Por ejemplo, si los participantes todavía no tienen experiencia en los ámbitos de salud mental, derechos humanos y recuperación, sería importante realizar un taller de entre cuatro y cinco días de duración utilizando los cinco módulos principales de la formación. En el siguiente enlace encontrará un programa de muestra de cinco días de duración: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Sample-program-QR-training.pdf>
- Si los participantes ya tienen conocimientos básicos sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva, pero necesitan unos conocimientos más avanzados sobre cómo promover en la práctica y específicamente el derecho a la capacidad jurídica, se podría organizar un taller que el primer día se centrara en el módulo *La capacidad jurídica y el derecho a decidir*, y después dedicar los días 2, 3 y 4 al módulo especializado *El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas* (o algunos apartados seleccionados de este módulo).

En cuanto a adaptar los materiales educativos según las necesidades específicas de la formación, también es importante que previamente se revisen todos los módulos que se impartirán para eliminar las repeticiones innecesarias.

- Por ejemplo, si se tiene la intención de impartir una formación que abarque todos los módulos principales, no es necesario tratar el tema 5 (que se centra en el artículo 12) ni el tema 6 (que se centra en el artículo 16), puesto que estas cuestiones se abordarán con detenimiento en los módulos posteriores (en el módulo *La capacidad jurídica y el derecho a decidir* y en el módulo *Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato*, respectivamente).
- Ahora bien, si se prevé impartir una formación introductoria basada únicamente en el módulo 2, entonces es fundamental tratar los temas 5 y 6 de este módulo, ya que los participantes no volverán a estar en contacto con estos temas y artículos.

Estos ejemplos ilustran algunas de las diferentes formas en que se pueden utilizar los materiales de formación. También existen otras variaciones y permutaciones posibles según las necesidades y los requisitos de la formación en un contexto específico.

Orientación para los formadores

Principios para impartir el programa de formación

Participación e interacción

La participación y la interacción son fundamentales para el éxito de esta formación. Hay que considerar a todos los participantes como individuos que pueden aportar conocimientos y puntos de vista valiosos. A la hora de proporcionarles tiempo y espacio suficiente, el formador debe asegurarse, en primer lugar, de que las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva sean escuchadas e incluidas en la formación. La dinámica de poder en los servicios y en la sociedad en general puede causar que algunas personas sean reacias a expresar sus opiniones. En general, el formador debe subrayar la importancia de escuchar las opiniones de todos los participantes.

Puede darse el caso de que algunas personas sean tímidas o se sientan incómodas y que no expresen su opinión, lo que puede denotar una falta de inclusión o un sentimiento de inseguridad en el grupo. Los formadores deben esforzarse al máximo para involucrar a todos los participantes en la formación. Normalmente, después de que las personas hayan dado su opinión una vez y se hayan oído escuchadas, tendrán más seguridad y estarán más dispuestas a hablar y a participar en los debates. La formación es una experiencia de aprendizaje compartida. Conviene que los formadores agradezcan todas las preguntas y que, siempre que puedan, también las respondan todas para que nadie se sienta excluido.

Sensibilidad cultural

Los formadores deben tener en cuenta la diversidad de los participantes y deben ser conscientes de que son muchos los factores que han configurado sus experiencias y conocimientos, como la cultura, el género, la condición de migrante o la orientación sexual.

Se recomienda utilizar un lenguaje culturalmente sensible y proporcionar ejemplos pertinentes para las personas que vivan en el país o en la región donde se lleve a cabo la formación. Así, por ejemplo, según el país o el contexto, es posible que las personas expresen o describan sus emociones y sus sentimientos, o que hablen de su salud mental, de distintos modos.

Además, los formadores deben asegurarse de que durante la formación no pasen por alto algunos de los problemas a los que se enfrentan determinados grupos del país o de la región (por ejemplo, las personas indígenas y otras minorías étnicas, las minorías religiosas, las mujeres, etc.). También hay que tener en cuenta si las cuestiones abordadas provocan sentimientos de vergüenza o son tabú.

Un entorno abierto y sin prejuicios

Los debates abiertos son esenciales y todas las opiniones merecen ser escuchadas. El objetivo de la formación es trabajar juntos para encontrar formas de mejorar el respeto por los derechos de las personas usuarias de los servicios sociales y de salud mental, y de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva dentro de la comunidad en general. Durante esta formación, es posible que algunas personas expresen opiniones y sentimientos intensos. Es importante que el formador proporcione un espacio durante la formación para que las personas puedan poner de manifiesto sus opiniones y sentimientos. Esto significa darles tiempo suficiente para hablar de sus experiencias sin interrupciones y asegurarse de que el resto de los participantes las escuchen y reaccionen a ellas de una manera adecuada y respetuosa.

No es necesario estar de acuerdo con las personas para comunicarse con ellas de manera eficaz. Cuando surja un debate, puede ser útil recordar a los participantes que todos persiguen el mismo objetivo —lograr el respeto por los derechos humanos en los servicios sociales y de salud mental, y en la comunidad— y que es necesario escuchar todas las voces para aprender juntos. Puede ser útil establecer algunas normas que deben seguir todos los participantes (como respeto, confidencialidad, reflexión crítica, no discriminación) y referirse a ellas siempre que sea necesario.

Es importante recordar que quizás algunas personas nunca han tenido la oportunidad de hablar libremente y en un entorno seguro (por ejemplo, las personas con experiencia vivida y sus familiares, así como algunos profesionales de la salud). Por tanto, es fundamental crear un espacio seguro que permita escuchar todas las voces.

Uso del lenguaje

Los formadores deben tener en cuenta la diversidad de los participantes. Las personas que participen en la formación tendrán unos orígenes y unos niveles educativos distintos. Conviene utilizar un lenguaje comprensible para todos los participantes (así, por ejemplo, debe evitarse usar/explicar términos médicos, jurídicos y técnicos muy especializados, siglas, etc.) y hay que asegurarse de que todo el mundo comprende los conceptos y mensajes clave. Tanto el lenguaje como la complejidad de la formación deben adaptarse a las necesidades específicas del grupo. Por eso, es importante que los formadores hagan pausas, que pongan ejemplos cuando sea necesario y que dediquen tiempo a hacer preguntas y comentarlas con los participantes para tener la certeza de que los conceptos y los mensajes se entienden correctamente. Siempre que sea posible, los formadores deben utilizar un lenguaje que permita que modelos de malestar no médicos y/o culturalmente específicos formen parte del debate (por ejemplo, malestar emocional, experiencias inusuales, etc.) (1).

Ajustes razonables

Para tener la certeza de que todas las personas son incluidas en la formación, a veces será necesario adaptar la forma de comunicarse con ellas y utilizar, por ejemplo, materiales visuales y de audio, adaptaciones fáciles de leer y lenguaje de signos, además de ayudarles a redactar algunos ejercicios o permitir que vengan acompañadas de su asistente o asistente personal.

Cómo actuar en el contexto legislativo y político actual

Durante la formación, es posible que algunos participantes expresen preocupación en relación al contexto legislativo o político de su país, porque puede que no esté en consonancia con las normas internacionales en materia de derechos humanos, incluida la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). De forma similar, es posible que algunos de los contenidos de la formación sean contrarios a la legislación o política nacional vigentes. Así, por ejemplo, las leyes que prevén ingreso hospitalario y tratamiento involuntarios contradicen el abordaje general de estos módulos de formación. Además, la cuestión sobre el apoyo a la toma de decisiones puede parecer que entra en conflicto con la legislación nacional vigente en materia de tutela. Otra preocupación puede ser que los recursos nacionales para aplicar nuevos abordajes sean escasos o inexistentes. Todo esto puede hacer que los participantes hagan preguntas sobre la responsabilidad, la seguridad, la financiación y el contexto político y social más amplio en el que viven y trabajan.

En primer lugar, los formadores deben asegurar a los participantes que los módulos no pretenden fomentar prácticas que entren en conflicto con los requisitos de la legislación o política nacional, ni que les hagan correr el riesgo de estar al margen de la ley. En los contextos en los que la legislación y la política contradigan los principios de la CDPD, es importante defender un cambio de política y una reforma legislativa. A pesar de que los estados parte de la CDPD tienen la obligación inmediata de poner fin a las vulneraciones de esta Convención y de otros instrumentos internacionales de derechos humanos, es importante reconocer que la consecución del pleno respeto de los derechos de la CDPD requiere tiempo y diversas acciones en todos los ámbitos de la sociedad.

Por tanto, un marco legal y político obsoleto no debería representar ningún impedimento para que las personas actúen. Hay muchas cosas que se pueden hacer a escala individual y en el día a día para cambiar las actitudes y las prácticas dentro de los límites de la ley y para empezar a aplicar la CDPD. Así, por ejemplo, los tutores tienen un mandato oficial basado en la legislación de un país que les autoriza a tomar decisiones en nombre de otras personas, pero ello no les impide apoyarlos a la hora de tomar sus propias decisiones y, en última instancia, de respetar esas decisiones.

Esta formación proporciona una orientación para tratar diversos temas que son clave para promover un abordaje basado en los derechos humanos en el marco de los servicios sociales y de salud mental. Es importante que, a lo largo de la formación, los formadores animen a los participantes a debatir cómo les afectan las medidas y estrategias fomentadas en los materiales de formación, y cómo pueden ponerlas en práctica dentro de los parámetros de los marcos políticos y normativos vigentes. Los cambios en las actitudes y en las prácticas, en combinación con una defensa efectiva de los derechos en salud mental, pueden traducirse en cambios positivos en la política y en la legislación.

Una actitud positiva y motivadora

Los formadores deben subrayar que la formación ha sido diseñada para compartir herramientas y conocimientos básicos, y estimular la reflexión para encontrar unas soluciones útiles en el contexto de los participantes. Es probable que ya existan algunas acciones positivas y que los propios participantes, u otras personas o servicios, ya las estén llevando a cabo. Se pueden utilizar estos ejemplos positivos para crear unidad y demostrar que todo el mundo puede contribuir al cambio.

Trabajo en grupo

A lo largo de los ejercicios, el formador pedirá a los participantes que trabajen en grupos. Estos grupos se pueden formar de manera flexible, según elijan los participantes, o bien al azar o en función de sus preferencias. Si algún participante no se siente cómodo en un grupo determinado, será necesario tenerlo en cuenta.

Todos los ejercicios de la formación han sido pensados para favorecer la participación y el debate, y para que los participantes puedan aportar ideas y encontrar soluciones por sí mismos. La función del formador consiste en guiar los debates y, en su caso, plantear ideas o retos específicos para hacerlos más estimulantes. Si algún participante no quiere participar en algunas de las actividades de la formación, será necesario respetarlo.

Notas para los formadores

Los módulos de formación contienen notas para los formadores. Son de color **azul** e incluyen ejemplos de respuestas u otras instrucciones dirigidas exclusivamente a ellos, por cuya razón no se deben leer a los participantes.

El texto de la presentación y las preguntas y comentarios dirigidos a los participantes son de color **negro**.

Las diapositivas que acompañan a los módulos de formación están disponibles en: <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidanceand-training-tools>

Evaluación de la formación QualityRights

Los cuestionarios de evaluación previa y posterior de QualityRights que forman parte de este paquete de formación han sido diseñados tanto para medir el impacto de la formación como para mejorarla pensando en los talleres de formación que se lleven a cabo en el futuro.

Los participantes deberán cumplimentar el cuestionario de evaluación previa a la formación antes de empezar la formación. Habrá que reservar 30 minutos para realizar esta actividad.

Al final de la formación, los participantes deben cumplimentar el cuestionario de evaluación posterior a la formación, para lo que también dispondrán de 30 minutos.

Es necesario crear un identificador (ID) único para cada participante, con independencia de que los cuestionarios se contesten a mano o en línea. Tanto en el cuestionario de evaluación previa como en el de evaluación posterior, es necesario utilizar el mismo ID. Una forma de crear identificadores únicos consiste, por ejemplo, en utilizar el nombre del país donde se imparta la formación y añadir un número comprendido entre 1 y 25 (o el número de participantes que haya en el grupo). Así, por ejemplo, un participante podría recibir el ID único de *Yakarta12*. Se recomienda guardar los cuestionarios de evaluación previa y posterior en las carpetas de los participantes antes de que comience la formación, y comprobar que en todos los casos contienen un ID único. Así se tendrá la certeza de que cada participante ha recibido el ID único correcto. No es necesario realizar un seguimiento, ya que los cuestionarios son anónimos, pero es importante asegurarse de que cada persona tenga el mismo ID en ambos cuestionarios.

Cuando los participantes hayan terminado de cumplimentar el cuestionario de evaluación posterior a la formación, el formador iniciará un debate para que puedan expresar qué les ha parecido la formación, qué partes les han gustado y consideran que son útiles, qué partes no les han gustado y consideran que no son útiles, y cualquier otra opinión que deseen poner en común. También será un buen momento para que comenten cuáles de las acciones y estrategias abordadas durante la formación tienen la intención de poner en práctica.

Es necesario imprimir los dos cuestionarios —el de evaluación previa y el de evaluación posterior— antes de la formación. Las versiones para imprimir y repartir están disponibles en:

- Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario previo a la formación:
<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PreEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>
- Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario posterior a la formación:
<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PostEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>

Vídeos de formación

Es necesario que los formadores revisen todos los vídeos que haya disponibles en el módulo y que elijan los que sean más adecuados para proyectar durante la formación. Los enlaces del vídeo pueden cambiar con el paso del tiempo. Por tanto, es importante que antes de empezar la

formación comprueben que los enlaces funcionan. Si un enlace no funciona, habrá uno alternativo a un vídeo similar.

Nota preliminar sobre el lenguaje

Somos conscientes de que el lenguaje y la terminología reflejan la evolución de la conceptualización de la discapacidad y que, a lo largo del tiempo, cada persona puede utilizar términos diferentes en contextos distintos. Las personas deben poder decidir sobre el vocabulario, las expresiones y las descripciones que quieren utilizar para referirse a su experiencia, situación o malestar. Así, por ejemplo, en relación con el ámbito de la salud mental, algunas personas utilizan términos como *personas con diagnóstico psiquiátrico*, *personas con trastorno mental* o *con enfermedad mental*, *personas con trastorno de salud mental*, *personas consumidoras*, *personas usuarias de los servicios* o *personas supervivientes de psiquiatría*. Otros consideran que algunos o todos estos términos son estigmatizantes o utilizan otras expresiones para hacer referencia a sus emociones, experiencias o malestar. De la misma manera, para referirse a la discapacidad intelectual se emplean expresiones diferentes en contextos diferentes, como *discapacidad de aprendizaje*, *trastorno del desarrollo intelectual* o *dificultad de aprendizaje*.

El término *discapacidad psicosocial* se ha adoptado para incluir a las personas que han recibido un diagnóstico relacionado con la salud mental o que se identifican con este término. Los términos *discapacidad cognitiva* y *discapacidad intelectual* han sido concebidos para referirse a las personas que han recibido un diagnóstico relacionado específicamente con su función cognitiva o intelectual, como, por ejemplo, la demencia y el autismo.

El uso del término *discapacidad* es importante en este contexto porque pone de manifiesto los significativos obstáculos que dificultan la participación plena y efectiva en la sociedad de las personas con discapacidad —real o percibida— y el hecho de que estas están amparadas por la CDPD. El uso del término *discapacidad* en este contexto no implica que las personas tengan ninguna deficiencia ni trastorno.

También utilizamos los términos *personas usuarias* o *personas que han sido usuarias* de los servicios sociales o de salud mental para referirnos a las personas que no consideran necesariamente que tengan una discapacidad, pero que tienen diversas experiencias aplicables a esta formación.

Además, el uso en estos módulos del término *servicios sociales y de salud mental* hace referencia a un amplio abanico de servicios que actualmente se ofrecen en diferentes países, como centros de salud mental comunitarios, centros de atención primaria, servicios de atención ambulatoria, hospitales psiquiátricos, unidades de psiquiatría en hospitales generales, centros de rehabilitación, curanderos tradicionales, centros de día, centros residenciales para personas mayores y otros centros colectivos, así como servicios de atención domiciliaria y servicios y apoyos que representan alternativas a los servicios sociales o de salud mental convencionales y que son prestados por una amplia gama de profesionales de la atención socio-sanitaria en los sectores público, privado y no gubernamental.

La terminología adoptada en este documento se ha seleccionado por motivos de inclusión. Es una opción individual identificarse con unas expresiones o conceptos determinados, pero los derechos humanos siguen siendo aplicables a todo el mundo, en todas partes. Por encima de todo, nunca debemos dejar que un diagnóstico o una discapacidad definan a una persona. Todos somos

individuos, con un contexto social, personalidad, autonomía, sueños, objetivos, aspiraciones y relaciones con los otros que son únicos.

Objetivos de aprendizaje, temas y recursos

Objetivos de aprendizaje

Durante la formación, los participantes deben:

- adquirir un conocimiento profundo sobre el abordaje basado en la recuperación en salud mental y sus principios y elementos clave;
- entender y hablar sobre el papel de las personas con discapacidad psicosocial, los profesionales de la salud mental y otros, la familia, los cuidadores y otros colaboradores en la promoción de la recuperación;
- desarrollar habilidades comunicativas en relación con la recuperación;
- aprender a aplicar los principios de la atención orientada a la recuperación;
- aprender a elaborar un plan de recuperación.

Temas

Tema 1. ¿Qué es la recuperación? (4 horas si se elige la opción corta, 4 horas y 40 minutos si se escoge la opción larga)

Tema 2. Servicios y prácticas orientados a la recuperación (2 horas y 45 minutos)

Tema 3. Recuperación centrada en los activos y las fortalezas (45 minutos)

Tema 4. Promover la esperanza (1 hora)

Tema 5. Valores en la recuperación (20 minutos)

Tema 6. Trabajar con las personas (1 hora)

Tema 7. Límites en el contexto de las prácticas de recuperación (20 minutos)

Tema 8. Riesgos positivos en la recuperación (2 horas)

Tema 9. Apoyo a las personas para reconectar con la comunidad (45 minutos)

Tema 10. Habilidades comunicativas (50 minutos)

Tema 11. Planes de recuperación (50 minutos)

Tema 12. El timón de la recuperación (2 horas y 10 minutos)

Recursos necesarios

- **Las diapositivas que acompañan al curso Prácticas de recuperación para la salud mental y el bienestar. Formación especializada QualityRights de la OMS (diapositivas del curso) están disponibles en:**
<https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>
- **Requisitos de la sala. Para optimizar la experiencia de aprendizaje de los participantes, la sala donde se lleve a cabo la formación debe tener las siguientes características:**
 - Ser lo suficientemente grande para que quepan todos los participantes, pero también suficientemente pequeña para crear un entorno que favorezca los debates libres y abiertos;
 - Contar con asientos distribuidos de tal manera que los participantes puedan sentarse en grupos (por ejemplo, la distribución que solemos encontrar en un banquete, con mesas redondas repartidas por la sala, que permita a los participantes sentarse juntos alrededor de cada una de las mesas; esta disposición presenta la ventaja adicional de fomentar la interacción entre los participantes y, además, así ya están distribuidos en grupos para los ejercicios colectivos).

- **Ajustes razonables, según sea necesario y siempre teniendo en cuenta que garantizan a todas las personas un acceso inclusivo a la formación.**
- **Acceso a Internet en la sala para proyectar los vídeos.**
- **Altavoces para el audio de los vídeos.**
- **Una pantalla de proyección y un equipo de proyección.**
- **Uno o varios micrófonos para el formador o formadores y, además, un mínimo de tres micrófonos inalámbricos para los participantes (si puede ser, un micrófono para cada mesa).**
- **Un mínimo de dos pizarras (con hojas de papel o de otro tipo) y papel y bolígrafos.**

Además, para este módulo de formación hay que imprimir los siguientes recursos:

- **copias del anexo 1 «Casos»**
- **copias del anexo 2 «Elementos clave del abordaje basado en la recuperación» para todos los participantes**
- **copias del anexo 3 «El timón de la recuperación»**
- **copias del módulo *Planificación de la recuperación centrada en la persona para la salud mental: herramienta de autoayuda* de QualityRights**

Duración

Aproximadamente 16 horas

Número de participantes

De acuerdo con la experiencia adquirida hasta el momento, el número ideal de participantes para este taller es de 25 como máximo. Así se tiene la certeza de que todo el mundo tiene suficientes oportunidades de interactuar y expresar su opinión.

Introducción

Este módulo proporciona una orientación integral sobre maneras prácticas de introducir el abordaje de la recuperación centrado en la persona en los servicios que ofrecen asistencia y acompañamiento en materia de salud mental. Esta formación ofrece una introducción detallada del abordaje basado en la recuperación: explica qué es y en qué sentido difiere de los planteamientos de los servicios tradicionales. El tratamiento, la asistencia y el acompañamiento tradicionales han tenido tendencia a centrarse en el diagnóstico, el uso de medicación y, en ocasiones, la psicoterapia, con el énfasis puesto en la eliminación o la reducción de los síntomas. Ahora bien, la recuperación no se limita a los síntomas, sino que también tiene que ver con la vida y la identidad de la persona.

Esta formación subraya la importancia de entender qué significa «encontrarse mejor» para cada persona y trabajar de manera individualizada para conseguirlo. Para muchas personas, la recuperación conlleva retomar el control de sus vidas, tener esperanza en el futuro y encontrarle un sentido y una finalidad a la vida, por ejemplo, a través del trabajo, de la educación, de las relaciones personales, de la implicación en la comunidad o de la espiritualidad, entre otros.

Mediante una serie de estudios de casos y ejercicios, este módulo de formación muestra a los participantes cómo acompañar a las personas a lo largo de su recorrido hacia la recuperación, cómo identificar y aprovechar sus fortalezas, sus objetivos y sus aspiraciones, cómo explorar oportunidades, cómo ejercer la capacidad de elección y cómo maximizar la inclusión y la autonomía en sus comunidades.

Si bien el módulo se centra en los servicios sociales y de salud mental, el abordaje basado en la recuperación también es pertinente para cualquier persona, con discapacidad o sin ella, que tenga que superar dificultades y/o pérdidas en la vida.

Tema 1. ¿Qué es la recuperación?

Duración del tema

Aproximadamente 4 horas si se ha escogido la opción corta. Aproximadamente 4 horas y 40 minutos si se ha escogido la opción larga.



Ejercicio 1.1: Para ti, ¿qué significa la recuperación? (45 minutos)

- Reparte a los participantes en grupos de 5.
- Ahora, pide a los participantes que reflexionen sobre la siguiente pregunta:

En base a vuestra experiencia personal o profesional, ¿qué significa *recuperación* para las personas con discapacidad psicosocial o usuarias de los servicios?

- Deja a los grupos 15 minutos para preparar sus listas.
- A continuación, crea las dos listas siguientes en la pizarra:
 1. Concepto clínico tradicional
 2. Concepto que se fundamenta en el abordaje basado en la recuperación
- Pide a los participantes que expongan sus pensamientos y ve anotando los ejemplos que den en la lista pertinente (consulta la siguiente presentación para hacerte una idea mejor de lo que debería ir en cada una de las listas). Ayuda a los participantes a reflexionar sobre por qué sus ejemplos se incluyen en una categoría o en la otra.

Los participantes pueden apuntar algunos ejemplos que concuerden con el abordaje basado en la recuperación, aunque, en esta fase inicial de la formación, es previsible que muchas de las ideas se enmarquen en el modelo tradicional.



Presentación: ¿Qué es la recuperación? (2) (60 minutos)

Tras el debate del ejercicio 1.1, expón los ejemplos siguientes de modelo tradicional o clínico vs. modelo basado en la recuperación a los participantes y analiza las similitudes y las diferencias con sus respuestas.

Modelo clínico/tradicional

- *La persona deja de comportarse de manera extraña.*
- *La persona ya no supone un peligro ni para ella misma ni para otras personas.*
- *Los síntomas han desaparecido. Por ejemplo, la persona ya no oye voces.*
- *La persona se toma la medicación y las dosis son estables.*
- *El personal médico ha tomado la decisión de dar el alta a la persona del servicio de atención en régimen interno.*
- *La familia de la persona tiene la sensación de que su pariente está mejor.*

Modelo de la recuperación

- *La persona piensa que ha recuperado el control de su vida y puede tener un papel en la sociedad.*
- *La persona usuaria del servicio entiende mejor su malestar emocional.*
- *La persona tiene la sensación de ser más independiente.*
- *La persona todavía puede tener síntomas, pero convive con ellos y lleva una vida satisfactoria.*
- *La persona siente malestar emocional en la vida, pero el malestar no es el centro de su vida.*

¿Qué significa recuperación? (3)

El significado de *recuperación* puede variar de persona a persona. Para muchas personas, la recuperación es «retomar el control de sus vidas e identidades, tener esperanza y vivir una vida con sentido, ya sea a través del trabajo, de las relaciones, de la participación en la comunidad o de todos o algunos de estos aspectos».

En este marco, la recuperación no significa «curarse» o «volver a ser normal», sino dar o volver a dar una finalidad a la vida, se trata de dar o volver a dar un sentido y una finalidad a la vida, y empoderarse para vivir una vida autónoma, autodirigida y autodeterminada, a pesar del malestar emocional que la persona puede haber vivido o vive actualmente. En el marco de los derechos humanos, la recuperación es el derecho a ser incluido y a ser capaz de participar en todas las facetas de la vida –políticas, económicas y sociales– en igualdad de condiciones que el resto de personas. El ejercicio de los derechos no depende de «mejorar», de la ausencia de síntomas o «de adaptarse», sino del reconocimiento de la diversidad y de la dignidad inherente de todas las personas.

El énfasis al recuperar el control de la vida y la identificación es extremadamente importante para las personas que han vivido situaciones en las que otras personas les pueden haber quitado el poder de decidir en aspectos diversos de sus vidas. Por ejemplo, las personas pueden haber ingresado en los servicios de salud mental, sido tratadas en contra de su voluntad y sometidas a medidas de tutela, etc.

«Lo que es importante en la recuperación no es si se hace uso o no de los servicios ni si se toma o no medicación. Lo más importante en términos de guiar la recuperación es preguntarnos: ¿vivimos la vida que queremos vivir? ¿Estamos logrando nuestros objetivos personales? ¿Tenemos amigos? ¿Tenemos lazos con la comunidad? ¿Estamos aportando o retomando algo, de la manera que sea?»
(4)

Mostrad a los participantes uno de los siguientes vídeos:

1. **The voices in my head**, vídeo de Eleanor Longden (14:17), una mujer que oye voces y que ha retomado el control de su vida. https://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head?language=en [consulta: 3 de agosto de 2016].
2. **INTERVOICE: The Hearing Voices Movement**, sobre las personas en Brasil y cómo lidian con las voces que oyen cada día (52:42). <https://youtu.be/RYbjSeEy42c>. [consulta: 9 de abril de 2019].

Qué NO es la recuperación

Para entender mejor qué es la recuperación, es importante analizar también la otra cara, es decir, qué no es la recuperación.

La recuperación no es (2), (5):

- Una cura o la ausencia de enfermedad, de un diagnóstico o de síntomas.
 - Algo que los profesionales de la salud u otros «hacen» a las personas.
 - Un modelo teórico.
 - Algo que se ha hecho siempre.
 - Un motivo para cerrar los servicios de salud mental.
 - «Culpar» a las personas de su situación.
1. **La recuperación NO es** necesariamente una cura o la ausencia de enfermedad, de un diagnóstico o de síntomas, porque las personas con discapacidad psicosocial pueden tener una vida plena en presencia de cualquiera de estas circunstancias. Dicho de otro modo, para algunas personas, liberarse de aquello que perciben e interpretan como síntomas es un rasgo definidor de su recuperación. Otras pueden seguir teniendo síntomas y, aun así, sentir que se recuperan.
 - La recuperación ayuda a la persona a explorar con sensatez lo que le está pasando en un momento dado, lo que necesita resolver y lo que le duele, pero no acaba ahí.
 - También implica abordar muchas dificultades potenciales que una persona puede sentir, como pueden ser el aislamiento, la exclusión, la pobreza, el paro o la discriminación.
 2. **La recuperación NO es** algo que los profesionales de la salud, las familias o los cuidadores «hacen» a las personas. La recuperación debe ser liderada por la persona afectada. Los demás implicados en la vida de la persona con discapacidad psicosocial pueden apoyarla o brindarle consejos para ayudarla en su trayecto hacia la recuperación.

3. **La recuperación NO** es algo que se haya practicado ampliamente, a pesar del uso habitual de este término en algunos contextos. La recuperación conlleva replantear cómo se diseñan y se proporcionan el acompañamiento y los servicios sociales y de salud mental.
4. **El abordaje basado en la recuperación NO** es un motivo para cerrar los servicios. Hay un cierto miedo a que el abordaje basado en la recuperación se use para justificar el cierre de los servicios sociales y de salud mental tradicionales, y no para proporcionar acompañamiento a las personas. También se teme que el abordaje basado en la recuperación sea una justificación para recortar el gasto en salud mental. Estos temores se fundamentan en la creencia errónea de que este abordaje implica que las personas se pueden recuperar solas, sin ningún tipo de acompañamiento. El abordaje basado en la recuperación no debería utilizarse nunca para justificar una reducción de la inversión en salud mental. Debe haber un amplio abanico de servicios disponibles para satisfacer las necesidades de las personas.
5. **El abordaje basado en la recuperación NO** consiste en «culpar» a la persona de su situación. Reconoce las desigualdades sociales, la discriminación y las vulneraciones de derechos en la comunidad y los niveles sociales y estructurales que llevan a las personas a situaciones de malestar emocional y actúan como obstáculos importantes para su recuperación. Reconoce que se necesitan políticas, reformas legislativas y justicia social a una escala mucho mayor para promover verdaderamente la recuperación.



Presentación: Elementos clave de la recuperación (6), (2) (30 minutos)

Reparte a los participantes copias del anexo 2, Elementos clave del abordaje basado en la recuperación, que resume la siguiente presentación.

La recuperación es un proceso individual y único de cada persona. Pueden darse situaciones en las que la persona se sienta peor o sufra una crisis, pero el abordaje basado en la recuperación le permite aprender de estos contratiempos, acumular experiencia y utilizar las habilidades desarrolladas para alcanzar sus objetivos en la vida.

El marco CHIME subraya la conexión, la esperanza, la identidad, el sentido de la vida y el empoderamiento como claves para la recuperación (6). Asumir riesgos, aunque no forma parte del marco CHIME, también se considera aquí un elemento importante del proceso de recuperación (7), (8).

1. Conexión: la recuperación reconecta a las personas

- La **inclusión** es importante para la recuperación. La persona debe tener acceso a las mismas oportunidades y a los mismos servicios y recursos de la comunidad que cualquier otra. Los servicios que promueven la recuperación deben basarse y estar influidos por el contexto y las necesidades locales. Cabe recordar también que la inclusión va más allá de la persona e implica a la comunidad y a la sociedad en su conjunto.
- Las **relaciones** son clave para la vida de todos. Por ello, tanto las amistades como la pareja, los familiares, los profesionales de la salud, el personal de apoyo, los compañeros o los grupos de ayuda tienen un papel en el acompañamiento de la persona hacia su recuperación.

2. Esperanza: la recuperación pasa por ver el futuro con esperanza y optimismo

- La **esperanza** es clave para la recuperación. Sin esperanza, las personas pueden abandonar su camino hacia la recuperación. A menudo, cuando a alguien se le dice que tiene una enfermedad crónica, de por vida, y que debe renunciar a muchas de sus expectativas y actividades, esta persona pierde la esperanza. La investigación ha demostrado que la autoeficacia, la autoestima, el empoderamiento, la espiritualidad, la calidad de vida y el apoyo social contribuyen de manera importante a infundir esperanza (9).
- La **creencia** de que es posible cambiar de vida o de circunstancias es fundamental para el abordaje basado en la recuperación. Las relaciones que infunden esperanza pueden alentar esta creencia.
- Las amistades, la familia, los cuidadores, los profesionales de la salud y otras personas que proporcionan acompañamiento deben reconocer y valorar los éxitos de la persona y fomentar sus sueños y aspiraciones.

3. Identidad: recuperación significa explorar la identidad personal

- La **identidad** se puede definir, en términos generales, como la percepción que una persona tiene de sí misma, como individuo y en relación con los demás y con la comunidad donde vive.
- La **identidad** es el sentido de uno mismo que algunas personas pueden no haber tenido nunca o haber perdido al recibir un diagnóstico. El abordaje basado en la recuperación ayuda a las personas a (re)conectar, re(construir) o (re)definir su identidad, y a superar «la opresión interiorizada» o «el estigma personal» que puede poner en riesgo su identidad. Se trata de ofrecer a las personas la oportunidad de reflexionar sobre sus experiencias de una manera significativa para ellas. Esto incluye reflexionar sobre sus experiencias con los servicios de salud mental y el tratamiento que pueden haber recibido.

4. Sentido de la vida: la recuperación ayuda a las personas a (re)construir su vida y a encontrarle sentido

- **El sentido y la finalidad de la vida** son diferentes para cada persona y cada una los puede encontrar de maneras muy diversas. Por ejemplo, algunas personas pueden dar importancia a la espiritualidad, mientras que otras pueden encontrar sentido y propósito en la vida estableciendo vínculos más estrechos con las amistades, la familia o la comunidad.
- **Los sueños y las aspiraciones** son clave para la recuperación, ya que pueden dar herramientas a las personas y ayudarlas a encontrar un sentido y obtener satisfacción de vivir.

5. Empoderamiento: la recuperación es un mensaje positivo que empodera a las personas y les permite asumir el control de sus vidas

- **El control y la capacidad de decidir son fundamentales para la recuperación.** A menudo se niega a las personas el derecho a decidir sobre aspectos clave de sus vidas, incluidos su tratamiento y la atención que reciben. En cambio, el modelo basado en la recuperación respeta el derecho de la persona a ejercer su capacidad jurídica y permite que tome sus decisiones, con la ayuda de los demás o sin ella (estos temas se tratan en detalle en los módulos de formación de QualityRights *La capacidad jurídica y el derecho a decidir* y *El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas.*)

- **Reforzar las habilidades para ayudarse a uno mismo también es empoderador.** Las habilidades para la recuperación permiten que las personas gestionen los episodios negativos y asuman el control de su vida y su bienestar.

6. **Asunción de riesgos: la recuperación conlleva asumir riesgos (7), (8)**

- Es posible que sea necesario **asumir riesgos** cuando una persona se embarca rumbo a la recuperación. Cualquier persona debe ser libre para asumir riesgos y cometer errores a fin de aprender y crecer a partir de sus experiencias. La práctica orientada a la recuperación obliga a los profesionales de la salud, los familiares, los cuidadores y otros acompañantes a aceptar el derecho de las personas a asumir riesgos.
- Se necesitan **creatividad y valentía** para acompañar a las personas en este proceso positivo de asumir riesgos para ayudarlas a avanzar y lograr sus objetivos.

Si bien en estudios cualitativos se han identificado estos factores como importantes para la recuperación, hay que entender que el significado de la recuperación y lo que la fomenta u obstaculiza puede variar enormemente en cada caso y en función de factores muy diversos, como la cultura, la identidad étnica, el género, la geografía, la orientación sexual, la situación de migrante, el indigenismo, la espiritualidad/religión y la edad (10), (11), (6), (12), (13), (14), (15), (16), (17). No hay una manera buena ni mala de «recuperarse», y estos factores pueden no tener el mismo peso para todo el mundo. Siempre es importante explorarlos caso a caso y no hacer presunciones o generalizaciones sobre cuáles son relevantes para el proceso de recuperación de nadie.

- La recuperación implica que el recorrido que debe hacer cada uno se rija por sus necesidades específicas y por la comprensión de la propia salud mental. Sin embargo, a veces se imponen planteamientos de recuperación estandarizados y se omite este principio clave de la recuperación. Además, las violaciones de los derechos humanos, incluyendo la coacción en la atención sanitaria, son contrarias a cualquier intento de introducir un abordaje basado en la recuperación (15).
- La recuperación también conlleva ver más allá de las características individuales y analizar los determinantes sociales y estructurales de la salud mental de las personas (por ejemplo, el género, la discriminación, el racismo, la pobreza, las políticas de bienestar, etc.) (18), (19), (20).



Ejercicio 1.2: El apoyo a la recuperación (30 minutos)

- La finalidad de este ejercicio es permitir a los participantes empezar a reflexionar en torno a lo que propicia la recuperación y lo que la obstaculiza. Este tema se explorará más en profundidad en la siguiente presentación.

El caso de Miguel

Miguel visita a su médico de cabecera para hablar de un sentimiento de preocupación y miedo abrumador y constante. Hace tres años que se siente así y cada vez le resulta más difícil convivir con ese sentimiento. Explica al médico que disfruta mucho de su trabajo, pero que el miedo y la ansiedad que siente son especialmente abrumadores cuando se ve sometido a mucha presión.

Después de una larga conversación, el médico de Miguel se muestra compasivo y le dice que es probable que ese problema le acompañe toda la vida. Sugiere a Miguel que se plantee hacer cambios importantes en su vida, tales como dejar el trabajo actual y encontrar algo «más conveniente», con menos estrés y responsabilidades.

Miguel sale de la consulta entristecido y desesperanzado.

- Da a los participantes unos minutos para que piensen sobre las siguientes cuestiones.

Pregunta al grupo:

¿En qué sentido el médico de cabecera de Miguel ha propiciado u obstaculizado su recuperación?

Algunas respuestas sobre cómo puede haber propiciado su recuperación incluyen:

- Es compasivo.
- Parecen tener una buena relación.
- Dedicó tiempo a hablar con detenimiento de la situación con Miguel.

Algunas respuestas sobre cómo puede haber obstaculizado la recuperación de Miguel incluyen:

- Su visión de las capacidades de Miguel es muy limitada.
- No tiene en cuenta lo que quiere hacer Miguel.
- No transmite un mensaje de esperanza.

¿Cómo os sentiríais si fueseis Miguel?

Algunas respuestas pueden ser:

- Desesperanzados.
- Pesimistas respecto al futuro.
- Pensaría que la vida no tiene sentido.
- Pensaría que no me recuperaré nunca.
- Me sentiría incapaz.

¿Qué habríais podido hacer de manera diferente para que Miguel no se sintiera tan desesperanzado?

Algunas respuestas pueden ser:

- Mantener una conversación con él para explorar y entender cómo vive Miguel esta ansiedad, qué puede causarla y qué pasaba en la vida de Miguel tres años atrás, cuando empezaron las dificultades. No considerar a Miguel como una persona vulnerable que necesita protección, ya que eso puede llevar a la materialización de una profecía autocumplida, sino como una persona capaz de alcanzar sus metas en la vida.

- Pensar en maneras de ayudar a Miguel a encontrar y utilizar herramientas para gestionar la ansiedad.
- Averiguar cómo gestiona Miguel la ansiedad en otras situaciones.
- Darle esperanzas de que la situación se resolverá favorablemente.
- Trabajar con Miguel para identificar sus puntos fuertes y utilizarlos para superar la ansiedad que sufre.
- Conectar a Miguel con asistentes para ayudarlo a conservar un trabajo que valora.
- Conectar a Miguel con otras personas que han vivido experiencias similares.



Ejercicio 1.3: ¿Qué facilita o dificulta la recuperación? (50 minutos)

El objetivo de este ejercicio es que los participantes exploren el concepto de la recuperación basándose en sus experiencias personales. Invita a los participantes a pensar en algún momento de su vida en el que se hayan recuperado de una situación difícil.

Pregunta al grupo:

Pensad en un momento de vuestra vida en el que os hayáis recuperado de algo (no necesariamente relacionada con la salud mental), como un problema grave de salud, una pérdida o una aflicción por una muerte (si os sentís suficientemente cómodos explicando vuestros sentimientos en torno a este hecho con el grupo).

- ¿Con qué retos emocionales os encontrasteis?
- ¿Cómo los gestionasteis (ya sea de manera positiva o negativa)?
- ¿Qué os ayudó a recuperaros?
- ¿Qué no os resultó útil para recuperaros?

Divide a los participantes en grupos de cinco y pídele a cada grupo que debatan y tomen nota sobre lo que les resultó útil y lo que no en dos listas separadas.

Pide a los grupos pequeños que expongan brevemente sus listas ante el grupo clase (por ejemplo, con un debate en grupo).

Los participantes pueden identificar factores similares que en ocasiones obstaculizan o propician la recuperación (por ejemplo, la familia en algunos casos puede contribuir a la recuperación y en otros, impedirla). Puede resultar útil realizar un debate sobre los motivos por los que esto ocurre.

A continuación, pregunta al grupo:

- ¿Hay temas y problemas comunes?
- ¿Creéis que las cosas útiles que habéis identificado también se os podrían aplicar a vosotros o a personas con quienes estáis trabajando o a las que estáis acompañando?



Presentación: Facilitadores y obstáculos para la recuperación (20 minutos)

La investigación llevada a cabo en países diversos ha identificado algunos aspectos comunes en cuanto a lo que fomenta y lo que impide la recuperación. En las siguientes tablas se recogen los factores clave que las personas han identificado como facilitadores u obstaculizadores de la recuperación.

Facilitadores de la recuperación (8)

Recuperación de la identidad	Relaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Confianza • Esperanza y optimismo • Autoaceptación, responsabilidad, creencia y estima • Autoeficacia • Autoconciencia • Crecer más allá de la etiqueta • Reclamar el poder y la autodeterminación • Pertenencia: identidad comunitaria, social y cultural • Activismo • Espiritualidad • Afrontar las dificultades • Tomar el control 	<ul style="list-style-type: none"> • Amistades • Relaciones familiares de apoyo • Relaciones íntimas (es decir, pareja) • Crianza • Compañeros • Animales de compañía • Profesional del servicio • Confianza y reconocimiento mutuos • Relaciones esperanzadoras
Implicación y búsqueda de sentido y de propósito	Servicios y apoyos
<ul style="list-style-type: none"> • Ser valorado/a • Participar en roles significativos • Voluntariado, trabajo, carrera profesional y formación • Aprender sobre uno/a mismo/a y la enfermedad • Compromiso social y comunitario • Ejercicio y creatividad • Experiencias de otras personas 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse informado/a y con control • Continuidad y flexibilidad • Tratamientos y terapias • Seguridad • Apoyo de los iguales • Relaciones, actitudes y poder • Alojamiento y apoyos comunitarios • Seguridad financiera

Obstáculos para la recuperación (21)

Obstáculos que impiden la recuperación
<ul style="list-style-type: none">• Violencia y maltrato• Estereotipos: las asunciones falsas sobre las personas (por ejemplo, que son violentas) pueden mermar la seguridad en ellas mismas e impedir que se recuperen.• Estigma y discriminación: cuando se excluye a las personas de las comunidades, no se les permite tener oportunidades en la vida o no se las considera merecedoras de ayuda, se puede obstaculizar su recuperación. Hay muchas formas de estigma y discriminación que pueden interaccionar, dando lugar a desigualdades e impidiendo la recuperación.• Pobreza: no ser capaz de satisfacer las necesidades personales o familiares puede conllevar malestar emocional e impedir la recuperación.• Falta de servicios sanitarios de calidad: las personas necesitan servicios sanitarios adecuados y deben tener la oportunidad de elegir y acceder a tratamientos y apoyos para conservar su bienestar y promover su recuperación.• Falta de independencia y control: en ocasiones, los servicios y algunos individuos pueden crear barreras para las personas, o incluso inhabilitarlas, lo cual puede obstaculizar su recuperación.• Falta de servicios y ayuda en la comunidad: las personas pueden requerir todo un abanico de servicios y apoyos, y deberían tener acceso a ellos para poder vivir una vida plena en comunidad (por ejemplo, ayuda social, vivienda, servicios de búsqueda de trabajo, oportunidades educativas, formación para una vida independiente, acompañamiento por parte de iguales, asistencia personal, etc.). Sin estos servicios, las personas pueden seguir sufriendo exclusión, lo cual tiene un impacto negativo en su bienestar y en su recuperación.

Si bien es importante ofrecer apoyos positivos que permitan la recuperación, también lo es hacer esfuerzos para identificar y eliminar los obstáculos a esa recuperación. Estos temas y factores comunes no deberían quitar importancia a las experiencias personales plenas que hayan vivido ni al significado o los objetivos que cada persona pueda dar a su proceso. Explorando estas experiencias, pueden identificar de manera inesperada elementos positivos surgidos de situaciones negativas que les han resultado útiles en su trayecto hacia la recuperación.

Tema 2. Servicios y prácticas orientados a la recuperación

Duración del tema

Aproximadamente 2 horas y 45 minutos.



Presentación: Rasgos definidores clave (90 minutos)

Esta presentación define servicios orientados a la recuperación y esboza algunos rasgos definidores clave, entre los que se incluyen la autodeterminación, la defensa de los derechos humanos, la superación de los desequilibrios de poder y el tratamiento de los traumas.

Autodeterminación

Los servicios orientados a la recuperación tienen como finalidad ayudar a las personas en su recorrido único hacia la recuperación, aprovechando sus fortalezas y capacitándolas para:

- Tomar el control de sus vidas.
- Identificar sus objetivos y aspiraciones para poder vivir una vida plena y con sentido, y trabajar para alcanzarlos.
- Tomar decisiones relativas a todos los ámbitos de su vida, incluidos el tratamiento, la asistencia y el acompañamiento.
- Elegir su propia manera de entender su malestar.

Promoción de los derechos humanos

- El abordaje basado en la recuperación está en concordancia con los estándares de los derechos humanos internacionales, incluidos los derechos recogidos en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). Por ejemplo, los servicios orientados a la recuperación promueven derechos humanos como la igualdad, la no discriminación, la capacidad jurídica, el consentimiento informado y la inclusión en la comunidad, recogidos en la CDPD.
- Tener el control de la recuperación personal y tomar decisiones por uno mismo relativas al tratamiento o a otros aspectos de la vida (con la ayuda de otras personas, si se desea) es el aspecto central del abordaje basado en la recuperación. También es un elemento importante del derecho a ejercer la capacidad jurídica (artículo 12 de la CDPD).
- Por otra parte, el ingreso y el tratamiento involuntarios en los servicios sociales y de salud mental se oponen directamente al abordaje basado en la recuperación y no cumplen la CDPD porque impiden que las personas tengan el control de sus vidas y conducen a consecuencias nocivas y perjudiciales.
Contrariamente a la creencia extendida entre los profesionales de la salud mental y otros ámbitos, el ingreso involuntario no reduce las tasas de reingreso (5), al contrario: hace que las personas teman futuros ingresos o contactos con los servicios sociales y de salud mental.

La CDPD se explica detalladamente en el módulo *La salud mental, la discapacidad y los derechos humanos*.

Tratamiento de los traumas

- Los servicios basados en la recuperación reconocen que muchas personas han vivido experiencias negativas y traumáticas en la vida, y les ayudan a recuperarse de ellos.
- El trauma puede deberse a violencia, maltrato o coacción (por ejemplo, un ingreso y un tratamiento forzosos) en el seno de los servicios sociales y de salud mental. También puede estar ocasionado por otras formas de violencia y maltrato que las personas hayan sufrido, por ejemplo, en su infancia, con un claro impacto negativo en su salud mental y física.
- Un abordaje basado en la recuperación implica, a título de ejemplo, preguntar a la persona «¿Qué te ha pasado?», en vez de «¿Por qué no estás bien?».

Superación de los desequilibrios de poder

- Otro aspecto importante de los servicios orientados a la recuperación consiste en crear un entorno para superar los desequilibrios de poder en la medida de lo posible.
- En los servicios, tanto los profesionales de la salud mental como de otros ámbitos tienen más poder que los usuarios. Además, solo la amenaza o la posibilidad de poder ser retenido y tratado de manera involuntaria a menudo puede exacerbar el desequilibrio de poder. Los usuarios tienen la sensación de que deben hacer lo que les ordenan los profesionales para no verse privados de libertad (para más información, consultar el módulo *Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato*).

¿Cómo son, en la práctica, los servicios orientados a la recuperación?

Muchos servicios de todo el mundo se basan en una idea clínica de la recuperación y creen que buena parte de los usuarios no se podrán recuperar. En este contexto, el tratamiento, la atención y el acompañamiento se han limitado en gran medida al uso de medicación y, en ocasiones, de psicoterapia, con el énfasis puesto en eliminar o reducir los síntomas.

Ahora bien, la recuperación no se limita a los síntomas, sino que también tiene que ver con la vida y la identidad de la persona. Hay que entender qué significa «encontrarse mejor» para cada persona y trabajar de manera individualizada para conseguirlo.

Los servicios orientados a la recuperación no son solo servicios en los que el personal se ha formado en el abordaje basado en la recuperación. Este planteamiento implica garantizar que toda la organización del servicio esté centrada en fomentar y facilitar un abordaje basado en la recuperación. Este abordaje no es solo una cuestión de actitud del personal, sino que debe estar recogido en las políticas, los programas y la organización del servicio. Por ejemplo, una intervención eficaz podría ser reclutar a personas usuarias que se encuentren en circunstancias similares y que puedan proporcionar acompañamiento: este podría ser un paso efectivo para promover un abordaje basado en la recuperación y propiciar cambios en la cultura del servicio.

Las personas deberían poder elegir entre diferentes tipos de servicios u otros métodos, formales o informales, de acompañamiento para poder explorar y averiguar qué tipo de servicio o acompañamiento satisface mejor sus necesidades.

En este punto de la presentación, muestra a los participantes el vídeo: Rory Doody sobre su experiencia con los servicios del sistema de salud mental (35:36).

Rory Doody es el responsable de área para el compromiso con la salud mental de Cork Kerry Community Healthcare y tiene también experiencia personal con los servicios de salud mental tradicionales. En este vídeo describe su recorrido hacia la recuperación.

<https://youtu.be/63vK2F1ok7k> [consulta: 9 de abril de 2019]

Los participantes tienen la oportunidad de escuchar, entender y debatir cómo algunos aspectos de un abordaje médico tradicional de la salud mental pueden inhabilitar a las personas y tener un impacto negativo en sus vidas, a pesar de las buenas intenciones de los profesionales que trabajan con este marco de actuación. El vídeo también subraya los elementos clave que propiciaron la recuperación de Rory Doody.

Después de ver el vídeo, pregunta a los participantes:

- ¿Por qué pensáis que el modelo médico tradicional le falló a Rory Doody?
- ¿Qué aspectos del abordaje basado en la recuperación funcionaron en su caso?
- ¿Os identificáis con algún aspecto de esta historia (como persona usuaria de servicios, como profesional médico o como parte de un programa de apoyo entre iguales)? En caso afirmativo, ¿por qué? ¿Qué tipo de servicios habéis tenido la oportunidad de conocer (en términos tanto de persona usuaria como de persona que presta servicios)? ¿Qué tipo de abordaje fomentaban los servicios: un modelo médico, un abordaje basado en la recuperación o una mezcla de ambos?

Los servicios orientados a la recuperación comienzan con la pregunta:

«¿En qué podemos trabajar juntos para mejorar tu vida?»

Dicho de otro modo, el abordaje basado en la recuperación trata todos los aspectos de la vida de la persona y plantea si está viviendo la vida que quiere vivir. Se trata de una experiencia muy personal que requiere un acompañamiento individual basado en los valores y las preferencias de la persona implicada.

Los usuarios pueden no conocer inmediatamente la respuesta a esta pregunta. Puede que necesiten tiempo y la implicación de otras personas para determinar qué les gusta, qué les hace sentir mejor, qué les hace sonreír, qué les entristece, qué les hace daño, etc. Y también se necesitan tiempo y diálogo, y a menudo creatividad, para acompañarlos y ayudarles a encontrar por sí mismos algunas respuestas a la pregunta.

Los profesionales, los compañeros de apoyo, los cuidadores y otros acompañantes tienen diversas maneras de apoyar a las personas durante su recorrido hacia la recuperación y ayudarlas a identificar qué significa para ellas *recuperación* para avanzar hacia estos objetivos (22). Esto puede incluir mantener conversaciones sobre aspectos generales de la vida de la persona, como por ejemplo:

- Identificar qué aspectos de la vida o del entorno de la persona pueden hacer que sus circunstancias sean difíciles.
- Reconectar con la familia y los amigos o establecer nuevas relaciones significativas.

- Encontrar un trabajo / reconectar con el mercado laboral.
- Establecer vínculos con oportunidades educativas.
- Fomentar la participación en la vida de la comunidad.

El elemento crucial en todo esto es que las personas que asumen el papel de acompañantes:

- Crean en la persona con quien trabajan y en las decisiones que toma, y tengan el convencimiento de que puede recuperar el control de su vida.
- Aprendan tanto como sea posible de las personas con discapacidad psicosocial o usuarias de los servicios, ya que tienen un conocimiento y una experiencia considerables adquiridos a través de sus vivencias.
- Para lograrlo, los profesionales y otros acompañantes deben reconocer que las personas con experiencia vivida son «expertas» en cuanto a ellas mismas y su recuperación. También les obliga a reflexionar sobre el conocimiento, las capacidades y los valores que ellos mismos aportan al papel de acompañantes, y lo que deberían hacer de manera diferente. Lo analizaremos en más detalle en los siguientes temas.
- Esta reflexión permite al acompañante «comprobar» en qué sentido su posición social y experiencia ha dado forma a sus creencias y asunciones (por ejemplo, a su manera de trabajar o a sus ideas sobre las personas con las que trabaja). Este aspecto es fundamental para hacer aflorar y corregir posibles desequilibrios de poder y ofrecer un mejor acompañamiento.

Un punto esencial clave para la recuperación es que los acompañantes fuera de los servicios de salud mental, sean amigos familiares o pareja, se muestren cariñosos, cuiden de la persona y la animen.

La siguiente tabla resume las diferencias principales entre los servicios tradicionales y los servicios basados en la recuperación (23), (24):

		Servicios tradicionales	Servicios basados en la recuperación
Continuo -----			
Creencias	Visiones acerca de los trastornos y los problemas de salud mental	Patología No se da sentido a los trastornos y problemas de salud mental	Crisis existencial Experiencia humana completa
	Filosofía	Mantenimiento Paternalismo	Recuperación Autodeterminación
	Lenguaje	Énfasis puesto en un lenguaje: <ul style="list-style-type: none"> • médico • objetivo • «ellos» 	Más énfasis puesto en un lenguaje: <ul style="list-style-type: none"> • personal • subjetivo • «nosotros»
Personas	Usuarios de los servicios	Receptores pasivos	Actores y participantes activos
	Familias	Sin ayuda y sufriendo	Con ayuda y acompañando
	Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre todo, médico • Autoridades expertas 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal diverso, incluyendo apoyo entre iguales • Colaboradores
	Comunidades	Aprensiva y discriminatoria	Aceptadora e inclusiva
Servicios	Tipos de servicios principales	Medicación y hospitales	Amplio abanico de terapias, apoyo entre iguales, educación en la recuperación, ayudas en materia de vivienda, educación y trabajo, y tareas de concienciación
	Culturas de los servicios	Autoritarias Segregación de la sociedad	Participativas Inclusión en la sociedad
	Contextos de los servicios	Hospitales y clínicas	Servicios de la comunidad, en casa y en línea
Resultados	Redes sociales	Comunidad en los servicios	Comunidad natural
	Alojamiento	Hospitales, pisos compartidos y otros servicios residenciales	Vivienda personal
	Trabajo	Servicios de formación profesional Talleres protegidos Paro	Trabajo digno por un salario digno: una aportación valiosa a la comunidad



Ejercicio 2.1. Modelo orientado a la recuperación (30 minutos) (25)

Reparte a los participantes copias del anexo 1.

Lee el siguiente fragmento del relato de la recuperación de Tig Davies y reflexiona sobre el mismo (26).

«Tenía unos treinta años e iba a la universidad. Hacía tres años que vivía permanentemente colocada cuando la muerte me vino a llamar a la puerta. Estaba en el edificio del sindicato de estudiantes y, un segundo después, ya estaba en la habitación 1 de la sala H, en la unidad psiquiátrica para enfermos agudos. Había vivido un ingreso previo muy poco fructífero de tres meses en una unidad psiquiátrica cuando tenía veinte años largos, pero me gustaría hablaros de esta otra experiencia, por el efecto positivo final que tuvo en mi recuperación. ¡Huelga decir que los primeros ocho meses de aquel ingreso no tuvieron ningún efecto positivo! Después de pasar tres meses en casa terminé en el hospital, donde me dijeron que mi hígado no soportaría otra sobredosis y un psiquiatra me dijo que no volvería a trabajar, me ofreció una vida en una comunidad terapéutica y me dijo que me siguiera tomando la medicación... Ah, y, claro, que me quedara hospitalizada.

Llegados a ese punto, yo creía sinceramente que la vida como "persona sana" se había terminado. Estaba loca y no había nada que hacer. Quedé completamente destrozada, incapaz de reaccionar ni física ni mentalmente. Caí en una pasividad absoluta, nada tenía sentido. Fue durante los siguientes siete meses que pasé en el hospital cuando mi trayecto hacia la recuperación por fin tomó cuerpo.

Iba muy medicada, estaba horrorosamente delgada, era incapaz de pensar y no tenía deseo, motivación ni ninguna interacción social. Tenía muchísimo miedo, oía voces que me decían que me hiciera daño, que estaba completamente muerta dentro de este cuerpo asqueroso, y que seguiría así hasta el final.

En la planta de arriba del hospital había una pequeña cafetería para los pacientes y las visitas regentada por Dee. Dee probablemente sea una de las trabajadoras de apoyo a la salud mental más auténtica, empática, comprensiva y divertida que me he encontrado nunca. La llaman "la asistente de la cafetería". Llevó el "servir cafés" a los clientes de su cafetería a otro nivel. Dee no se limitaba a servir cafés: ella servía a las personas. Hablaba, compartía, preguntaba, escuchaba, lloraba, reía, exponía la verdad tal y como ella la veía, abrazaba cuando era necesario y mantenía las distancias cuando tenía que hacerlo. Hablaba con la gente por el placer de comunicarse, no aceptaba tonterías de nadie y entendía la diferencia... ¡Ah! ¡Y hacía un café buenísimo! Y, todo esto, siempre con el miedo de meterse en problemas por hablar en el trabajo. Aquella cafetería y Dee se convirtieron en un lugar de tranquilidad, luz y esperanza para mí.

Una mañana estaba en la cafetería cuando entró el nuevo "asistente social", Dave. Estaba claro que nos conocíamos desde hacía años. Hablamos. Nos habíamos conocido durante mi periodo álgido con las drogas y, a pesar de encontrarse con un cadáver andante, lo cual le entristeció mucho, mi estado hizo que desplegara al máximo el abordaje centrado en la persona.

Él, Dee y yo nos sentamos a tomar un café. Entonces, Dave se limitó a mirarme y me hizo la pregunta más simple y a la vez más profunda que me han hecho nunca. «¿Qué crees, TÚ, que te ayudaría a ponerte bien de nuevo?» Me quedé pasmada. Nadie me lo había preguntado nunca y siempre había creído que la medicación, las enfermeras y los psiquiatras tenían todos los planes y las respuestas. ¡Al fin y al cabo, eran ellos quienes habían redactado mi plan de atención!

Me agarré a aquella pregunta movida por el estado de desesperanza en el que me encontraba y, convencida de que no tenía nada que perder, hablé con Dave y Dee de los recuerdos de un sueño que ya había tenido antes. Quería estar bien, quería recuperar la relación con la familia y los amigos, quería volver a casa, a mi piso, y quería trabajar. Al final de aquella conversación, comí y, lo que es más importante, "disfruté" de la tostada con mermelada y de una taza llena a rebosar de batido de chocolate. ¡Hacía más de tres meses que no era capaz de comer nada más que una galleta 'digestive' y un vaso de leche al día! Y también sonreí. Y me hizo sentir muy bien. Había recuperado la esperanza, por fin. Hablé. Soñé. Hice planes. **Tig Davies. De la enfermedad mental a la recuperación: ¡somos nosotros quien trazamos el plan de nuestro proceso!**

A pesar de estar hundida en las profundidades de lo que describe como su «estado de desesperanza», Tig identifica maneras en que Dee y Dave la ayudaron a iniciar su recorrido hacia la recuperación.

Es importante destacar que no estamos sugiriendo que el trabajo que hacen los profesionales de los servicios no esté centrado en las personas. La diferencia con un abordaje centrado en la persona es que la orientación y la dirección de ese trabajo cambia. A partir del relato de Tig, queda claro que tanto Dee como Dave se relacionaron con ella de una manera que ella entendió como diferente de sus otras experiencias en los servicios sociales y de salud mental, lo que supuso un punto de inflexión a partir del cual inició su proceso hacia la recuperación.

Pregunta a los participantes lo siguiente:

- Si pensamos en el relato de Tig, ¿qué aspectos del abordaje de Dee y Dave identificaríais como orientados hacia la recuperación?
- El relato de Tig nos da otras pistas que indican que el acompañamiento y el tratamiento que recibió durante el internamiento no estuvo centrado en su persona. ¿Cuáles son estas pistas? ¿Cómo se podría haber planteado la situación en otros términos?



Presentación: Prácticas clave orientadas a la recuperación (10 minutos)

Tal y como hemos analizado, hay servicios en países de todo el mundo que se centran habitualmente en las *carencias* (lo que la persona es *incapaz* de hacer), en mantener a la persona usuaria de los servicios en una situación «estable» en cuanto a su salud mental y en evitar el deterioro de los síntomas o de los niveles de funcionamiento.

Este abordaje casi no pone énfasis en la persona en su conjunto y en lo que siente, y no tiene en cuenta sus fortalezas, sus esperanzas ni sus aspiraciones.

Esto no quiere decir que los servicios *no* tengan que dar asistencia a las personas para que resuelvan sus problemas, sino que centrarse en sus fortalezas, y no en las carencias, es una manera más efectiva de ayudarlas a gestionar sus emociones y los retos que se puedan encontrar en la vida.

En unos servicios orientados a la recuperación, los profesionales de la salud mental y otros ámbitos, los familiares y otras personas implicadas en el acompañamiento, así como los compañeros de apoyo y otros, tienen un papel en la recuperación de la persona. Esto incluye:

- Centrarse en las fortalezas y los activos.
- Infundir esperanza.
- Entender los valores y las preferencias de la persona.
- Trabajar con la persona.
- Establecer límites.
- Ser conscientes de las barreras potenciales que pueden obstaculizar el recorrido hacia la recuperación, incluidos los desequilibrios de poder en el seno de los servicios.
- Apoyar a la persona para que asuma riesgos positivos.
- Conectar a la persona con la comunidad, incluyendo compañeros y familiares.

Estos tipos de prácticas también ayudan a promover el cambio social necesario para poner fin a la discriminación para con las personas con discapacidad psicosocial.

Los siguientes temas abordarán los papeles clave que los profesionales, los familiares y otros acompañantes pueden tener para fomentar la recuperación de la persona. Más adelante, los participantes tendrán la oportunidad de debatir en qué sentido esto difiere de la práctica actual en los servicios sociales y de salud mental.

Tema 3. Recuperación centrada en los activos y las fortalezas

Duración del tema

Aproximadamente 45 minutos.



Presentación: Centrarse en los activos y las fortalezas de la persona es clave para un acompañamiento orientado a la recuperación (2), (27) (25 minutos)

Muy a menudo, los servicios se centran en los problemas y las carencias de las personas. Una parte esencial de la recuperación es que la persona identifique sus activos y puntos fuertes para poder aprovecharlos. Esto se puede facilitar de diversas maneras:

- Centrándose en las fortalezas y los activos (en vez de las carencias) de la persona usuaria de los servicios, así como de los familiares, las amistades y los cuidadores que la acompañan.
- Trabajando de una manera que reconozca los valores personales, sociales, culturales y espirituales, las fortalezas y los deseos de la persona.
- Estableciendo una colaboración con la persona y con su red de apoyo (con el consentimiento de la persona) para entenderla mejor y ayudándola a identificar sus activos y fortalezas y a sacar provecho de ellos.

El abordaje basado en las carencias limita las oportunidades de las personas, mientras que el abordaje basado en los activos y las fortalezas las amplía.

Centrarse en los activos y las fortalezas no significa negar el dolor y el malestar que una persona pueda sufrir. Estos sentimientos se deberían identificar y se debe ayudar a la persona a explorarlos y a encontrar maneras de superarlos, aprovechando sus fortalezas y sus activos.

Abordaje basado en las carencias (27)
<ul style="list-style-type: none">• Parte de las carencias y responde a problemas.• Proporciona un apoyo limitado por el mandato o la política específicos del servicio, en lugar de centrarse en las necesidades de la persona.• Trata a las personas como receptores pasivos del acompañamiento.• Ve los problemas o las carencias como una parte intrínseca de la persona, e intenta «arreglarla» o «estabilizarla».
Abordaje centrado en los activos y las fortalezas (22), (2), (27)
<ul style="list-style-type: none">• Parte de los activos e identifica oportunidades y fortalezas.• Ve a las personas como expertas en su propia recuperación y reconoce que son capaces de tomar decisiones y que las toman.• Requiere que los profesionales o los otros implicados en la asistencia pasen de intentar «arreglar a la persona» a acompañarla en su recuperación.• Enfatiza la colaboración y la coproducción entre la persona implicada y los profesionales y los otros acompañantes en su recorrido y proceso de recuperación.

- Ve y trata a la comunidad general como activos.
- Empodera a las personas para asumir el control de sus vidas y las ayuda a desarrollar su potencial, entendiendo que son ellas quienes tienen las respuestas y las soluciones.

Llegados a este punto, explica a los participantes:

En la siguiente situación (Tom), veremos lo que conlleva en la práctica el abordaje basado en las carencias y cómo se puede avanzar hacia un abordaje basado en las fortalezas.

El caso de Tom

Tom es un hombre de treinta años que trabaja de maestro. Hace tres años que está casado, pero la relación con su mujer se ha deteriorado recientemente y discuten a todas horas. Cada vez le resulta más difícil encontrar el gusto por el trabajo y mostrarse paciente y atento a las necesidades de sus alumnos. Los días se le hacen insoportables. A menudo le cuesta también dormirse por la noche, porque piensa en el día siguiente y le angustia no ser capaz de afrontarlo. Cuando se siente así, recurre al alcohol hasta que se tranquiliza. Ha consultado con su médico de cabecera, que le ha diagnosticado fatiga crónica y desánimo, y le ha hablado de una posible depresión. A pesar de todo, Tom sigue formando parte del equipo de rugby local y le reconforta mucho jugar y pasar el rato con sus compañeros de equipo.

Abordaje basado en las carencias	Abordaje basado en los activos/fortalezas
<p>Parte de las carencias y responde a problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fatiga crónica y desánimo, posible depresión • Consumo excesivo de alcohol • Problemas de pareja 	<p>Parte de los activos e identifica oportunidades y fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasión por el deporte • Problemas con la pareja, con quien ha superado otras crisis antes • Implicación en el equipo de rugby y buena relación con los compañeros de equipo • Disposición a buscar nuevas oportunidades
<p>Proporciona un apoyo limitado por el mandato o la política específicos del servicio, en lugar de centrarse en las necesidades de la persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación más en profundidad de la fatiga crónica • Derivación a la unidad de salud mental de la comunidad y a la unidad de conductas adictivas 	<p>Pone énfasis en el papel de la comunidad en un sentido más amplio y de activos organizativos también más generales; ve a las personas como ciudadanos y coproductores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El equipo de rugby local resulta muy beneficioso para Tom por muchos motivos • Existe la posibilidad de asistir a una clase de carpintería gratuita los martes por la noche
<p>Trata a las personas como receptores pasivos del acompañamiento. Ve los problemas o las carencias como una parte intrínseca de la persona, e intenta «arreglarla» o «estabilizarla»:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivación a la clínica de fatiga crónica • Derivación al psicólogo para recibir terapia cognitivo-conductual • Receta de antidepresivos 	<p>Ayuda a las personas a tomar el control de sus vidas y a desarrollar su potencial, porque considera a la persona como la respuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tom evalúa las opciones de tratamiento y acompañamiento que le ofrece su médico, y también sopesa otras ideas y opciones que ha pensado él mismo • Decide probar la terapia cognitivo-conductual para aprender a gestionar la ansiedad y reducir el consumo de alcohol • Decide ir a las clases de carpintería y buscar otras opciones laborales



Ejercicio 3.1: Centrarse en las fortalezas y los activos (2) (20 minutos)

Ahora es momento de que los participantes apliquen lo que han aprendido sobre centrarse en las fortalezas y los activos.

Pide a los participantes que valoren las siguientes descripciones de Sarah:

Considerad el ejemplo siguiente:

Sarah:

1. Sarah es una mujer esquizofrénica, obesa y que no acata las normas. No hace nada por estar mejor.
2. Requiere una asistencia considerable con sus decisiones vitales para lograr una gestión óptima de su diagnóstico de esquizofrenia y sobrepeso.
3. Sarah es madre de una hija de 2 años de la que está muy orgullosa y tiene una familia que la apoya. Aspira a ir a la universidad y estudiar puericultura. Sufre alucinaciones visuales y auditivas desde los 20 años.

Pide a los participantes que hagan un debate sobre las siguientes preguntas:

Si fuerais Sarah, ¿cuál de vuestras descripciones preferiríais que se empleara? ¿Por qué?

Anima a los participantes a pensar por qué algunas descripciones no son adecuadas.

- La mayoría sabrán identificar que la primera descripción es del todo inadecuada y vulnera la dignidad de Sarah.
- La segunda describe a Sarah solo en función de su diagnóstico de esquizofrenia y su peso, pero no sabemos nada de ella como persona. El uso del término «requiere» en la descripción también indica la presunción automática de que Sarah no sabe defenderse sola sin ayuda.
- La tercera descripción contextualiza a Sara como persona que ha demostrado una gran fortaleza y alguien con sueños y aspiraciones.

¿Qué impacto podrían tener estas descripciones en Sarah?

- La descripción 1 podría hacer que Sarah se sintiera insultada, desesperanzada y privada de su identidad. Además, esto podría llevar a que se sinta silenciada y pierda la esperanza de que nada la pueda ayudar.
- La descripción 2 podría hacer que Sarah pensara que las personas que la ayudan la ven solo a través del prisma de su enfermedad y no saben nada de ella como persona o sobre cómo gestiona los retos diarios. Puede sentir que la juzgan y tener sentimientos de inferioridad por cómo la describen. También puede tener la sensación de que sus médicos son distantes y despreocupados. Catalogar como «pobres» las elecciones vitales de Sarah también la culpa e ignora por qué ha tomado estas decisiones.
- La descripción 3 podría ayudar a Sarah a sentirse mucho más positiva sobre quién es como persona, ya que se centra en sus fortalezas, le recuerda las cosas importantes que ha conseguido y subraya sus sueños y aspiraciones para el futuro.

Tema 4. Promover la esperanza

Aproximadamente 1 hora.



Ejercicio 4.1: Promover la esperanza (8), (5), (28) (40 minutos)

El grupo entero debería participar en el siguiente debate sobre la importancia de infundir esperanza. Pregunta a los participantes:

¿Qué entendéis por la expresión *infundir esperanza*?

Tras este debate inicial, pide a los participantes que se dividan en grupos de cinco y que cada grupo debata sobre la siguiente pregunta:

¿Cómo pueden los profesionales sanitarios, los compañeros, los familiares y otras personas infundir esperanza en las personas a las que ayudan a recuperarse?

Pide a los participantes que expliquen el debate que han mantenido en su grupo a todos los presentes. Después, preséntales esta lista:

¿Cómo podemos infundir esperanza en las personas con quienes trabajamos y a las que acompañamos?

- Valorar a la persona por quien es y valorar también sus sueños y aspiraciones.
- Creer en la valía de la persona.
- Tener confianza en las habilidades, las destrezas y el potencial de la persona.
- Creer en la autenticidad de la experiencia de la persona.
- Aceptar y explorar de manera activa las experiencias de la persona.
- Tolerar la incertidumbre en cuanto al futuro.
- Ver los problemas y los contratiempos como parte del proceso de recuperación, y ayudar a la persona a extraer lecciones y aprovecharlas.
- Conectar a la persona con otras que hayan vivido experiencias similares.

Pregunta a los participantes:

¿Qué puede hacer que alguien pierda la esperanza?

Ejemplos de respuesta:

- Falta de confianza de la familia, los amigos y el personal.
- Que sean los otros quienes tomen las decisiones importantes mientras la persona ve cómo sus decisiones son menospreciadas.
- Que le digan que no debería casarse, tener hijos o volver a trabajar.

- Quedar excluido de la comunidad y ser discriminado (por ejemplo, falta de estudios, trabajo, vivienda, ausencia de asistencia relacionada con la discapacidad).
- Creer que el futuro no traerá nada positivo o que la vida o las circunstancias no pueden cambiar.
- Perder la confianza en las capacidades y el talento propios.
- Desesperación porque el recorrido hacia la recuperación puede ser duro y conlleva mucho esfuerzo.
- Recibir un tratamiento inadecuado de los servicios sociales y de salud mental que deriva en cinismo o pérdida de la esperanza en que las cosas puedan mejorar.
- Recibir un diagnóstico y tener la sensación de que la medicación es la única respuesta.

Como formador, también puedes plantear el tema de por qué la familia y otros acompañantes pueden perder la esperanza.

¿Por qué pueden perder la esperanza los familiares y otros acompañantes?

Algunos ejemplos son:

- Por la falta de apoyo y/o de recursos para ellos mismos.
- Por la falta de información.
- Por la incompreensión por parte de la comunidad.



Ejercicio 4.2. Cómo la esperanza facilita la recuperación (8) (20 minutos)

Pide al grupo que vuelvan a pensar en un momento de sus vidas en el que se hayan tenido que recuperar de algo, **como un problema de salud o una pérdida (si se sienten cómodos hablando de ello)**. Puede ser una situación similar a la expuesta en el ejercicio anterior de la formación.

A continuación, en grupo, que respondan a las siguientes preguntas:

- ¿Qué papel creéis que tuvo la esperanza en vuestra propia recuperación?
- Cuando os sentíais desesperanzados, ¿qué os ayudó a seguir adelante?

Da al grupo unos minutos para tomar nota de sus ideas y después invítales a hablar de ello con el resto del grupo.

Al final del ejercicio es importante dejar claro que:

Es importante no quitar importancia a las dificultades reales que las personas sienten. La esperanza *no* se debería utilizar como vía para evitar o negar los sentimientos o la tristeza que las personas pueden sufrir, y que pueden resultar abrumadores. Es importante reconocer cómo se siente la persona durante esos momentos difíciles de sus vidas, tal y como ilustra la siguiente cita:

«Bien, a algunos de nosotros no es necesario que nos digáis esto, porque nos parece casi insultante. Si la enfermedad ha destrozado y devastado tu vida, si tu trabajo ha desaparecido como hojas llevadas por una ráfaga de viento, si no se te considera capacitada para cuidar de los hijos, si no tienes amigos ni nada que hacer, si casi no tienes dinero y los profesionales no parecen entender tu malestar, a

veces podemos tener la sensación de que nuestras vidas se han estropeado de manera irreparable y no hay ninguna esperanza; se produce una fractura en el recorrido, que deja de resultar agradable, y su final es la única solución luminosa.

En esta situación, puede que no nos apetezca que ninguna persona brillante aparezca para hablarnos de nuestro recorrido hacia la recuperación y de cómo este puede empoderarnos; de hecho, puede conseguir que nos enfademos si nuestra máxima meta en esos momentos es llegar al final del día y, en cambio, se nos está alentando a sentir esperanza y optimismo. Instintivamente, puedes decirte: «¿Pero, cómo te atreves a subestimar mi desesperación?», «¿Cómo te atreves a pedirme que tenga ni siquiera una brizna de esperanza en mi pobre vida?» (29).

Tema 5. Valores de recuperación

Aproximadamente 20 minutos.



Presentación: Respetar a la persona implica entender sus valores y sus preferencias (2) (20 minutos)

Definición de valores

- Los valores y las creencias son los principios o estándares que una persona percibe son importantes para su vida y que gobiernan su manera de pensar y actuar. Están formados por experiencias y contextos sociales.
- Desarrollamos nuestros valores a través de experiencias y reflexiones. Los valores a menudo son el fundamento de las preferencias y las elecciones que hacemos, también en el ámbito del tratamiento, la asistencia y el acompañamiento.
- De hecho, los valores a menudo pueden expresarse mediante deseos, preferencias, percepciones, elecciones, expectativas, esperanzas, decepciones o miedos, en lugar de analizarse de manera explícita.
- Los valores son uno de los determinantes más potentes del comportamiento, y todo aquello que va directamente en contra de los valores de una persona puede parecer una invasión de la libertad y suscitar resistencia.

La práctica basada en los valores

La práctica basada en los valores pasa por trabajar de manera constructiva con las diferencias de las personas y aceptar su diversidad de valores.

Esto significa:

- Se deben poner los valores de las personas usuarias de los servicios, mientras siguen evolucionando y desarrollándose, en el centro de todo lo que se hace.
- Hay que entender los valores propios y las repercusiones que tienen tanto a título personal como en relación con otras personas.
- Deben celebrarse las elecciones personales y la creatividad de la persona como fuente de su recuperación o curación, y como manifestación y desarrollo de sus valores.

Es importante no dar por hecho que los demás comparten nuestros mismos valores, ya que esto conducir a abordajes, sugerencias e intervenciones que pueden parecer inaceptables y, por tanto, fracasar.

Tanto los acompañantes como los profesionales de la salud mental y otros ámbitos deberían mantener una conversación franca con la persona si no son capaces de prestarle la ayuda que ella desea porque entra en conflicto con sus propios valores. Además, los acompañantes y profesionales

deberían hacer un esfuerzo adicional para entender los valores de aquellas personas que no son capaces de expresarse de manera convencional; por ejemplo, prestando mucha atención a cómo reaccionan personas ante diferentes situaciones.

Dedicar tiempo a conocer las preferencias de las personas en cuanto al tratamiento, la asistencia y el acompañamiento es clave para construir relaciones orientadas a la recuperación.

Por ejemplo, algunos usuarios pueden elegir:

- Recibir la visita de algunas personas pero no de otras mientras permanecen en el servicio. Eso puede reflejar el valor de mantener determinadas esferas de la vida fuera del alcance de algunas relaciones (por ejemplo, de las relaciones laborales).
- Compartir experiencias con personas que han vivido situaciones similares y se han recuperado. Eso puede reflejar la creencia de que la sabiduría no se aprende tanto de los libros como a través de la experiencia.
- Cambiar de medicación o dejar de tomarla. Eso puede reflejar un conocimiento creciente sobre los efectos secundarios de la medicación o un cambio en los valores de la persona, que, en vez de buscar un alivio inmediato, puede querer una vida libre de los efectos de la medicación.
- Hablar con determinados profesionales de la salud mental y otros ámbitos y, en cambio, no con otros, o no recurrir en absoluto a los servicios de salud mental. Eso puede reflejar los valores de una persona relativos al tipo de interacciones que encuentran útiles para su recuperación.

Es fundamental no hacer asunciones sobre las creencias y los valores subyacentes de una persona a partir de las preferencias que expresa. La voluntad y las preferencias de la persona son una declaración de lo que quiere en una o más situaciones. No es necesario que dé ninguna explicación sobre sus preferencias.

No obstante, en algunos contextos puede tener sentido explorar, a partir de conversaciones prolongadas en el tiempo, si la persona tiene unos valores y unas creencias subyacentes aplicables a una categoría más general de circunstancias.

Los valores, las decisiones y las preferencias de la persona en la vida y en relación con el tratamiento y/o el acompañamiento que recibe deben explorarse a lo largo de la relación.

Esto requiere habilidades de escucha y comunicación efectiva para entender a la persona.

- **Comprensión y perspectivas:** ¿cómo entiende qué ocurre en su vida en el momento presente? ¿Qué quiere o no quiere de los demás, incluyendo los servicios sociales y de salud mental? ¿Qué opinión tiene de los servicios de salud mental? ¿Qué piensa de la medicación?
- **Identidad:** ¿cómo se ve ella misma en relación con los demás?
- **Límites:** ¿qué considera que queda fuera de los límites en el contexto de las relaciones de apoyo o del servicio?
- **Creencias:** ¿tiene alguna creencia religiosa, espiritual o de otro tipo que sea importante para ella?
- **Objetivos:** ¿qué objetivos tiene en la vida?
- **Experiencias pasadas:** ¿cuáles son sus experiencias (positivas y negativas) con respecto a los servicios de salud mental y los tratamientos que ha recibido, así como de otros servicios y acompañamientos?

- **¿Qué le ha funcionado?** ¿Qué no le ha funcionado?
- **¿Qué espera conseguir** con su recuperación?
- **¿Qué espera** de las relaciones con sus acompañantes y/o de las relaciones terapéuticas?
¿Hay algún estilo o abordaje determinado que no le funcione? ¿Por qué? ¿Qué tipo de acompañamiento desea y necesita?

Incluso si no es posible satisfacer las preferencias de la persona (por falta de recursos, por ejemplo), entender sus valores puede ayudar a plantear otras opciones potencialmente aceptables. Además, determinadas opciones pueden expresarse como innegociables.

Tema 6. Trabajar con las personas

Aproximadamente 1 hora.



Presentación: ¿Qué conlleva trabajar en colaboración con alguien? (8) (15 minutos)

Hacer con en lugar de hacer para

- A menudo se considera que los profesionales, los cuidadores, los familiares y otros acompañantes hacen algo para la persona usuaria de los servicios. Como parte de un abordaje basado en la recuperación, el énfasis se pone en la idea de «hacer con» las personas y «acompañarlas» a tomar las riendas de su recorrido hacia la recuperación.
- En este contexto, la persona toma las decisiones relativas a su vida y a su recorrido hacia la recuperación, mientras que los profesionales, los cuidadores, los familiares y otros acompañantes solo la ayudan si ella quiere que se impliquen.
- *Acompañar* es muy diferente de *dirigir*.
- Los acompañantes deben encontrar el equilibrio entre cuándo hay que ayudar y cuándo hay que intentar que la persona se plantee diferentes posibilidades y cuestione su manera habitual de proceder.
- Los profesionales son personas con recursos que proporcionan información y apoyo para ayudar a las personas a identificar sus objetivos de recuperación y alcanzarlos.
- Plantear retos demasiado ambiciosos puede ser contraproducente para la recuperación de la persona y puede debilitar la relación y la confianza que tiene en sus acompañantes.
- Los acompañantes deben ser conscientes de que ellos también pueden necesitar ayuda.

Resistir la tentación de resolver los problemas

- La idea de acompañar a alguien puede parecer contraria a los instintos tanto humanos como profesionales de «ayudar» o «solucionar/arreglar los problemas» de la persona.
- Dar un paso atrás de esta posición más activa requiere, por un lado, habilidad y, por otro, tener confianza y respeto por la persona a la que se está ayudando. Este planteamiento coloca el poder de dirigir la recuperación en manos de la persona a la que se acompaña.
- Es importante tener paciencia, dejar que cada uno avance a su ritmo y ajustar continuamente la ayuda ofrecida según las necesidades y los deseos de la persona a quien se apoya.
- Demostrar que se cree en la persona le permitirá desarrollar confianza en las propias capacidades para gestionar su vida, la situación y los retos a los que se enfrenta.



Ejercicio 6.1. Trabajar codo a codo en la práctica (30) (45 minutos)

A veces, cuando una persona tiene una crisis, se siente superada o expresa actitudes negativas hacia la familia, los cuidadores, los profesionales o los servicios, puede resultar difícil conectar con ella de una manera personal y útil. Ahora analizaremos una situación, la experiencia de Suraiya, que nos

permitirá explorar la asistencia y el acompañamiento que recibió en el contexto de un abordaje basado en la recuperación.

Divide a los participantes en grupos de cinco para analizar la situación. Después, pide a los grupos que expongan sus reflexiones ante todo el grupo.

Caso: la experiencia de Suraiya

Suraiya es una mujer de 22 años que ha aceptado ingresar en una clínica psiquiátrica para enfermos agudos tras un intento de suicidio. Tiene un historial de autolesiones graves y de internamientos repetidos por el grave malestar que ha sufrido.

Imaginad que sois uno de los profesionales que ayuda a Suraiya y que os reunís con ella para hablar de su situación. Suraiya os dice que ha perdido la esperanza, que es infeliz y que cree que no le cae bien al psiquiatra. Se queda sentada en silencio y parece muy ensimismada durante toda la reunión.

Si estuvierais en la piel de Suraiya, ¿qué querríais?

Algunas respuestas de los participantes pueden ser:

- Que me visitara otro psiquiatra.
- Volver a casa.
- Tener más información sobre mi estancia y el plan de tratamiento.
- Retomar el control de mi vida.
- Tener la sensación de que alguien me entiende y empatiza con mi situación.
- Ver una cara familiar o a alguien en quien confíe (amigo o familiar).

A partir de los conocimientos que habéis adquirido sobre el abordaje basado en la recuperación, ¿cómo podríais ayudar a Suraiya?

Invita al grupo a pensar en lo siguiente:

- ¿Cómo empezaríais una conversación con Suraiya?
- ¿Qué preguntas le haríais?

Ejemplos:

- Le preguntaría qué le hace pensar que no le cae bien al psiquiatra.
- Reconocería el malestar de Suraiya (implicándome realmente con ella y escuchándola activamente). Exploraría con ella lo que no va bien para poder preguntarle sobre su bienestar y su experiencia con el servicio.
- Le aseguraría que está aquí por voluntad propia y que no está obligada a quedarse ni a hacer nada que no quiera hacer.
- La invitaría a describir cómo podría mejorar su situación.
- Le preguntaría cómo podría ayudarla a hacer que la situación fuera menos estresante (por ejemplo: recibiendo determinadas visitas, pidiendo que le lleven algunas pertenencias especialmente significativas de casa, haciendo actividades que le gustan, hablando con

determinados trabajadores de salud mental, haciendo las gestiones para que pueda volver a casa con la ayuda apropiada, etc.).

- Le preguntaría si hay algún otro integrante del personal con quien se sienta cómoda hablando.
- Le preguntaría si le resultaría útil hablar con alguien que haya vivido una experiencia similar (algún tipo de apoyo entre iguales).

Veamos cómo un profesional, Jamal, interacciona con Suraiya:

En una reunión con Suraiya, Jamal percibe que la chica parece reservada, enfadada y triste. Le pregunta cómo se siente en ese momento. Jamal también le pregunta si hay algo que la pueda hacer para que se sienta mejor. Suraiya responde que le gustaría hablar con un amigo. Jamal le dice que intentará organizarlo para que se puedan ver tan pronto como sea posible. También le pregunta qué más puede hacer para ayudarla mientras tanto.

Suraiya le cuenta que lo que más necesita es pasar tiempo a solas en un lugar tranquilo para poder reflexionar. Dice que, en el pasado, le ha ido bien escuchar música para coger una cierta distancia de su situación. El servicio de salud mental dispone de salas cómodas y tranquilas desde el año anterior y Jamal propone a Suraiya pasar tanto tiempo como quiera en ellas, escuchar música y llamar a sus amigos siempre que quiera. También le hace saber que puede contar con él siempre que lo necesite.

Jamal recuerda que Suraiya piensa que no le cae bien al psiquiatra. La invita a exponer cualquier preocupación que no se haya tratado para poderla trasladar a las personas implicadas y, si es necesario, darle los recursos y la información necesarios sobre cómo y dónde puede presentar quejas.

¿En qué sentido el apoyo de Jamal está en concordancia con prácticas orientadas a la recuperación?

Algunas respuestas pueden ser:

- Jamal infunde esperanza.
- Jamal escucha e intenta entender las preferencias de Suraiya.
- Jamal se muestra respetuoso con las peticiones de Suraiya.
- Trabaja en colaboración con Suraiya.
- En todo momento, Jamal se comporta de manera profesional, al tiempo que se implica y se muestra comprensivo.

Tema 7. Límites en el contexto de las prácticas de recuperación

Duración del tema

Aproximadamente 20 minutos.



Presentación: Entender los límites (31) (20 minutos)

Al tratar con los participantes el tema de los límites, es importante ser consciente de que puede haber mucha variedad de opiniones en el grupo sobre lo que se considera aceptable. Plantéale al grupo la siguiente pregunta y haz una lista de las respuestas en la pizarra:

¿Qué entendéis por la expresión «mantener límites profesionales en el contexto de los servicios sociales y de salud mental»?

Después de un breve debate sobre esto, retoma la presentación.

Mantener los límites (30)

Mantener límites profesionales en el contexto del abordaje basado en la recuperación implica:

- Reconocer y respetar de manera apropiada los límites de las personas usuarias del servicio.
- Ser claro, justo y abierto sobre lo que se puede hacer y lo que no.
- No implicarse ni *demasiado* ni *demasiado poco*.

En el pasado, la idea de mantener una «distancia profesional» ha servido para erigir una falsa barrera «nosotros-ellos» entre el personal y las personas usuarias de los servicios, como si fueran fundamentalmente diferentes.

Sin embargo, la idea de que los profesionales deben mantener la distancia emocional y personal para ser competentes no encaja con lo que expresan muchas personas usuarias de los servicios sociales y de salud mental. Por ejemplo, puede resultar útil que un profesional explique algún problema personal o algún trauma que ha vivido cuando esto puede ilustrar una manera de avanzar y superar algún problema o trauma a la persona usuaria.

Por otra parte, las personas usuarias de los servicios pueden percibir que las intervenciones de los profesionales de la salud mental y de otros ámbitos traspasan sus límites personales (por ejemplo, las preguntas intrusivas sobre su vida personal, la medicación forzada, etc.).

En este sentido, el énfasis no debe ponerse en mantener los límites, sino en establecer una relación sostenible en la que ambas partes se sientan cómodas y que funcione en beneficio de la persona.

Esto requiere encontrar un equilibrio en el que los profesionales y otros acompañantes no se involucren ni demasiado ni demasiado poco. El nivel adecuado de implicación puede variar en función de la vida que lleva cada uno, por lo que es importante tener en cuenta las diferencias culturales o contextuales a la hora de establecer una relación con una persona.

- Un ejemplo de implicación excesiva puede darse cuando un acompañante se identifica de manera tan intensa que intenta explorar experiencias que la persona encuentra incómodas, indeseadas y/o no relacionadas con el problema.
- Un ejemplo de implicación insuficiente puede darse cuando un acompañante se desconecta completamente de la persona, la considera una «causa perdida» e ignora sus sentimientos.

Muestra a los participantes la siguiente tabla, con ejemplos de lo que sería una implicación excesiva o insuficiente entre un profesional y una persona usuaria del servicio.

Implicación excesiva	Implicación insuficiente
Mostrar límites poco claros o insuficientes	Lamentar el tiempo o la atención que una persona puede necesitar o desear
Perseguir a alguien para tener contacto con él o ella	Evitar el contacto con las personas usuarias de los servicios
No respetar el espacio y los límites personales	Utilizar los límites para castigar a las personas
Revelar detalles personales negativos o irrelevantes	Mostrarse cerrado con la persona y no compartir experiencias personales con ella
Satisfacer las necesidades de la persona a expensas del bienestar del profesional / otros acompañantes	Plantear solo retos sin apoyo
	Ser distante, despreocupado, frío
	No implicarse ni mostrar interés
	No parecer involucrado o parecer distraído al hablar con la persona

Tema 8. Riesgos positivos en la recuperación

Duración del tema

Aproximadamente 2 horas.



Presentación: Apoyo en la asunción de riesgos positivos (32) (30 minutos)

La recuperación implica asumir riesgos en la vida, ya sea probando actividades nuevas, conociendo a personas nuevas o explorando nuevas ideas y sentimientos. No todos los riesgos son iguales. Asumir riesgos positivos no es lo mismo que asumir riesgos que implican un comportamiento «de riesgo», como mantener sexo no seguro o conducir a velocidad excesiva. La mayoría de nosotros entendería que estos riesgos son poco prudentes. Ahora bien, cada persona puede trazar la línea entre los riesgos positivos y los poco prudentes de manera diferente (por ejemplo, los deportes extremos pueden mejorar la seguridad de una persona en ella misma por el hecho de asumir deliberadamente un riesgo).

La asunción de riesgos positivos permite a las personas explorar su potencial, nuevas posibilidades y oportunidades, hacer realidad sus sueños y ambiciones, aprender de experiencias negativas o positivas y vivir la vida como quieran. Sin embargo, los profesionales de la salud mental y otros ámbitos, los familiares, otros cuidadores y los servicios sanitarios en general suelen ser contrarios a los riesgos y suelen desalentar a las personas a asumirlos.

Pregunta a los participantes lo siguiente:

¿Por qué, en el contexto de la salud mental, se suele evitar asumir riesgos?

A continuación, muestre las siguientes diapositivas (8), (33):

Personas con discapacidad psicosocial:

- Pueden ser reacias a asumir riesgos por miedo a agravar sus problemas.
- Pueden evitar asumir riesgos porque les da miedo fracasar.
- También puede que tengan miedo de la discriminación que podrían sufrir si hacen ciertas actividades.
- Pueden no querer salir de su zona de confort o pueden no sentirse cómodas afrontando sus miedos.
- Algunas se pueden haber enfrentado ya a muchos riesgos con resultados negativos en la vida, ya sea por elección o por otras circunstancias, y pueden ser reticentes a asumir más.
- Puede que no tengan un sistema de apoyo que las anime a asumir riesgos.

Familiares y cuidadores:

- Pueden temer que su pariente experimente malestar al emprender actividades o tareas nuevas que le supongan un reto.

- Pueden temer que lo que ellos consideran un fracaso por parte de su pariente conlleve vergüenza para la familia o un daño para la persona.

Profesionales de la salud mental y de otros ámbitos:

- Las bajas expectativas de los profesionales de la salud mental y de otros ámbitos (por ejemplo, en relación con la capacidad de las personas de usar los servicios para encontrar trabajo, para cuidar de una familia, etc.) pueden ser un obstáculo para ayudar a la persona a tomar riesgos y explorar nuevas oportunidades.
- A menudo, los profesionales temen que se les culpe o se les considere responsables, y se les reprenda si algo sale mal.

¿Por qué es importante asumir riesgos para la recuperación (32)?

- La vida implica necesariamente asumir riesgos y cada persona debe aprender, por ensayo-error, qué tipo de planteamientos en la asunción de riesgos son positivos y cuáles son negativos.
- Nadie puede explorar su potencial, nuevas posibilidades y oportunidades, hacer realidad sus sueños y ambiciones o aprender de la experiencia sin arriesgarse.
- Evitar los riesgos puede hacer que la persona no encuentre sentido y relegarla a no tener más función que la de ser alguien con una «enfermedad» o un diagnóstico.
- Si los profesionales o los acompañantes solo se centran en proteger a la persona de los riesgos, en realidad quizás lo que hacen es obstaculizar su recuperación.
- La recuperación consiste en permitir que la persona tome decisiones por ella misma y alcance sus objetivos. A veces, estos objetivos exigen asumir riesgos.

La asunción de riesgos positivos forma parte de la vida cotidiana (32)

En la vida, es imposible evitar el riesgo. Evitar riesgos jugando siempre a ir sobre seguro, hacer lo que los demás nos dicen que es mejor o hacer lo que siempre hemos hecho también conlleva sus riesgos. Disfrutar plenamente del derecho a ejercer la capacidad jurídica implica también asumir los riesgos inherentes a tomar decisiones, afirmarse y aceptarse uno mismo. Asumir riesgos, a veces con resultado positivo y otros con resultado negativo, es una parte esencial de la vida de cualquier persona que persigue sus sueños y objetivos, y aprende de sus errores. Asumir riesgos, por lo tanto, es una parte integral de la recuperación y del crecimiento personal.

Por ejemplo:

- Las personas no tendrían amigos ni pareja si no se hubieran arriesgado a la posibilidad de que las rechazaran.
- Las personas no tendrían estudios si no se hubieran arriesgado a la posibilidad de suspender exámenes.
- Las personas no tendrían trabajo si no se hubieran arriesgado a la posibilidad de que las rechazaran en una entrevista.

Algunas personas tienen una inclinación natural a ser más reticentes a los riesgos, mientras que otras los aceptan con más facilidad. En ninguno de los dos casos hay que avergonzarse, ya que ambos conllevan ventajas tanto sociales como personales. Ser prudente puede permitir a una persona conservar lo que tiene y ha construido poco a poco, mientras que asumir riesgos puede dar lugar más

fácilmente a un mayor número tanto de éxitos como de fracasos. Es importante que las personas entiendan lo que les funciona personalmente, aunque los demás no lo consideren correcto.

Acompañar a las personas durante los períodos en los que asumen riesgos positivos es esencial si los profesionales y otros acompañantes quieren promover activamente la recuperación. Los profesionales de la salud mental y de otros ámbitos y los acompañantes pueden apoyar a las personas ayudándolas a evaluar o sopesar los posibles resultados positivos y negativos de asumir un riesgo o aceptar una nueva oportunidad, y determinando maneras de minimizar los posibles resultados negativos.



Ejercicio 8.1. Asunción de riesgos positivos en la práctica (90 minutos)

El objetivo de este ejercicio es explorar cómo es, en la práctica, la asunción de riesgos positivos. Pide voluntarios para que os lean el caso.

Caso 1 (30 minutos)

El caso de Hasan

Hasan hace cinco años que es usuario del servicio de salud mental que hay cerca de su casa. Mantiene buena relación con el personal y cree que la ayuda del servicio le ha resultado muy útil. El personal del servicio conoce bien a Hasan y ha trabajado duramente con él para acompañarlo a superar experiencias difíciles y ayudarlo a llevar una vida independiente.

Hasan tiene previsto trasladarse a la otra punta del país para casarse con su prometida e ir a vivir juntos. Anuncia esta decisión al trabajador de salud mental que lleva su caso, Lethabo.

A Lethabo y al resto del personal les preocupa que, una vez Hasan se traslade, no reciba la ayuda del servicio de salud mental. Si Hasan se encuentra en un momento de malestar, otro servicio no lo conocerá lo suficientemente bien para ayudarlo como le conviene y, si algo sale mal, ellos no podrán hacer nada.

- **Beneficios del traslado para Hasan:** vivir con la mujer que ama, conocer gente nueva en una nueva ciudad, lo cual puede tener un impacto positivo en su bienestar y su recuperación.
- **Riesgos del traslado para Hasan:** riesgo de que la relación se rompa, riesgo de no ser capaz de integrarse en una nueva ciudad, riesgo de no recibir ayuda cuando la necesite.

A pesar de su preocupación por Hasan, Lethabo y el resto del equipo deciden apoyarlo en su decisión.

Una vez los participantes hayan leído el caso, pregunta al grupo lo siguiente y anota las respuestas de los participantes en la pizarra:

Como grupo, debaten qué medidas puede ofrecer el personal del servicio de salud social para ayudar a Hasan en su plan de trasladarse a la otra punta del país.

Toma nota de las ideas de los participantes en la pizarra y compáralas con el final del relato que se recoge a continuación.

El caso de Hasan

Tras debatirlo con el resto del personal del servicio que conocía a Hasan, a Lethabo se le ocurrieron varias sugerencias para ayudar a Hassan y las comentó con él. Acordaron que el personal tomaría las siguientes medidas:

- Obtener información sobre los servicios de ayuda disponibles en el lugar adonde Hasan tenía previsto trasladarse.
- En caso de identificar un buen servicio, poner a Hasan en contacto con ellos.
- Con el consentimiento de Hasan, compartir con el personal del otro servicio información sobre los requerimientos de Hasan y la mejor manera de ayudarlo.
- Mantendrán el contacto con Hasan y lo tranquilizan diciéndole que, si por el motivo que sea decide volver, podrá contar con ellos.

Caso 2 (8) (30 minutos)

De nuevo, pide voluntarios para leer en voz alta el siguiente caso.

El caso de Mary

Mary tiene 30 años y actualmente acude a un centro de salud mental comunitario. Es una apasionada de los animales y siempre se ha implicado en acciones por el bienestar animal (tanto a través de trabajos remunerados como voluntarios).

El objetivo de Mary en este momento pasa por volver a trabajar en un ámbito similar. Quiere un trabajo en el que se sienta motivada y quiere empezar a ganar dinero para poderse pagar una vivienda y marcharse de casa de sus padres. Cree que los retos que ha tenido que afrontar en su recuperación están bajo control y tiene la sensación de que está preparada para avanzar. Mary pide al personal del centro de salud mental comunitario que la ayude a encontrar trabajo.

Aun así, a sus padres les preocupa la idea de que Mary asuma nuevas responsabilidades. Sufrió la primera crisis de salud mental cuando pasó de estudiar a trabajar a jornada completa como azafata de vuelo. Tienen miedo de que la presión de otro trabajo a jornada completa pueda hacerla recaer y deshacer todos los progresos que ha logrado hasta ahora.

Piden a Rachel, la trabajadora de salud mental que se ocupa de Mary, que intente convencerla para esperar un par de años más antes de buscar un trabajo a jornada completa. Rachel les explica que, ante todo, ella respeta la decisión de Mary, pero que abordará el tema durante la próxima visita.

Durante la siguiente visita, Mary y Rachel hablan de los beneficios y los riesgos de volver al trabajo.

- **Beneficios de volver al trabajo:** tener la sensación de tener un objetivo, sentirse implicada en un trabajo significativo, ganar unos ingresos que aportarán otros beneficios, como trasladarse a su propia casa.
- **Riesgos de volver al trabajo:** poner potencialmente en riesgo los progresos que ha hecho debido al estrés y a la posibilidad de que el trabajo no satisfaga sus expectativas.

Pregunta a los participantes lo siguiente y apunta las ideas en la pizarra:

Después de hablar de ello, Mary toma la decisión de volver al trabajo. Imaginaos que sois Rachel. Mary ha pedido hora para hablar con ella de su plan para encontrar trabajo.

Intentad identificarse en grupo algunas medidas que pueden adoptarse para ayudar a Mary en su plan de encontrar trabajo y reincorporarse al mercado laboral.

- Una vez el grupo haya terminado de debatirlo, explícales cuál fue el final de esta situación (en la siguiente tabla).
- A continuación, subraya las semejanzas entre lo expresado por los participantes y las acciones analizadas en el siguiente recuadro.

Revisemos la acción que Mary decidió adoptar.

El caso de Mary

Acción que Mary decidió adoptar

Mary estaba muy motivada con la idea de volver al trabajo, sobre todo en el ámbito del cuidado de animales, por lo que, junto con Rachel, exploraron maneras de reducir el estrés potencial que conlleva encontrar trabajo e incorporarse al mismo.

En este contexto, Mary y Rachel analizaron la ayuda que había recibido previamente mientras trabajaba a jornada completa y debatieron cómo podían poner en práctica una ayuda similar, ahora para reducir los riesgos potenciales y aumentar las posibilidades de que Mary fuera escogida y conservara el trabajo.

Juntas, decidieron:

- Buscar oportunidades de trabajo en el campo del cuidado de animales, pero de entrada presentarse solo a las ofertas a jornada parcial, con el objetivo final de cambiar a un trabajo a jornada completa.
- Crear un plan específico para tratar las crisis que Mary pudiera sufrir trabajando bajo presión.
- Generar una rutina que le permitiera llegar al trabajo a la hora y gestionar cualquier estresor potencial.
- Dar a Mary y a su familia el número de teléfono móvil de Rachel para que pudieran llamarla en caso de estar preocupados y querer hablar de sus preocupaciones.
- Acordar un par de reuniones regulares con Rachel durante toda esta fase para comprobar cómo se siente Mary durante el proceso de las entrevistas y de incorporación a un nuevo trabajo.

Ahora, imaginad que hay dos resultados para Mary. Revisadlos y comparadlos:

El caso de Mary

Resultados para Mary

RESULTADO 1

Un posible resultado es que Mary sea capaz de conseguir un trabajo a media jornada en un ámbito significativo para ella y que empiece a ganar ingresos, con los que se pueda trasladar a su propia vivienda.

RESULTADO 2

Mary tarda bastante tiempo en encontrar trabajo, lo cual la desalienta. Rachel y la familia de Mary la ayudan a pasar por este periodo de estrés. Finalmente, Mary consigue un trabajo, pero cree que le cuesta concentrarse durante muchas horas seguidas y que se cansa fácilmente.

En lugar de dejar el trabajo, Mary contacta con Rachel para hablar de estos problemas y acuerdan encontrarse. Tras discutirlo, Mary decide hablar con su jefe sobre la posibilidad de tomarse descansos durante el día, en vez de trabajar sin cesar durante todo el turno de ocho horas. Su jefe está de acuerdo y Mary continúa trabajando en el trabajo que tanto le gusta.

Como podéis ver a partir de la evolución de esta situación, no hay una elección correcta o errónea. Siempre hay posibilidades de resolver los problemas, aunque parezca que una elección concreta puede suponer un desafío mayor que otra.

El resultado 2 presentó nuevos obstáculos, que se resolvieron sobre la marcha.

Tema 9. Apoyo a las personas para reconectar con la comunidad

Duración del tema

Aproximadamente 45 minutos.



Presentación: Apoyo a las personas para reconectar con la comunidad (34) (15 minutos)

¿Por qué la gente pierde el contacto con sus comunidades?

Desgraciadamente, en muchos países, los servicios separan a las personas de sus comunidades.

- Hay legislaciones que obligan a sacar a las personas de casa y alejarlas de su comunidad para ingresarlas en servicios sociales y de salud mental en régimen de internamiento, incluyendo hospitales psiquiátricos, donde reciben asistencia.
- Los hospitales psiquiátricos y los servicios para internamiento de larga duración suelen encontrarse lejos de las familias, las amistades y las comunidades de las personas.
- En algunos casos, los familiares ven el internamiento de su pariente en un servicio o un hospital como una oportunidad para desconectar de la persona. Los familiares pueden mostrarse reticentes a proporcionar su dirección postal al hospital psiquiátrico.
- En otros casos, es posible que las familias o los cuidadores no quieran o no puedan volver a acoger a la persona en casa una vez ha estado fuera durante algún tiempo, por temor a que la comunidad los mire mal.
- En consecuencia, las personas pierden el contacto con su familia y red de apoyo, y se sienten aisladas y marginadas de la comunidad.

El acompañamiento de las personas para volver a conectar con su comunidad es una parte esencial del recorrido hacia la recuperación

- Las personas en proceso de recuperación suelen marcarse el objetivo de ser miembros activos de su comunidad.
- Les puede ir bien usar los recursos y los servicios comunitarios disponibles, ya sean de salud, de ocio o sociales, así como interaccionar y establecer relaciones con otros miembros de la comunidad.
- Es por ello que un papel clave, tanto de la familia como de los profesionales y otros acompañantes, sea conocer los recursos y servicios disponibles en su comunidad local y ayudar a la persona a acceder a dichos recursos y servicios.
- Una función clave de los profesionales en determinados casos puede ser también ayudar a la persona usuaria de los servicios a restablecer el contacto perdido con familiares y amigos, si es su voluntad.
- Además, puede resultar útil conectar a la persona con programas de apoyo entre iguales o personas que hayan vivido situaciones similares. Es muy beneficioso recibir apoyo de otras personas que han tenido experiencias similares y aún se encuentran en recuperación (para

más información sobre este tema, véanse los módulos de guía de QualityRights *Apoyo entre iguales individualizado para personas con experiencia vivida* y *Grupos de apoyo entre iguales para personas con experiencia vivida*).

- Ayudar a las personas a reconectar con su comunidad puede dar lugar a interacciones positivas para todos y, además, tiene el valor añadido de romper estereotipos e ideas erróneas.



Ejercicio 9.1. Utilizar los recursos comunitarios (15 minutos) (2)

Pide a los participantes que lean lo siguiente y analicen cómo se pueden utilizar los recursos comunitarios en el caso de Sheila y Emma.

El caso de Sheila y Emma

Sheila (50) vive en casa con su madre, Emma (75), y tiene dificultades de aprendizaje. Trabaja en una cafetería regentada por una organización que ayuda a las personas con dificultades de aprendizaje. Le gusta mucho nadar y bailar, está inscrita en gimnasios locales para hacer ambas actividades y tiene muchos amigos gracias al trabajo y a sus actividades de ocio. Necesita ayuda de su madre para buena parte de las tareas diarias, como limpiar, cocinar, realizar operaciones bancarias o moverse por la ciudad.

Emma es bastante activa en la comunidad local y tiene mucho interés en ayudar a Sheila a mantener estos vínculos. La hermana de Emma, Claire, vive lejos, pero mantiene contacto telefónico habitual con su hermana y la visita siempre que puede.

Emma tuvo un ictus leve y la ingresaron en el hospital. Ahora está suficientemente recuperada para darle el alta del hospital, donde ha pasado los últimos diez días.

Durante su estancia en el hospital, Emma ha perdido un poco la capacidad para moverse y cuidar de ella misma. Está muy preocupada por cómo podrá seguir ayudando a su hija Sheila, que tiene sus propias necesidades de salud. Sea como sea, quiere seguir viviendo con ella.

Cuando ingresaron a Emma en el hospital, Sheila fue trasladada a una residencia de los servicios sociales municipales. Mientras Emma estuvo ingresada, quedó claro que había estado proporcionando más asistencia a Sheila de lo que se pensaba para seguir teniéndola en casa.

Teniendo en cuenta el deterioro de salud de Emma y la asistencia que necesitaba Sheila, la valoración del personal del centro fue que Sheila requeriría alguna forma de vivienda residencial o asistida, en lugar de volver a casa.

Pregunta a los participantes lo siguiente y anota las respuestas en la pizarra:

«¿Qué ayuda podría ser necesaria para que Emma y Sheila puedan seguir viviendo juntas en su comunidad?»

Posibles respuestas:

- Recibir ayuda con las tareas de casa por parte de amigos, vecinos o recursos de la comunidad (por ejemplo, servicios asistenciales a domicilio o asistencia por parte de otras organizaciones de apoyo).
- Visitas a casa por parte de los servicios sanitarios para cubrir tanto las necesidades básicas de salud de Emma como de Sheila en la comodidad de su hogar.
- Transporte al trabajo y a los gimnasios locales por parte de amigos y colegas para asegurarse de que tanto Emma como Sheila continuarán trabajando y haciendo las actividades que les aportan satisfacción y disfrute.
- Ayudas y servicios de la comunidad, incluyendo apoyo de compañeros, grupos de la comunidad local y servicios sociales que pueden proporcionarse a Emma y Sheila cuando requieran más ayuda.
- La hermana de Emma podría pasar tiempo con Emma y Sheila, y ayudarlas cuando sea necesario.



Ejercicio 9.2: Reconectar a los desconectados (15 minutos)

Este debate se hace con todo el grupo. Anota las ideas de los participantes en la pizarra.

Pregunta a los participantes lo siguiente:

¿De qué manera los servicios sociales o de salud mental pueden ayudar a las personas a conectar con su comunidad?

Algunas respuestas pueden ser:

- Se puede alentar a la persona usuaria del servicio a identificar cómo le gustaría conectar con su comunidad y grupos o actividades específicos.
- Reunir toda la información posible sobre las actividades en las que la persona está interesada actualmente o en las que participó previamente como parte de su comunidad local.
- Alentar el uso de las instalaciones recreativas locales.
- Conectar a la persona con oportunidades profesionales o educativas disponibles en la zona, con su consentimiento, y, según proceda, tratar con empresas, instituciones académicas, organizaciones con ánimo de lucro y ONG para ayudarles a entender a la persona y satisfacer mejor los requisitos que pueda necesitar.
- Asegurarse de que las personas tienen la ayuda que necesitan para vivir en la comunidad.
- Establecer grupos de apoyo entre iguales para personas en fase de recuperación (o, si ya existen, conectar a las personas con dichos grupos).
- Si la persona quiere, conectarla con grupos religiosos locales, con grupos de interés religiosos o comunitarios, o con otras ONG.

Tema 10. Habilidades comunicativas

Duración del tema

Aproximadamente 50 minutos.



Ejercicio 10.1: La comunicación es crucial para una asistencia orientada a la recuperación (10 minutos)

Pregunta a los participantes:

En base a vuestra experiencia (personal o profesional), ¿qué habilidades son importantes para tener una buena comunicación con las personas que se encuentran en su proceso hacia la recuperación?

Algunas respuestas pueden ser:

- Escucha activa (por ejemplo, escuchar sin distracciones, como el teléfono móvil, y centrándose plenamente en la persona).
- Hacer un esfuerzo por entender realmente qué dice la persona / la perspectiva de la persona.
- Tratar de entender la opinión y los valores de la otra persona (por ejemplo, anular cualquier idea preconcebida que tengamos de la persona y reconocer que la perspectiva de una persona puede variar en función de factores como la cultura, el género, la religión, etc.).
- Dedicar un momento a reflexionar sobre lo que dice la persona antes de contestar (es decir, no reaccionar inmediatamente).
- Ser respetuoso.
- Hablar y tratar a la persona como un igual.
- Hablar con tranquilidad.
- Hablar de una manera comprensible y sencilla.
- No interrumpir.
- Ser paciente.
- Recurrir al humor cuando sea pertinente.
- No juzgar y utilizar un lenguaje imparcial.
- Utilizar un lenguaje sencillo, claro y conciso.
- Prestar atención al lenguaje no verbal y a las conductas (gestos, expresiones faciales, contacto ocular).
- Encontrar un espacio tranquilo y privado para hablar.



Presentación: Habilidades comunicativas clave para la recuperación (8) (15 minutos)

Tener buenas habilidades de comunicación es clave para que se establezca una relación terapéutica entre los profesionales y las personas usuarias de los servicios. El abordaje basado en la recuperación acentúa la importancia de estas habilidades y, además, exige un cambio en las dinámicas de poder para establecer unas relaciones más equilibradas e igualitarias.

Escucha activa

Las habilidades de escucha activa son particularmente importantes. La escucha activa pasa por implicarse realmente en lo que dice la persona para poder entenderla mejor y explorar sus pensamientos y opiniones. Es completamente diferente de escuchar de manera pasiva lo que dice una persona.

La escucha activa consiste en escuchar tanto el contenido verbal como no verbal de aquello que se dice. Esto incluye el uso del lenguaje corporal y expresiones faciales, así como estar atento a leer entre líneas, es decir: a entender el significado subyacente de lo que dice la persona, contrastarlo con ella y luego volver a reflexionar sobre lo que se ha dicho y, al hacerlo, aprovechar la oportunidad para volver a encuadrar los temas centrándose en las fortalezas y las soluciones.

Un ejemplo de escucha activa:

- **Persona usuaria del servicio:** «Me frustra mucho que mi familia no haya venido a visitarme hoy. Tengo muchas cosas que explicarles y necesito que estén aquí para ayudarme.»
- **Persona que asume un papel de acompañante:** «Me da la sensación de que hoy has tenido un día difícil y que la implicación de tu familia es muy importante para ti. Lo entiendo perfectamente, porque para mí también lo es.»

Conversaciones bidireccionales: pasar del monólogo al diálogo

- Es importante entender que cada persona tiene su identidad única y vive experiencias únicas. Por ello, sus perspectivas, ideas y opiniones pueden ser muy diferentes de las de los profesionales de la salud mental y otros ámbitos, sus familiares, sus cuidadores y otros acompañantes.
- Conviene establecer un diálogo abierto con la persona para entenderla y ayudarla, en contraposición a comunicarle las opiniones o exigencias de los profesionales, los familiares o los cuidadores.
- Pasar del monólogo al diálogo implica que los profesionales de la salud mental y otros ámbitos, los cuidadores y los familiares necesitan utilizar un lenguaje diferente a la hora de dar consejos (por ejemplo, decir «Bien, yo creo que...», en vez de «Debes...»).

Hay que llegar a compromisos para abrirse camino entre las diferencias de opinión. Por ejemplo, en lugar de decir «Debes recibir psicoterapia», se puede decir «Creo que recibir psicoterapia, te podría ser de ayuda. ¿Tú qué piensas?». De esta manera, es posible compartir un punto de vista informado, en vez de dictar «verdades absolutas», y luego escuchar el punto de vista de la persona para comprobar si se trata de una opción útil para ponerla en práctica.

Frente a situaciones difíciles, los profesionales de la salud mental y otros ámbitos, los familiares y otros acompañantes pueden tener reacciones y respuestas emocionales fuertes

Cuando se dan respuestas emocionales fuertes, es importante:

- Reconocer y entender por qué se producen, para evitar reacciones negativas automáticas inmediatas y comunicarse mejor.
- Dedicar un momento a imaginarse cómo se siente la persona o el motivo subyacente de sus acciones o su comportamiento.
- Incluso cuando una persona parece que hable mal, actúe o se comporte de una manera que perturba a los demás, es importante tener en cuenta que puede estar comunicando información importante.



Ejercicio 10.2: Poner en práctica las habilidades de escucha activa (8) (25 minutos)

Pensad la siguiente situación:

El caso de George

George hace un par de semanas que recibe atención en régimen de interno en una unidad de salud mental de un hospital general. Estaba indeciso sobre si quedarse en la unidad, pero quiere ayuda adicional y no tiene ningún otro lugar adonde ir. En varias ocasiones ha estallado de manera imprevisible y, furibundo, ha amenazado con irse cuando se le ha plantado cara o cuando no le gusta lo que le dicen. Durante el último incidente, echó al suelo a un miembro del personal. Critica constantemente al personal y dice que nadie hace lo suficiente para ayudarle.

1. Imaginaos que estáis sentados con George. Tomad notas de:

- pensamientos iniciales
- sentimientos
- creencias/ideas
- reacciones corporales
- **acciones o conductas probables...**

Algunas respuestas pueden ser:

- Podéis tener miedo de George u os puede preocupar el hecho de que sea «imprevisible» y «volátil».
- Os puede parecer que George es manipulador y poco agradecido.
- Podéis estar enfadados.
- Podéis tener los sentidos alerta.
- Podéis creer que George no escucha vuestros consejos.

2. ¿En qué sentido vuestros pensamientos y sentimientos pueden reflejar los de George?

Algunas respuestas pueden ser:

- Si sufrís nerviosismo o tenéis miedo de George, pensad que estas pueden ser también las emociones que él siente.
- Podéis tener la sensación de que George no escucha vuestros consejos y quizás por eso él cree que no le están escuchando.
- Podéis tener la sensación de no ser capaces de identificaros con George y es posible que él piense lo mismo sobre vosotros.

3. Escribid tres posibles cosas que le podríais decir a George para demostrar que tenéis ganas de ayudarle de manera constructiva y orientada a su recuperación.

Algunas respuestas pueden ser:

- Expresad vuestra preocupación por su estado emocional de manera reflexiva. La preocupación debería centrarse en el bienestar y la perspectiva de George, y no en las de otras personas. Por ejemplo: «Hoy pareces muy alterado; me gustaría hablar contigo de cómo podemos hacer que eso te genere menos estrés».
- Permitidle que hable de su experiencia desde su punto de vista para entender mejor lo que está ocurriendo. Por ejemplo: «Antes has dicho que nadie se esfuerza lo suficiente. ¿Me podrías explicar mejor a qué te refieres?».
- Preguntadle lo que le resultaría más útil a partir de ahora. ¿Cómo le gustaría a George que le ayudara el personal? Por ejemplo: «Me gustaría saber qué piensas de cómo podemos ayudarte mejor cuando te alteras, te enfadas o te angustias».

Tema 11. Planes de recuperación

Duración del tema

Aproximadamente 2 horas y 10 minutos.



Presentación: Elaboración de un plan de recuperación (35), (36), (37) (15 minutos)

La siguiente presentación expone al grupo la idea de un plan de recuperación, una herramienta útil para que las personas tomen el control y avancen en su propia recuperación.

Puedes dar a los participantes la plantilla de recuperación del anexo 3 para que la utilicen en esta presentación.

Las personas pueden beneficiarse de tener un plan por escrito que oriente su recorrido personal hacia la recuperación, que puede llamarse **plan de recuperación**.

Un plan de recuperación es un documento guiado por la persona usuaria que se redacta y se pone en práctica en colaboración con la propia persona. Es un documento vivo, que puede cambiar con el tiempo para reflejar el recorrido de recuperación de la persona y la evolución de sus deseos y sus preferencias.

- La persona puede consultar a profesionales de la salud mental y otros ámbitos, familiares y compañeros de apoyo a la hora de formular su plan, pero, en última instancia, es ella quien decide lo que quiere incluir.
- Es importante tener capacidad de elección y opciones para el proceso de recuperación. Por ello, a la hora de redactar un plan de recuperación, hay que tener el apoyo y el asesoramiento de personas que conozcan varias opciones de asistencia y acompañamiento, incluyendo alternativas a la medicación.
- Un plan de recuperación se implementará de manera más efectiva si todas las personas relevantes conocen su existencia y su contenido, aunque no hayan participado en su confección.

El plan de recuperación debe identificar las necesidades, las fortalezas y los activos de la persona

- La persona implicada debería identificar sus necesidades, sus fortalezas y sus activos. Le puede resultar útil hablar con otras personas a las que quiera implicar.
- Los servicios sociales y de salud mental deberían ofrecer una evaluación integral que tenga en cuenta el contexto social de la persona, incluidos los factores de salud, laborales, de educación, de vivienda y otros factores y creencias culturalmente y espiritualmente relevantes para ayudar a la persona a identificar sus necesidades, fortalezas y activos.
- Conviene ofrecer a todas las personas usuarias del servicio la posibilidad de crear un plan de recuperación, y no solo a aquellas que los profesionales creen que «están mejor».

En función de los deseos de la persona que prepara el plan de recuperación, los profesionales de la salud mental y de otros ámbitos, compañeros de apoyo y otros acompañantes formados en el abordaje basado en la recuperación pueden ayudar a:

- Dar a conocer a la persona el objetivo y la estructura de un plan de recuperación. Es importante destacar que posiblemente esta sea una nueva experiencia para muchas personas, cuyas opiniones y perspectivas en cuanto a su tratamiento y recuperación no se han escuchado en el pasado.
- Ayudar a la persona a evaluar sus fortalezas, bagaje, sueños, objetivos y progresos antes de elaborar el plan de recuperación, así como durante todo el recorrido hacia la recuperación, siempre que lo necesite.
- Ayudar a la persona a elaborar y a poner en práctica su plan de recuperación.
- Ayudar a evaluar los progresos hacia la recuperación durante todo el recorrido, siempre que sea necesario.

Un plan de recuperación puede tener varios elementos, tales como:

- un plan para hacer realidad sueños y objetivos
- un plan de bienestar
- un plan para gestionar tiempos difíciles
- un plan para responder a una crisis
- un plan para después de una crisis

Para más información sobre planes de decisiones anticipadas, consulta el módulo de formación de QualityRights *El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas*.

Una alternativa es el timón de la recuperación, que puede ser una herramienta útil para propiciar el diálogo con la persona implicada, sus familiares, los profesionales y otros agentes involucrados. El timón de recuperación ofrece un enfoque alternativo para aquellas personas que prefieren una manera menos estructurada de abordar la planificación de su recorrido hacia la recuperación. [Este aspecto se describe con más detalle en el tema 12](#).



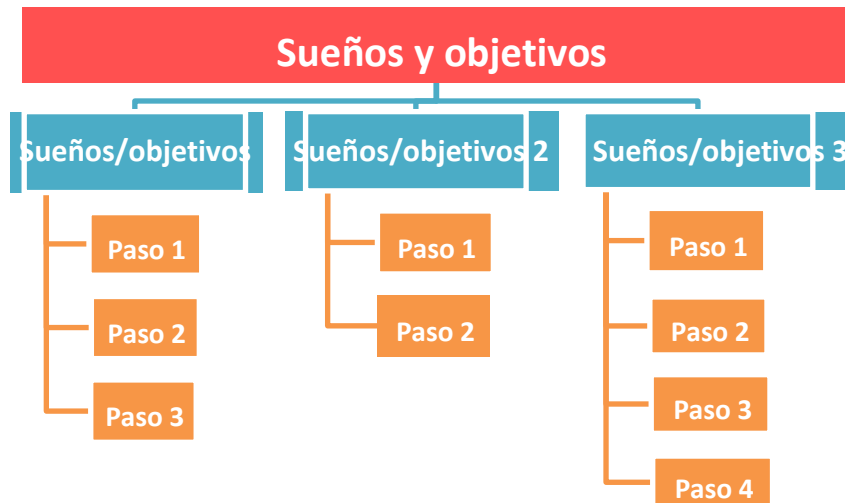
Presentación: 1. Plan para hacer realidad sueños y objetivos (36) (20 minutos)

A algunas personas les resulta útil avanzar hacia objetivos que las ayudarán a llevar vidas satisfactorias. Por ello, un elemento importante del plan de recuperación consiste en elaborar un plan (o subplan) para hacer realidad sueños y objetivos.

- Como primer paso, la persona identifica sus sueños y objetivos.
 - Algunas personas pueden tener sueños muy ambiciosos, y otros, menos ambiciosos. Todo está bien.
 - En el caso de las personas a quienes les cuesta pensar en un objetivo, puede resultar útil pensar en los sueños que hayan podido tener en el pasado.
 - Los sueños y los objetivos pueden estar relacionados con cosas concretas que la persona quiere alcanzar (por ejemplo, conseguir un trabajo a jornada parcial o completa, hacer trabajo voluntario en un ámbito de su interés, encontrar un amigo con quien compartir pasatiempos o terminar un libro que siempre ha querido leer).

- La persona puede identificar qué pasos debe dar para alcanzar cada sueño u objetivo. En esencia, se trata de pequeños objetivos que pueden abordarse de uno en uno.
- Es muy fácil pensar solo en los problemas y perder de vista las habilidades de la persona, sus puntos fuertes, sus intereses y capacidades, así como los de las personas que la rodean. Una parte importante del plan de recuperación consiste en identificarlos y entender cómo se pueden utilizar para propiciar cambios positivos en la vida de la persona.

Muestra a los participantes el siguiente diagrama y explícales cómo se pueden identificar los pasos para alcanzar cada objetivo o sueño.



EJERCICIO OPCIONAL

Pide al grupo que rellenen el apartado correspondiente a la identificación y la planificación de cómo hacer realidad los sueños y objetivos en su copia del módulo de QualityRights *Planificación de la recuperación centrada en la persona para la salud mental y el bienestar: herramienta de autoayuda*.



Presentación: 2. Plan de bienestar (36), (37) (20 minutos)

Un plan de bienestar ayuda a identificar las rutinas que permiten a las personas estar bien, además de las rutinas que pueden tener un impacto negativo en la salud mental y el bienestar. Algunos ejemplos incluyen:

Rutinas positivas

- Levantarse a una hora razonable.
- Cocinar y comer platos saludables en horarios regulares.
- Salir a dar un paseo o hacer ejercicio.
- Trabajar o estudiar.

Rutinas negativas

- Salir con amigos cada noche y emborracharse.

- Cansarse en exceso.
- Quedarse sentado sin hacer nada.
- Beber demasiado alcohol o tomar drogas.

EJERCICIO OPCIONAL

Pide al grupo que rellenen el apartado correspondiente a mi plan de bienestar (sin incluir el calendario semanal) en su copia del módulo de Quality Rights *Planificación de la recuperación centrada en la persona para la salud mental y el bienestar: herramienta de autoayuda*.

Este ejercicio es útil para destacar que todo el mundo, con discapacidad o sin ella, tiene que afrontar obstáculos en la vida.



Presentación: 3. Plan de gestión de momentos difíciles (36) (30 minutos)

Otro componente del plan de recuperación es planificar cómo se pueden gestionar las épocas difíciles de la vida.

Puede ser útil para la persona indicar cómo se describiría en términos generales. Esto también puede ayudar a los acompañantes a identificar los momentos en los que una persona siente malestar y puede necesitar ayuda. Y puede ayudar a la persona a recordar que es mucho más que las limitaciones percibidas, que un diagnóstico o una serie de problemas.

¿Qué me define en términos generales?			
Sociable	Simpático/a	Impulsivo/a	Confiado/a
Solitario/a	Hablador/a	Callado/a	Entusiasta
Prudente	Introvertido/a	Enérgico/a	Terco/a
Deportista	Extrovertido/a	De aprendizaje rápido	Optimista
Feliz	Reflexivo/a	Pesimista	Diligente
Alentador/a	Responsable	Comprensivo/a	Curioso/a
Aventurero/a	Serio/a	Relajado/a	Franco/a
Trabajador/a	Amable	Apasionado/a	Independiente
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cuando las personas usuarias de los servicios intentan superar épocas difíciles, puede resultar de ayuda utilizar un sencillo sistema de semáforos para realizar el seguimiento de su estado de ánimo.

El sistema de semáforos esbozado a continuación puede ser útil.

- **VERDE:** te sientes bien. Puedes sufrir momentos puntuales de estrés, pero eres capaz de gestionarlos con tus habilidades, hacer frente a los problemas y resolverlos.
- **AMARILLO:** percibes señales de malestar emocional. Sería conveniente tener un mejor cuidado de tu salud física y mental, y obtener ayuda de amigos, familiares o profesionales de la salud mental u otros ámbitos.

El sistema de semáforos verde-amarillo

Cuando las personas usuarias de los servicios intentan superar épocas difíciles, puede resultar de ayuda utilizar un sencillo sistema de semáforos para llevar un seguimiento.

VERDE = te sientes bien.

AMARILLO = percibes señales de malestar emocional.

Para gestionar mejor el malestar emocional, las personas pueden aprender a identificar (35), (36):

- Puntos sensibles
- señales de malestar

Si la persona es capaz de identificar sus puntos sensibles y las señales de malestar, y actuar rápidamente, puede reducir en gran medida las posibilidades de sufrir una crisis. También es importante que los otros sean conscientes de ello para hablar con la persona a la que realizan el acompañamiento. Simultáneamente, es importante que los otros no traspasen los límites de manera forzosa ni tomen el control.

Los **puntos sensibles** son cosas que pasan (circunstancias o acontecimientos internos o externos) que pueden hacer que una persona se sienta nerviosa, asustada, triste o desanimada.

Algunos pueden ser:

- Oír gritos o ser regañado.
- Que no te escuchen.
- Que otras personas se acerquen demasiado.
- Tener mucha carga laboral.
- No poder dormir.
- Que te engañen.

Las **señales de malestar** son cambios en los sentimientos, los pensamientos o el comportamiento que indican que puede haber una crisis. Son diferentes en cada persona, pero a modo de ejemplo, habitualmente son (38), (36):

A. Señales que la persona puede identificar:

- Sentirse nervioso o asustado.
- Sentirse deprimido.
- No dormir lo suficiente o levantarse muy temprano.

- Tener pensamientos angustiosos.
- Encontrar dificultades para hacer cosas que se hacen normalmente.
- Sentirse incapaz de confiar en las personas más cercanas.
- Sentirse incapaz de seguir llevando a cabo las actividades cotidianas.
- Reaccionar de manera exagerada o irracional a eventos normales o cosas que la gente hace normalmente.
- Tener experiencias inusitadas que los demás no parecen compartir, como oír o ver cosas, o tener la sensación de que hay fuerzas o personas externas que nos controlan.
- Tener pensamientos acelerados.
- Sentir mucho miedo o desesperanza.
- Sentir que no se tiene el control.

B. Señales que los demás también pueden identificar:

- Discutir con otras personas.
- Nerviosismo.
- Inquietud.
- Dormir demasiado.

EJERCICIO OPCIONAL

Pide al grupo que rellenen las tablas principales del apartado sobre la gestión de los momentos difíciles en su copia del módulo de QualityRights *Planificación de la recuperación centrada en la persona para la salud mental y el bienestar: herramienta de autoayuda*



Presentación: 4. Plan de respuesta a una crisis (36), (37) (30 minutos)

Si bien los planes de recuperación animan a las personas a adoptar medidas para evitar las crisis cuando tienen altos niveles de malestar, puede haber momentos en los que se produzca alguna crisis, momentos en los que, a pesar de todos los esfuerzos de la persona, la situación empeore.

Un plan para responder a una crisis puede dar a los profesionales de la salud mental y a otros acompañantes una mejor oportunidad para entender a la persona y lo que quiere para respetar su voluntad y sus preferencias.

- Por ejemplo, una persona puede dar indicaciones e información sobre cuándo, cómo, dónde y de quién le gustaría recibir ayuda y acompañamiento.
- También permite a las personas negarse explícitamente a determinados tipos de tratamiento u opciones de asistencia disponibles.
- Además, puede haber varias cosas de las que haya que ocuparse, como solicitar la baja en el trabajo, dar de comer a las mascotas, pagar facturas, comunicar a otras personas que la persona no se encuentra bien, cancelar citas, etc.

Planificar todo esto puede ser especialmente importante para las personas menos capaces de expresar su voluntad cuando tienen una crisis. Además, es probable que se encuentren con profesionales que no sean quienes suelen ocuparse de su caso.

En algunos países, las personas pueden establecer que su voluntad y sus preferencias sean vinculantes para otras personas en determinadas situaciones. Puede ser interesante comprobar si la ley en el país que nos ocupa permite esta posibilidad (para más información, consultad el módulo *El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas*).

Ejemplos de los elementos de la planificación de decisiones anticipadas

Preferencias de tratamiento y asistencia

- Especificar qué medicación funciona y cuál no, y qué medicación no se acepta tomar.
- Especificar qué opciones de asistencia (como terapia individual, terapia en grupo) nos resultan útiles o inútiles, aceptables o inaceptables.

En algunos países, puede que no haya opciones aceptables que la persona pueda elegir. Los países deben ofrecer un amplio abanico de servicios para responder a las necesidades de las personas que puedan sufrir una crisis.

Lugar de la asistencia

- Especificar el lugar donde la persona quiere recibir asistencia, tratamiento o acompañamiento (por ejemplo, en casa, en una residencia o en un servicio de salud mental).
- Especificar el lugar o los lugares donde no quiere recibir tratamiento, asistencia o acompañamiento.

Personas que quiero que se involucren

- Amigos y familiares en los que la persona confía y que pueden ofrecerle ayuda.

Personas que NO quiero que se involucren

- La persona puede querer especificar quién no quiere que participe en su acompañamiento (por ejemplo, alguien que la hace sentir más estresada o amenazada).

Frases y acciones que son útiles

- Afirmaciones o acciones que hace la gente y que ayudan a la persona en momentos de crisis.

Frases y acciones que NO son útiles

- Afirmaciones o acciones que la gente NO debería hacer en momentos de crisis.

EJERCICIO OPCIONAL

Pide al grupo que rellene el apartado «Plan de respuesta a una crisis» en su copia del módulo de *QualityRights Planificación de la recuperación centrada en la persona para la salud mental y el bienestar: herramienta de autoayuda*.



Presentación: 5. Plan para después de una crisis (35), (36) (15 minutos)

En este punto, el elemento final del plan de recuperación es crear un plan para después de una crisis.

- Resulta útil tener un plan para ir reincorporándose a la vida diaria y mantener el bienestar después de una crisis.
- Esta parte del plan de recuperación consiste en planificar los días y las semanas inmediatamente posteriores a una crisis para que la persona pueda continuar su recorrido hacia la recuperación. Este plan incluye:
 - Volver a la rutina.
 - Elaborar un calendario para las semanas siguientes.
 - Planes para recuperar responsabilidades y actividades.
 - Lo que he aprendido de esta crisis (por ejemplo, qué puntos sensibles o qué señales tempranas de malestar he identificado).

EJERCICIO OPCIONAL

Pide al grupo que rellene el apartado «Plan para después de una crisis» en su copia del módulo de QualityRights *Planificación de la recuperación centrada en la persona para la salud mental y el bienestar: herramienta de autoayuda.*

Tema 12. El timón de la recuperación

Duración del tema

Aproximadamente 30 minutos.



Presentación: el timón de la recuperación (30 minutos)

El timón de la recuperación se inspira en la Outcomes Star™ o estrella de resultados (39). Utiliza la imagen de un timón de barco para ilustrar que la recuperación es un viaje personal y que la persona debe decidir por sí misma lo que es importante y dónde la llevará ese viaje. El timón de la recuperación puede ser una herramienta alternativa para aquellas personas que prefieren una manera menos estructurada de abordar la recuperación. Resalta diferentes áreas que las personas pueden identificar como claves para vivir una vida plena. Puede utilizarse como medio para iniciar conversaciones entre la persona implicada y sus familiares, los profesionales de la salud mental y otros ámbitos, compañeros de apoyo y otros acompañantes sobre lo que la persona considera importante para su recuperación.

Uso del timón de la recuperación

En primer lugar, la persona implicada debería preguntarse, o se le debería preguntar, si se identifica con alguno de los ámbitos cubiertos por el timón de la recuperación. Puede indicar las diferentes áreas que considera prioritarias escribiendo «AP».

Se utiliza una escala de puntuación (13) para indicar en qué medida está satisfecha con cada una de estas áreas prioritarias. Los números indicados dentro de la rueda indican la importancia o la relevancia para su vida personal.

Una vez la persona ha identificado los dominios clave que considera prioritarios, puede explorar acciones concretas y específicas dentro de cada área prioritaria.

También puede usar el timón de la recuperación para hacer un seguimiento de sus progresos en estos diversos ámbitos en diferentes momentos de su recorrido hacia la recuperación.

El timón de la recuperación (39)

Reparte a los participantes copias del anexo 3.

Pide al grupo que rellenen su propio «Timón de la recuperación». Los participantes pueden trabajar individualmente o por parejas para este ejercicio.

<p>Hope For example – Not losing hope in my capabilities and capacities in life</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/>	<p>Community inclusion For example – Going to work, getting my own accommodation, enrolling in a course</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/>	<p>Social life For example – To reconnect with my family, to start spending time with my friends again</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/>
<p>Meaning & purpose in life For example – Finding meaning through spirituality, go to church weekly</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/>		<p>Empowerment & gaining back control For example – Choosing what I want and don't want for my treatment</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/>
<p>Health & well-being For example – Working on my fitness, having a regular sleep schedule</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/> <p>e.g. –</p> <hr/>		<p>AP = A priority for me</p> <p>1 = Not at all satisfied</p> <p>2 = Satisfied</p> <p>3 = Very satisfied</p>

Referencias

1. Guidelines on language in relation to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society; 2015. Disponible en: <https://www.bps.org.uk/system/files/userfiles/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/Guidelines%20on%20Language%20web.pdf> [consulta: 18 de noviembre de 2018].
2. The 10 Essential Shared Capabilities for Mental Health Practice: learning materials. Edimburgo: NHS Education for Scotland (NES); 2011. Disponible en: http://www.nes.scot.nhs.uk/media/351385/10_essential_shared_capabilities_2011.pdf [consulta: 26 de febrero de 2017].
3. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J.* 1993; 16(4):11-23. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0095655>.
4. Cita de Pat Deegan. Extracto de The 10 Essential Shared Capabilities for Mental Health Practice: learning materials (página 21). Edimburgo: NHS Education for Scotland (NES); 2011. Disponible en: http://www.nes.scot.nhs.uk/media/351385/10_essential_shared_capabilities_2011.pdf [consulta: 26 de febrero de 2017].
5. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry.* 2014; 13(1):12-20. Disponible en: doi: <http://www.dx.doi.org/10.1002/wps.20084>.
6. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry.* 2011;199(6): 445-52. Disponible en: doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
7. Young AT, Green CA, Estroff SE. New endeavors, risk-taking and personal growth in the recovery process. *STARS Study Findings. Psychiatr Serv.* 2008; 59(12):1430-6. Disponible en: doi: <http://doi.org/10.1176/appi.ps.59.12.1430>.
8. Realising recovery: learning materials. Edimburgo: NHS Education for Scotland (NES) y la Scottish Recovery Network; 2011. Disponible en: http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nesmental_health-all_modules.pdf [consulta: 2 de febrero de 2017].
9. Schrank B, Bird V, Rudnick A, Slade M. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc Sci Med.* 2012; 74(4):554-64. Disponible en: doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.008.
10. Brijnath B. Applying the CHIME recovery framework in two culturally diverse Australian communities: qualitative results. *Int J Soc Psychiatry.* 2015; 61(7):660-7. Disponible en: doi: 10.1177/0020764015573084.
11. Jacobson N, Farah D. The Toronto Recovery and Cultural Diversity Community of Practice. Recovery through the lens of cultural diversity. Toronto (ON): Wellesley Institute; 2010. Disponible en: <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2010/07/RTLCD-reportjul0410.pdf> [consulta: 19 de noviembre de 2018].
12. The Sharing Stories Venture. Sharing stories of recovery in Uganda. *Clinical Psychology Forum* (Número especial: Recovery?). 2015; 268:44-6.

13. Matsuoka AK. Ethnic/racial minority older adults and recovery: Integrating stories of resilience and hope in social work. *Br J Soc Work*. 2015; 45(Suppl 1): i135-i52. doi: Disponible en: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv120>.
14. Robinson M, Keating F, Robertson S. Ethnicity, gender and mental health. *Diversity in health and care*. 2011; 8(81).
15. Mental Health Foundation. *Recovery and resistance: African, African-Caribbean and South Asian women's narratives of recovering from mental distress*. Londres: Mental Health Foundation; 2011.
16. Nagel T, Hinton R, Griffin C. Yarning about Indigenous mental health: Translation of a recovery paradigm to practice. *Adv Ment Hlth*. 2012; 10(3):216-23. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.5172/jamh.2012.10.3.216>.
Wong YLI, Stanton MC, Sands RG. Rethinking social inclusion: experiences of persons in recovery from mental illness. *American J Orthopsychiatry*. 2014; 84(6):685-95. Disponible en: doi: 10.1037/ort0000034.
17. Morrow M, Pederson A, Smith J, Josewski V, Jamer B, Battersby L. *Relocating mental health care in British Columbia: Riverview Hospital Redevelopment, regionalization and gender in psychiatric and social care*. Vancouver: Centre for the Study of Gender, Social Inequities and Mental Health; 2010.
18. Kirmayer LJ, Bennegadi R, Kastrup MC. Cultural awareness and responsiveness in person-centered psychiatry. En: Mezzich J, Botbol M, Christodoulou G, Cloninger C, Salloum I (ed.). *Person Centered Psychiatry*. Suiza: Springer International Publishing; 2016.
19. Jones N. *Guidance manual - Peer involvement and leadership in early intervention in psychosis services: from planning to peer support and evaluation (Material de asistencia técnica elaborado para SAMHSA/CMHS)*. Alexandria (VA): National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Publications; 2015. Disponible en: https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Peer-InvolvementGuidance_Manual_Final.pdf [consulta: 18 de noviembre de 2018].
20. Heartsounds Uganda and Bubatika Hospital. *SharingStories - Recovery in Uganda: Themes from recovery listening events*. Resumen de los talleres realizados en febrero de 2015 en Kampala y Jinja con el objetivo de que los usuarios de los servicios de salud mental y los miembros del personal reflexionen sobre la recuperación. Londres: Tropical Health & Education Trust y el UK Department for International Development; 2015. Disponible en: <http://api.ning.com/files/TC9Ufo78u8ncixgA6GMqMbgd2dBp8vius0uwNIAbqgg5yYPQcWnVpbNQzrJgOwwP0oVSVQPAH9nCHgGxnGCfDhbQM2f7ONX/WorkshopSummaryBooklet2.02.pdf> [consulta: 26 de febrero de 2017].
21. Yale University Program for Recovery and Community Health. *Practice guidelines for recovery-oriented care for mental health and substance use conditions (segunda edición)*. Hartford (CT): Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services; 2008. <http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/recovery/practiceguidelines2.pdf> [consulta: 26 de febrero de 2017].
22. Cyr C, McKee H, O'Hagan M, Priest R. *Making the case for peer support: Report to the Peer Support Project Committee of the Mental Health Commission of Canada*. Ottawa: Mental Health Commission of Canada; primera edición 2010 / segunda edición 2016. Disponible en: <http://peersupportcanada.ca/> [consulta: 4 de febrero de 2019].
23. Mental Health Advocacy Coalition. *Destination: Recovery. Te Unga ki Uta: Te Oranga*. Wellington: Mental Health Foundation of New Zealand; 2008. Disponible en:

- https://researchspace.auckland.ac.nz/bitstream/handle/2292/22483/Destination%2bRecovery_FINAL_low%2bres.pdf?sequence=5 [consulta: 4 de febrero de 2019].
24. Realising Recovery learning materials (páginas 98-99). Edimburgo: NHS Education for Scotland (NES) and the Scottish Recovery Network (SRN); 2011. Disponible en: http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental_health-all_modules.pdf [consulta: 2 de febrero de 2017].
 25. Realising Recovery learning materials (página 97). Edimburgo: NHS Education for Scotland (NES) y la Scottish Recovery Network (SRN); 2011. Disponible en: http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental_health-all_modules.pdf [consulta: 2 de febrero de 2017].
 26. A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being. Londres: Improvement and Development Agency's (IDeA) Healthy Communities Programme; 2009. Disponible en: <https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/glass-half-full-how-asset3db.pdf> [consulta: 4 de febrero de 2019].
 27. Repper J, Perkins R. Social inclusion and recovery. A model for mental health practice. Londres: Bailliere Tindall; 2003. Disponible en: <https://elsevier.ca/product.jsp?isbn=9780702026010> [consulta: 26 de febrero de 2017].
 28. Realising Recovery learning materials [página 52]. Edimburgo: NHS Education for Scotland (NES) y la Scottish Recovery Network (SRN); 2011. Disponible en: http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental_health-all_modules.pdf [consulta: 2 de febrero de 2017].
 29. Realising Recovery learning materials. Module 2: Using self to develop recovery focused relationships. Edimburgo: NHS Education for Scotland (NES) y la Scottish Recovery Network (SRN); 2011. Disponible en: http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nesmental_health-all_modules.pdf [consulta: 2 de febrero de 2017].
- Brown W, Kandirikirira N. Recovering mental health in Scotland. Report on narrative investigation of mental health recovery. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2007. Disponible en: <https://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2009/05/Contents-forward-prefaceacknowledgements-about-SRN-and-purpose-and-rationale.pdf> [consulta: 26 de febrero de 2017].
30. Realising Recovery learning materials. Module 5: Sharing responsibility for risk and risktaking. Edimburgo: NHS Education for Scotland (NES) y la Scottish Recovery Network (SRN); 2011. Disponible en: http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental_healthall_modules.pdf [consulta: 2 de febrero de 2017].
 31. Mental health and social exclusion: Social Exclusion Unit Report Summary. Londres: Office of the Deputy Prime Minister; 2004. Disponible en: http://www.nfao.org/Useful_Websites/MH_Social_Exclusion_report_summary.pdf [consulta: 26 de febrero de 2017].
 32. Realising Recovery learning materials. Module 6: Connecting with communities. Edimburgo: NHS Education for Scotland (NES) y la Scottish Recovery Network (SRN); 2011. Disponible en: http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental_health-all_modules.pdf [consulta: 2 de febrero de 2017].
 33. Personal recovery plan. Nottingham: Nottinghamshire National Health Service (NHS) Trust.
 34. Taking back control: a guide to planning your own recovery. Nottingham: Nottinghamshire National Health Service (NHS) Trust; 2008.

35. Advance statement. Nottingham: Nottinghamshire National Health Service (NHS) Trust; 2008. Disponible en: <https://www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jjm4n1799.pdf&ver=1845>. [consulta: 9 de febrero de 2017].
36. Advance statement (página 32). Nottingham: Nottinghamshire National Health Service (NHS) Trust; 2008. Disponible en: <https://www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jjm4n1799.pdf&ver=1845> [consulta: 9 de febrero de 2017].
37. The Recovery Star: Outcomes Star [sitio web]. Brighton: Triangle Consulting Social Enterprise Limited; 2009-2015. Disponible en: <http://www.outcomesstar.org.uk> [consulta: 26 de febrero de 2017].

Anexos

Anexo 1. Casos

Tema 1. Ejercicio 1.2. El apoyo a la recuperación: Miguel

Miguel visita a su médico de cabecera para hablar de un sentimiento de preocupación y miedo abrumador y constante. Hace tres años que se siente así y cada vez le resulta más difícil convivir con ese sentimiento. Explica al médico que disfruta mucho de su trabajo, pero que el miedo y la ansiedad que siente son especialmente abrumadores cuando se ve sometido a mucha presión.

Después de una larga conversación, el médico de Miguel se muestra compasivo y le dice que es probable que este problema le acompañe toda la vida. Sugiere a Miguel que se plantee hacer cambios importantes en su vida, tales como dejar el trabajo actual y encontrar algo «más conveniente», con menos estrés y responsabilidades.

Miguel sale de la consulta entristecido y desesperanzado.

Tema 2. Ejercicio 2.1. Enfoque orientado a la recuperación: Tig Davies¹

«Tenía unos treinta años e iba a la universidad. Hacía tres años que vivía permanentemente colocada cuando la muerte me vino a llamar a la puerta. Estaba en el edificio del sindicato de estudiantes y, un segundo después, ya estaba en la habitación 1 de la sala H, en la unidad psiquiátrica para enfermos agudos. Había vivido un ingreso previo muy poco fructífero de tres meses en una unidad psiquiátrica cuando tenía veinte años largos, pero me gustaría hablaros de esta otra experiencia, por el efecto positivo final que tuvo en mi recuperación. ¡Huelga decir que los primeros ocho meses de aquel ingreso no tuvieron ningún efecto positivo! Después de pasar tres meses en casa terminé en el hospital, donde me dijeron que mi hígado no soportaría otra sobredosis y un psiquiatra me dijo que no volvería a trabajar, me ofreció una vida en una comunidad terapéutica y me dijo que me siguiera tomando la medicación... Ah, y, claro, que me quedara hospitalizada.

Llegados a ese punto, yo creía sinceramente que la vida como "persona sana" se había terminado. Estaba loca y no había nada que hacer. Quedé completamente destrozada, incapaz de reaccionar ni física ni mentalmente. Caí en una pasividad absoluta, nada tenía sentido. Fue durante los siguientes siete meses que pasé en el hospital cuando por fin empezó mi proceso hacia la recuperación.

Iba muy medicada, estaba horrorosamente delgada, era incapaz de pensar y no tenía deseo, motivación ni ninguna interacción social. Tenía muchísimo miedo, oía voces que me decían que me hiciera daño, que estaba completamente muerta dentro de aquel cuerpo asqueroso, y que seguiría así hasta el final.

En la planta de arriba del hospital había una pequeña cafetería para los pacientes y las visitas regentada por Dee. Dee probablemente sea una de las trabajadoras de apoyo a la salud mental más auténtica, empática, comprensiva y divertida que me haya encontrado nunca. La llaman "la asistente de la cafetería". Llevó el "servir cafés" a los clientes de su cafetería a otro nivel. Dee no se limitaba a

¹ Realising Recovery learning materials (página 97). Edimburgo: NHS Education for Scotland (NES) y la Scottish Recovery Network (SRN); 2011. http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental_health-all_modules.pdf [consulta: 2 de febrero de 2017]. **L'enllaç no funciona**

servir cafés: ella servía a las personas. Hablaba, compartía, preguntaba, escuchaba, lloraba, reía, exponía la verdad tal y como ella la veía, abrazaba cuando era necesario y mantenía las distancias cuando tenía que hacerlo. Hablaba con la gente por el placer de comunicarse, no aceptaba tonterías de nadie y entendía la diferencia... ¡Ah! ¡Y hacía un café buenísimo! ¡Y, todo eso, siempre con el miedo de meterse en problemas por hablar en el trabajo! Aquella cafetería y Dee se convirtieron en un lugar de tranquilidad, luz y esperanza para mí.

Una mañana estaba en el café cuando entró el nuevo "asistente social", Dave. Estaba claro que nos conocíamos desde hacía años. Hablamos. Nos habíamos conocido durante mi periodo álgido con las drogas y, a pesar de encontrarse con un cadáver andante, lo que le entristeció mucho, mi estado hizo que desplegara al máximo el abordaje centrado en la persona.

Él, Dee y yo nos sentamos a tomar un café. Entonces, Dave se limitó a mirarme y me hizo la pregunta más simple y a la vez más profunda que me hayan hecho nunca. «¿Qué crees, TÚ, que te ayudaría a ponerte bien de nuevo?». Me quedé pasmada. Nadie me lo había preguntado nunca y siempre había creído que la medicación, las enfermeras y los psiquiatras tenían los planes y las respuestas. ¡Al fin y al cabo, eran ellos quienes habían redactado mi plan de atención!

Me agarré a aquella pregunta movida por el estado de desesperanza en el que me encontraba y, convencida de que no tenía nada que perder, hablé con Dave y Dee de los recuerdos de un sueño que ya había tenido antes. Quería estar bien, quería recuperar la relación con la familia y los amigos, quería volver a casa, a mi piso, y quería trabajar. Al final de aquella conversación, comí y, lo que es más importante, "disfruté" de la tostada con mermelada y de una taza llena a rebosar de batido de chocolate. ¡Hacía más de tres meses que no era capaz de comer nada más que una galleta digestive y un vaso de leche al día! Y también sonreí. Y me hizo sentir muy bien. Por fin había recuperado la esperanza. Hablé. Soñé. Hice planes.»

Tema 3. Presentación. Centrarse en los activos y las fortalezas de la persona es fundamental para el tratamiento orientado a la recuperación: Tom

Tom es un hombre de 30 años que trabaja de maestro. Hace tres años que está casado, pero la relación con su mujer se ha deteriorado recientemente y discuten a todas horas. Cada vez le resulta más difícil encontrarle el gusto a su trabajo y mostrarse paciente y atento a las necesidades de los alumnos. Los días se le hacen insoportables. A menudo le cuesta también dormirse por la noche, porque piensa en el día siguiente y le angustia no ser capaz de afrontarlo. Cuando se siente así, recurre al alcohol hasta que se tranquiliza. Ha consultado con su médico de cabecera, que le ha diagnosticado fatiga crónica y desánimo, y le ha hablado de una posible depresión. A pesar de todo, Tom sigue formando parte del equipo de rugby local y le reconforta mucho jugar y pasar el rato con sus compañeros de equipo.

Tema 6. Ejercicio 6.1. Trabajar juntos en la práctica: Suraiya (1)

Suraiya es una mujer de 22 años que ha aceptado ingresar en una clínica psiquiátrica para enfermos agudos tras un intento de suicidio. Tiene un historial de autolesiones graves y de internamientos repetidos por el grave malestar que ha sufrido.

Imaginad que sois uno de los profesionales que ayuda a Suraiya y que os reunís con ella para hablar de su situación. Suraiya os dice que ha perdido la esperanza, que es infeliz y que cree que no le cae bien al psiquiatra. Se queda sentada en silencio y parece muy ensimismada durante toda la reunión.

Tema 6. Ejercicio 6.1. Trabajar juntos en la práctica: Suraiya (2)

En una reunión con Suraiya, Jamal percibe que la chica parece reservada, enfadada y triste. Le pregunta cómo se siente en ese momento. Jamal también le pregunta si hay algo que la pueda hacer sentir mejor. Suraiya responde que le gustaría hablar con un amigo. Jamal le dice que intentará organizarlo para que se puedan ver tan pronto como sea posible. También le pregunta qué más puede hacer para ayudarla mientras tanto.

Suraiya le cuenta que lo que más necesita es pasar tiempo a solas en un lugar tranquilo, para poder reflexionar. Dice que, en el pasado, le ha ido bien escuchar música para coger una cierta distancia de su situación. El servicio de salud mental dispone de salas cómodas y tranquilas desde el año anterior y Jamal propone a Suraiya pasar tanto tiempo como quiera en ellas, escuchar música y llamar a sus amigos siempre que lo desee. También le hace saber que puede contar con él siempre que lo necesite.

Jamal recuerda que Suraiya piensa que no le cae bien al psiquiatra. La invita a exponer cualquier preocupación que no se haya tratado, para poderla trasladar a las personas implicadas y, si es necesario, darle los recursos y la información que requiera sobre cómo y dónde puede presentar quejas.

Tema 8. Ejercicio 8.1. Asunción de riesgos positivos en la práctica: Hasan (1)

Hasan hace cinco años que es usuario del servicio de salud mental que hay cerca de su casa. Mantiene buena relación con el personal y cree que la ayuda del servicio le ha resultado muy útil. El personal del servicio conoce bien a Hasan y ha trabajado duramente con él para acompañarlo a superar experiencias difíciles y ayudarlo a llevar una vida independiente.

Hasan tiene previsto trasladarse a la otra punta del país para casarse con su prometida e irse a vivir juntos. Anuncia esta decisión al trabajador de salud mental que lleva su caso, Lethabo.

A Lethabo y al resto del personal les preocupa que, una vez Hasan se traslade, no reciba la ayuda del servicio de salud mental. Si Hasan se encuentra en un momento de malestar, otro servicio no lo conocerá lo suficientemente bien para ayudarlo como le conviene y, si algo sale mal, ellos no podrán hacer nada.

- **Beneficios del traslado para Hasan:** vivir con la mujer que ama, conocer a gente nueva en una nueva ciudad, lo cual puede tener un impacto positivo en su bienestar y su recuperación.
- **Riesgos del traslado para Hasan:** riesgo de que la relación se rompa, riesgo de no ser capaz de integrarse en una nueva ciudad, riesgo de no recibir ayuda cuando la necesite.

A pesar de su preocupación por Hasan, Lethabo y el resto del equipo deciden apoyarlo en su decisión.

Tema 8. Ejercicio 8.1. Asunción de riesgos positiva en la práctica: Hasan (2)

Tras debatirlo con el resto del personal del servicio que conocía a Hasan, a Lethabo se le ocurrieron varias sugerencias para ayudar a Hassan y las comentó con él. Acordaron que el personal tomaría las siguientes medidas:

- Obtener información sobre los servicios de ayuda disponibles en el lugar adonde Hasan tenía previsto trasladarse.
- En caso de identificar un buen servicio, poner a Hasan en contacto con ellos.
- Con el consentimiento de Hasan, compartir con el personal del otro servicio información sobre los requerimientos de Hasan y la mejor manera de ayudarlo.
- Mantendrán el contacto con Hasan y lo tranquilizan diciéndole que, si por el motivo que sea decide volver, podrá contar con ellos.

Tema 8. Ejercicio 8.1. Asunción de riesgos positivos en la práctica: Mary (1)

Mary tiene 30 años y actualmente acude a un centro de salud mental comunitario. Es una apasionada de los animales y siempre se ha implicado en acciones por el bienestar animal (tanto a través de trabajos remunerados como voluntarios).

El objetivo de Mary en este momento pasa por volver a trabajar en un ámbito similar. Quiere un trabajo en el que se sienta motivada y empezar a ganar dinero para poderse pagar una vivienda y marcharse de casa de sus padres. Cree que los retos que ha tenido que afrontar en su recuperación están bajo control y tiene la sensación de que está preparada para avanzar. Mary pide al personal del centro de salud mental comunitario que la ayude a encontrar trabajo.

Aun así, a sus padres les preocupa la idea de que Mary asuma nuevas responsabilidades. Sufrió la primera crisis de salud mental cuando pasó de estudiar a trabajar a jornada completa como azafata de vuelo. Tienen miedo de que la presión de otro trabajo a jornada completa pueda hacerla recaer y deshacer todos los progresos que ha logrado hasta ahora.

Piden a Rachel, la trabajadora de salud mental que se ocupa de Mary, que intente convencerla para esperar un par de años más antes de buscar un trabajo a jornada completa. Rachel les explica que, ante todo, ella respeta la decisión de Mary, pero que abordará el tema durante la próxima visita.

Durante la siguiente visita, Mary y Rachel hablan de los beneficios y los riesgos de volver al trabajo.

- **Beneficios de volver al trabajo:** tener la sensación de tener un objetivo, sentirse implicada en un trabajo significativo, ganar unos ingresos que aportarán otros beneficios, como trasladarse a su propia casa.
- **Riesgos de volver al trabajo:** poner potencialmente en riesgo los progresos que ha hecho debido al estrés y a la posibilidad de que el trabajo no satisfaga sus expectativas.

Tema 8. Ejercicio 8.1. Asunción de riesgos positivos en la práctica: Mary (2)

Acción que Mary decidió adoptar

Mary estaba muy motivada con la idea de volver al trabajo, sobre todo en el ámbito del cuidado de animales, por lo que, junto con Rachel, exploraron maneras de reducir el estrés potencial que conlleva encontrar trabajo e incorporarse al mismo.

En este contexto, Mary y Rachel analizaron la ayuda que había recibido previamente mientras trabajaba a jornada completa y debatieron cómo podían poner en práctica una ayuda similar, ahora para reducir los riesgos potenciales y aumentar las posibilidades de que Mary fuera escogida y conservara el trabajo.

Juntas decidieron:

- Buscar oportunidades de trabajo en el campo del cuidado de animales, pero de entrada presentarse solo a las ofertas a jornada parcial, con el objetivo final de cambiar a un trabajo a jornada completa.
- Crear un plan específico para tratar las crisis que Mary pudiera sufrir trabajando bajo presión.
- Generar una rutina que le permitiera llegar al trabajo a la hora y gestionar cualquier estresor potencial.
- Dar a Mary y a su familia el número de teléfono móvil de Rachel para que pudieran llamarla en caso de estar preocupados y querer hablar de sus preocupaciones.
- Acordar un par de reuniones regulares con Rachel durante toda esta fase para comprobar cómo se siente Mary durante el proceso de las entrevistas y la incorporación a un nuevo trabajo.

Tema 8. Ejercicio 8.1. Asunción de riesgos positivos en la práctica: Mary (3)

Resultados para Mary

RESULTADO 1

- Un posible resultado es que Mary sea capaz de conseguir un trabajo a media jornada en un ámbito significativo para ella y que empiece a ganar ingresos con los que se pueda trasladar a su propia vivienda.

RESULTADO 2

- Mary tarda bastante tiempo en encontrar trabajo, lo cual la desalienta. Rachel y la familia de Mary la ayudan a pasar por este periodo de estrés. Finalmente, Mary consigue un trabajo, pero cree que le cuesta concentrarse durante muchas horas seguidas y que se cansa fácilmente.
- En lugar de dejar el trabajo, Mary contacta con Rachel para hablar de estos problemas y acuerdan encontrarse. Tras discutirlo, Mary decide hablar con su jefe sobre la posibilidad de tomarse descansos durante el día en vez de trabajar sin cesar durante todo el turno de ocho horas. Su jefe está de acuerdo y Mary continúa en el trabajo que tanto le gusta.

Tema 9. Ejercicio 9.1: Utilizar los recursos comunitarios: Sheila y Emma

Sheila (50) vive en casa con su madre, Emma (75), y tiene dificultades de aprendizaje. Trabaja en una cafetería regentada por una organización que ayuda a las personas con dificultades de aprendizaje. Le gusta mucho nadar y bailar, está inscrita en gimnasios locales para hacer ambas actividades y tiene muchos amigos gracias al trabajo y a sus actividades de ocio. Necesita ayuda de su madre para buena parte de las tareas diarias, como limpiar, cocinar, realizar operaciones bancarias o moverse por la ciudad.

Emma es bastante activa en la comunidad local y tiene mucho interés en ayudar a Sheila a mantener estos vínculos. La hermana de Emma, Claire, vive lejos, pero mantiene contacto telefónico habitual con su hermana y la visita siempre que puede.

Emma tuvo un ictus leve y la ingresaron en el hospital. Ahora está suficientemente recuperada para darle el alta del hospital, donde ha pasado los últimos diez días.

Durante su estancia en el hospital, Emma ha perdido un poco la capacidad para moverse y cuidar de ella misma. Está muy preocupada por cómo podrá seguir ayudando a su hija Sheila, que tiene sus propias necesidades de salud. Sea como sea, quiere seguir viviendo con ella.

Teniendo en cuenta el deterioro de salud de Emma y la asistencia que necesitaba Sheila, la valoración del personal del centro fue que Sheila requeriría alguna forma de vivienda residencial o asistida, en lugar de volver a casa.

Tema 10. Ejercicio 10.2. Poner en práctica las habilidades de escucha activa: George

George hace un par de semanas que recibe atención en régimen de interno en una unidad de salud mental de un hospital general. Estaba indeciso sobre si quedarse en la unidad, pero quiere ayuda adicional y no tiene ningún otro lugar adonde ir. En varias ocasiones ha estallado de manera imprevisible y, furibundo, ha amenazado con irse cuando se le ha plantado cara o cuando no le gusta lo que le dicen. Durante el último incidente, echó al suelo a un miembro del personal. Critica constantemente al personal y dice que nadie hace lo suficiente para ayudarlo.

Anexo 2². Elementos clave del abordaje basado en la recuperación

(2, 3)

Resumen: Elementos clave del modelo de recuperación

1. **La inclusión:** es importante para la recuperación, ya que la persona debe poder tener acceso a las mismas oportunidades que cualquier otra y ser incluida en la comunidad.
2. **Las relaciones:** incluye las amistades, la pareja, los familiares, los profesionales de la salud mental y otros ámbitos, y los iguales, incluyendo acompañantes y grupos de la comunidad. Todas estas relaciones tienen un papel importante en el apoyo a la persona hacia la recuperación.
3. **La esperanza:** es clave para la recuperación; sin esperanza las personas pueden abandonar su camino hacia la recuperación.
4. **La creencia:** creer que es posible el cambio en la situación que se vive es fundamental para el abordaje basado en la recuperación; se puede fomentar con relaciones que infunden esperanza.
5. **La identidad:** redefinir o reconstruir la identidad es un elemento primordial de la recuperación porque las personas a menudo pierden el sentido del yo al recibir un diagnóstico.
6. **El sentido y la finalidad:** son diferentes para cada persona, pero es importante que cada uno encuentre maneras de construir y encontrarle el sentido a su vida.
7. **Los sueños y las aspiraciones:** las personas deberían empoderarse y recibir apoyo para desarrollar y hacer realidad sus sueños y aspiraciones en la vida.
8. **El control y la capacidad de decidir:** las personas tienen el derecho de ejercer su capacidad jurídica para tomar sus decisiones y para recibir apoyo a fin de poder hacerlo cuando lo crea útil.
9. **Gestión de los momentos difíciles:** la recuperación permite que las personas desarrollen habilidades que son necesarias para gestionar los momentos negativos de la vida.
10. **Asunción de riesgos positivos:** es fundamental para la recuperación, ya que permite a las personas aprender y crecer a partir de sus experiencias, y es importante que tengan apoyo cuando asumen riesgos positivos.

² Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br J Psychiatry. 2011; 199(6):445-52. Disponible en: doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.

³ The 10 Essential Shared Capabilities for Mental Health Practice: learning materials. Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES); 2011. Disponible en: http://www.nes.scot.nhs.uk/media/351385/10_essential_shared_capabilities_2011.pdf [consulta: 26 de febrero 2017]. **L'enllaç no funciona**

Anexo 3. El timón de la recuperación

(4)

Hope
For example – Not losing hope in my capabilities and capacities in life

e.g. –

e.g. –

e.g. –

Community inclusion
For example – Going to work, getting my own accommodation, enrolling in a course

e.g. –

e.g. –

e.g. –

Social life
For example – To reconnect with my family, to start spending time with my friends again

e.g. –

e.g. –

e.g. –

Meaning & purpose in life
For example – Finding meaning through spirituality, go to church weekly

e.g. –

e.g. –

e.g. –

Empowerment & gaining back control
For example – Choosing what I want and don't want for my treatment

e.g. –

e.g. –

e.g. –

Health & well-being
For example – Working on my fitness, having a regular sleep schedule

e.g. –

e.g. –

e.g. –

AP = A priority for me

1 = Not at all satisfied

2 = Satisfied

3 = Very satisfied

Exploring your identity
For example – Not letting people undervalue me

e.g. –

e.g. –

e.g. –

⁴ The Recovery Star: Outcomes Star [sitio web]. Brighton: Triangle Consulting Social Enterprise Limited, 2009-2015. Disponible en: <http://www.outcomesstar.org.uk> [consulta: 26 de febrero de 2017].

Los módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud se centran en las aptitudes y los conocimientos necesarios para proporcionar servicios sociales y de salud mental y apoyos de buena calidad, así como para promover los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva. Mediante ejercicios, presentaciones, estudios de casos y extensos debates y coloquios, **los módulos de formación QualityRights** ponen de manifiesto algunos de los retos críticos a los que tienen que hacer frente las partes interesadas en diferentes países de todo el mundo. Por ejemplo:

- ¿Cómo respetamos la voluntad y las preferencias de las personas, incluso en situaciones difíciles?
- ¿Cómo garantizamos la seguridad de las personas y a la vez respetamos el derecho de cada persona a decidir sobre su tratamiento, su vida y su destino?
- ¿Cómo ponemos fin al aislamiento y a la contención?
- ¿Cómo funciona el abordaje basado en el apoyo a la toma de decisiones si alguien no puede comunicar su voluntad?

Los **módulos de orientación de la iniciativa QualityRights** complementan el material de formación. Los módulos de orientación *Organizaciones de la sociedad civil* y *La defensa de la salud mental* explican, paso a paso, qué pueden hacer los movimientos de la sociedad civil de diferentes países de todo el mundo para impulsar abordajes basados en los derechos humanos en el sector de los servicios sociales y de salud mental para conseguir un cambio que sea a la vez impactante y duradero. Los módulos de orientación *El apoyo individualizado entre iguales* y *Los grupos de apoyo entre iguales* proporcionan una orientación concreta sobre cómo crear y dirigir eficazmente estos servicios tan cruciales, pero que a menudo no se tienen en cuenta.

El objetivo final de los módulos QualityRights de la OMS es cambiar la mentalidad y las prácticas de una manera sostenible, y empoderar a todas las partes implicadas para que promuevan los derechos y la recuperación con el fin de mejorar la vida de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva de todo el mundo.