



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS



MODELO DE RECUPERACIÓN EN SALUD MENTAL

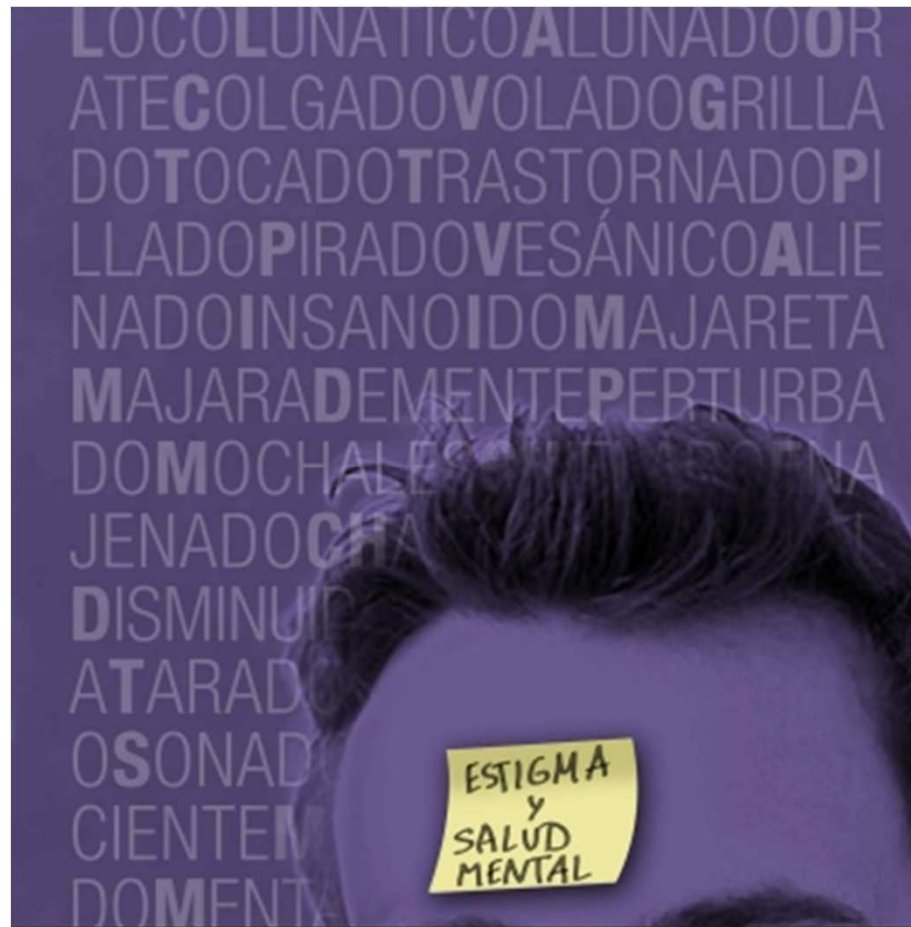
Montevideo. 25 al 27 de septiembre de 2019

Domingo Díaz del Peral. *Psiquiatra. Director Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Almería.*
Evelyn Huizing. *Enfermera especialista en Salud Mental. Programa de Salud Mental Andalucía.*
Javier Romero Cuesta. *Psiquiatra. Director Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Málaga.*

“En tiempos de cambio quienes estén abiertos al aprendizaje se adueñarán del futuro, mientras que aquellos que creen saberlo todo, estarán bien equipados para un mundo que ya no existe”.

Eric Hoffer





EJERCICIO ETIQUETAS



esquizofrenia

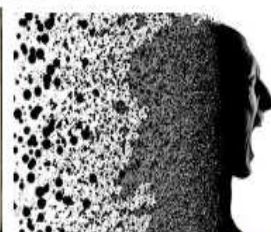


Iniciar sesión

Todo **Imágenes** Videos Noticias Libros Más Preferencias Herramientas

Ver imágenes guardadas SafeSearch

mujer adulto anciano adulto mayor familiar psicosis bipolaridad depresión locura trastorno bipolar paranoia niño juvenil mexico chile peru españa panama desmotivación violento mapa lenguaje





DIABETES



Todo Imágenes Noticias Vídeos Libros Más Preferencias Herramientas

tipo 1

tipo 2

hipertension arterial

cancer

vejez

epidemia

obesidad

embarazo

sobrepeso

mexico

ecuador

peru

chile

bolivia

paraguay

adulto

mujer

niños

enfermedad



DIABETES
¿QUÉ ES?





esclerosis multiple

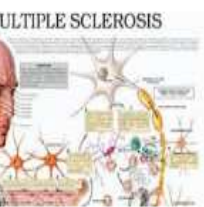
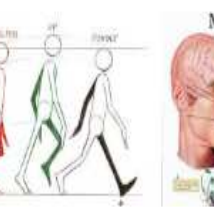
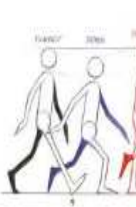
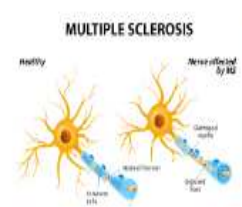
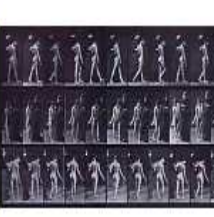
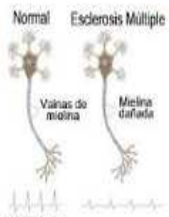
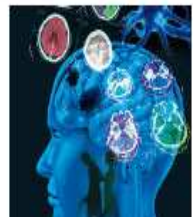
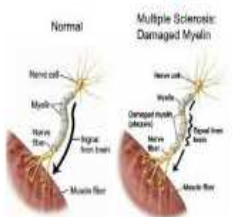
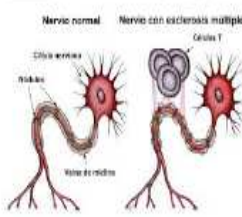
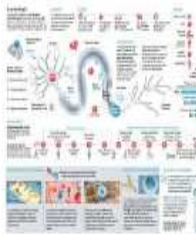
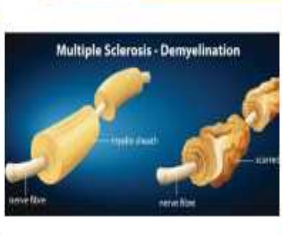
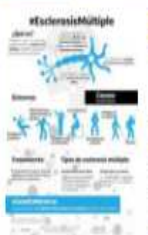
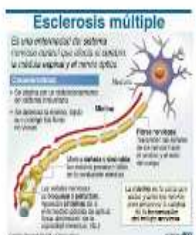


Iniciar sesión

Todo **Imágenes** Noticias Vídeos Libros Más Preferencias Herramientas

Ver imágenes guardadas SafeSearch

mexico **españa** chile argentina venezuela puerto rico neurona linfocitos oligodendrocitos th1 sistema nervioso ojo piel cerebro niño adulto rmn mri bioquímica anatomía epidemiología odontología





Discapacidad Intelectual Simbolo



Dibujos Discapacidad Intel...



Discapacidad Intelectu...



Discapacidad Intelectual L...



Discapacidad Intelectual Trabajo



Discapacidad Intelectual Depo



4. ¿QUÉ ES LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL?

- La discapacidad intelectual se da cuando la persona tiene ciertas limitaciones en su funcionamiento mental y en destrezas tales como aquellas de la comunicación, cuidado personal, y destrezas sociales. Estas limitaciones causan que el niño aprenda y se desarrolle más lentamente que un niño típico.
- Para ser diagnosticado como discapacitado intelectual, la persona tiene que tener un C.I. (Coeficiente Intelectual) significativamente bajo y



Incluso si YO no hablo, YO TODAVIA tengo



depresion

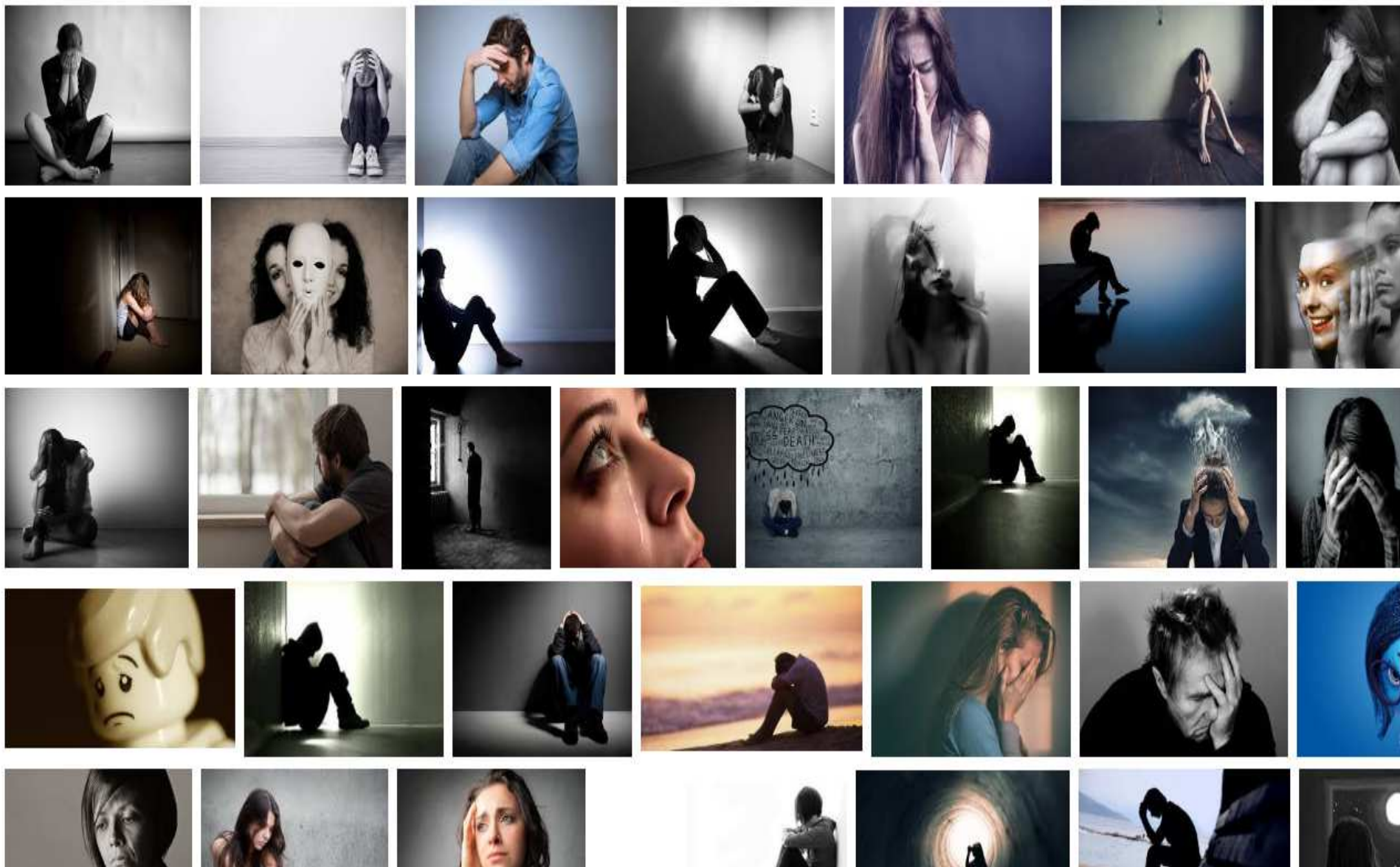


Iniciar sesión

Todo **Imágenes** Videos Noticias Libros Más Preferencias Herramientas

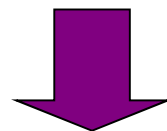
Ver imágenes guardadas

adulto mayor anciano vejez duelo cancer mental niño juvenil obesidad alcoholismo diabetes amor autoestima mujer adulto tristeza felicidad



¿De qué hablamos cuando hablamos de **ESTIGMA**?

Significa hacer **distinción, separar, categorizar**... a un grupo que comparte una característica común, y generalizarla **borrando diferencias individuales**



**NO VEMOS LA PERSONA
SÓLO VEMOS EL DIAGNÓSTICO**

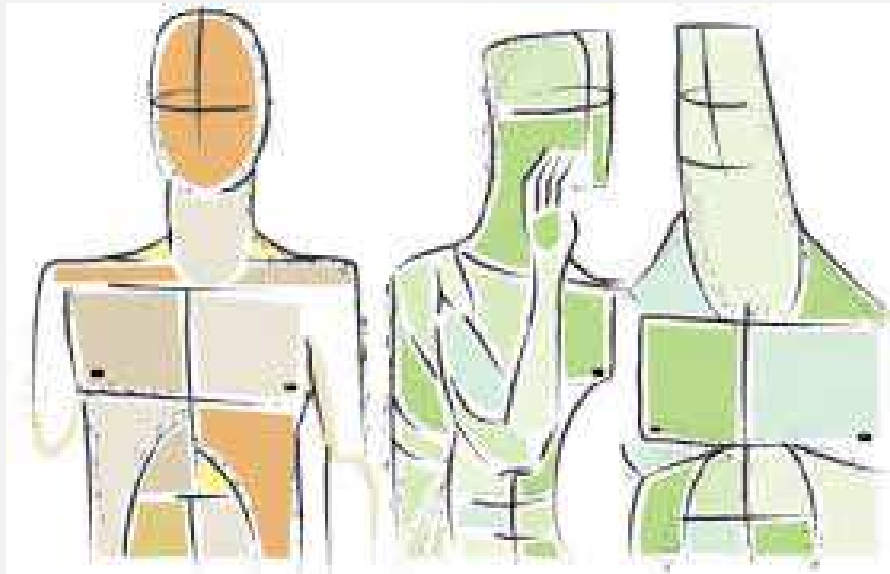
EMPEORA LA EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

El ***estigma*** se ha definido atendiendo a tres niveles:

***Estigma
Público***

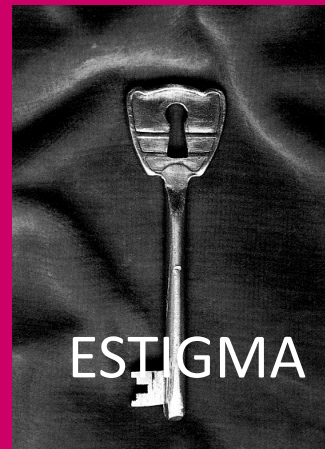
***Estigma
Estructural***

Autoestigma



**Imagen Social
Negativa**
(PENSAMOS)

**Múltiples formas
Discriminación**
(SENTIMOS-ACTUAMOS)



**Restricción Derechos
Exclusión social**

Disminución de oportunidades esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal

Las personas con problemas de salud mental son de las más excluidas de toda la ciudadanía europea

Foundation for the improvement of living and working conditions

*Illness,
disability
an social
inclusion*

Grammenos S..
2003



Las personas con enfermedad mental tienen un **doble problema:**

1) Síntomas de la enfermedad

2) Rechazo y discriminación social originado por el estigma, que conlleva la vulneración de derechos



**principal barrera para la
recuperación
social**

Conferencia Temática - Comisión Europea.
European Pact for Mental Health and Well
being Promoting Social Inclusion and combating
STIGMA .Lisboa 8-9 No viembre 2010

CREENCIAS ERRÓNEAS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

- ✓ La enfermedad mental es poco frecuente.
- ✓ Una persona con enfermedad mental es solo y exclusivamente un enfermo mental
- ✓ Los enfermos mentales son “culpables” de su enfermedad
- ✓ Todos los enfermos mentales son iguales
- ✓ El enfermo mental es un genio
- ✓ La enfermedad mental es “contagiosa”
- ✓ La enfermedad mental es incurable
- ✓ Las intervenciones disponibles son inútiles y peligrosas
- ✓ Un enfermo mental no puede trabajar
- ✓ El enfermo mental no puede cuidarse por si mismo y necesita estar institucionalizado
- ✓ Los enfermos mentales son imprevisibles, violentos y agresivos, es decir peligrosos



Esquizofrenia

Opciones

¿Son comunes los actos de violencia en las personas que sufren de esquizofrenia?

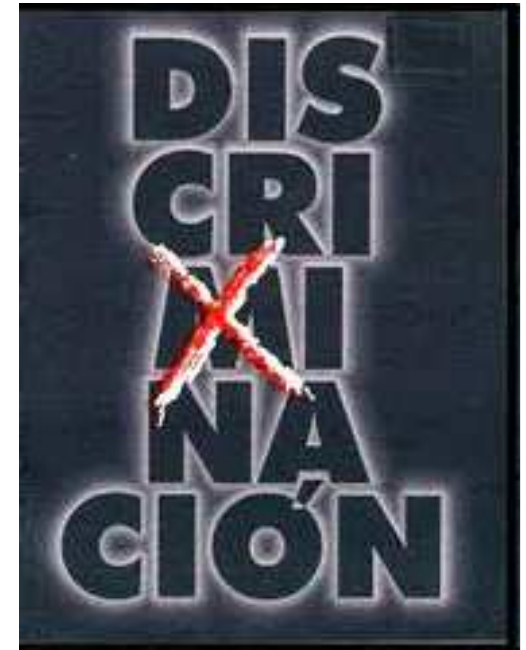
La prensa, radio y televisión muchas veces presentan a la violencia criminal como si fuera el resultado de enfermedades mentales. Sin embargo, la realidad es otra. Los estudios de investigación indican que las personas con esquizofrenia no tienen una predisposición a la violencia, excepto aquellas que tienen antecedentes de violencia criminal antes de enfermarse, y aquellas con problemas de drogas o alcohol. La mayoría de personas que sufren de esquizofrenia no son violentas. Lo habitual es que prefieren estar solas y se aíslan. La mayoría de los crímenes violentos no son cometidos por personas con esquizofrenia, y la mayoría de personas con esquizofrenia no cometen crímenes violentos.

El abuso de drogas eleva significativamente la probabilidad de cometer actos de violencia en las personas con esquizofrenia, pero lo mismo sucede con las personas sin enfermedad mental. Las personas que sufren de síntomas paranoicos y sicóticos, los cuales tienden a empeorar si se suspenden los medicamentos, también tienen un riesgo más alto de cometer actos violentos. Es común que éstos sean dirigidos a familiares y amigos, y generalmente ocurren en el hogar.

Elbogen E, Johnson S.
The intricate link
between violence and
mental disorder. Arch
Gen Psychiatry Vol2,
Feb 2009, 152

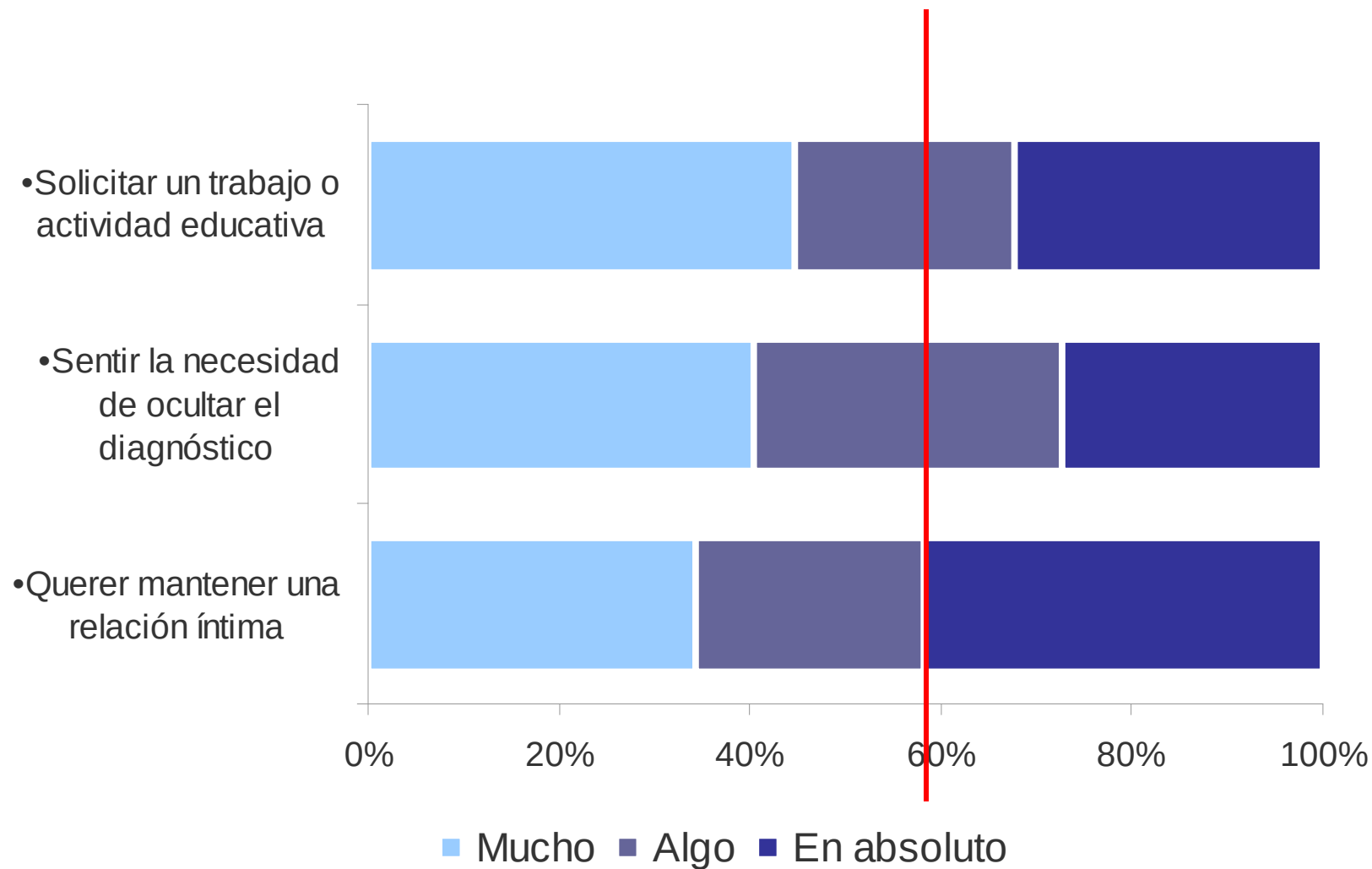
MALOS de Película

- **Discriminación experimentada** por Personas con EM (*ser excluido de una selección para un trabajo por tener EM*)
- **Discriminación anticipada** por parte de Personas con EM (*ni siquiera solicitar un trabajo*)

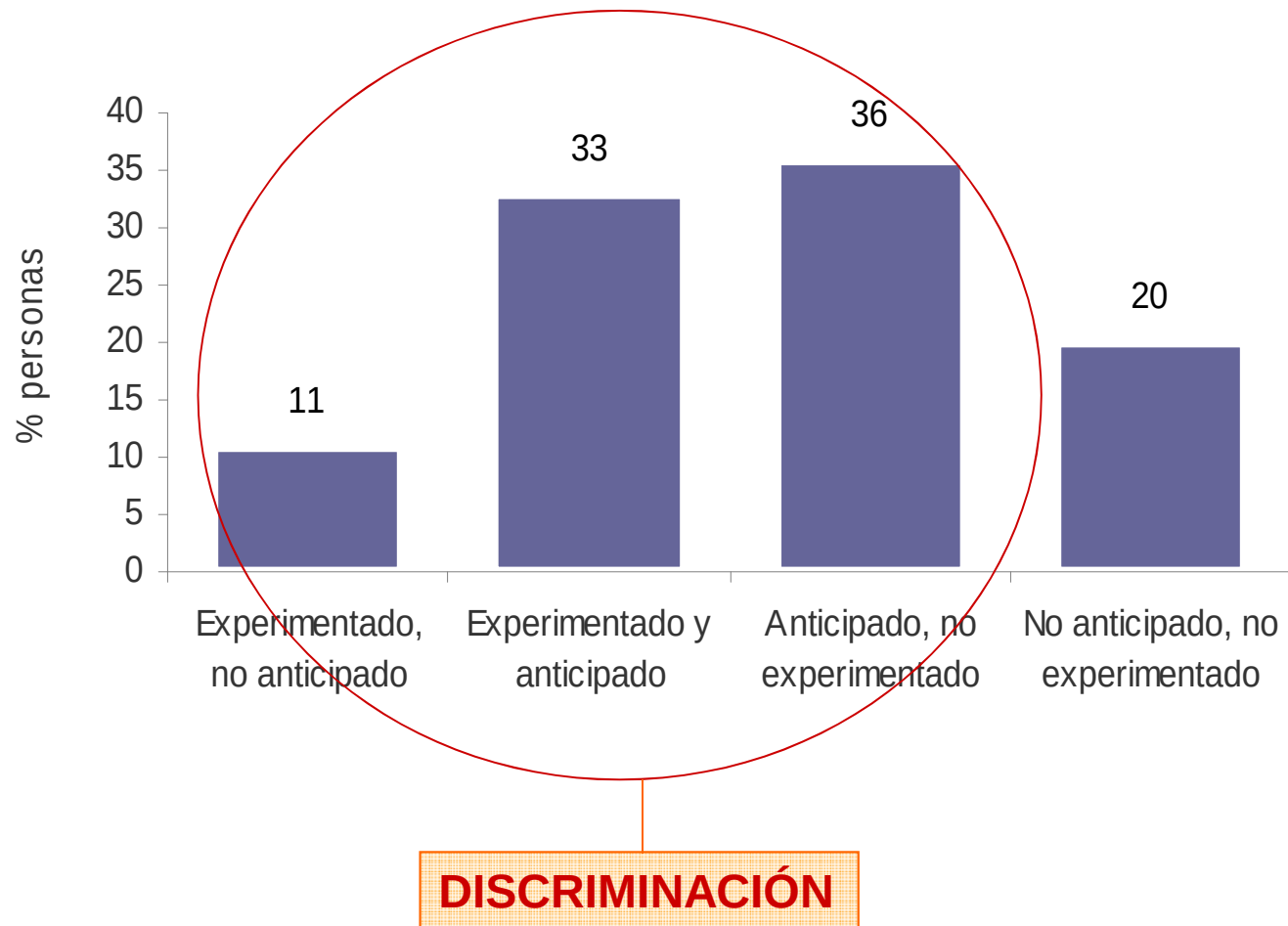


Thornicroft et al. 2009 : muestra Personas con Enfermedad Mental

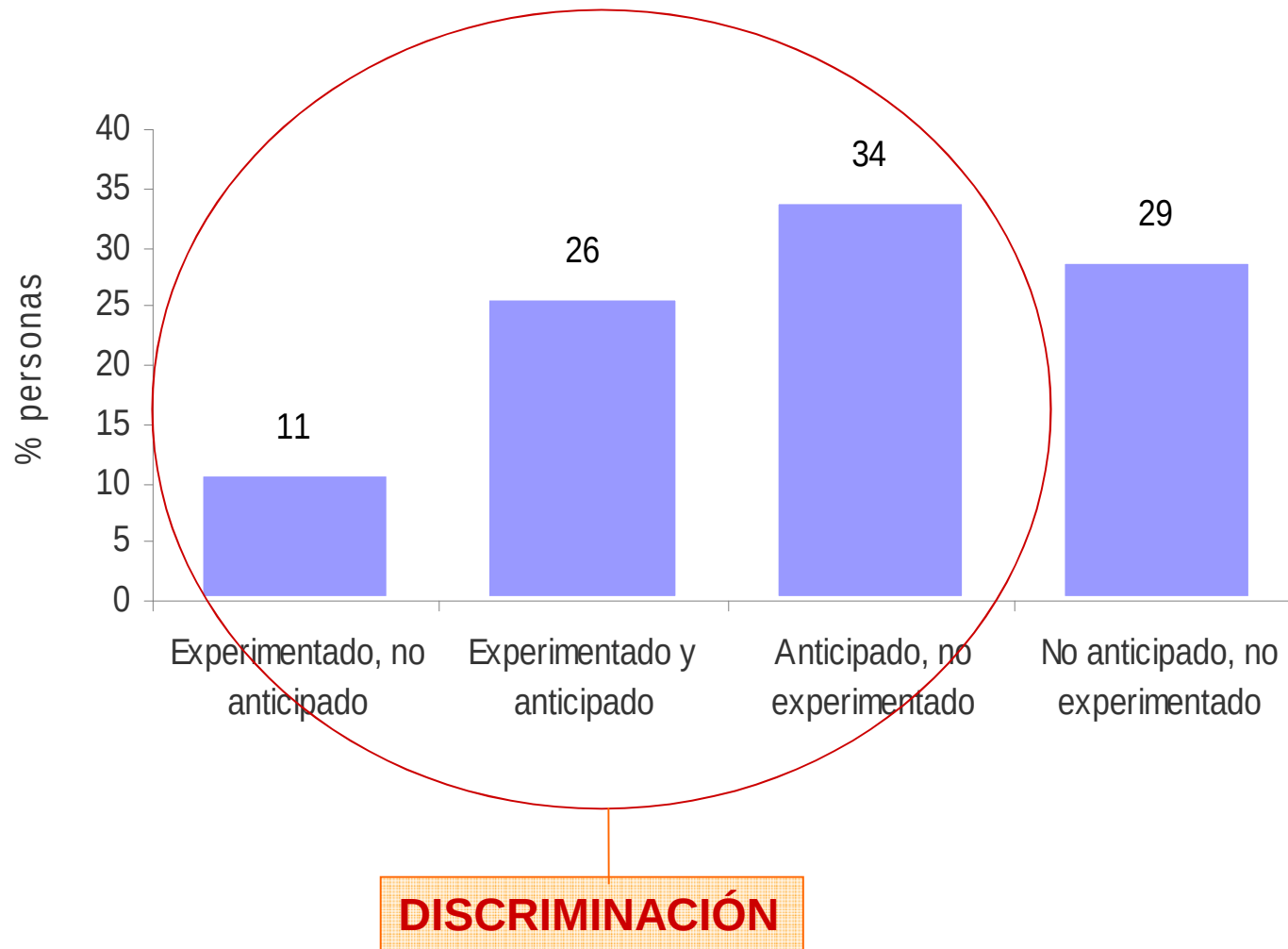
Discriminación anticipada



Discriminación para encontrar un trabajo

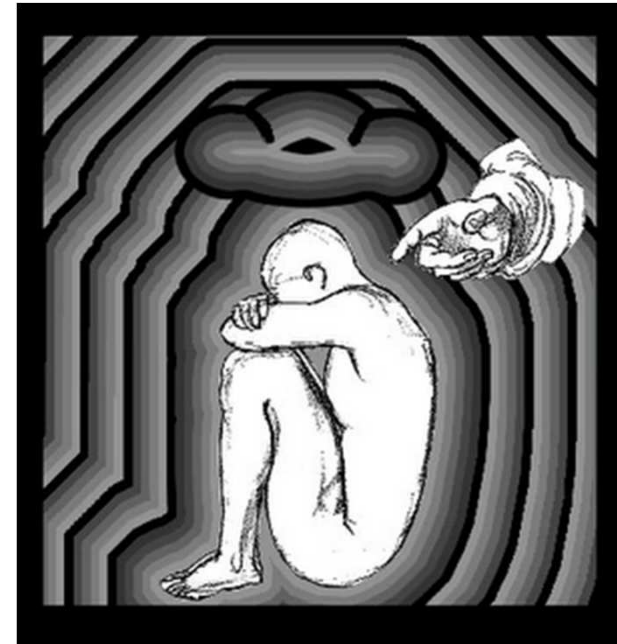


Discriminación en mantener relaciones íntimas



EXPERIENCIA PROFESIONAL DE ESTIGMA*

- tipos
- causas
- consecuencias



¿COMO COMBATIRLO?

*En salud mental, servicios sanitarios y sociales.

*En los pacientes con esquizofrenia y otros TMG, la percepción de la desconfianza hacia ellos por parte de los **médicos y trabajadores sanitarios en general**, aumenta la dificultad para expresar sus propios problemas de salud por el temor, fundado, a no ser tomado en serio (Schulze y Angermeyer, 2003; Thornicroft, 2007).*

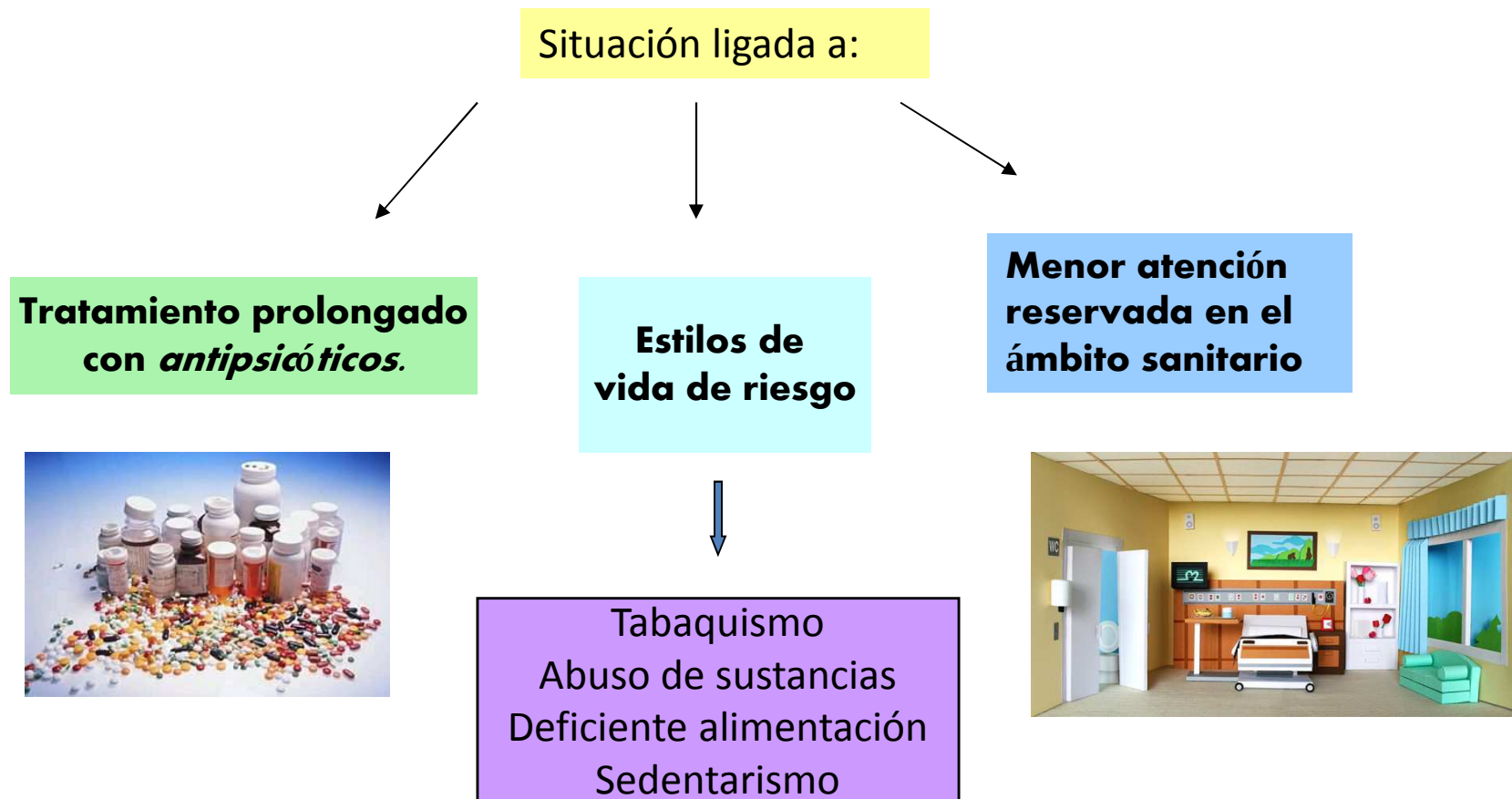


Deficiente salud física de las personas con TMG.



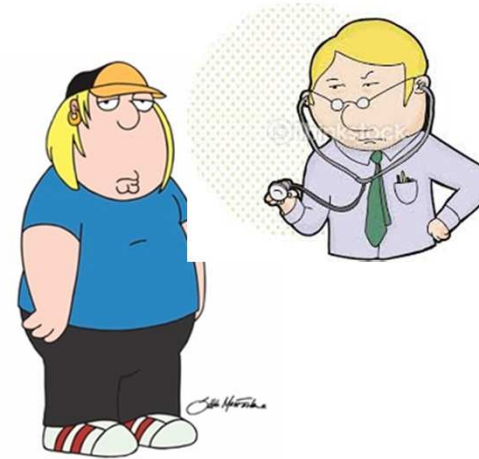
Necesidad de mejorar la calidad de la atención médica que reciben.

Las personas con esquizofrenia tienen, sin embargo, un alto riesgo de *mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares, metabólicas y tumorales* (Casey, 2005; Newcomer, 2007; Howard et al, 2010).



Motivo de consulta: Paciente de Salud Mental.

1-Estereotipos y “dificultad de entrevista”



2-Tendencia a interpretar los síntomas de sufrimiento físico como signos de patología mental.



**Fenómeno llamado:
“ensombrecimiento
diagnóstico”.**

**¡Cronificación y
agravamiento de
enfermedades físicas!**

AUTOESTIGMA: BARRERA CLAVE

Asume la imagen social
que se proyecta como la suya
propia

Vuelve las actitudes
estigmatizadoras
hacia ella misma, **las asume
como legítimas: pérdida
de confianza, de estima y
sentimiento de inutilidad**

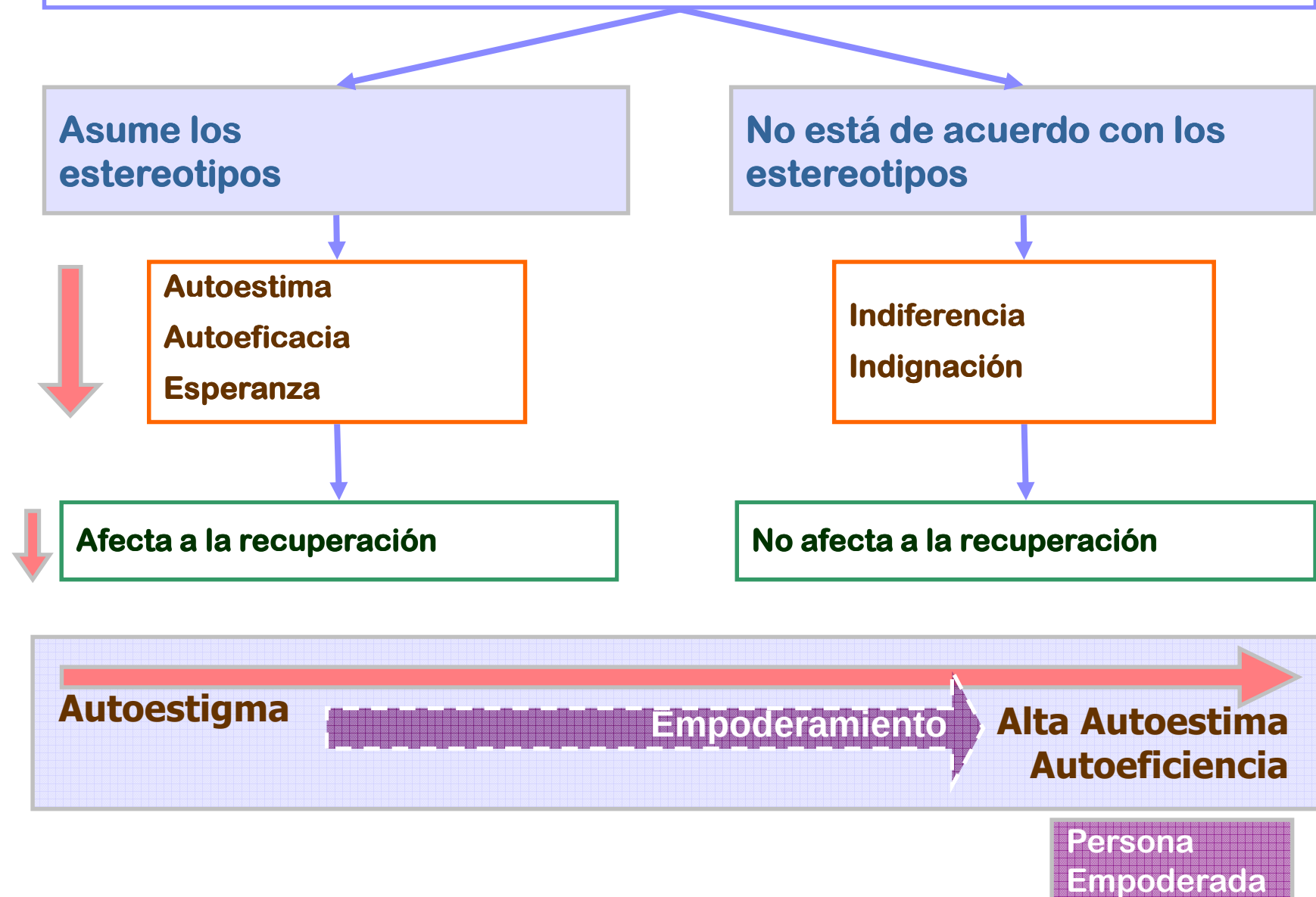


Consecuencias **directas** sobre la persona

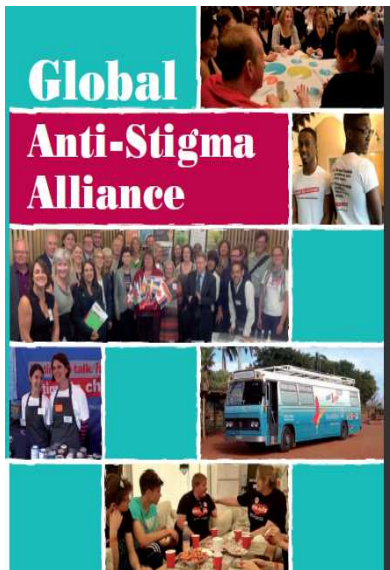
(y sobre sus familiares)

- 👉 Disminuye la **autoestima**
- 👉 Favorece el **aislamiento**
- 👉 Dificulta la petición de **ayuda**
- 👉 Dificulta la **aceptación** de la enfermedad: culpa y vergüenza
- 👉 Abandonos de tratamiento, dificulta la **adherencia** terapéutica

Impacto del estigma público



Claves para llevar a cabo iniciativas eficaces contra el estigma



Ángel Luis Mena Jiménez

Formas “clásicas” de actuar contra el estigma

- ✓ **Movilización y protesta social**
- ✓ **Información y educación**
- ✓ **Contacto e interacción social**

A Global Movement Against Stigma

Working to eliminate mental health stigma and discrimination around the world

time to change
let's end mental health discrimination
www.time-to-change.org.uk



Campaigns listed in order of initiation

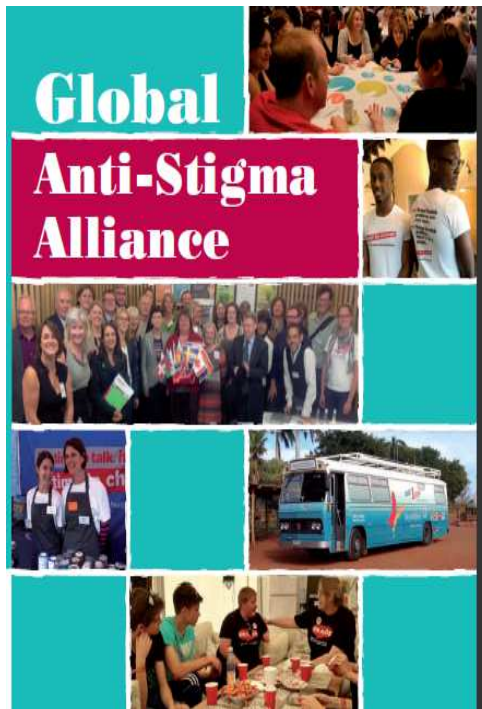
- | | |
|--|--|
| 1997 New Zealand
Like Minds Like Mine
likeminds.org.nz | 2009 Canada
Opening Minds
mentalhealthcommission.ca/English/initiatives-and-projects/opening-minds |
| 2000 Australia
beyondblue
beyondblue.org.au | 2010 Catalonia, Spain
Obertament
obertament.org/ca |
| 2002 Scotland
See Me
seemescotland.org | 2010 Ireland
See Change
seechange.ie |
| 2003 England
Time to Change England
time-to-change.org.uk | 2011 The Netherlands
Samen Sterk Zonder Stigma
samensterkzonderstigma.nl |
| 2007 Andalusia, Spain
1 DE CADA 4
1decada4.es | 2011 Denmark
ONE OF US
oneofus.eu |
| 2008 USA
Bring Change 2 Mind
bringchange2mind.org | 2011 Wales
Time to Change Wales
timetochangewales.org.uk/en |
| 2009 Sweden
Hjärnkoll
nsp.se/hjarnkoll | 2011 California, USA
The Center for Dignity, Recovery and Empowerment
dignityandrecoverycenter.org |

Hablamos de derechos...

El principal objetivo es la **NO DISCRIMINACIÓN**

Los demás objetivos son subsidiarios

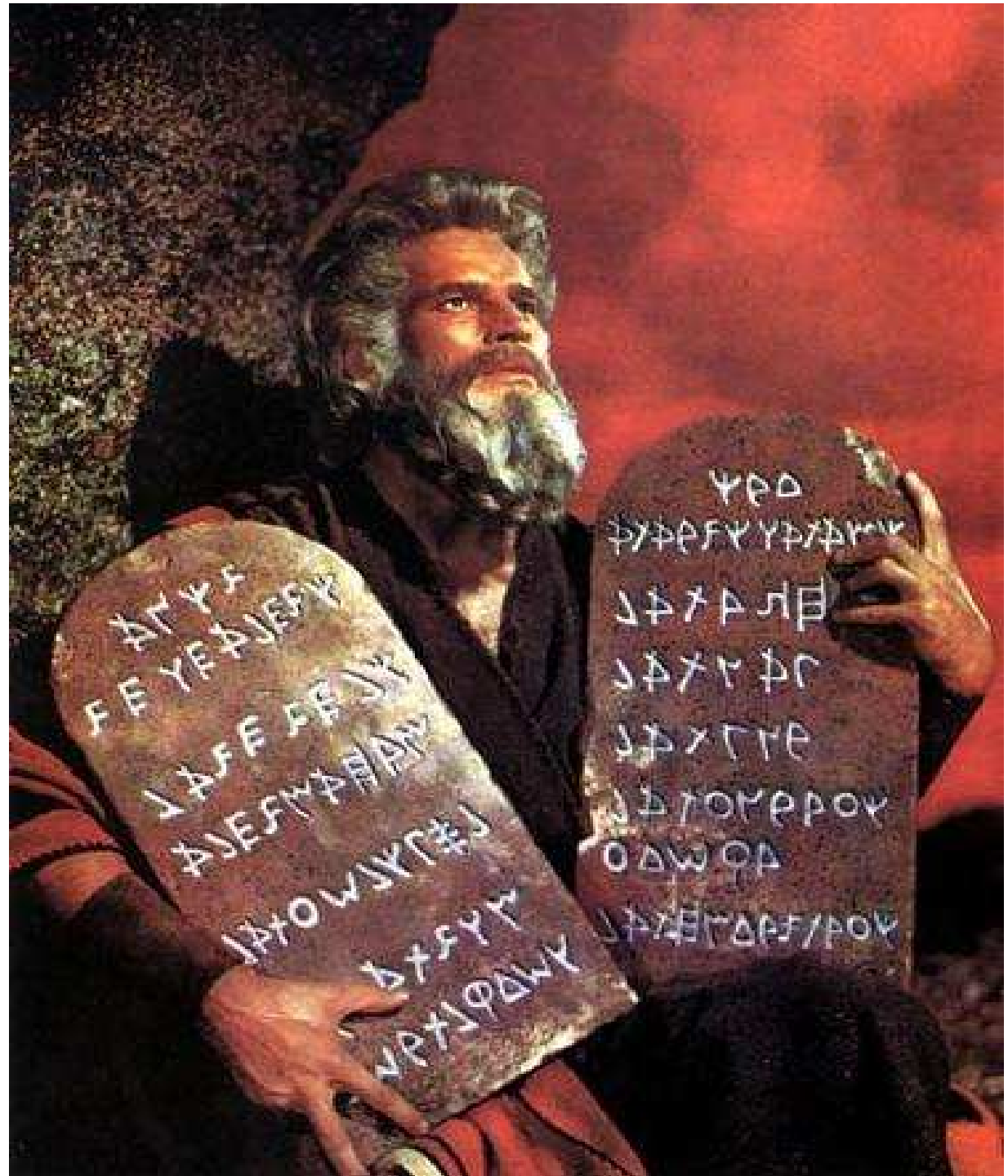
Mirada hacia el **estigma estructural**



principios y claves

- o Participan **personas** con problemas de salud mental
- o Basadas en la **recuperación**, la esperanza y la dignidad y destaquen las posibilidades de estas personas
- o Basadas en la **evidencia** disponible
- o Dirigidas a **públicos** específicos, incluyendo personas con problemas de salud mental
- o Promueven la igualdad y los **derechos** de estas personas
- o Sostenidas en el **tiempo**
- o Promueven el trabajo conjunto en **red**
- o Se desarrollan en la comunidad **local**
- o Dan la oportunidad de escuchar / **contactar** con personas con problemas de salud mental
- o Dan **voz** a las personas con problemas de salud mental
- o Ponen acento en las **falsas** creencias

Marketing Social en 10 ideas



1. Piensa a largo plazo
2. Habla con tu público
3. Segmenta a tu público
4. Posiciona tu 'producto'
5. Conoce a tus competidores
6. Ve adonde esté tu público
7. Usa diferentes canales
8. Usa modelos que funcionan
9. Asóciate con aliados clave
10. ¡Evalúa!



“Almería, tierra sin estigma”

La ONU aprueba una resolución específica sobre salud mental y derechos humanos



- El Consejo de Derechos Humanos de la ONU aprueba la resolución “Salud mental y Derechos Humanos” donde reafirma el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y pone de relieve que la salud mental es una parte esencial de ese derecho.
- 28/9/2017 [A/HRC/36/L.25 “Mental health and human rights”](#)

- En dicha resolución el Consejo se muestra *“profundamente preocupado”* por que las personas con problemas de salud mental de todo el mundo *“puedan ser objeto, de manera generalizada, de discriminación, [estigma](#), prejuicios, violencia, abusos, exclusión social y segregación, internamiento ilegal o arbitrario, medicalización excesiva y tratamientos que no respeten su autonomía, voluntad y preferencias”*.

- Reconociendo la necesidad de proteger, promover y respetar todos los derechos humanos en la respuesta global a las cuestiones relacionadas con la salud mental, en este documento se recalca que los Estados deben asegurarse de que las personas con problemas de salud mental puedan “vivir de forma independiente, ser incluidas en la comunidad, ejercer su autonomía y capacidad de actuación, **participar de manera significativa en todos los asuntos que las afecten y tomar decisiones al respecto, así como lograr que se respete su dignidad, en igualdad de condiciones con las demás personas**”.

- Además, insta a los Estados a que *“adopten, de manera activa, medidas para incorporar plenamente una perspectiva de derechos humanos en los servicios de salud mental”* reafirmando la obligación que tienen de *“proteger, promover y respetar todos los derechos humanos y las libertades fundamentales y de velar por que las políticas y los servicios relacionados con la salud mental se ajusten a las normas internacionales de derechos humanos”*.
- Este Consejo ha solicitado al Alto Comisionado **que organice una consulta de un día y medio de duración para debatir el logro de una perspectiva de derechos humanos en salud mental**, el intercambio de mejores prácticas y la aplicación de orientaciones técnicas al respecto, *“incluidas iniciativas de la [Organización Mundial de la Salud](#) en materia de salud mental y derechos humanos”* ha declarado.
- La mencionada consulta tendrá lugar, a más tardar, [durante la celebración de la 71ª Asamblea Mundial de la Salud](#) (mayo de 2018) y para la cual solicita que se invite a los Estados Miembros y a todos los demás interesados, incluidos los órganos, organismos, fondos y programas pertinentes de las Naciones Unidas como la OMS, además del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad y el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. También solicita que se invite a los órganos creados en virtud de tratados, las instituciones nacionales de derechos humanos y la sociedad civil, incluidas las personas con problemas de salud mental y sus organizaciones.
- Con las conclusiones de dicha consulta se elaborará un informe en el que *“se identifiquen estrategias para promover los derechos humanos en la salud mental y erradicar la discriminación, el estigma, la violencia, la coacción y los abusos en ese ámbito, también mediante la formación y la capacitación de todos los grupos de interesados”* reza esta resolución.

MODELO DE DISCAPACIDAD CIDDM-2 (CIFDS, 2001)



Condición de Salud
(trastorno/enfermedad)

Deficiencia

(Función/Estructura)



Actividad

(Limitación en la Actividad)



Participación

(Restricción en la Participación)

**Factores
Ambientales**

**Factores
Personales**

DDHH en salud mental



(2006)

La CPDD representa la más alta aspiración de realización de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

Bono del Trigo, L (2012)



DDHH en salud mental

- Todos los seres humanos con cualquier tipo de discapacidad son titulares de los derechos fundamentales
- Reconocimiento explícito de que la discapacidad es un motivo de discriminación
- Obligación de los estados de garantizar estos derechos
- La CDPD de la ONU está basada en el modelo social de la discapacidad:
 - se aleja del modelo médico predominante (persona=objeto de intervención)
 - contempla la discapacidad como resultante del entorno



DDHH en salud mental

¿qué ha supuesto la CDPD?

Es la primera vez que se pone el acento en lo que la persona **ES** ó **puede HACER**, y no en lo que no es, o no puede hacer (que la contempla desde un enfoque negativo y totalizador)



)

DDHH, estigma y recuperación

En la mayoría de ocasiones **no hay una persona o grupo directamente responsable del abuso**. Hablamos de prácticas erróneas, políticas o leyes inadecuadas, o aplicadas de forma inadecuada.

Las violaciones de derechos ocurren en la mayoría de los casos sin la intención de hacer daño

Carpeta N° 426 de 2015

Repartido N° 490

Agosto de 2017

SALUD MENTAL

Desde una perspectiva de Derechos Humanos en el marco del
Sistema Nacional Integrado de Salud

- Proyecto de ley aprobado en nueva forma por la Cámara de Representantes

XLVIIIa. Legislatura

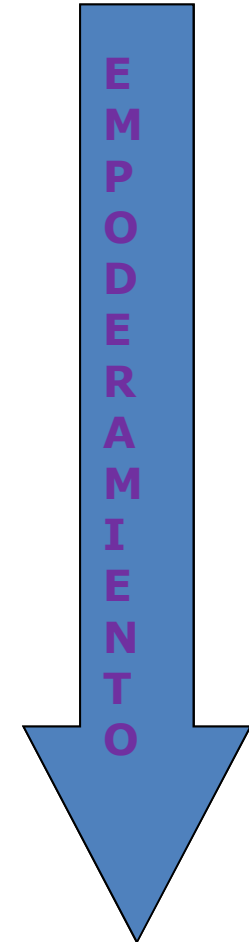
PERIODOS de la ASISTENCIA EN SALUD MENTAL

- EL MANICOMIO
- EL HOSPITAL PSIQUIATRICO
- LA SALUD MENTAL COMUNITARIA
- EL PARADIGMA DE RECUPERACIÓN

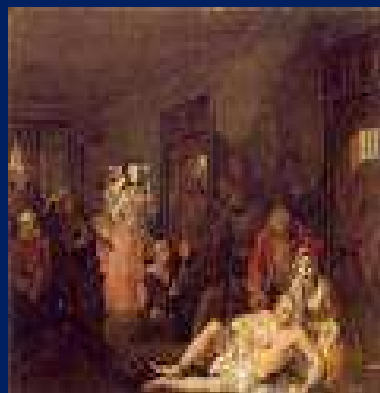


CAMBIOS CONCEPTUALES EN LOS PROCESOS DE TRANSFORMACIÓN DE LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL

- **ASILO / MANICOMIO:**
 - Las necesidades de los **internos** son definidas por la **institución**
- **HOSPITAL PSIQUIATRICO:**
 - Las necesidades de los **pacientes** son definidas por el **personal clínico**
- **ATENCION COMUNITARIA:**
 - Las necesidades de los **usuarios / enfermos** son definidas por los **profesionales**, con la **participación de los usuarios y sus cuidadores**
- **PARADIGMA DE LA RECUPERACIÓN:**
 - Las necesidades de las **personas con enfermedad mental** son definidas por **los usuarios y sus cuidadores**, con el apoyo de los profesionales



El manicomio



El Hospital Psiquiátrico

- La asistencia psiquiátrica contemporánea comienza cuando el médico se hace cargo de las instituciones destinadas a la custodia del loco, imponiéndole su propia cultura y garantizándole técnicamente el encierro
- Desde la Ilustración la "locura" se concibe como "pérdida de la razón y desviación de la norma", causada por factores morales (pasiones).



El Hospital Psiquiátrico

El manicomio surge como la piedra angular del tratamiento psiquiátrico que se basa en la reeducación del paciente mediante el tratamiento moral, para ello, la Institución (que se construye a las afueras de las ciudades) debe promover el aislamiento total, con alejamiento del ambiente patológico y establecimiento de un orden social interno jerarquizado y clasista.



Visita de inspección al Manicomio Provincial de Cádiz



El presidente de la Diputación, Juan Antonio Gómez Arámburu, acompañado de varios diputados provinciales acudió ayer a visitar el Manicomio de Capuchinos.

La visita comenzó a las cuatro de la tarde y finalizó a las seis y media. Fueron examinadas todas las dependencias del edificio, la cocina, la despensa, los dormitorios, los patios, la cuidada huerta, las cuadras con cuatro vacas y un toro y las galerías.

Actualmente hay en el Manicomio de Cádiz 150 varones y 126 mujeres. Al penetrar Gómez Arámburu en el patio de los locos, éstos le dieron numerosos vivas. En el de las locas bailaron dos de ellas, al son de panadero y castañuelas, unas sevillanas.

Vimos a muchas personas conocidas, ya borradas del mundo de los vivos. Sor Concepción Rodríguez nos comentaba que el Manicomio es un sepulcro en vida. En poco tiempo, hasta los familiares se olvidan del loco.

1935 Graves incidentes en el Manicomio con intervención de la fuerza pública



Ayer por la tarde se originaron algunos alborotos en el interior del Manicomio que motivaron la intervención de la fuerza pública.

Analizado lo ocurrido parece que el origen se encuentra en una humanitaria orden de la Diputación para que se tratara a los dementes con los recursos de la persuasión antes de que con la fuerza. Percatados los locos de esa orden, fueron perdiendo el respeto a los loqueros hasta que ayer un grupo de internados, con antecedentes penales, excitaron a los asilados a que se amotinassen.

Los incidentes comenzaron en el comedor. Los dementes comenzaron a gritar y a romper toda clase de objetos. Después marcharon al patio donde siguieron con su violenta actitud. Los loqueros, que solamente eran tres, llamaron a la Diputación y a la fuerza pública. Los agentes consiguieron con su sola presencia que los dementes depusieran su actitud y que regresaran a sus respectivas celdas.

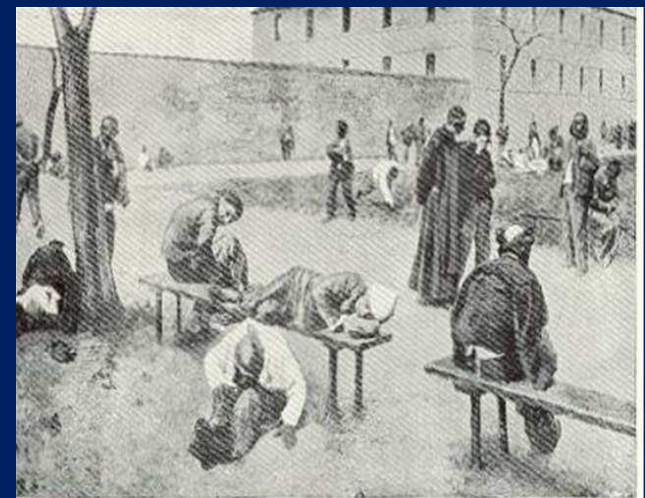
El presidente de la Diputación, Icardi, restó anoche importancia a lo ocurrido y manifestó que la tranquilidad en el Manicomio era absoluta.

ARCHIVO

CRISIS HOSPITAL PSIQUIATRICO

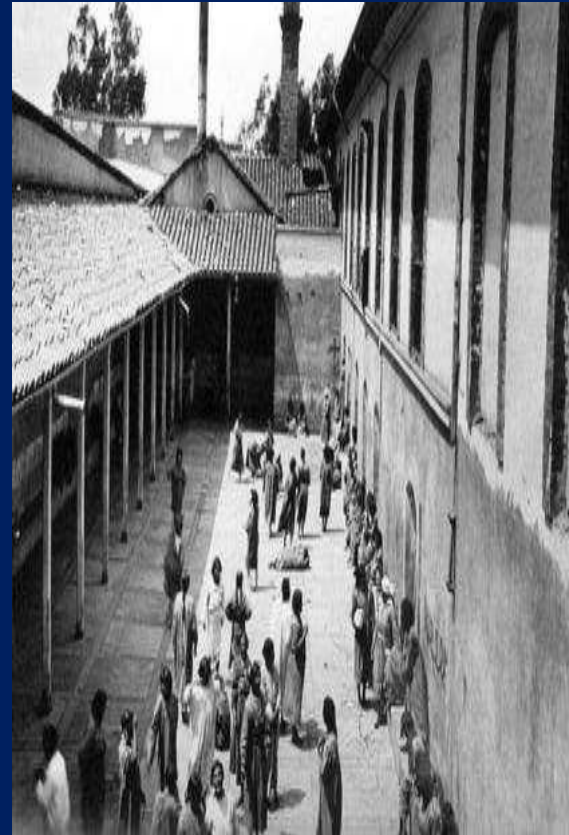
A partir de la 2ª guerra mundial se cuestiona como:

- Único dispositivo asistencial
- Terapéutico



CRISIS HOSPITAL PSIQUIATRICO

- Aspectos socioculturales:
“ el institucionalismo ”
- Experiencias Asistenciales
- Experiencias Clínicas:
Psicoanálisis y Psicofármacos
- Factores sociales ,
organizacionales y económicos
-



Aspectos socioculturales: “ el institucionalismo”

- 1907 Clifford Beers y Adolf Meyer fundan en EE.UU el Movimiento de Higiene Mental.
- 1950 Talcott Parsons describe el “rol” del enfermo en la institución.
- 1952 Caudill estudia por primera vez los Hospitales y sus internados desde el punto de vista sociológico.
- 1954 Barton describe la neurosis institucional.
- 1961 Goffman escribe sobre el manicomio como institución total.
- 1956 Batenson, Lindz, Wynne, cambian la visión de la esquizofrenia al ponerla en relación con un sistema de comunicación patológica
- 1964 Laing y Esterson “Locura, cordura, familia” .1967 Cooper “Psiquiatría y antipsiquiatría.

Primeras experiencias comunitarias

- 1867 Belgrave critica los manicomios británicos proponiendo tratar los episodios incipientes de enfermedad en el hogar del enfermo
- 1909 Maudsley abrió el primer Hospital con extensas consultas ambulatorias
- 1885 Galt en EEUU funda una institución abierta para enfermos mentales y lo publica.
- 1905 Nueva York se comienzan dar altas precoces, seguimiento en la vivienda y viviendas protegidas.

Experiencias Asistenciales:

- 1920 URSS: red de ambulatorios de higiene mental, tratamiento y rehabilitación.
- Hospital de Día 1937 en Moscú, 1947 en Montreal y Londres.
- Sistema de atención domiciliaria en Amsterdam en los 30 (que se desarrolla en los 50). Psiquiatría de sector en el distrito 13 de París.
- Reinserción espontánea de pacientes crónicos, externalizados durante la segunda guerra mundial (L. Guillane).
- Terapia institucional (Tosquelles y Daumezon) y la Comunidad Terapéutica (Maxwell Jones).
- Psiquiatría militar americana.

Experiencias Asistenciales:

- Psiquiatría militar norteamericana:
 - Proximidad
 - Inmediatez
 - Simplicidad
 - Expectativa

Experiencias Clínicas:

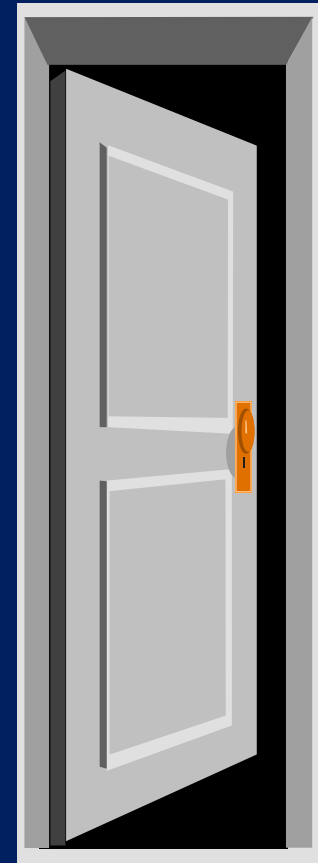
- El psicoanálisis y otras formas de psicoterapia (generalmente privada) que llevaron a muchos psiquiatras que trataban sus pacientes ambulatoriamente a resistirse a "perderlos" en ingresos psiquiátricos largos.
- Los psicofármacos (Delay y Deniker (1952) que favoreció el alta de los pacientes psicóticos.

Experiencias Organizacionales:

- La Implantación de los Servicios Nacionales de Salud, primero en URSS y luego en Inglaterra (British National Health Act de 1948), etc., que favorece la participación de la comunidad en el control y gestión de los servicios, siendo su financiación a cargo de los presupuestos generales del Estado, que es responsable directo de la salud de la población.
- En EEUU se crea el National Institute of Mental Health en 1946.
- Otro gran impulso se da desde el nuevo concepto de Atención Primaria de Salud (Alma Ata, 1978) que aproxima la asistencia médica general a la comunidad.

Factores sociopolíticos y económicos :

- **Antipsiquiatría:** época de contestación contra el control social (que movilizaba "contra" las estructuras y sistema existente, sin una clara ideología que sustentara una alternativa. Esto junto una época de crisis del estado del bienestar facilitó que los gestores reformistas efectivamente desmontaran sin preparar alternativas costosas.
- **Discurso del Presidente Kenedy:** algunas de estas razones económicas fueron argumentadas en el sobre el problema de los enfermos mentales crónicos.
- **Antecedentes legislativos:** **Mental Study Act** de EEUU en 1955 que propone el desarrollo de los Centros de Salud Mental Comunitarios y estructuras intermedias, Plan Nacional para la asistencia comunitaria inglés en 1963, Circular Ministerial Francesa en 1960 que traslada el centro asistencial al ambulatorio y ley del 68 que sectoriza la asistencia. En Italia se promulgó una ley por la que se cerraban los Hospitales Psiquiátricos y la asistencia se trasladaba íntegra y bruscamente a la comunidad. En España la Ley General de Sanidad de 1985 introdujo los principios de la salud mental comunitaria.

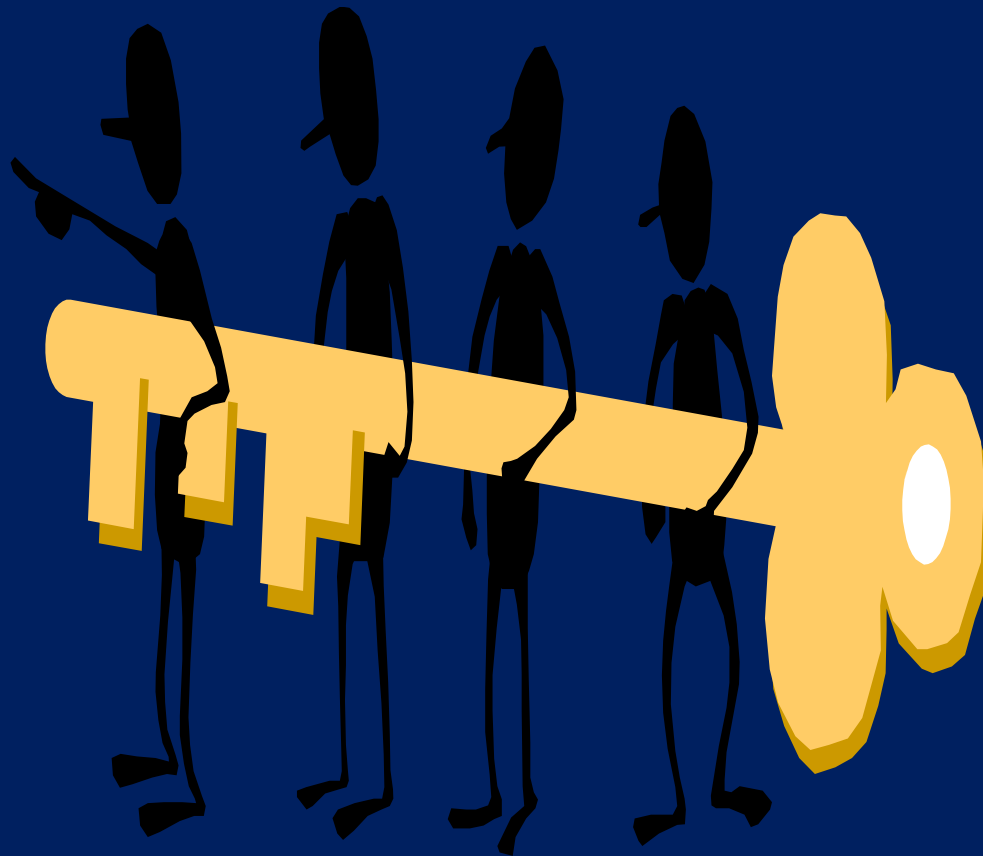


PSIQUIATRIA COMUNITARIA

- o Sustitución del Hospital Psiquiátrico por una serie diversificada de dispositivos en la Comunidad.
- o Demarcación o sectorización de la población
- o Equipos terapéuticos multiprofesionales
- o Garantía de la continuidad de cuidados.
- o Tres niveles de Prevención.
- o Participación de la Comunidad.

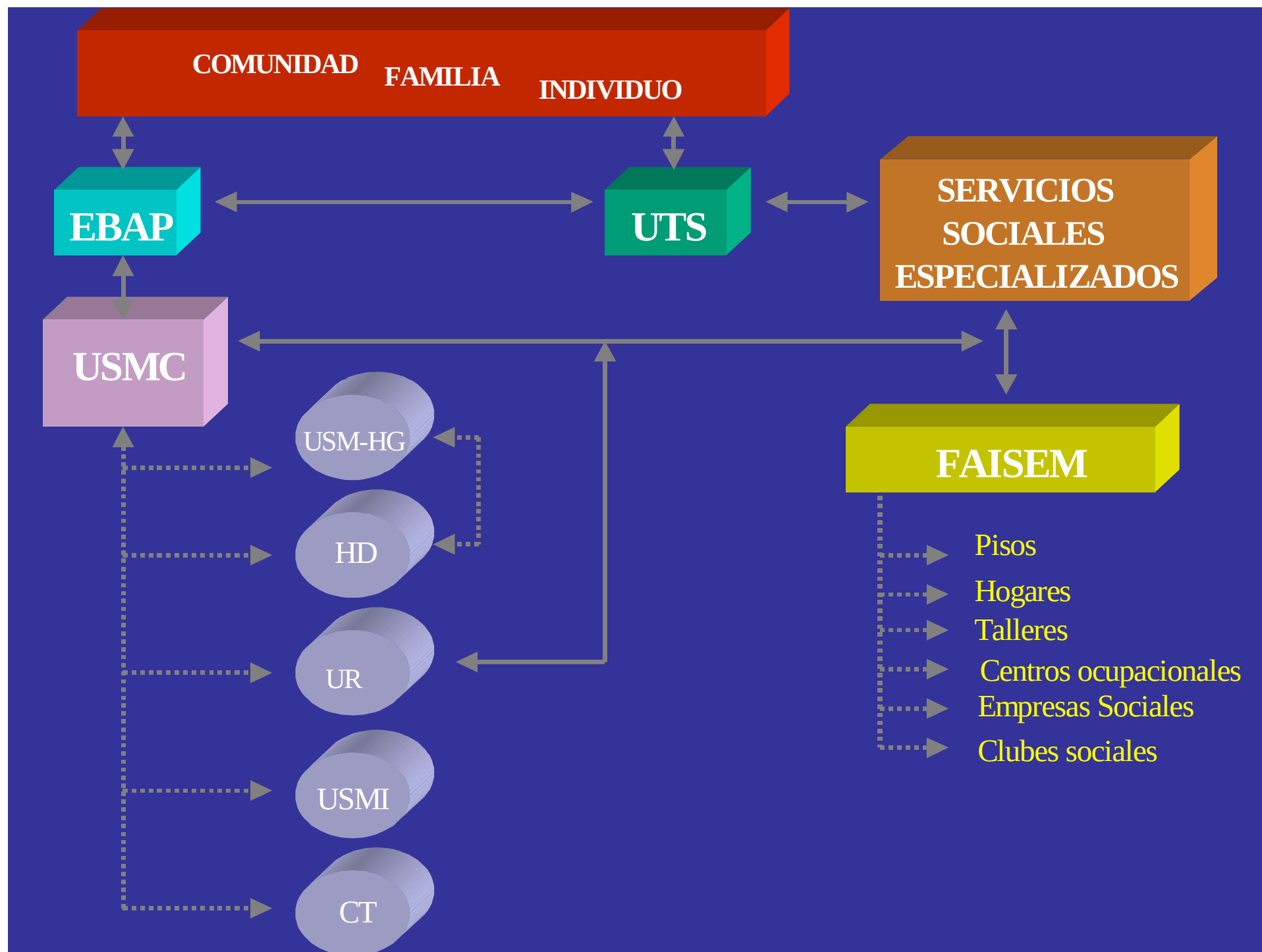


DISPOSITIVOS SALUD MENTAL

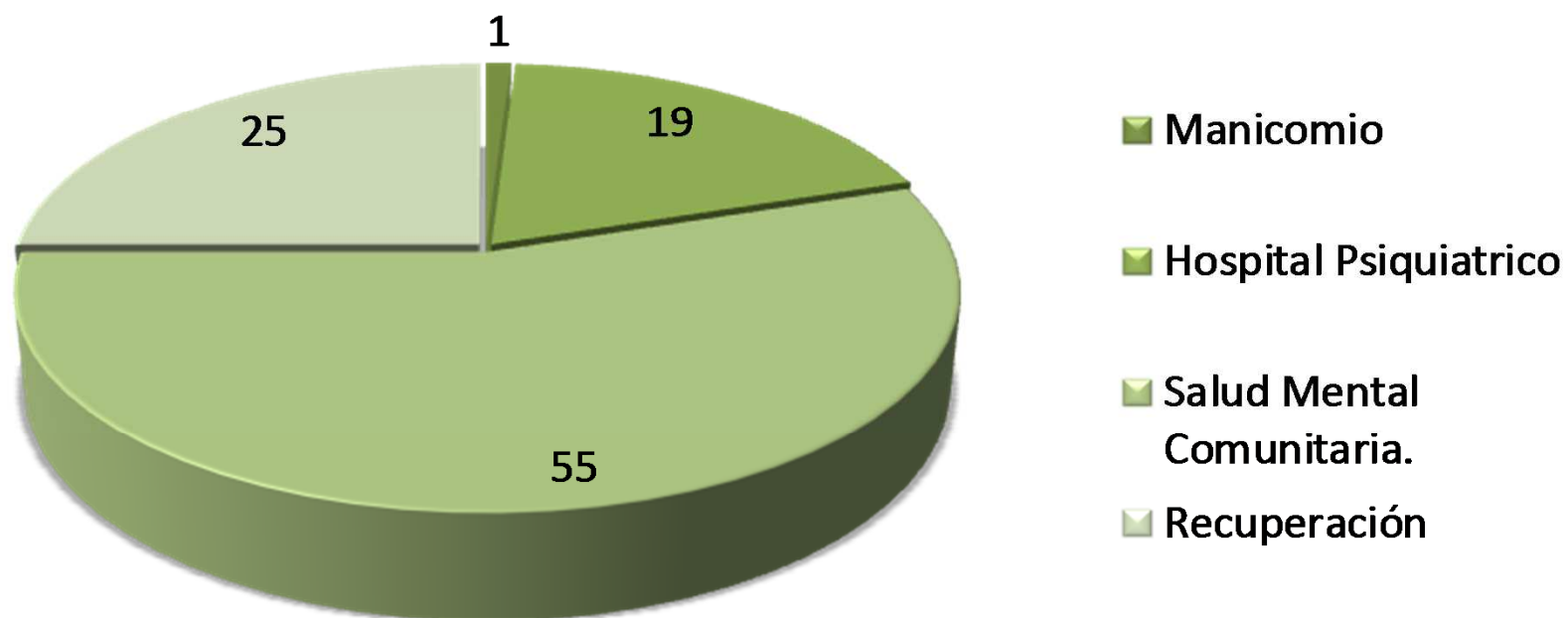


- CIERRE HOSPITAL PSIQUIATRICO:

- EQUIPOS S.M.
- U.H.S.M.
- U.S.M.I.-J.
- U.R.A.
- COMUNIDAD TERAPEUTICA
- HOSPITAL de DIA



Aproximación al Modelo asistencial preferido profesionales UGC SM Almería





1. Mayor sensibilización social e institucional sobre la importancia de la salud mental.
2. Reconocimiento formal de los derechos de las personas con enfermedad mental, movimiento pro-recuperación de usuarios/pacientes con apoyo de familiares y profesionales.
3. Propuesta de un nuevo modelo de atención basado en la recuperación de las personas con trastorno mental grave e integrado en la red de salud.
4. Desarrollo de la Promoción y Prevención en Salud Mental.
5. Mejora de las terapias psicológicas y de las intervenciones psicosociales.



1. Persistencia del estigma
2. Insuficiente avance en terapias biológicas y en el conocimiento de la etiología de las enfermedades mentales.
3. Notable incremento de la frecuencia de la depresión y del suicidio.
4. Medicalización de la vida cotidiana.
5. Insuficiencia de recursos sociales y sanitarios.

El Objetivo

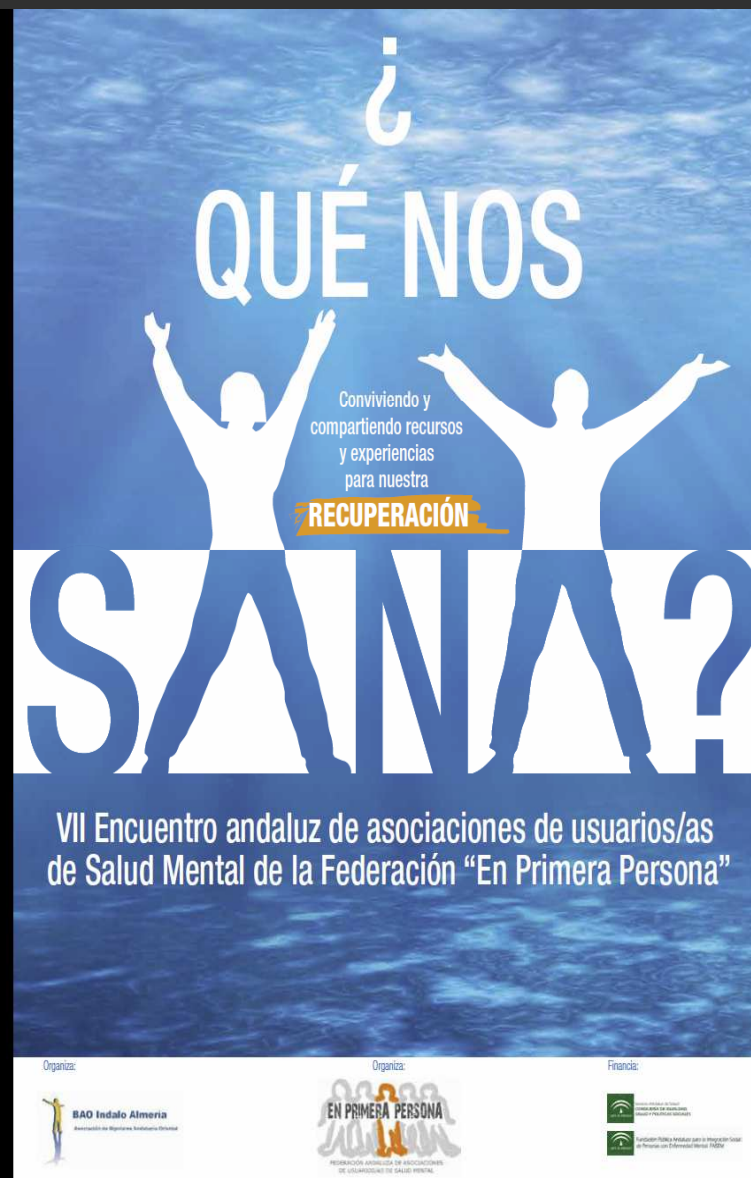
EVOLUCION HISTORICA de la
ATENCION a la SALUD MENTAL en ANDALUCIA

CONTENCION ► TRATAMIENTO ► RECUPERACION

LOCO ► ENFERMO ► CIUDADANO

TERAPEUTA ► EQUIPO ► Trabajo en RED

- 1. La recuperación de la personas con enfermedad mental grave es posible.**
- 2. Es clave la superación del autoestigma, el apoyo mutuo, una comunidad inclusiva socialmente y la orientación de los servicios hacia la recuperación.**



ACTIVOS en materia de SALUD MENTAL.

Domingo Díaz del Peral. UGC Salud Mental Almería



DETECCIÓN E INTERVENCIÓN
PRECOZ



MEJORA DE LOS TRATAMIENTOS
FARMACOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS



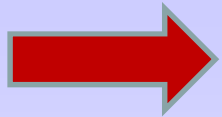
DESMITIFICACIÓN E
INTEGRACIÓN SOCIAL



INTEGRACIÓN LABORAL

Desde finales del siglo XX se cuestiona abiertamente la creencia tradicional de que, a lo sumo, un 20% de las personas que cumplían los criterios diagnósticos de esquizofrenia tendrían una evolución benigna con un retorno a los valores premórbidos de funcionamiento.

Desde finales de la década de los ochenta se han desarrollado estudios de seguimiento a largo plazo, que junto a la experiencia de muchos profesionales, han **cambiado la visión pesimista** respecto a la evolución de las personas con **esquizofrenia**. A.S.Bellack



Internacional Study of Schizophrenia 2001:

seguimientos de 15 a 25 años en pacientes diagnosticados de esquizofrenia

48,1% de los pacientes con esquizofrenia fue calificado como recuperado:

- trabajando
- asumiendo las tareas cotidianas
- no considerado mentalmente enfermo por la familia
- sin síntomas psicóticos manifiestos.

37,8% según criterios mas restrictivos fue calificado como recuperado .
(criterios de Bleuler mas evaluación global de funcionamiento > 60)



Experiencias de pacientes de recuperación:

Simultáneamente, **un movimiento de usuarios**, entre las personas con esquizofrenia u otros trastornos mentales graves, ha ido extendiéndose cada vez más, y contradice la perspectiva tradicional del curso de la enfermedad y **plantea alternativas asociadas a la posibilidad de vivir una vida productiva y satisfactoria**, como sucede con otras personas, con enfermedades somáticas crónicas, que pueden interferir en su funcionamiento, pero que no definen a la persona ante sí misma o ante los ojos de la sociedad.

La Recuperación en SM supone reconocer a la persona con enfermedad mental como verdadera protagonista “en primera persona” de su proceso terapéutico y de crecimiento personal.

Anthony 1993

“La recuperación es un **proceso único, hondamente personal**, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona.

Es una manera de **vivir una vida satisfactoria**, con esperanza y aportaciones, incluso con limitaciones causadas por la enfermedad.

La recuperación implica desarrollar **un nuevo sentido y propósito en la vida**, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental”



Recuperar su vida (recuperación social) sin necesariamente
“Recuperarse” de su enfermedad (recuperación clínica)



La recuperación implica:

- *la construcción de un proyecto de vida,*
- *definido por la propia persona con enfermedad mental,*
- *independientemente de la evolución de sus síntomas.*

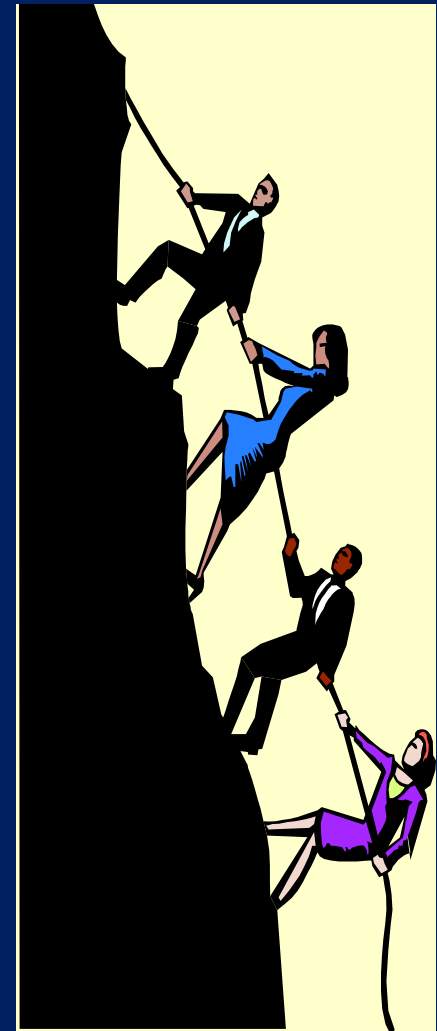
Componentes principales del proceso de recuperación.

Andresen, Oades & Caputi, 2003

- I. **Encontrar esperanza y mantenerla** (creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro).
- II. **Re-establecimiento de una identidad positiva** (encontrar una nueva identidad que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo).
- III. **Construir una vida con sentido** (entender la enfermedad; encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad; dedicarse a vivir).
- IV. **Asumir responsabilidad y control** (sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida).

Etapas de la recuperación

- **Desconcierto**: profunda sensación de pérdida y falta de esperanza.
- **Concienciación** : no todo está perdido. Una vida plena es posible.
- **Preparación** : inventario de las fortalezas y las debilidades respecto a la recuperación. Empieza a trabajar en el desarrollo de habilidades de recuperación.
- **Reconstrucción** : trabajar para lograr una identidad positiva, fijar metas significativas. Asumir el control pleno de la propia vida.
- **Crecimiento** : vivir una vida con sentido, caracterizada por la autogestión de la enfermedad y sentido positivo de uno mismo.



Enfoque de la Recuperación en SM

Dos vertientes:

1) Recuperación como proceso -> **Persona con EM**

2) Recuperación como resultado -> **Profesionales**

Enfoque de la Recuperación en SM

Dos perspectivas:

1) para **los científicos y clínicos**, el **resultado** es lo que prima, es decir la reducción de los síntomas y la mejora de la capacidad funcional, otorgando gran importancia al tratamiento, incluido el farmacológico.

2) para **los usuarios** se trata de **un proceso** que se produce de forma no lineal a lo largo del tiempo, no exento de dificultades y recaídas y dan mayor importancia al **apoyo entre iguales y a la experiencia personal**.

Alan Bellack . “complementarias”. “la recuperación es el resultado del proceso de recuperación” *Liberman y Kopelowicz*

≠ **aspectos discrepantes** (fármacos, evidencia, diagnostico, contención...)

Definición operativa de recuperación en la Esquizofrenia

Liberman, R., Kopelowicz, A., Ventura, J. & Gutkind, D.

Remisión de los síntomas:

Una puntuación de 4 o menos (moderado) en cada uno de los ítems relacionados con síntomas positivos y negativos de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS) durante dos años consecutivos

Funcionamiento ocupacional:

Actividad laboral satisfactoria de al menos media jornada en un empleo en el sector competitivo o asistencia satisfactoria de al menos media jornada en una escuela durante dos años consecutivos. Si tiene edad para jubilarse (por ejemplo más de 60 años), una participación activa en actividades lúdicas, familiares o de voluntariado.

Vida independiente:

Vive independientemente sin una supervisión diaria para poder administrar su dinero, hacer la compra, prepara la comida, lavar la ropa, el aseo personal y sin necesitar actividades lúdicas o no laborales estructuradas.

Capaz de iniciar sus propias actividades y gestionar su tiempo sin que se lo recuerden familiares ni otros cuidadores. Aunque la mayoría de los individuos viven solos o con un compañero de piso, persona allegada o amigo, algunas personas podrán cumplir este criterio si viven en casa con la familia si se considera que es apropiado dada la cultura o edad. El individuo puede ser beneficiario de pensiones por discapacidad siempre y cuando participe de manera constructiva en actividades instrumentales durante media jornada o más.

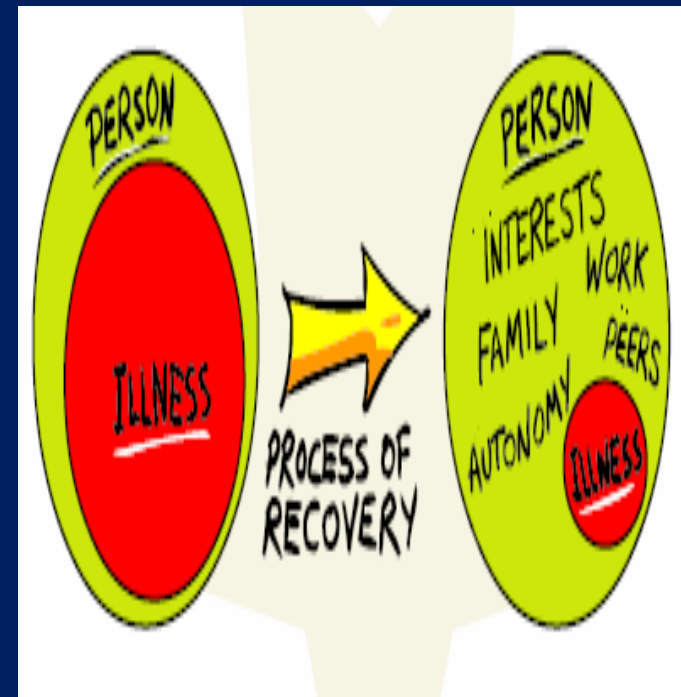
Relaciones con sus compañeros

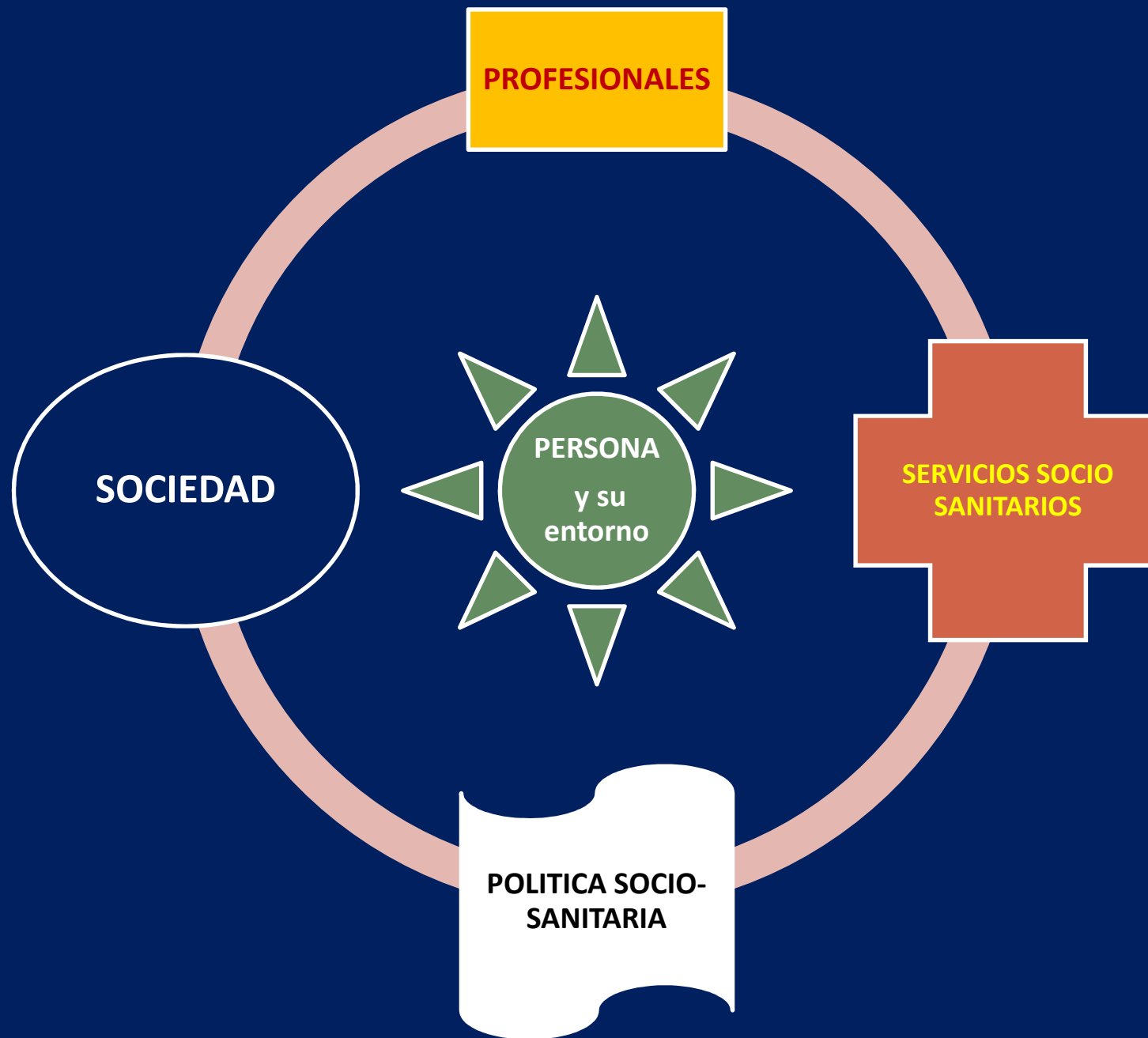
Asistir a una reunión, acontecimiento social, actividad lúdica, conversación telefónica u otra interacción conjunta con un compañero que no sea un familiar al menos una vez por semana

Recuperación

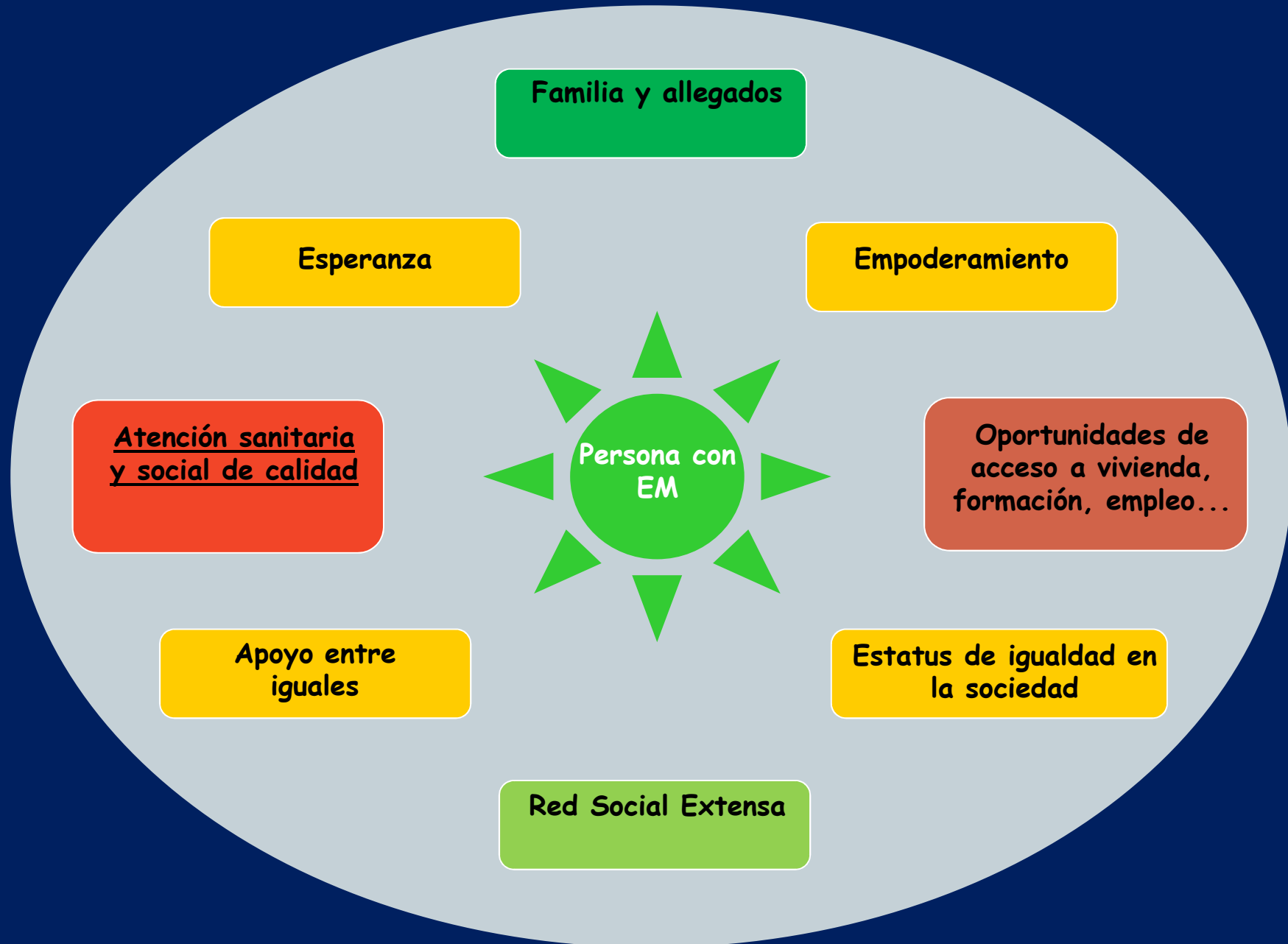
Tiene dos implicaciones directas muy relevantes:

- Para la **persona** y su entorno con enfermedad mental **reintroduce la esperanza-ilusión** como factor dinamizador, situándola en una posición más activa frente a su problema, incentivando sus capacidades y señalando las potencialidades de control existentes sobre el mismo.
- Para los **profesionales** y los **servicios** supone una **nueva perspectiva de atención** al paciente introduciendo el concepto de entrenamiento-acompañamiento, poniendo en valor los derechos del paciente como ciudadano y facilitándole que se dote de un proyecto personal.





Escenario de la Recuperación



“Ya no soy mi enfermedad”

Usuaría salud mental

Recuperación como proceso

Usuarios

- o **El protagonista de su recuperación es uno mismo.** La recuperación solo puede ser llevada a cabo por las propias personas usuarias, su empoderamiento y desestigmatización son claves.
- o **Proceso profundamente personal:** la recuperación será posible en la medida en que la persona con enfermedad mental vaya retomando control sobre su vida, con automanejo de la enfermedad o al menos piense que esto es posible.
- o **Las personas no se recuperan solas:** se relaciona con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social en el medio comunitario .
- o **El apoyo entre iguales o ayuda mutua es un elemento central para avanzar** en la recuperación, al igual que el apoyo de la familia y otras personas allegadas en este proceso. (Asociaciones, Grupos de Transición. ClubHouse. Escuchadores de Voces....).

- El proceso de empoderamiento permite desarrollar e integrar **una autoimagen positiva** y de mayor estima, como **persona con derechos y deberes**.



- El cambio personal, el trabajo conjunto, la participación social y la **fortaleza del asociacionismo positivo** **potencian el liderazgo del colectivo de usuarios y usuarias de SM**

Atributos claves del Empoderamiento

- 1) **Poder para tomar decisiones**: Nadie puede ser independiente si no tiene la ocasión de tomar decisiones importantes que afecten a su vida.
- 2) Tener **acceso a la información** y a los **recursos**: las personas sólo deciden correctamente cuando tienen la información suficiente para valorar las consecuencias que se derivan de sus elecciones.
- 3) Disponer de un **abanico de opciones donde elegir**: conocer todas las opciones posibles, y recibir toda la ayuda necesaria para realizar elecciones.

- Estudios: la **importancia de la actitud del entorno** para la recuperación, que pueden fomentar el proceso o ser un obstáculo. El lenguaje usado y las historias que se construyen puede reforzar una sensación de esperanza y posibilidades o, por el contrario, invitar al pesimismo y cronicidad.
- **Ayuda y facilita** el proceso:
 - sentirse escuchado, sentirse aceptado, verbalizar y superar sentimientos sobre las experiencias traumáticas, dialogar, consensuar tratamiento y hablar con iguales.
 - Que la persona no se vea desanimada en su creencia de que debe perseguir sus propias aspiraciones.
- **Perjudica “tirar la toalla”** y la asunción de un rol pasivo de enfermo, sentirse cuidado y no preocuparse por el futuro, dejando la responsabilidad en manos de otros. El modo como se relacionan los profesionales es clave.
- **Los familiares y allegados** ofrecen la mayor parte del apoyo que recibe la persona enferma y pueden ejercer un papel crítico en promocionar la recuperación y facilitar la inclusión social. La familia y allegados se enfrentan al reto de lograr su propia recuperación. Tienen que volver a evaluar su vida. Este proceso debe de ser apoyado por los servicios de salud mental, ayudarles a reorientar sus vidas.

“Nosotros no somos casos y
ustedes no son nuestros
jefes”

Usuaría salud mental

Recuperación como resultado (profesionales)

- Se aleja de la patología, de la enfermedad y de los síntomas y se acerca a la salud, a la fortaleza y al bienestar.
- Las relaciones entre profesionales y pacientes se alejan del formato experto -paciente, para acercarse al de entrenador o compañero de recorrido
- Los servicios se apoyan en las cualidades personales de profesionales, al mismo tiempo que en su formación académica. Cultivan habilidades como la esperanza, creatividad, cuidados, empatía, realismo y resiliencia.

Papel profesionales

- o El objetivo de las intervenciones no sería el tradicional de “tratamiento y cura” sino la **inclusión social** y por tanto el bienestar general de las personas con enfermedad mental.
- o El rol de terapeuta es mas de **entrenador que de director del proceso**, facilitando que las **personas se sientan con poder de decisión** y evitar crear las condiciones en las que la práctica de la recuperación resulte imposible . **DECISIONES COMPARTIDAS y VOLUNTADES ANTICIPADAS**
- o Cambiar el modo en que enfocamos la **EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS** : Tiene que ser un proceso más abierto y transparente.
- o La calidad de vida percibida por la persona es central en este proceso, aunque el alivio de los síntomas y la prevención de recaídas son importantes y ejercen un papel fundamental en la recuperación de una persona.

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN SALUD MENTAL



GUÍA DE APOYO

PARA PROFESIONALES
Y PERSONAS USUARIAS
DE LOS SERVICIOS DE
SALUD MENTAL

PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA



Excmo. Consejero de Salud Pública
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

- ✓ **Elaboraciones construidas sobre bases psicopatológicas y empíricas sólidas :**
 - en los edificios de la psicopatología (Ej: máxima importancia de la respuesta subjetiva al diagnóstico y a la “enfermedad”, papel central de la elaboración del duelo, resiliencia, modelo de capacidades, modelos de trauma...) y
 - la psicoterapia (ej: técnicas narrativas, atención plena...),
 - o en la propia rehabilitación (reforzando las líneas previas de rehabilitación centrada en el modelo de competencia) con nuevos ángulos de intervención como puede ser las aportaciones de la psicología positiva y lo que esta supone como plataforma inmejorable para facilitar la recuperación.
- ✓ la relevancia de los factores relacionados con la RESILIENCIA, sin olvidar los MODELOS DE CRECIMIENTO POST-ESTRÉS Y POST-TRAUMA y sus posibles efectos positivos en el ámbito personal tales como:
 - a) crecimiento personal y cambios en la autopercepción;
 - b) promover una orientación más prosocial y valoración del apoyo interpersonal y
 - c) cambios en la filosofía vital y de desarrollo espiritual.

**Trata a un hombre tal como es,
y seguirá siendo lo que es;
trátalo como puede y debe ser, y
se convertirá en lo que puede y
debe ser**

[Johann Wolfgang von Goethe](#)

A high-speed photograph of a single water droplet suspended just above a surface of water. The droplet is perfectly spherical and reflects light, creating a bright highlight. Below it, concentric ripples spread outwards across the water's surface. The background is a soft, out-of-focus blue.

“A veces, lo básico, por básico se olvida”

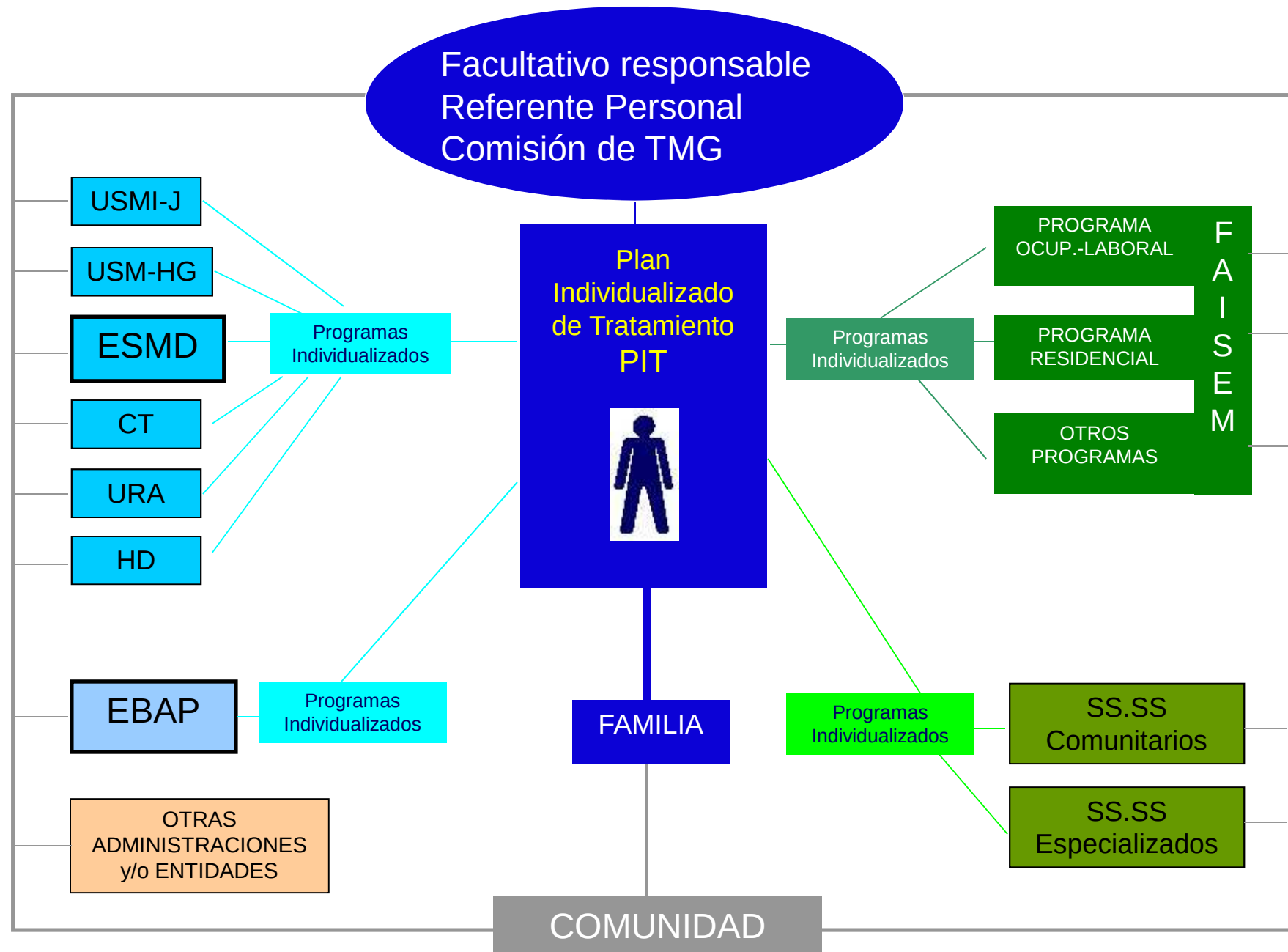
HEMOS:

- ▶ **Escuchado activamente**, empáticamente.
- ▶ Sido **facilitadores** o compañeros de recorrido en su proceso de crecimiento personal.
- ▶ Ayudado a identificar y priorizar sus **metas personales**.
- ▶ Creído y **confiado** en sus recursos y **capacidades personales, fortalezas**.
- ▶ Identificado **metas que le han alejado de su papel de enfermo**.

- ▶ Podido identificar **recursos que no son de salud mental**, y que han sido/pueden ser relevantes para lograr sus metas.
- ▶ Fomentado la **autogestión**, el automanejo de sus problemas de salud mental.
- ▶ Actuado en todo momento con **actitud de respeto** hacia la persona, mostrando una **relación de igualdad** y el deseo de trabajar conjuntamente.
- ▶ **Potenciado roles** (amigo, hijo, cuidador, alumno, solidario, profesor).

- ▶ Expresado nuestro **apoyo** para que pueda conseguir sus metas.
- ▶ Transmitido **esperanza** y generado expectativas positivas.
- ▶ Ayudado a construir un **proyecto de vida**.
- ▶ Aceptado que el futuro es inseguro y que puede haber recaídas.

1. Implantación del proceso TMG en un contexto intersectorial



UNA RED DE REDES

Coordinación:
concretar medios y
esfuerzos para una
acción común

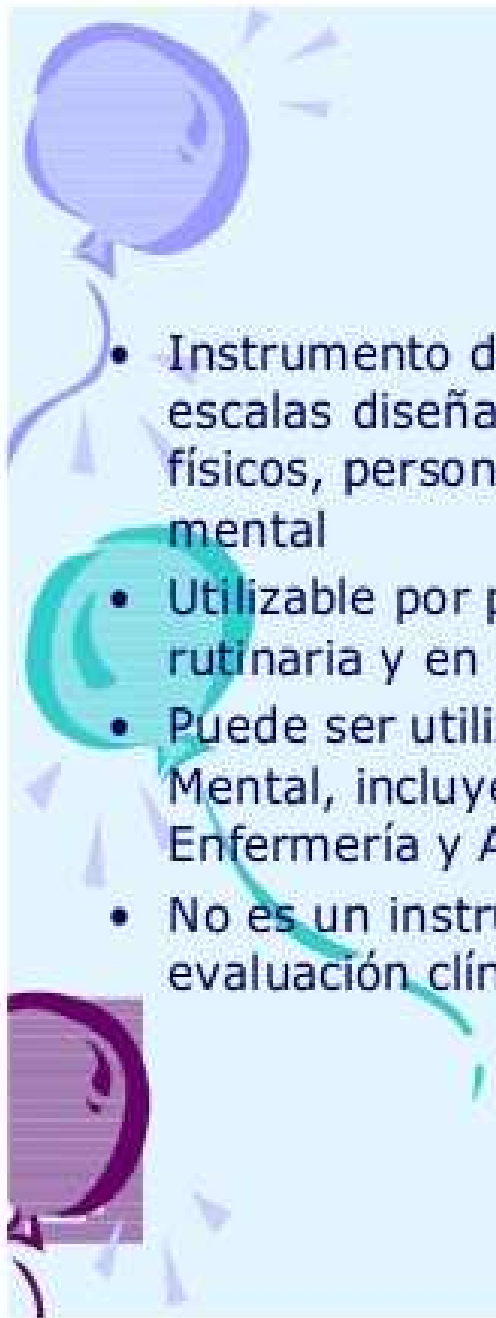
COMUNIDAD



Hoja de Problemas

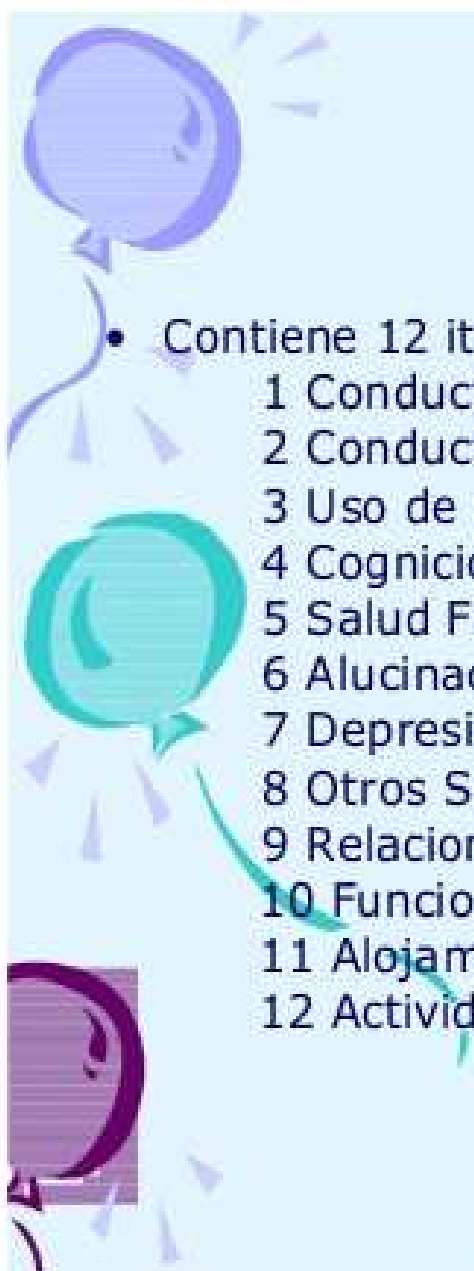
LISTADO DE PROBLEMAS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	RESPONSABLES	FECHA REVISIÓN

FORTALEZAS				

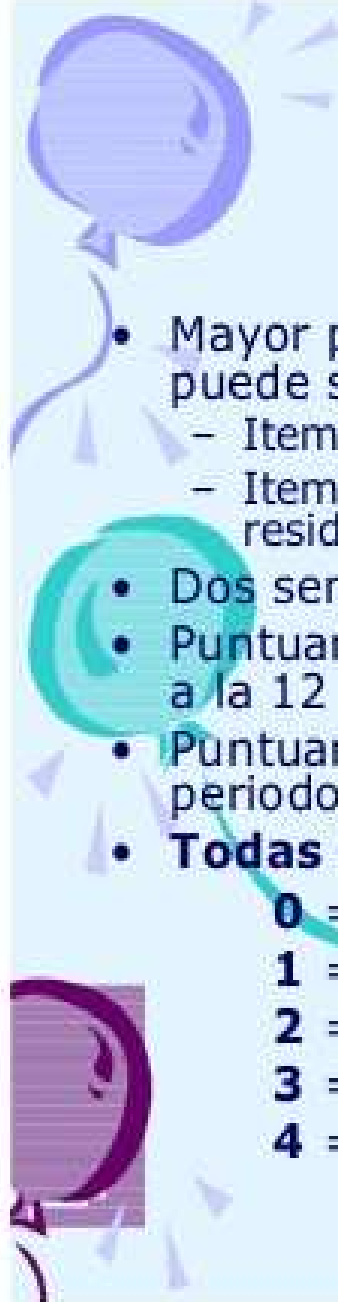


Escala HONOS

- Instrumento de evaluación constituido por un conjunto de escalas diseñadas para medir todo el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental
- Utilizable por profesionales de la Salud Mental de forma rutinaria y en un contexto clínico
- Puede ser utilizado por diferentes profesionales de la Salud Mental, incluyendo Psiquiatras, Psicólogos, personal de Enfermería y Asistentes Sociales.
- No es un instrumento de entrevista estructurada sino de evaluación clínica.

- 
- Contiene 12 items que cubren un área psicosocial amplia:

- 1 Conducta Agresiva e Hiperactividad
- 2 Conducta Autoagresiva
- 3 Uso de Sustancias
- 4 Cognición
- 5 Salud Física
- 6 Alucinaciones e Ideas Delirantes
- 7 Depresión
- 8 Otros Síntomas Mentales
- 9 Relaciones Sociales
- 10 Funcionamiento general
- 11 Alojamiento
- 12 Actividades

- 
- Mayor puntuación, mayor gravedad (máximo 48): que puede servir para medir la evolución
 - Items 1-8: evolución clínica
 - Items 9-12: autonomía de funcionamiento en el medio residencial y ocupacional del
 - Dos semanas previas
 - Puntuar cada una de las escalas siguiendo el orden de la 1 a la 12
 - Puntuar el problema MÁS SEVERO ocurrido durante el periodo de tiempo evaluado
 - **Todas las escalas** siguen el formato:
 - 0** = sin problema
 - 1** = problema menor que no requiere intervención
 - 2** = problema leve pero claramente presente
 - 3** = problema de moderada gravedad
 - 4** = problema grave o muy grave



ORGANIZACIÓN de los SERVICIOS

- participación e implicación de los usuarios del servicio
- modificaciones estructurales



Implementando la recuperación.

Una metodología para un cambio organizativo

Centre for Mental Health. London

Establece unos
RETOS
ORGANIZATIVOS
y propone una
metodología para
evaluar y facilitar
su implantación.



“Si se adopta de forma correcta y global, el concepto de recuperación podría transformar los servicios de salud mental y desbloquear el potencial de miles de personas que sufren una enfermedad mental. Los servicios deberían estar diseñados para ofrecer un soporte directo y los profesionales deberían estar formados para ayudar a las personas a conseguir una mejor calidad de vida. Esto supondría un cambio sustancial para muchas organizaciones e individuos

Future Vision Coalition (Julio de 2009)

A Future Vision for Mental Health.

London: NHS Confederation

Los servicios orientados a la recuperación no se consideraran relevantes únicamente en los “buenos tiempos” ya que la mayoría de las implicaciones del cambio en el servicio que supone el enfoque no tienen repercusiones en coste.

Consisten en cambiar el modo en que se hacen las cosas, en lugar de en una inyección de nuevos recursos.

Algunos tienen incluso el potencial de dar como resultado ahorros de costes a largo plazo; por ejemplo, a través de un uso menor de los servicios de salud mental provocado por tasas más altas de empleo, o presupuestos más reducidos de personal derivados de los cambios que se sugieren en los perfiles profesionales.

Centre for Mental Health. London



Search...

Nombre de Usuario

Contraseña

Acuérdame de mí

Iniciar sesión

[¿Olvidaste tu contraseña?](#)

[¿Ha olvidado su nombre de usuario?](#)



[Inicio](#) [Crear una cuenta](#) [Completando su SRI 2](#) [Actualizaciones](#) [Contáctenos](#)

¿Qué es el Indicador de Recuperación de Escocia?

El **Indicador de Recuperación de Escocia (SRI)** es una herramienta de desarrollo de servicios que puede ser utilizado por cualquier persona interesada en el desarrollo de servicios de recuperación enfocado. SRI fue desarrollado por la **Red de Recuperación de Escocia (SRN)** para proporcionar servicios con una herramienta práctica para revisar, desarrollar y mejorar la forma de apoyar la recuperación.

SRI 2 es una versión revisada y mejorada de la herramienta SRI originales. Desde que se introdujo por primera vez en 2011, el SRI 2 ha sido utilizado por una amplia gama de servicios para ayudar a revisar sus prácticas existentes en contra de una serie de indicadores de recuperación. Completando un SRI 2 ayuda a los servicios a destacar las fortalezas existentes, que pueden servir de base e identificar acciones que mejoren la atención la recuperación del servicio.

¿Por qué usted debe completar un SRI 2

Completando un SRI 2 proporciona servicios con una oportunidad para reflexionar sobre cómo apoyar la recuperación a través de un proceso basado estructurado y pruebas. Permite que los servicios a que demuestren su compromiso con la recuperación de valores centrada. El proceso SRI 2 alienta conversaciones

¿Cómo funciona el trabajo SRI 2?

SRI 2 proporciona un marco estructurado para la revisión y evaluación de cómo los servicios se están desempeñando en relación con 10 indicadores de recuperación. El servicio se refleja en sus políticas y prácticas en contra de estos indicadores de recuperación utilizando ambas fuentes escritas de pruebas y mediante la búsqueda de los puntos de vista de los involucrados

Implementando la recuperación.

Una metodología para un cambio organizativo

Centre for Mental Health. London

Establece unos
RETOS
ORGANIZATIVOS
y propone una
metodología para
evaluar y facilitar
su implantación.



Recuperación como resultado (retos organizativos)

1. **Cambiar la naturaleza de las interacciones diarias** y la calidad percibida.
2. **Impartir programas educativos y formativos** integrales **liderados por las personas usuarias**
3. **Constituir un “centro de formación y recuperación”** que impulse los programas: **apoyar a usuarios a contar sus historias para fomentar la concienciación.**
4. **Garantizar el compromiso organizativo y crear “cultura” de recuperación:** contratación, supervisión, evaluación,..
5. **Aumentar la “personalización” y la toma de decisiones**

Recuperación como resultado (retos organizativos)

6. **Cambiar el modo en que enfocamos la evaluación y gestión de riesgos :** Tiene que ser un proceso más abierto y transparente.
7. **Redefinir la participación de las personas usuarias:** Roles más equitativos.
8. **Transformar** al colectivo de profesionales: **usuarios como agentes de ayuda mutua en plantilla**
9. **Apoyar a los y las profesionales durante su propia recuperación**
10. **Aumentar las posibilidades de construir una vida “más allá de la enfermedad”:** colaboración con otros sectores .

(de Implementando la recuperación: Un nuevo marco para el cambio organizativo, Sainsbury Centre, 2009).

**RETOS
ORGANIZATIVOS
CLAVES**

Sainsbury Centre,
2009

Compromiso

Desarrollo

Transformación

ETAPAS

A nivel directivo se reconoce que la organización tiene que cambiar hacia servicios más orientados a la recuperación.

Se sabe que existen **áreas de buenas prácticas** y el compromiso de trabajar a partir de ellas.

Se han acordado planes para prestar servicios orientados a la recuperación y un cronograma para su implementación, pero aún se han realizado muy pocos progresos.

Se están emprendiendo acciones, con algunas **pruebas o evidencias de cambios significativos en la práctica, la política sanitaria y la cultura de la organización.**

Se están realizando buenos avances en la prestación de servicios orientados a la recuperación en algunas áreas, pero no de forma uniforme en toda la organización.

Se ha **implementado por completo la visión para conseguir un cambio significativo.**

La política sanitaria, los procesos y la práctica necesarios para prestar un servicio orientado a la recuperación se asientan en cada nivel de la organización desde consejos directivos hasta los equipos y los trabajadores de primera línea.

RETOS ORGANIZATIVOS CLAVES	Compromiso	Desarrollo	Transformación
1. Cambiar la naturaleza de las interacciones diarias y la calidad percibida.	Se ha establecido el compromiso para implementar la recuperación, con algunos planes acordados sobre cómo hacerlo. Los profesionales (y las personas usuarias y las personas cuidadoras) están familiarizados con los principios generales, pero no están claras cuáles son las implicaciones para la práctica. Generalmente no se consulta a las personas usuarias sobre la calidad de los servicios que se les prestan o sobre la actuación del personal.	Se están emprendiendo acciones, con algunas pruebas o evidencias de cambios significativos en la práctica, la política sanitaria y la cultura de la organización. Se están realizando buenos avances en la prestación de servicios orientados a la recuperación en algunas áreas, pero no de forma uniforme en toda la organización.	Se ha implementado por completo la visión para conseguir un cambio significativo. La política sanitaria, los procesos y la práctica necesarios para prestar un servicio orientado a la recuperación se asientan en cada nivel de la organización desde consejos directivos hasta los equipos y los trabajadores de primera línea.

Ejemplos de indicadores de resultados (a nivel de servicio)

- Proporción de personal formado en las prácticas básicas orientadas a la recuperación;
- Adopción de los “10 consejos clave para las prácticas orientadas a la recuperación” del Centre for Mental Health.
- Estudios sistemáticos sobre la percepción de las personas usuarias (y las personas cuidadoras) sobre la actuación de los profesionales en relación con los principios de recuperación .
- Los sistemas de evaluación y supervisión se revisan para promover las interacciones de los profesionales que impliquen la colaboración con las personas usuarias.
- Proporción de casos en que las personas usuarias participan en la selección del personal.

Implementando la recuperación.

Una metodología para un cambio organizativo

Centre for Mental Health. London



- 1. Evaluación:** Proceso desarrollado de forma conjunta entre el sector sanitario (profesionales y gestores) y las partes interesadas a nivel local. Ayuda a comprender las ideas clave (la “visión”) que están detrás de lo que constituyen los servicios orientados a la recuperación para el área local.
- 2. Estrategia :** para crear el cambio necesario para implementar estos servicios y acordar objetivos específicos y medidas precisas.
- 3. Supervisión y Revisión** del progreso, se modifican los planes, se formulan planes nuevos, se implementan y supervisan de nuevo, se revisan y modifican.
- 4. Ciclo de Mejora Continua** (o “Plan-Do-Study-Act”) se recomienda como el proceso más efectivo para producir un cambio organizativo sostenido (Iles & Sutherland, 2001).

Implementando la recuperación.

Una metodología para un cambio organizativo

Centre for Mental Health. London



Evaluación de servicios desde el principio

FASE I: Ayuda a comprender las ideas clave (la “visión”) que están detrás de lo que constituyen los servicios orientados a la recuperación para el área local.

Posteriormente evalúan el nivel de avance en relación a los RETOS ORGANIZATIVOS de los principales profesionales sanitarios de salud mental utilizando una sencilla clasificación de tres puntos.: “Etapa 1 = Compromiso”, “Etapa 2= Desarrollo” y “Etapa 3 = Transformación”

Implementando la recuperación.

Una metodología para un cambio organizativo

Centre for Mental Health. London



FASE II: se acuerda conjuntamente las prioridades del cambio organizativo.

Deberán asignar prioridades a la acción en un reducido número de áreas y acordar un pequeño número de **metas SMART** (eSpecíficas, Medibles, Acordadas, Realistas y basadas en el Tiempo) para definir los objetivos y supervisar el progreso.

Una vez definidas, se implementarán las metas, se supervisará el progreso y se establecerán de nuevo las metas y se supervisarán con más detalle, repitiéndose el ciclo.

RETO ORGANIZATIVO 1: Cambiar la naturaleza de las interacciones diarias y la calidad percibida

“Nosotros no somos casos y ustedes no son nuestros jefes!” Persona usuaria

Etapas 1: Compromiso

Se ha establecido el compromiso para implementar la recuperación, con algunos planes acordados sobre cómo hacerlo

Se reconoce que los valores y principios de recuperación son importantes, pero se han hecho pocos intentos sistemáticos por implementarlos cambiando el comportamiento de los profesionales. Los profesionales (y las personas usuarias y las personas cuidadoras) están familiarizados con los principios generales, pero no están claras cuáles son las implicaciones para la práctica. Generalmente no se consulta a las personas usuarias sobre la calidad de los servicios que se les prestan o sobre la actuación del personal.

Etapas 2: Desarrollo

Se están emprendiendo acciones, con algunas evidencias de cambios significativos en la práctica, la política sanitaria y la cultura de la organización

Existen evidencias claras de que cada encuentro significativo de cada profesional con el paciente, debe reflejar principios de recuperación y promover valores de recuperación, orientados a aumentar el auto-control (“capacidad de acción”), incrementar las oportunidades de disfrutar de la vida “más allá de la enfermedad” y poner en valor la esperanza. Se han realizado algunos intentos para garantizar que estos principios se reflejan en la práctica, (por ej., programas piloto para implicar a las personas usuarias en la selección y/o evaluación del personal) pero no se ven reflejados en la supervisión rutinaria que se realiza. Hay cierta implicación de las personas usuarias en la selección del personal, pero no de forma rutinaria.

Etapas 3: Transformación

El cambio significativo se consigue completamente; importante rediseño del servicio; radicalmente diferente

Toda interacción, de todo profesional del servicio, debería reflejar los principios de la recuperación y promover los valores de recuperación, aumentar el auto-control (“capacidad de acción”) incrementar las oportunidades de disfrutar de la vida “más allá de la enfermedad mental” y poner en valor la esperanza. Cada interacción reconoce a la persona usuaria la cualidad de “experto por su experiencia” e intenta reducir las diferencias de poder. Se han realizado intentos sistemáticos por garantizar que estos principios se ven reflejados en la práctica cotidiana (por ej., auditorías internas, uso de los datos del Estudio nacional de pacientes, etc.). La calidad de las interacciones entre el personal y las personas usuarias se ha incorporado como criterio de evaluación de la carrera profesional.

Las personas usuarias participan de forma habitual en la selección del personal. Las políticas de recursos humanos certifican la formación para la recuperación y las vinculan a oportunidades de progreso de los profesionales.

Ejemplos de indicadores de resultados (a nivel de servicio)

- Proporción de personal formado en las prácticas básicas orientadas a la recuperación;
- Adopción de los “10 consejos clave para las prácticas orientadas a la recuperación” del Centre for Mental Health en la política operativa y la práctica;
- Estudios sistemáticos sobre la percepción de las personas usuarias (y las personas cuidadoras) sobre la actuación de los profesionales en relación con los principios de recuperación (por ej., utilizando preguntas modificadas del Estudio nacional de pacientes);
- Los sistemas de evaluación y supervisión se revisan para promover las interacciones de los profesionales que impliquen la colaboración con las personas usuarias;
- Proporción de casos en que las personas usuarias participan en la selección del personal.

Posibles fuentes de datos

- Datos del Estudio nacional de pacientes o proyectos locales similares;
- Estudio sistemático para conocer las opiniones de las personas usuarias (y las personas cuidadoras) sobre la calidad de las interacciones cotidianas con el personal y hasta qué punto éstas reflejan los principios de recuperación y sus valores;
- Registros de la composición de los comités que realizan entrevistas;
- Auditoría de las evaluaciones/supervisión del personal.

PLANTILLA A

Este formulario deberá completarse por la organización proveedora que dirige la implantación del enfoque de la recuperación, en colaboración con las partes interesadas (grupos de cuidadores y usuarios, proveedores de sectores independientes y gestores) tras debatir los retos organizativos (1-10). Estos debates deben de ser abiertos y honestos y se debe llegar a un consenso en cuanto a la asignación adecuada en cada nivel de progreso. Cada reto se debe "puntuar", pero el objetivo principal es acordar prioridades y establecer el punto de partida para una planificación más amplia y detallada de las acciones (consulte la plantilla B en página 19).

Reto organizativo	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Prioridad de la acción (1-10)	Comentarios
	(marque uno)				
1. Cambiar la naturaleza de las interacciones en el día a día					
2. Programas formativos integrales liderados por las personas usuarias					
3. Constituir un "Centro de formación para la recuperación"					
4. Garantizar el compromiso organizativo, creando "cultura" de recuperación					
5. Aumentar la "personalización" y la toma de decisiones					
6. Cambiar el enfoque de la evaluación y la gestión de riesgos					
7. Redefinir la implicación del usuario					
8. Transformar al colectivo de profesionales					
9. Apoyar a las y los profesionales durante su propia recuperación					
10. Aumentar las posibilidades de construir una vida "más allá de la enfermedad"					

PLANTILLA B

Este formulario debería utilizarse una vez se haya completado la plantilla A, para desarrollar planes de acción específicos para cada uno de los retos organizativos. Se deberían acordar conjuntamente objetivos locales, cronograma y fuentes de datos.

RETO ORGANIZATIVO:				
ESTÁNDAR ACTUAL	Etapa 1 []	Etapa 2 []	Etapa 3 []	(Marque una)
Describir:				
Objetivos locales (acordados por gestores y profesionales sanitarios)				
1.				
2.				
3.				
Fecha:				
Acciones específicas requeridas para progresar en objetivos antes de la siguiente revisión				
1.				
2.				
3.				
Fuentes de datos:				
Nombre del administrador: _____ firma: _____				
Nombre del jefe del proveedor: _____ firma: _____				
Siguiente fecha de revisión: _____				

RETOS ORGANIZATIVOS CLAVES	ETAPAS 1.Compromiso 2.Desarrollo 3.Transformación	METAS	Reto organizativo
Cambiar la naturaleza de las interacciones diarias y la calidad percibida.	☐ Proporción de personal formado en las prácticas básicas orientadas a la recuperación; ☐ Adopción de los “10 consejos clave para las prácticas orientadas a la recuperación” ☐ Estudios sistemáticos sobre la percepción de las personas usuarias (y las personas cuidadoras) sobre la actuación de los profesionales en relación con los principios de recuperación. ☐ Los sistemas de evaluación y supervisión se revisan para promover las interacciones de los profesionales que impliquen la colaboración con las personas usuarias; ☐ Proporción de casos en que las personas usuarias participan en la selección del personal.	Prioridad 8 (1 al 10)	☐ Estudio sistemático para conocer las opiniones de las personas usuarias (y las personas cuidadoras) sobre la calidad de las interacciones cotidianas con el personal y hasta qué punto éstas reflejan los principios de recuperación y sus valores; ☐ Auditoría de las evaluaciones/supervisión del personal

Concluyendo...

- La perspectiva de los DDHH en salud mental pasa a convertirse en uno de los ejes principales del futuro de los servicios de salud mental.
- Asumir esta perspectiva por parte de la red de salud mental implica cambios en los servicios y las prácticas profesionales, acordes con el enfoque de la recuperación.
- Significa ir caminando hacia una **práctica clínica basada en valores** (sin olvidar la evidencia)

Revisión de programas que han introducido el enfoque de derechos humanos en salud mental 2009-2014

Intervenciones: formación staff, diagnósticos de evaluación y/o auditorías, métodos de implicación usuarios/as, planes de acción

- Conducen a mejoras clínicas a costos relativamente bajos.
- Deben utilizarse por razones legales y morales
- Incremento satisfacción de usuarios y staff
- Incremento de la participación usuarios a todos los niveles
- Decremento prácticas coercitivas y de las hospitalizaciones

Porsdam Mann S, Bradley VJ, Sahakian BJ. Human Rights-Based Approaches to Mental Health: A Review of Programs. Health Hum Rights. 2016;18(1):263–276.

DDHH, estigma y recuperación

**Relación
indivisible**



RECUPERACIÓN

ESTIGMA

DDHH

Estándares de calidad de los Servicios de Salud Mental

Promueven el
enfoque de la
RECUPERACIÓN

Luchan contra
prácticas
estigmatizantes

Garantizan y
respetan los
DDHH



www.1decada4.es
ddd.almeria@gmail.com



A TRIBUTE TO
CARRIE FISHER

Revisión de programas que han introducido el enfoque de derechos humanos en salud mental 2009-2014

Intervenciones: formación staff, diagnósticos de evaluación y/o auditorías, métodos de implicación usuarios/as, planes de acción

- Conducen a mejoras clínicas a costos relativamente bajos.
- Deben utilizarse por razones legales y morales
- Incremento satisfacción de usuarios y staff
- Incremento de la participación usuarios a todos los niveles
- Decremento prácticas coercitivas y de las hospitalizaciones

Porsdam Mann S, Bradley VJ, Sahakian BJ. Human Rights-Based Approaches to Mental Health: A Review of Programs. *Health Hum Rights*. 2016;18(1):263–276.



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

“la única lección que tengo para mí misma o para cualquiera es que tienes que buscar ayuda”

“reconocer la gravedad de padecer un trastorno bipolar y ayudar a las personas que lo padecen a obtener una asistencia de calidad es la mejor manera de luchar contra el estigma”.

Entrevista en revista People.

Cinco IDEAS FUERZA

1. **La Salud Mental es un elemento esencial de la felicidad** de la población que se interrelaciona con la salud física.
2. **La Salud Mental no es tarea exclusiva de los servicios sanitarios**, el contexto social influye decisivamente en la aparición y evolución de los trastornos mentales. A pesar de ello ni los servicios sociales ni salud mental son priorizados como corresponde.
3. Sin Promoción y Prevención de la Salud Mental la **medicalización de la vida cotidiana, desbordará, aún más, los servicios sociosanitarios**. Es imprescindible implicar a la ciudadanía en el cuidado y promoción de su salud mental y en la gestión de los servicios.
4. **La persona con Trastorno Mental Grave puede recuperarse** y tener un proyecto de vida propio. Precisa superar el autoestigma, el apoyo de sus iguales, una comunidad inclusiva socialmente y **una red socio-sanitaria orientada a la recuperación**.
5. La **Convención Derechos de Personas con Discapacidad** (ONU 2006) es una importante posibilidad de transformación de la vida de las personas con discapacidad.

CONSEJOS PARA TRABAJAR DESDE EL MODELO DE RECUPERACIÓN

(Shepherd et al. 2008)

- ✓ **¿He practicado una escucha activa que ayude a la persona a encontrar sentido a su vida y a sus problemas de salud mental?**
- ✓ **¿He prestado especial interés en identificar metas que le alejen de su papel de enfermo?**
- ✓ **¿He ayudado a la persona a identificar y priorizar sus metas personales en su recuperación, al margen de los objetivos profesionales?**
- ✓ **He demostrado que creo en la capacidad y los recursos personales de la persona en busca de estas metas?**

CONSEJOS PARA TRABAJAR DESDE EL MODELO DE RECUPERACIÓN (2)

- ✓ ¿He identificado recursos-amistades, contactos, organizaciones-, que podrían ser relevantes para lograr estas metas?
- ✓ ¿He fomentado la autogestión de sus problemas de salud mental (dando información, reforzando estrategias de afrontamiento, etc)?
- ✓ ¿He debatido con la persona qué tipo de intervenciones terapéuticas quiere, respetando sus deseos siempre que sea posible?

CONSEJOS PARA TRABAJAR DESDE EL MODELO DE RECUPERACIÓN

(Shepherd et al. 2008)

- ✓ **¿He contribuido a mantener las esperanzas y expectativas positivas del paciente en su proyecto de vida?**
- ✓ **¿He identificado ejemplos de mi propia experiencia o la de otros usuarios que puedan inspirar y corroborar sus esperanzas?**
- ✓ **¿He actuado con respeto por la persona, mostrando una relación de igualdad y el deseo de trabajar conjuntamente?**



**“Dime y lo olvido,
enséñame y lo recuerdo,
involúcrame y lo aprendo”**

Benjamín Franklin