



Implementando la recuperación

Un nuevo marco para el cambio organizativo

Introducción

EDICION EN CASTELLANO

Making recovery a reality (Shepherd et al., 2008) resumía los principios clave de la recuperación y sus implicaciones para los profesionales de la salud mental. Existen tres principios subyacentes a la filosofía de la recuperación: esperanza, autocontrol y oportunidad. A partir de ese documento empezamos a investigar la mejor forma para que los servicios de salud mental pudieran apoyar el proceso de recuperación de las personas usuarias.

En la base de la recuperación "...reside un conjunto de valores sobre el derecho de una persona a construir por sí misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de los síntomas de una enfermedad mental. La recuperación se basa en los conceptos de autodeterminación y autocontrol. Enfatiza la importancia de la 'esperanza' para mantener la motivación y apoyar las expectativas de una vida individual plena" (Shepherd et al., 2008).

Making Recovery a Reality estableció la base para una serie de talleres sobre la implementación de la recuperación en organizaciones, que se impartieron en cinco áreas de salud mental durante 2008 y 2009. A estos talleres asistieron más de 300 personas, entre ellas profesionales del ámbito socio-sanitario, administradores y representantes de organizaciones locales independientes, junto con una gran afluencia de personas usuarias y cuidadoras. Su objetivo era identificar la mejor forma de incorporar los principios de recuperación en la práctica diaria de los servicios de salud mental. El proyecto fue respaldado por un grupo director de especialistas que incluía a algunas de las autoridades más reconocidas en este campo. Se puede obtener más información acerca del grupo director y nuestro trabajo actual en la web del *Centre for Mental Health* en www.centreformentalhealth.org.uk

Los talleres identificaron algunos de los cambios clave que son necesarios en las prácticas de los profesionales del sector de la salud mental, los tipos de servicios proporcionados y la política de las organizaciones. En este documento se resumen los retos organizativos clave que se identificaron en los talleres. En un próximo documento se publicarán propuestas más detalladas sobre los retos en los servicios de salud mental y quién debe llevarlos a cabo.

Diez retos organizativos clave

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 sobre recuperación" que impulse los programas
4. Garantizar el compromiso organizativo y crear "cultura" de recuperación
5. Aumentar la "personalización" y la toma de decisiones
6. Cambiar el modo en que enfocamos la evaluación y gestión de riesgos
7. Redefinir la participación de las personas usuarias
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"

Implementando la recuperación: diez retos organizativos clave

1. Cambiar la naturaleza de las interacciones diarias y la calidad percibida

Si la recuperación va a ser el eje de los servicios de salud mental, es necesario llevar a cabo un cambio fundamental en la calidad de las interacciones diarias. Toda interacción, de todo profesional del servicio, debería reflejar los principios de la recuperación y promover sus valores. Deberían aumentar el autocontrol, reconocer la cualidad de "experto por su experiencia" de las personas no profesionales, reducir las diferencias de poder, aumentar las oportunidades de una vida "más allá de la enfermedad mental" y dar esperanza. Estos puntos se ilustran en los 10 consejos claves para las prácticas orientadas a la recuperación (véase Shepherd et al., 2008).

Las organizaciones de salud mental también necesitan estudiar los circuitos internos que crean para que las personas pasen por el servicio, como por ejemplo los sistemas de derivación, la coordinación de la evaluación y del cuidado y los procedimientos de alta hospitalaria, y preguntarse si estos apoyan u obstaculizan a los pacientes.

2. Impartir programas educativos y formativos integrales liderados por las personas usuarias

Para lograr un cambio sistemático en la actitud y el comportamiento de las y los profesionales es necesario que incorporemos programas educativos y formativos integrales, centrados en las personas usuarias y liderados por ellas, destinados a todo el personal, incluyendo todo tipo de profesionales, a todos los niveles. Esto requiere disponer de una amplia nómina de personas usuarias formadas en recuperación que actúen como "defensoras del cambio".

3. Constituir un "centro de formación en recuperación" que impulse los programas

Nuestra sugerencia es que se establezca un "centro de formación en recuperación" en todas las áreas de salud mental de Inglaterra, cuya gestión y plantilla la formen usuarios/educadores, y que esté ligada a la implantación de la recuperación en los servicios de salud mental de cada área. Cada centro formaría y apoyaría a personas que han tenido experiencias vitales con la enfermedad mental para que contaran sus historias y promovieran la concienciación sobre los principios de la recuperación entre las y los profesionales y otras personas usuarias. También se empezaría a formar a individuos en la ayuda entre iguales, para proporcionar una atención directa en los propios servicios como agentes de ayuda mutua (véase en las secciones siguientes). Sería necesario que trabajaran con formadores locales para garantizar que la formación sea consistente y de calidad acreditada. Un buen punto de partida podría ser que los servicios funcionaran con un modelo "educativo" en vez de "terapéutico". Así se pondría el acento en el aprendizaje recíproco, lo que ayudaría a fomentar la autodeterminación y la autogestión.

4. Garantizar el compromiso organizativo y crear "cultura" de recuperación

Pero la formación no es suficiente. Los valores de la recuperación necesitan integrarse en todos los procesos de gestión de la organización: en la contratación, supervisión, evaluación, auditoría, planificación y políticas de funcionamiento. También es necesario que estos valores se

reflejen en los principios y valores expresados públicamente; por ejemplo, en la declaración de la “misión” de la organización, en sus eslóganes, en el lenguaje y en sus publicaciones. A esto es a lo que nos referimos con crear “cultura” de recuperación dentro de la institución. Requerirá liderazgo desde las altas esferas (nivel directivo), así como el compromiso de mandos intermedios y profesionales de “primera línea”.

Gerentes y directivos también necesitarán manejar información relevante sobre el rendimiento y el progreso alcanzado, como proyectos de auditoría interna o encuestas nacionales, para “rendir cuentas” a la organización sobre los progresos en la consecución de objetivos clave orientados a la recuperación.

5. Aumentar la “personalización” y la toma de decisiones

La cultura de la recuperación debería reflejarse en las políticas y procesos claves de funcionamiento de la institución. Por ejemplo, debería conducir a una mayor personalización de la atención y participación en la toma de decisiones, así como una mayor capacidad de control de las personas usuarias. Esto se consigue proporcionando más información y promoviendo la autogestión; más planificación conjunta para la gestión de crisis (implantación de procedimientos de instrucciones previas en salud mental); mayor toma de decisiones compartidas sobre la medicación; mayor posibilidad de elegir entre tratamientos y, cuando sea posible, decidiendo por delante del profesional; y mayor uso de la figura de apoyo al paciente “*advocacy*” y ayuda en la gestión individualizada de su presupuesto económico.

6. Cambiar el modo en que enfocamos la evaluación y gestión de riesgos

Una de las áreas operativas clave en esta reforma es la evaluación y gestión de riesgos. Debemos aceptar el riesgo como una parte intrínseca de vivir con un problema de salud mental. “La posibilidad de aparición de riesgos es una consecuencia inevitable de que las personas empoderadas tomen decisiones sobre su propia vida” (Department of Health, 2007).

El reto es evaluar los criterios sobre evaluación y gestión de riesgos de acuerdo con los principios de recuperación. Debemos preguntar: “¿Aumentó o disminuyó la sensación de control de la persona? ¿Aumentó o disminuyó el acceso a oportunidades fuera de los servicios de salud mental? ¿Aumentó o disminuyó su esperanza en el futuro?” Por tanto, la evaluación y gestión de riesgos necesita ser más abierta, más transparente, con personas usuarias y profesionales trabajando juntos de forma colaborativa. Esto es especialmente importante en dispositivos para pacientes con medidas judiciales alternativas de seguridad y privación de libertad y otros dispositivos “de alto riesgo”, donde la recuperación es un principio tan importante como lo es en cualquier otro dispositivo de los servicios de salud mental.

7. Redefinir la participación de las personas usuarias

También es necesario que redefinamos la participación de las personas usuarias. No se trata de un colectivo (los profesionales) “implicando” al otro (los usuarios). Ambos grupos deben trabajar juntos en una asociación tan equitativa como sea posible. El propio debate sobre cómo hacer que participen las personas usuarias es una forma de alejarlas del centro del proceso asistencial, ya que se refuerzan las distinciones entre “ellos” y “nosotros”. En realidad las personas usuarias ya participan. La pregunta más importante es: “¿Cómo podemos trabajar todos juntos como compañeros de forma más eficaz, para ayudar a las personas a construir sus vidas de la forma que deseen?”.

8. Transformar al colectivo de profesionales

De hecho, creemos que todo esto conducirá a una revisión fundamental del conjunto de habilidades y del equilibrio entre profesionales y personas usuarias dentro de la plantilla de las organizaciones de salud mental. A medida que los servicios realmente se vayan centrando en las necesidades de las personas usuarias y acepten el valor de su “experiencia vivida”, habrá implicaciones obvias para la formación de la plantilla. Los profesionales seguirán siendo importantes, pero tendrán que reconocer que su contribución necesita hacerse de un modo distinto, respondiendo a las prioridades definidas por las propias personas usuarias.

A su vez, esperamos que en el futuro haya una participación más amplia de personas usuarias que lleven a cabo ayuda mutua en la plantilla de los servicios de salud mental. Recomendamos a las organizaciones estudiar una transformación drástica de la plantilla, teniendo como objetivo que aproximadamente el 50% de la asistencia sea proporcionada por agentes de ayuda mutua, adecuadamente respaldados y formados (a través del centro de formación en recuperación local propuesto para formar y apoyar a este nuevo personal).

Esta medida, que tiene implicaciones organizativas claras para los departamentos de recursos humanos y salud laboral, se apoya en los requisitos de la Ley contra la Discriminación por Discapacidad (Disability Discrimination Act) y es acorde a las exigencias del objetivo del Acuerdo Nacional sobre Servicios Públicos del Gobierno, PSA16 (Public Service Agreement), para aumentar la proporción de personas con enfermedad mental con un empleo remunerado (en este caso dentro de los servicios de salud mental). Estos nuevos profesionales necesitarán, por supuesto, el mismo tipo de apoyo y supervisión en la gestión que cualquier otro tipo de colectivo profesional. Este deberá provenir de agentes de ayuda mutua que han tenido la oportunidad de acumular mayor experiencia y seguridad en este tipo de puesto. No obstante, su constitución llevará tiempo.

9. Apoyar a las y los profesionales durante su propia recuperación

Todos estos cambios tienen profundas implicaciones para el personal. Las y los profesionales de salud mental también son personas y como parte del proceso de cambio organizativo, tendremos que garantizar que reciben apoyo (al igual que las personas cuidadoras) durante su propia recuperación, haciendo que se sientan seguros priorizando las necesidades de las personas usuarias y estimulando sus expectativas y esperanzas. Las y los profesionales seguirán siendo los “portadores de esperanza” y necesitamos crear una cultura que valore su “experiencia vivida” con los problemas de salud mental y que los libere para poder atender a las prioridades de las personas usuarias, por delante de sus compromisos burocráticos y profesionales.

10. Aumentar las posibilidades de construir una vida “más allá de la enfermedad”

Por último, implementar la recuperación significa abrir la organización, darle la vuelta para enfocarla hacia el exterior y no que permanezca mirando hacia dentro. Es necesario establecer colaboraciones con instituciones no relacionadas con la salud, especialmente de vivienda y empleo, y convertirlas en elementos centrales, no en recursos complementarios. Las personas usuarias necesitan ayuda para aprovechar estas oportunidades, que les servirán para construir la vida que ellas desean tener. Los servicios necesitan centrarse en la inclusión en la comunidad, no únicamente en la “integración” (que a veces puede significar simplemente ocupar el mismo espacio físico que los demás). Creemos que el acceso a oportunidades de trabajo remunerado es especialmente importante al respecto.

También habrá que hacer frente al estigma y la discriminación. Siguen siendo la principal barrera que impide que las personas con enfermedad mental sean capaces de construir una vida satisfactoria y con sentido. Los servicios de salud mental deben, por tanto, continuar ayudando a toda la comunidad a cambiar su actitud a la hora de incluir a personas con enfermedad mental como ciudadanos de pleno derecho (por ejemplo, a través de campañas contra el estigma dirigidas a públicos específicos, incluidas aquellas que van dirigidas a los servicios de salud mental -véase Thornicroft, 2006). La comunidad necesita hacer suyo el concepto de recuperación. Como la salud mental y el bienestar, la recuperación es "asunto de todos". (Future Vision Coalition, 2009).

Conclusiones

Todavía creemos que el mayor reto en temas de recuperación es traducir la retórica refinada a cambios tangibles "sobre el terreno". Esperamos que el expresar los retos para las organizaciones, ayude al personal sanitario y a los administradores a asumir los problemas y producir mejoras prácticas.

Este marco teórico puede convertirse en un instrumento de autoevaluación que ayudará a las organizaciones asistenciales a evaluar sus propios procesos de recuperación. Además, puede ayudar a crear un lenguaje común a la hora de "coproducir" un cambio en el sistema y consensuar metas a nivel local ("objetivas" y "subjetivas"). Creemos que es necesario que sea un proceso local, ya que cada servicio de salud mental parte de una situación diferente y será necesario acordar las prioridades a nivel local. Actualmente estamos trabajando para desarrollar ambos enfoques.

Es cierto que cualquier proceso de cambio organizativo no será sencillo o lineal; será complejo, con muchas facetas, dinámico e interactivo. Cada servicio local deberá escoger dónde comenzar y qué metas fijarse. Esperamos que los retos organizativos clave identificados en este documento proporcionen un marco para tomar estas decisiones.

Referencias bibliográficas

Department of Health (2007) *Independence, Choice and Risk: A Guide to Best Practice in Supported Decision Making*. Londres: Department of Health.

Future Vision Coalition (2009) *A Future Vision for Mental Health*. Londres: NHS Confederation.

Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008) *Making Recovery a Reality*. Londres: Sainsbury Centre for Mental Health.

Thornicroft, G. (2006) *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.

Making Recovery a Reality

Autores:

Geoff Shepherd, Jed Boardman y Mike Slade

Publicado en marzo de 2008

© Sainsbury Centre for Mental Health, 2008

Los servicios de salud mental necesitan un cambio radical para centrarse en la recuperación. Necesitan demostrar que son eficaces a la hora de ayudar a las personas usuarias a recuperar sus vidas y de ofrecerles la oportunidad de tomar sus propias decisiones sobre cómo vivirla.

Making Recovery a Reality trata los principios de la recuperación, las habilidades necesarias y los obstáculos para implementar prácticas orientadas hacia la recuperación.

Para obtener material de apoyo, incluidos 10 consejos esenciales, visite nuestro sitio web www.centreformentalhealth.org.uk



Edición en castellano:

Hacer de la recuperación una realidad

© 2008 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
D.L. SE-6337-08

Versión original:

Implementing Recovery. A new framework for organisational change. Position paper. Sainsbury Centre for Mental Health: London, 2009.

Traducción:

M^a Eugenia Andreu, Ángel Luis Mena, Águila Bono y Pablo García-Cubillana.

© 2010 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Documento traducido con el permiso del *Centre for Mental Health*, a iniciativa del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Esta iniciativa forma parte de la línea de trabajo contra el estigma y la discriminación y el fomento de la recuperación, cofinanciada por los fondos para la cohesión territorial 2010 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España.