

# La recuperación y el derecho a la salud

Formación básica de QualityRights de la OMS:  
los servicios sociales y de salud mental

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 and the right to health. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. 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.....	ii
Prefacio .....	ix
Declaraciones de apoyo.....	xi
¿Qué es la iniciativa QualityRights de la OMS?.....	xviii
La iniciativa QualityRights de la OMS: herramientas de formación y orientación .....	xviii
Sobre esta formación y orientación.....	xx
Orientaciones para los formadores .....	xxii
Nota preliminar sobre el lenguaje .....	xxvi
Objetivos de aprendizaje, temas y recursos .....	xxvii
Introducción .....	1
Tema 1. ¿Qué es la salud mental?.....	2
Tema 2. La promoción del derecho a la salud en los servicios sociales y de salud mental .....	12
Tema 3. ¿Qué es la recuperación? .....	19
Tema 4. La promoción de la recuperación .....	27
Tema 5. El papel de los profesionales y de los servicios sociales y de salud mental en la promoción de la recuperación .....	31
Referencias.....	37
Anexo .....	39
Anexo 1. El caso de Youssef .....	39

# 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 de 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, Acui Institute, 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); Celine Cole, Universidad Libre de Berlín (Alemania); Janice Cooper, Carter Center (Liberia); Jillian Craigie, Kings College de Londres (Reino Unido); David Crepaz-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, Asociación de Salud Mental de Indonesia (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 Kudiyarova, 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, Acui 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; Thara Rangaswamy, Schizophrenia Research Foundation (India); Manaas 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 Martinez (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*

La recuperación y el derecho a la salud

Formación básica de *QualityRights de la OMS: los servicios sociales y de salud mental*

**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**

La recuperación y el derecho a la salud

*Formación básica de QualityRights de la OMS: los servicios sociales y de salud mental*

*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](http://www.mhe-sme.org))*

**Peer advocacy in action**

*Vídeo producido y dirigido por David W. Barker, Createus Media Inc. ([www.createusmedia.com](http://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](mailto:info@createusmedia.com) para mayor 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](http://www.epr.eu) – [www.equass.be](http://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](http://www.mhe-sme.org))

### **UNCRPD: What is Article 12 and legal capacity?**

Vídeo producido por *Mental Health Europe* ([www.mhe-sme.org](http://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](http://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 promover 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 negligencia 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 implantar abordajes centrados en la persona y basados en la recuperación, cosa que permitirá prestar una atención y un soporte 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, a 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 mentales 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 abordar el cambio de una manera efectiva, así como impulsar 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 a otros factores, como la «necesidad médica» y la «peligrosidad». Muchos servicios de salud mental recurren con regularidad al aislamiento y a la contención en casos de crisis emocionales y 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 implantar 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 al ingreso hospitalario y al tratamiento involuntario de 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 crucial para los profesionales de los servicios y 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 el hecho de vivir con una discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, como también 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 individuo único, y que satisfaría sus necesidades de recuperación específicas.

El sistema de salud mental no es el único sistema de la sociedad que pone obstáculos que las personas deben superar; el acceso a otras oportunidades de 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 experiencias vividas 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 este. 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 los déficits 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, consideran determinados 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 a los familiares para garantizar que a las personas con demencia no se les siga 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 derecho. 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 ámbito de la salud, respetando los principios y los valores de la CDPD. Los módulos de QualityRights se han elaborado 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 decidir; 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 y 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 a 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 afronta un estado crítico en su salud mental gracias al vínculo generado por la empatía, la escucha, el diálogo abierto, el acompañamiento (en especial, de iguales), el apoyo a 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, Basic Needs 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 e implantación 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 hay lugar para ejercer violencia ni maltratos a 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 elección al acceder a los servicios de salud mental. Este es un elemento fundamental 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 objetivos siguientes:

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 otras normas 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>

# La 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 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 de 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 los 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 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 la 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, si procede, 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 líderes 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 del territorio 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 haya poco tiempo y recursos, se puede adaptar la formación a los conocimientos y la experiencia del grupo, y también 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, los 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 a 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 cambios según las necesidades y los requisitos de la formación en un contexto específico

## Orientaciones 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 sentido 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 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 habrá 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 fundamentales 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 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, legales y técnicos muy especializados, siglas, etc.) y hay que asegurarse de que todo el mundo comprende los conceptos y los 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 formen parte del debate modelos de malestar no médicos y/o culturalmente específicos (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 es necesario adaptar la forma de comunicarse con ellas y utilizar, por ejemplo, materiales audiovisuales, adaptaciones de

lectura fácil y lenguaje de signos, además de ayudarles a redactar algunos ejercicios o permitir que vengan acompañadas de su asistente o asistenta personal.

### Cómo actuar en el contexto legislativo y político actual

Durante la formación, es posible que algunos participantes expresen preocupación en relación con el contexto legislativo o político de su país, porque puede que no esté en consonancia con los estándares 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 nacionales vigentes. Así, por ejemplo, las leyes que prevén ingreso hospitalario y tratamiento involuntarios contradicen el abordaje general de estos módulos de formación. Además, puede parecer que la cuestión sobre el apoyo en la toma de decisiones entra en conflicto con la legislación nacional vigente en materia de tutela. Otra preocupación puede ser que los recursos nacionales para implantar 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 aquellos contextos en los que la legislación y la política contradigan las disposiciones 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 jurídico 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 apoyarlas 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 legislativos 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 se ha concebido 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, se debe tener 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, si procede, en plantear ideas o retos específicos para hacerlos más estimulantes. Si algún participante no quiere participar en algunas de las actividades de la formación, se tiene que respetar.

### 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 estos, 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-guidance-and-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 deben 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 rellenar 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: <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, debe haber 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 sociosanitaria 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

Al final de la formación, los participantes deben ser capaces de:

- Comprender los conceptos de salud mental y bienestar.
- Estudiar qué pueden hacer los servicios de salud mental y otros servicios relacionados para promover la salud y el bienestar de las personas.
- Entender los componentes clave de la recuperación y los obstáculos con que se encuentra.
- Entender el papel de los servicios de salud mental y otros servicios relacionados en la promoción y el apoyo de la salud y la recuperación.
- Explorar de qué manera las personas y los servicios pueden respetar, proteger y reconocer el derecho de las personas a la salud y a la recuperación.

### Temas

**Tema 1.** ¿Qué es la salud mental? (1 hora y 30 minutos)

**Tema 2.** La promoción del derecho a la salud en los servicios sociales y de salud mental (1 hora y 45 minutos)

**Tema 3.** ¿Qué es la recuperación? (1 hora y 35 minutos)

**Tema 4.** La promoción de la recuperación (1 hora y 15 minutos)

**Tema 5.** El papel de los profesionales y los servicios sociales y de salud mental en la promoción de la recuperación (40 minutos)

### Recursos necesarios

- **Las diapositivas que acompañan al curso La recuperación y el derecho a la salud de la formación básica QualityRights de la OMS: los servicios sociales y de salud mental (diapositivas del curso) están disponibles en:** <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>
- **Requisitos de la sala de formación. 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.
  - Disponer de 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.**

### **Duración**

Aproximadamente 6 horas y 40 minutos.

### **Número de participantes**

De acuerdo con la experiencia adquirida hasta el moment, 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.

**Además, para este módulo de formación se necesitan los siguientes recursos:**

Copias del anexo 1 «El caso de Youssef».

## Introducción

Este módulo de la serie de materiales formativos de QualityRights de la OMS explora cómo una propuesta basada en los derechos humanos puede facilitar la recuperación de personas con discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial. Presenta a los participantes los conceptos *salud mental* y *bienestar*, y destaca que son inherentes a las personas, únicos para cada individuo.

Los participantes estudian también el significado del concepto *derecho a la salud* para poder entender de qué forma este derecho está relacionado con el disfrute de todo el resto de derechos humanos, y cómo las vulneraciones de los derechos humanos tienen un impacto negativo inmenso en la salud y el bienestar de las personas. A continuación, el módulo destaca el modo cómo los individuos y los servicios pueden respetar, proteger y satisfacer el derecho de las personas a la salud y el bienestar.

También explora el significado del término *recuperación* y destaca la importancia de garantizar que los usuarios de determinados servicios tomen las riendas de su propia atención y recuperación. Los participantes aprenden de qué manera los planes de recuperación pueden convertirse en herramientas eficaces para ayudar a las personas a vivir una vida que consideren satisfactoria y valiosa, y para reivindicar sus decisiones, voluntades y preferencias en cuanto a la atención y el apoyo. Finalmente, el módulo describe el papel tanto de los profesionales y de los servicios como de los familiares y cuidadores en referencia al apoyo a las personas en su proceso de recuperación.

## Tema 1. ¿Qué es la salud mental?

### Duración del tema

Aproximadamente 1 hora y 30 minutos.

Para empezar, pregunta a los participantes (5 minutos):

¿Qué entendéis por *salud mental*?

Da a los participantes unos minutos para reflexionar sobre el tema y hablar de ello, y haz una lista en la pizarra con sus respuestas.



### **Presentación: ¿Qué quiere decir salud mental? (25 minutos)**

Definir la salud mental y el bienestar no es fácil.

La respuesta a la pregunta «¿Qué es la salud mental?» es fundamentalmente personal y subjetiva. Cada uno debería ser capaz de definir qué entiende por *salud mental*. Por ejemplo:

- La sensación de bienestar interior.
- Sentirse en consonancia con las creencias y valores personales.
- Sentirse en paz con uno mismo.
- Tener un sentimiento positivo y optimista hacia la vida.

Habría que evitar malentendidos del tipo:

- Salud mental equivale a la ausencia de enfermedad o de discapacidad mental.
- La salud mental se puede definir de una manera objetiva.
- Hay unos estándares o criterios específicos para determinar qué es una buena salud mental.

Intentar imponer una definición o unos estándares de buena salud mental aplicables a todo el mundo sería problemático. Se podría emplear para imponer creencias, valores y normas sociales a otras personas y/o para señalar a las personas que no se ajustan a determinadas creencias, valores o normas sociales dominantes en la sociedad. Esto puede llevar a la exclusión, a la discriminación y también a la medicalización de algunos comportamientos considerados «anormales» en determinadas sociedades o contextos.

Este tipo de creencias, valores y normas pueden ser, entre otros, que las personas con una buena salud mental deben poder trabajar, casarse y formar una familia, que deben poder gestionar situaciones de mucha presión y que se deben poder defender en un entorno de trabajo competitivo. A menudo, este tipo de estándares se relacionan con expectativas sociales que tienen que ver con el rol de género o el rol social. Sería un ejemplo la creencia de que los hombres son más asertivos, mientras que las mujeres son más emocionales.

## Salud mental y diagnóstico (2)

Este tema se aborda de diversas maneras para diferentes grupos y personas, tales como diagnósticos de salud mental, diagnósticos psiquiátricos o diagnósticos de trastorno mental. Como término médico, se emplea para describir patrones de experiencias y comportamientos que pueden generar malestar y/o se consideran difíciles de comprender. Incluye etiquetas como depresión, trastorno de ansiedad, esquizofrenia, psicosis, etc. Implica que lo que experimentan las personas son síntomas de enfermedad o problemas de salud.

Sobre el hecho de recibir un diagnóstico, se pueden tener opiniones muy diversas:

- Algunas personas pueden encontrarlo útil porque les proporciona una explicación de sus problemas, les hace pensar que no deben sentirse culpables por las dificultades que tienen y/o les hace sentir menos solos.
- Otros consideran que los diagnósticos estigmatizan a las personas porque implican que les pasa algo en el cerebro. Es una creencia bastante extendida el hecho de que los trastornos de salud mental están causados por un desequilibrio químico o que los factores genéticos son los determinantes principales, aunque no hay pruebas que lo demuestren.
- Los diagnósticos se basan en un juicio de qué es un comportamiento «normal». En cambio, la opinión de qué es un comportamiento «normal» es distinta entre pueblos, grupos y culturas. Lo que se considera «normal» también puede variar bastante dependiendo de qué se espera de una persona según su género o clase social. En ocasiones hay personas que reciben un diagnóstico psiquiátrico porque su comportamiento no es aceptado en su sociedad o cultura.
- Algunas personas también piensan que el diagnóstico que les dan tiene un efecto negativo mayor en su vida y en su bienestar que el malestar emocional o las experiencias propiamente, porque un diagnóstico genera prejuicios y discriminación, y les impide vivir la vida que desean.

Cada uno escoge maneras alternativas de pensar sobre su experiencia:

- Para muchas personas, lo que experimentan puede ser el resultado de uno o más acontecimientos traumáticos que han sufrido en la vida, y su malestar emocional o experiencias poco habituales son respuestas naturales o formas de afrontar este tipo de eventos.
- También pueden explicar su malestar emocional como derivado o causado por un contexto difícil o eventos abrumadores (pobreza, desempleo, problemas en las relaciones, exclusión, discriminación...).
- Otros encuentran en su experiencia un significado espiritual, cultural o de algún otro tipo.

Estas formas alternativas de pensar pueden resultarles útiles a las personas, porque les puede ayudar a superar situaciones o experiencias difíciles y pueden ser un componente clave para su recuperación. Por lo tanto, no es necesario rechazar ni menospreciar estas opiniones.

Sin embargo, muchos profesionales del ámbito de la salud mental y otros ámbitos atribuyen la negativa de algunas personas a aceptar un diagnóstico de salud mental a su «falta de conciencia de la enfermedad».

Es fundamental entender que las personas tienen el derecho a definir sus dificultades, su malestar emocional u otras experiencias de una manera que tenga sentido para ellas. Las personas que sufren malestar emocional deberían poder recibir el apoyo que quieran para alcanzar el estado de salud

mental y bienestar a los que aspiran. Deberían conservar su derecho a recibir apoyo y acogimiento independientemente de cómo entiendan o definan su malestar emocional o sus experiencias. En otras palabras, un diagnóstico no debería ser un requisito previo para recibir atención, apoyo o acogida. La intervención de determinados profesionales o servicios pueden resultar de ayuda, pero también lo pueden ser las relaciones personales, el apoyo entre iguales y algunas actividades como la relajación, el yoga o el deporte.

Para más información sobre este tema, los participantes pueden encontrar útiles las publicaciones siguientes: A short guide to psychiatric diagnosis. Mental Health Europe; 2018 <https://mhe-sme.org/wpcontent/uploads/2018/09/A-short-guide-to-Psychiatric-Diagnosis-FINAL.pdf> [consulta: 1 de noviembre de 2018].

Understanding psychiatric diagnosis in adult mental health. The British Psychological Society <https://www.bps.org.uk/system/files/userfiles/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/DCP%20Diagnosis.pdf> [consulta: 4 de julio de 2017].

Understanding psychosis and schizophrenia. The British Psychological Society; 2014 [https://www1.bps.org.uk/system/files/Public%20files/rep03\\_understanding\\_psychosis.pdf](https://www1.bps.org.uk/system/files/Public%20files/rep03_understanding_psychosis.pdf) [consulta: 8 de julio de 2018].

## Interrelación entre salud mental y salud física

Pregunta a los participantes:

¿En qué medida vivir con una discapacidad o trastorno físico puede influir en la salud mental y el bienestar?

Solicita a los participantes que hagan una lista de retos o efectos negativos y también de posibles efectos positivos. Si se sienten suficientemente cómodos, los participantes pueden aportar ejemplos de su propia experiencia.

Ejemplos de dificultades o efectos negativos:

- Sufrir dolor.
- Sentirse aislado o sentirse diferente.
- La discriminación.

Ejemplos de efectos positivos:

- Experiencia en la superación de dificultades.
- Haber desarrollado resiliencia.
- Formar parte de un movimiento de personas con discapacidad.
- Notar los efectos positivos de las redes de apoyo.

Aunque las personas con discapacidad o enfermedad física pueden afrontar los problemas de salud mental igual que el resto de personas, a menudo les resulta más difícil acceder al apoyo correspondiente. Puede deberse, por ejemplo, a que los profesionales de los servicios dan por hecho que el malestar emocional de una persona radica en su discapacidad física y no les reconocen las mismas tensiones, presiones y dificultades que afectan a la vida de cualquier otra persona. Sin embargo, las tensiones relacionadas con el trabajo, las relaciones, los eventos de la vida y otros también afectan a las personas con discapacidad física. En otros casos, puede que los profesionales de los servicios reconozcan los problemas de salud mental que afronta una persona con discapacidad física, pero pueden pensar que no tienen suficientes conocimientos para darle el apoyo necesario.

Es muy importante que los servicios sociales y de salud mental dediquen la misma atención y apoyo a las necesidades de las personas con discapacidad o problemas físicos que dedican a las necesidades de otras personas.



### **Ejercicio 1.1: ¿Qué os ayuda a gozar de la salud mental y del bienestar? (30 minutos)**

Este ejercicio está concebido para que los participantes puedan analizar qué elementos contribuyen a su salud mental y bienestar. Como punto de partida, es un buen momento para que el grupo haga una lluvia de ideas y comparta qué entiende por factores clave y determinantes del bienestar mental.

- ¿Qué os ayuda a sentirnos bien mental y emocionalmente?

Solicita a los participantes que se separen en grupos de 5 personas. Ofréceles 5-10 minutos para que hagan un debate entre ellos.

Tras el debate en el grupo reducido, reagrupa a los participantes para que todos puedan aportar sus ideas al grupo grande (es decir, todo el grupo participará en el debate) con un diagrama. Utiliza una pizarra para crear el gráfico (como el de la figura 1 siguiente): escribi en ella «salud mental y bienestar» en el centro y ve añadiendo factores y elementos determinantes que contribuyan a la salud mental y al bienestar como si fueran «ramas» que parten de estas palabras centrales. Ve añadiendo «ramas» a medida que los participantes aporten ideas a lo largo del debate. Puedes añadir otras ideas relacionadas en forma de lista debajo de cada rama y guiar a los participantes para que establezcan relaciones entre las categorías.

La figura muestra una posible manera de categorizar factores y determinantes clave de la salud mental y el bienestar: la actitud hacia uno mismo, las relaciones con otras personas, su objetivo en la vida, la superación de dificultades y la salud física.

Ten en cuenta que el diagrama de la figura 1 es solo un ejemplo y no es exhaustivo. Los participantes deben aportar ideas y listas propias.

También es importante tener en cuenta que este ejercicio consiste en determinar qué son la salud mental y el bienestar para los participantes. Es necesario que entiendan que las respuestas que den serán únicas y que no son ni correctas ni incorrectas. Algunos participantes pueden dar, por ejemplo, una gran importancia a la salud física (hacer ejercicio, comer como es debido, etc.) para alcanzar el bienestar, mientras que otros tal vez no. Hazles entender que no es necesario que estén todos los elementos del diagrama para disfrutar de una buena salud mental y bienestar.



**Figura 1.** Diagrama de red de elementos relacionados con la salud mental

Algunas de las posibles respuestas que los participantes pueden dar son:

- **Actitud hacia un mismo**
  - Tener una autoestima positiva / tener confianza / estar contentos con quien somos / sentir que importamos.
  - Sentirse empoderado para poder manifestar la propia opinión.
  - Respetarse a uno mismo.
  - Sentirse empoderado para desplegar todo el potencial personal posible.
  - No sufrir.
- **Objetivo en la vida**
  - Tener esperanzas sobre la vida y el futuro.
  - Tener el deseo de vivir una vida plena.
  - Sentirse motivado.
  - Poder definir y lograr objetivos en la vida.
  - Tener perspectivas positivas.
  - Tener la capacidad de disfrutar de la vida.
  - Experimentar un crecimiento personal.
- **Relaciones con los demás**
  - No ser acosado ni discriminado, ni ser objeto de violencia.
  - Tener un sentimiento de pertenencia.
  - Sentirse respetado como persona de pleno derecho.
  - Tener un vínculo emocional con familiares y amigos.
  - Formar parte de una comunidad.

- Estar cómodo con otras personas.
  - Dejar que nos gusten otras personas y hacer que confíen.
  - Poder expresar nuestra opinión y que los demás la escuchen.
  - Tener una red de personas en quien poder confiar y que nos apoye.
- **Necesidades básicas**
    - Comida y agua limpia.
    - Cobijo.
    - Ropa.
    - Atención de salud.
    - Seguridad económica.
    - Educación.
    - Higiene.
    - Seguridad personal.
- **Implicación**
    - Participar en actividades que nos compensen como personas.
    - Obtener satisfacción del trabajo o de otras actividades.
    - Tener acceso a actividades de ocio, culturales o espirituales escogidas voluntariamente.
    - Tener un papel dentro de la comunidad y ser respetado.
    - Sentirse bienvenido en los eventos comunitarios y participar en ellos.
- **Superación de dificultades**
    - Tener confianza para tomar decisiones.
    - Tener resiliencia.
    - Tener capacidad para gestionar la frustración.
    - Gestionar los cambios que se produzcan en el entorno y en la vida.
    - Mantener el equilibrio entre el trabajo y la vida familiar.
    - Poder concentrarse y gestionar actividades.
    - Superar obstáculos y satisfacer aspiraciones.
- **Control sobre la propia vida**
    - Autonomía.
    - Poder modelar la propia vida y la propia recuperación.
    - Tener voz en las decisiones de la comunidad.
    - Sentir que nuestros deseos se escuchan y respetan.

El control que tenemos y las decisiones que tomamos están fuertemente relacionados con el derecho a la capacidad jurídica (artículo 12 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad o CDPD) (3). Este tema se trata en el módulo *La capacidad jurídica y el derecho a decidir* y en el módulo *El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas*.

Hay que tener en cuenta que los profesionales de la salud mental y otros profesionales a menudo se concentran en tratar solo algunos elementos que afectan a la salud mental, pero pasan por alto otros elementos clave que afectan de una manera positiva a la salud mental y al bienestar –como el

equilibrio, los objetivos y el hito que supone alcanzarlos, y el trabajo—, aunque los consideran elementos positivos importantes para su propia salud mental y bienestar (4).



### **Presentación: La protección y la promoción de la salud mental y del bienestar (25 minutos)**

#### **¿Qué puede afectar de una manera negativa en la salud mental y el bienestar?**

Al principio de esta presentación, hazles a los participantes la pregunta siguiente:

¿Cuáles son los factores que pueden tener un efecto negativo o actuar como obstáculos para la salud mental y el bienestar?

Deja tiempo a los participantes para que aporten ideas en respuesta a esta pregunta.

Hay muchos factores que influyen en la salud mental y el bienestar. Algunos los podemos controlar y otros, no. Es muy importante tener en cuenta que los factores sociales son fundamentales para la salud mental y el bienestar.

A continuación, muestra a los participantes esta lista de factores:

- **Pobreza:** no disponer de unos ingresos suficientes para satisfacer las necesidades básicas perjudica la salud mental y el bienestar porque genera toda una serie de problemas sociales y psicosociales (estrés, ansiedad, enfado, abuso de sustancias, etc.). La pobreza también impide el acceso a alimentos nutritivos, ayuda especializada, alojamiento adecuado, servicios y tratamiento en caso de enfermedad, y eso puede tener repercusiones graves sobre la salud.
- **Desigualdad:** las disparidades y desigualdades entre los diversos grupos de personas que integran la sociedad pueden afectar a la salud mental y al bienestar de algunas personas de manera negativa cuando sienten que disponen de menos recursos y oportunidades y menos seguridad que otras personas. Si una persona o grupo cree que está en situación de desventaja en cuanto a la participación o cree que existen obstáculos que le impiden participar si se compara con otra persona o grupo (por ejemplo, si recibe un sueldo desigual por el mismo trabajo o una atención sanitaria de peor calidad), esto puede afectar negativamente a su salud mental y bienestar.
- **Aislamiento social y soledad:** las personas que viven en comunidades que no son inclusivas tienen una sensación de marginación y exclusión que afecta negativamente su salud mental y bienestar. Además, si no tienen acceso a una red de familiares o amigos que los apoyen, también es probable que se resienta su salud mental y bienestar. Se ha descubierto que el aislamiento es un factor de riesgo importante en cuanto a la mortalidad (5).
- **Bajo nivel de estudios:** un bajo nivel de estudios reduce las oportunidades de participar de una manera activa y completa en la sociedad, de acceder a servicios y ayudas, y de encontrar trabajo.
- **Cambios sociales rápidos:** que la sociedad cambie rápidamente (en el ámbito económico, político, religioso, familiar, educativo, científico, tecnológico, etc.) puede influir en los valores sociales, las creencias y los comportamientos, y esto puede afectar nuestro bienestar y la manera en que vivimos. Además, algunos acontecimientos en nuestra vida (como perder a un familiar, quedarse sin trabajo o ingresos, comenzar un nuevo trabajo o tener hijos) pueden

generar sentimientos y emociones muy fuertes que pueden poner a prueba la salud mental y el bienestar.

- **Emergencias:** durante las situaciones de emergencia y una vez estas se han sucedido, las personas suelen afrontar dificultades (separaciones familiares, sobreocupación de espacios, falta de seguridad, falta de comida y de otros recursos, falta de intimidad, internamente en campos de refugiados y en otros espacios...) que tienen una repercusión negativa sobre la salud mental y el bienestar y que pueden tener efectos de larga duración.
- **Condiciones de trabajos estresantes:** una exigencia excesiva, la falta de apoyo y de ánimos, la preocupación por la seguridad y los riesgos para la salud en el entorno de trabajo pueden hacer que una persona se sienta vulnerable, infravalorada e incapaz de gestionar la situación.
- **Discriminación y otras vulneraciones de los derechos humanos:** cuando una persona se siente discriminada por factores sociales —como el género, la edad, una discapacidad, el estatus de migrante y otros factores— y siente que se le niegan derechos, los sentimientos de valía personal, la confianza, el control sobre su vida y la esperanza en el futuro, sufre un impacto negativo.
- **Violencia y abusos:** además de los graves efectos sobre la salud física, la violencia y los abusos tienen muchos más efectos psicológicos negativos, como los traumas, el miedo, la soledad, el enfado, la depresión, la ansiedad, los pensamientos de suicidio o la pérdida de confianza en la comunidad. La violencia por cuestión de género también tiene una alta prevalencia: muchas mujeres, chicas y personas transgénero, por ejemplo, son objeto de malos tratos físicos, abusos sexuales y malos tratos emocionales que tienen efectos graves sobre la salud mental y el bienestar.
- **Problemas de salud física:** las enfermedades y los problemas físicos pueden implicar obstáculos y dificultades diarias. Si una persona (o alguien cercano) sufre una enfermedad física crónica, se puede encontrar que necesita superar más obstáculos y hacer más adaptaciones para poder vivir plenamente.
- **Servicios o ayuda inexistentes o inadecuados:** sin un acceso a las ayudas o a los servicios sociales o de salud adecuados, una persona puede ser incapaz de gestionar estos factores. Unos servicios inadecuados pueden empeorar los problemas y comportar más vulneraciones de los derechos humanos, lo que también tiene un efecto negativo en la salud mental y el bienestar.

Estos factores pueden interactuar y afectar a la salud mental y al bienestar de maneras diferente en grupos diferentes de personas.

También hay que recordar, con relación a las personas con discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial, que a veces la estigmatización, las actitudes negativas, la discriminación y otras vulneraciones de los derechos humanos que deben afrontar son los factores que tendrán el máximo impacto negativo en sus vidas.

Los instrumentos en materia de derechos humanos tienen como objetivo proteger a las personas de los factores descritos más arriba. Muchos instrumentos protegen de una manera específica el derecho a la salud.

## **El derecho a la salud como derecho humano**

El derecho a la salud se ha recogido en tratados e instrumentos en materia de derechos humanos internacionales y regionales, y también en constituciones de los estados de todo el mundo.

El derecho a la salud, junto con sus elementos esenciales, se articuló por primera vez en la Constitución de la OMS de 1946. La Constitución de la OMS establece: «La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» y «Poder conseguir el disfrute del grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social» (6).

El derecho a la salud también está incluido en otros instrumentos y tratados de las Naciones Unidas, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 1948) y el artículo 12 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966). Según este último tratado, para que se pueda alcanzar el nivel más alto de salud mental y física es necesario que los gobiernos garanticen que los servicios de salud, que incluyen los servicios de salud mental, estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad (7).

El derecho a la salud también está incluido en el artículo 25 de la CDPD. Este artículo destaca las implicaciones del derecho a la salud para las personas con discapacidad. El derecho a la salud significa salud inclusiva, es decir, que los gobiernos tienen el deber de velar por que todas las personas puedan vivir con una salud física y mental óptima, y que nadie sea excluido debido a su discapacidad. Eso implica garantizar el acceso a los servicios de apoyo escogidos en función de la voluntad y las preferencias de la persona que los necesita, además de crear entornos saludables, que tengan en cuenta las cuestiones de género y estén orientados hacia la inclusión y el bienestar.

El disfrute del derecho a la salud está relacionado con el disfrute de todo el resto de derechos humanos. Por ejemplo, para poder disfrutar del derecho a la salud, una persona no debe sufrir explotación, violencia ni abusos, y es necesario que tenga un estándar de vida y una protección social adecuados. Por otra parte, las vulneraciones de los derechos humanos tienen una repercusión negativa enorme en la salud mental. Por ejemplo, alguien que sufra explotación, violencia y abusos es más proclive a sufrir malestar emocional. Asimismo, la pobreza en las condiciones de vida, la discriminación y la falta de acceso a la protección social pueden tener efectos negativos en la salud mental de las personas.

Muestra a los participantes el vídeo siguiente para ilustrar qué significa *salud inclusiva*:

Inclusive health overview, Special Olympics [3:17] <https://youtu.be/CDGpKMgKWbU> [consulta: 9 de abril de 2019].

## **Fomentar la salud mental y el bienestar**

Es fundamental crear entornos y condiciones de vida que puedan contribuir a una buena salud mental y bienestar. Como personas, todos podemos hacer algo para fomentar la salud mental y el bienestar de los demás. Por ejemplo, podemos tratar a los demás con dignidad y respeto, podemos apoyar a nuestros familiares cuando necesitan apoyo emocional, podemos hacer de mediadores entre algunas personas y defender las opciones de apoyo más adecuadas para ellas, etc. Podemos defender entornos y condiciones de vida mejores, luchar contra la pobreza y la injusticia social como factores determinantes de una mala salud mental y trabajar en pro de que nuestras comunidades sean más justas para todos.

Los servicios de salud mental y los servicios sociales también tienen un papel y una responsabilidad clave para garantizar que ofrecen atención y apoyo de calidad basados en las decisiones libres e informadas de los usuarios. Eso fomentará la inclusión en la comunidad, la autonomía y el respeto por la voluntad y las preferencias de la persona. La atención institucional no es compatible con estos objetivos o con el derecho a la salud. La CDPD hace un llamamiento a los profesionales para que empleen sus conocimientos, habilidades y capacidades para crear, impulsar y reforzar servicios de calidad.

## Tema 2. La promoción del derecho a la salud en los servicios sociales y de salud mental

### Duración del tema

Aproximadamente 1 hora y 45 minutos.



### Ejercicio 2.1: Grandes diseños (45 minutos)

Al principio del ejercicio, explica a los participantes que:

- El objetivo de este ejercicio **no** es dar a entender que los hospitales psiquiátricos u otras instituciones pueden convertirse en buenos lugares para vivir o permanecer allí durante una temporada larga. Las personas **nunca** deberían tener que residir en instituciones.
- Habría que eliminar los centros de salud mental que estén aislados o desconectados de la comunidad y sustituirlos por servicios sociales y de salud mental que se ofrecieran en la comunidad.
- Cuando una persona prefiere estar en un lugar que no es su casa, debería tener acceso, por voluntad propia, a servicios comunitarios a corto plazo que respetaran completamente sus derechos, como las viviendas residenciales que apoyan a la comunidad (como las casas Soteria) o las unidades de salud mental de alta calidad de los hospitales generales.

El objetivo de este ejercicio es pedir a los participantes que piensen qué características les gustaría encontrar en servicios de salud mental que ofrecieran estancias a corto plazo de una manera voluntaria, que estuvieran disponibles para personas con discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial, dentro de la comunidad para que el servicio fuera acogedor, cómodo y deseable.

Pide a los participantes que se distribuyan en tres grupos.

Pregúntales lo siguiente:

En primer lugar, pensad en el entorno **actual** de un servicio hospitalario o residencial de salud mental (por ejemplo, el que utilizéis o hayáis utilizado hace tiempo, aquel donde trabajáis o que hayáis visitado alguna vez).

Después, iniciad un debate y comparad **cómo creéis que debería ser**. Documentad todo lo que averigúéis porque más adelante se os pedirá que hagáis un informe.

Se darán a cada grupo cinco ámbitos distintos para reflexionar y, al final de todo, se pondrán en común todas las ideas.

El **grupo 1** se concentrará en el entorno físico de un servicio hospitalario o residencial de salud mental. Los miembros de este grupo deberán pensar en la privacidad, la seguridad y qué hace que el entorno sea cómodo.

Para comenzar la conversación, podéis formular algunas preguntas si son adecuadas al contexto de los participantes, como, por ejemplo:

- ¿El edificio está en buenas condiciones materiales?
- ¿El edificio está ubicado dentro de la comunidad y se accede fácilmente (por ejemplo, en transporte público, etc.)?
- ¿Cómo es de accesible el edificio? ¿Podría acceder cualquier persona? ¿Incluso las personas que tienen dificultades de movilidad, los usuarios en sillas de ruedas, etc.?
- ¿Los usuarios tienen zonas de descanso cómodas?
- ¿Disponen de espacios privados, tales como lugares para guardar sus pertenencias personales?
- ¿Los usuarios disponen de un cuarto de baño limpio y de ducha u otras instalaciones de baño que les proporcionen intimidad?
- ¿Es un entorno higiénico?
- ¿El entorno está diseñado para que sea seguro y no conlleve riesgos para la salud o el bienestar de los usuarios?
- ¿Dónde y cómo se prepara la comida? ¿Se la preparan los mismos usuarios?
- ¿Existe la posibilidad de que los usuarios personalicen el entorno según su cultura, intereses y preferencias personales? ¿Pueden añadir elementos de decoración y personales?

El **grupo 2** se concentrará en el ambiente general del servicio hospitalario o residencial de salud mental. Los miembros de este grupo deberán pensar en todas las reglas formales o no escritas que regulan el comportamiento y la comunicación en estos dos entornos. También deberán considerar la manera en que cada entorno se relaciona con la comunidad local e interactúa.

Para empezar la conversación, algunas preguntas pueden ser:

- ¿Cómo describiríamos el ambiente general?
- ¿Hay reglas sobre el respeto a la intimidad?
- ¿Cómo se comportan los usuarios entre ellos?
- ¿Cómo se hablan los usuarios en este entorno?
- ¿Pueden hablar de una manera libre y abierta siempre que quieran?
- ¿Hay oportunidades para hacer amistades o establecer contactos sociales estrechos?
- ¿Los usuarios pueden usar medios de comunicación (teléfonos móviles, Internet, etc.)?
- ¿Llevan uniforme o cada uno puede vestir como le gusta? ¿Deben ir en pijama durante el día?
- ¿Cómo se habla a los residentes, cómo se les dirigen los profesionales del centro?
- ¿Pueden llevar a cabo actividades culturales, religiosas o de ocio?
- ¿Pueden entrar y salir del centro cuando quieran?
- ¿Hay alguna normativa relativa a las visitas que reciben y los horarios de visita?
- ¿Hay una interacción regular con la comunidad local? ¿Participan los usuarios en las actividades de la comunidad local?
- ¿Se celebran eventos sociales y familiares?
- ¿Se observan diferencias con respecto a las dinámicas de poder? (Es decir, ¿todo el mundo tiene el mismo estatus o hay jerarquías de poder, por ejemplo, dentro del servicio o entre

usuarios del servicio y el personal? ¿Hay personas que normalmente se encargarían de tomar las decisiones en su casa a quien se les niegue esta oportunidad dentro del servicio y, por tanto, se sientan impotentes?)

Solicita a cada grupo que resuma el debate que han sostenido. Al final, pregunta lo siguiente a los participantes en voz alta:

¿Creéis que algunos de los cambios de los que se ha hablado se podrían aplicar al servicio que conocéis? ¿Sería difícil?

Acaba el ejercicio explicando a los participantes lo siguiente:

Tanto el entorno físico como el ambiente general de los servicios sociales y de salud mental tienen un impacto relevante en la salud mental y el bienestar de las personas. Que un ambiente sea agradable y estimulante y que la gente se sienta segura, respetada y ayudada es clave para garantizar que los servicios satisfacen las necesidades y las expectativas de los usuarios.

A pesar de todo, por cuestiones inherentes, algunos servicios no respetan los derechos de los usuarios ni fomentan el bienestar (por ejemplo, instituciones descuidadas y aisladas de la comunidad) y habría que cerrarlos y sustituirlos por servicios comunitarios que respeten los derechos de las personas.

Como ejemplo de servicio comunitario, proyecta el siguiente vídeo a los participantes:

Seher, Programa Comunitario de Salud Mental en Pune (India). Bapu Trust for Research on Mind and Discourse, 2013 (5:12) <https://youtu.be/Ozqq5rET9kk> [consulta: 9 de abril de 2019].



### **Ejercicio 2.2: ¿Este servicio da un apoyo adecuado a la salud mental? (25 minutos)**

Explica a los participantes que la finalidad de este ejercicio es examinar en más profundidad qué se puede hacer para crear un mejor entorno en un servicio que sea beneficioso para todos. Si los participantes no están directamente relacionados con ningún servicio de salud mental concreto ni con ningún otro servicio de este tipo, hazles pensar en uno que puedan conocer o con el que estén familiarizados. Este ejercicio no pretende juzgar ni culpar a nadie. Anima a los participantes a compartir abiertamente sus pensamientos para que puedan intercambiar ideas con una finalidad puramente didáctica.

Solicita de los participantes una lluvia de ideas para responder a la pregunta siguiente:

- ¿De qué manera fomenta la salud mental y el bienestar vuestro servicio?
- Reflexiona sobre la relación entre el respeto por los derechos humanos en el servicio y el fomento de la salud mental y el bienestar.
- Intentad ir más allá de debatir solo «tratamientos» de salud mental. Examinad y tened en cuenta lo dicho en ejercicios y debates anteriores sobre los diferentes elementos que

contribuyen a la salud mental y al bienestar (incluidos los factores sociales determinantes de la salud mental).

Escribe las ideas de los participantes en la pizarra. Piensa que dichas respuestas pueden variar considerablemente por las diferencias entre servicios. Anima a los participantes a describir situaciones y ejemplos reales extraídos de sus servicios.

A continuación tienes una lista de posibles respuestas:

- Tener personal comprensivo que escuche a las personas y las trate como seres humanos que merecen amabilidad y respeto.
- No forzar a los usuarios a someterse a tratamientos ni a intervenciones que no desean.
- Contratar a trabajadores que los usuarios sientan como iguales para que les ofrezcan esperanza, ayuda y ánimos.
- Fomentar la autonomía y la toma de decisiones autónoma, y respetar los deseos y preferencias de los usuarios del servicio.
- Transmitir mensajes esperanzadores y positivos sobre el bienestar y la recuperación.
- Ofrecer una atmósfera que fomente y contribuya a la recuperación (que sea agradable, segura, amable, no estresante y no discriminatoria).
- Ofrecer a los usuarios con necesidades de salud física la atención adecuada.
- Dar la cantidad de agua y comida adecuada y suficiente.
- Ofrecer actividades sociales y deportivas.
- Ofrecer iniciativas de autoayuda.
- Ayudar a los usuarios a construir sus propias redes sociales.
- Ofrecer asesoramiento y psicoterapia.
- Hacer de enlace entre los usuarios y los servicios, ayudas sociales y las estructuras que facilitan la oportunidad de conseguir una vivienda.
- Fomentar el acceso a oportunidades educativas y de empleo / generadoras de ingresos.

A continuación, plantea a los participantes la pregunta siguiente, teniendo en cuenta que algunas respuestas quizás ya han salido en la pregunta anterior:

- ¿Qué hace vuestro servicio para fomentar la salud mental y el bienestar, y cómo puede mejorar?

A continuación se reproduce una lista de posibles respuestas:

- No forzar a los usuarios a someterse a tratamientos ni intervenciones que no desean; ofrecerles alternativas que consideren aceptables.
- Escuchar las preocupaciones personales de cada usuario; preguntarles qué les haría sentirse mejor.
- Ayudar a los usuarios sin ningún tipo de discriminación cuando necesiten ayuda.
- Empoderar a los usuarios a expresar sus deseos de manera proactiva.
- Ser flexibles a la hora de satisfacer las diversas necesidades de apoyo.
- Ayudar a los usuarios a desarrollar habilidades de gestión que puedan aplicar a situaciones difíciles.
- Tratar a los usuarios con dignidad y respeto.

- No chillar a los usuarios ni tratarlos de forma desagradable; no someterlos a ningún tipo de violencia ni abusos.
- Si el entorno del servicio es deprimente, lóbrego, incómodo o poco higiénico, hacer cambios y mejoras para que se convierta en un espacio más agradable.
- Velar por que se permita a los usuarios ver a la familia y a los amigos cuando quieran, de manera que puedan seguir su actividad y puedan seguir también los eventos de la comunidad a través de las redes sociales.
- Velar por que los usuarios no queden aislados de sus redes sociales.
- Pedir a los usuarios cómo creen que el personal y el servicio puede mejorar la atención que les ofrecen y qué les haría sentirse mejor y más satisfechos.
- Informar a los usuarios sobre el abanico de propuestas que les pueden ayudar a recuperarse.
- Hablar con los usuarios y hacer todos los esfuerzos posibles para comprenderlos y entender sus necesidades y demandas particulares, incluidas las necesidades relativas a cuestiones de género, asequibilidad, requisitos lingüísticos, etc.
- Poner a los usuarios en contacto con iguales que los puedan ayudar.
- Dar mensajes positivos de esperanza y mensajes que transmitan la idea de que los usuarios pueden llevar una vida plena de satisfacción y éxito, aunque tengan síntomas de algún trastorno de salud mental.
- Hacer que el entorno sea menos opresivo; velar por que las personas se sientan libres para mostrarse tal y como son y se expresen en toda su diversidad.
- Organizar algún tipo de formación para sensibilizar a los profesionales de los servicios en materia de género.



**Presentación: El papel de los servicios sociales y de salud mental en la promoción de la salud física (15 minutos)**

A menudo se desprecian las necesidades de salud física de las personas usuarias de los servicios sociales y de salud mental.

- Algunos tratamientos prescritos por los servicios sociales y de salud mental (como la medicación) pueden tener efectos muy graves sobre la salud física (8, 9, 10). Es muy importante informar a las personas sobre estos riesgos potenciales para que puedan dar o negar su consentimiento a someterse a estos tratamientos.
- Además, a los usuarios de estos servicios a menudo no se les hace ninguna evaluación ni se les prescribe ningún tratamiento para los problemas de salud física.
- Esto puede convertirse en problemático porque algunos temas de salud mental pueden tener causas físicas.
- Además, las personas con discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial pueden correr el riesgo de sufrir problemas de salud física, como diabetes y enfermedades cardiovasculares, que pueden estar causadas por el estilo de vida pero que también pueden ser el resultado de un efecto directo de la medicación.
- A las personas con discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial no siempre se les toma en serio cuando se quejan de síntomas de salud física: se desprecian sus quejas porque se consideran consecuencia del trastorno mental que se les ha diagnosticado.

- Finalmente, a las personas con discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial a veces se les niegan servicios de salud o deben esperar más tiempo para conseguirlos porque se da prioridad a otras personas.
- En consecuencia, estos usuarios tienen un riesgo más alto de sufrir enfermedades letales y muerte prematura.

Como hemos visto en el módulo *Los derechos humanos*, los estudios revelan que las personas con trastorno grave de salud mental mueren de media entre diez y veinte años antes que el resto de la población (11, 12).

Así pues, es crucial que estas personas tengan acceso al abanico de servicios de salud física disponibles para el resto de la población. Además, los estándares de atención en salud física que reciben deberían ser de una calidad equivalente.

Los servicios sociales y de salud mental:

- Ofrecer información precisa y exhaustiva sobre los posibles efectos nocivos de los tratamientos.
- Prestar especial atención a cualquier efecto adverso de la medicación en la salud física o mental (como discinesia tardía, diabetes, problemas renales, problemas hepáticos, aumento de los pensamientos de suicidio, agitación o agresividad).
- Escuchar las quejas, hacer preguntas periódicamente y hacer reconocimientos para averiguar si la persona experimenta efectos adversos.
- Contribuir al retiro de la medicación cuando la persona que la recibe lo desee.
- Evitar prescribir múltiples fármacos.
- Evitar fomentar la idea del desequilibrio químico o trastorno mental para que no disuada a los usuarios de considerar otras soluciones no farmacológicas que pueden ser beneficiosas para comprender y tratar el malestar emocional que viven.



### **Ejercicio 2.3: ¿Presta mi servicio un apoyo adecuado a la salud física? (15 minutos)**

Pide a los participantes que reflexionen sobre las preguntas siguientes:

- ¿Qué hace mi servicio para fomentar la salud física?

Pueden ser posibles respuestas:

- Las quejas de los usuarios del servicio en materia de salud siempre se toman en serio.
- Los usuarios se derivan al médico de cabecera o a un hospital cuando necesitan asesoramiento o un tratamiento más especializado por problemas de salud física.
- Cuando los usuarios llegan al servicio se les hace un examen completo de salud física y se les prescribe un tratamiento adecuado.

Una vez más, cuando plantees la pregunta siguiente, ten en cuenta que los participantes quizás ya han respondido algunos puntos.

- ¿Qué puede hacer el servicio para mejorar el acceso a la atención y a los servicios de salud física?

Pueden ser posibles respuestas:

- El servicio podría ofrecer más información sobre salud sexual y reproductiva y sobre salud física.
- El servicio podría dar comida más saludable.
- El servicio podría ofrecer más oportunidades de hacer ejercicio físico (por ejemplo, prácticas deportivas, paseos, etc.).
- El servicio podría facilitar derivaciones a otros servicios de salud.
- El servicio podría facilitar el acceso a ayudas relacionadas con los regímenes y procedimientos de los seguros sanitarios.
- El personal podría estar más atento y pendiente de las necesidades de salud física de los usuarios.

## Tema 3. ¿Qué es la recuperación?

### Duración del tema

Aproximadamente 1 hora y 35 minutos.



### Ejercicio 3.1: Sentirse mejor (40 minutos)



**Advertencia:** Esta actividad podría provocar respuestas emocionales fuertes en algunas personas.

Es necesario que los formadores lo tengan en cuenta. Antes de esta actividad, los formadores harán saber a los participantes que deben sentirse libres para expresar sus emociones, o para hacer una pausa o salir de la sesión de formación hasta el final de la actividad. El formador también debe tener presente cualquier signo de malestar que muestren los participantes y estar preparado para apoyarlos (*consultar el documento orientación para los formadores*).

Este ejercicio está concebido para animar a los participantes a reflexionar sobre los retos y los factores positivos involucrados en el proceso de recuperación.

Para comenzar, pregunta a los participantes lo siguiente:

- **Pensad en un momento en el que os hayáis tenido que recuperar de algo (puede ser recientemente o hace tiempo)**, como combatir una enfermedad física, perder a alguien que queráis, ser víctima de abusos, perder un trabajo o una oportunidad importante. Puede ser cualquier cosa que se os ocurra, no es necesario que esté relacionada con la salud mental.
- ¿Qué cambios emocionales vivisteis?
- ¿Cómo los gestionasteis (tanto positiva como negativamente)?
- ¿Qué dificultades encontrasteis en el proceso de recuperación?

Después de hablar de ello, pregunta a los participantes lo siguiente:

- ¿Qué os ayudó a rehaceros de/superar aquella situación?

Da a los participantes entre 2 y 3 minutos para pensar o escribir sus experiencias de recuperación personales. Les puede ser útil imaginarse la recuperación como un viaje. Pide a uno o más voluntarios que compartan su experiencia. El objetivo es animar al grupo a reflexionar sobre qué elementos intervienen generalmente en el proceso de recuperación.

Después, muéstrales la siguiente tabla:

Una investigación realizada en Escocia revela que, entre los factores que hallamos en la senda hacia la recuperación, se encuentran los siguientes (13):

Identidad	Relaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confianza</li> <li>• Esperanza y optimismo</li> <li>• Autoaceptación, responsabilidad, creencia y estimación</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Conciencia</li> <li>• Superar las etiquetas</li> <li>• Reclamar poder y autodeterminación</li> <li>• Pertenencia: identidad cultural, social y comunitaria</li> <li>• Activismo</li> <li>• Espiritualidad</li> <li>• Superación</li> <li>• Control de la situación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amistades</li> <li>• Relaciones familiares que ayudan</li> <li>• Relaciones íntimas (por ejemplo, la pareja)</li> <li>• Crianza de los hijos</li> <li>• Personas consideradas iguales</li> <li>• Animales de compañía</li> <li>• Profesionales de los servicios</li> <li>• Confianza y reconocimiento mutuos</li> <li>• Relaciones que alimentan la esperanza</li> </ul>
Compromiso y búsqueda de sentido y objetivos	Servicios y ayuda
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que se considere la valía personal</li> <li>• Tener papeles significativos</li> <li>• Voluntariado, trabajo, carrera profesional y formación</li> <li>• Aprender cosas sobre uno mismo y sobre la enfermedad que se padece</li> <li>• Participación en la comunidad y en la sociedad</li> <li>• Comunidades y vivienda</li> <li>• Ejercicio y creatividad</li> <li>• Experiencias de otras personas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirse informado y con control</li> <li>• Continuidad y flexibilidad</li> <li>• Tratamientos y terapias</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Apoyo por parte de iguales</li> <li>• Relaciones, actitudes y poder</li> <li>• Ayudas a la vivienda y la comunidad</li> <li>• Seguridad económica</li> </ul>

Pregunta a los participantes:

¿De qué manera esta tabla se parece a los factores que consideráis que fueron importantes en vuestro proceso de recuperación? ¿En qué forma es diferente?

Es probable que los participantes identifiquen unos cuantos factores comunes.

Una vez identificadas las similitudes, destaca lo siguiente:

- Es importante tener en cuenta que los factores de recuperación de esta tabla no son aplicables solo a personas con discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial. Todo el mundo se recupera o se ha recuperado alguna vez de algo en la vida. Por lo tanto, son factores de recuperación que se pueden aplicar a cualquier persona.
- No obstante, la recuperación puede resultar más dificultosa para algunas personas que para otras porque se recuperaron de experiencias diferentes en contextos absolutamente dispares.

También hay que tener en cuenta que cada persona se puede encontrar en un estadio muy diferente en su proceso de recuperación.



### **Presentación: La recuperación (14) (50 minutos)**

El objetivo de esta presentación es hacer una aproximación al proceso de recuperación. Recuerda a los participantes que este tema se tratará más detalladamente en el módulo *La recuperación y el derecho a la salud*.

#### **El significado de *recuperación***

El significado del término *recuperación* puede ser diferente para cada persona. Para muchas implica recobrar el control sobre su identidad y su vida, sentirse esperanzado en el día a día y vivir una vida plena con sentido, ya sea gracias al trabajo, a las relaciones, a la participación en la comunidad, a la espiritualidad, a todos esos factores o solo a algunos.

Este concepto de recuperación nos aleja de la idea u objetivo de «curarse» o de «volver a estar como siempre»; se centra más bien en encontrar un nuevo significado y unos nuevos objetivos en la vida, a empoderarse y ser capaces de vivir una vida regida por uno mismo, independientemente de lo que hayamos tenido que superar pasar y del malestar emocional que pueda formar aun parte de nuestra vida.

En este punto, proyecta el siguiente vídeo a los participantes:

ASHA International (2015) Reshma Valliappan, India, You Can Recover Project (1:34) <https://youtu.be/E0YbpciUxRk> [consulta: 9 de abril de 2019].

Reshma Valliappan cuenta la historia personal de lo que la recuperación significa en su vida.

- Todo el mundo encuentra dificultades en su camino hacia la recuperación.
- A pesar de que sea un proceso **único y personal**, muchos elementos dependen de las relaciones y las interacciones entre las personas, además de la interacción con el entorno político y social, en el que se incluyen la pobreza, la exclusión y otras vulneraciones de los derechos humanos.
- A menudo, estos elementos suponen obstáculos para la recuperación.

#### **Obstáculos a la recuperación**

En este punto de la presentación, pregunta a los participantes lo siguiente:

- ¿Qué puede obstaculizar la recuperación de las personas con discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial?

Pide al grupo que intercambien ideas y escríbelas en la pizarra. Tras el debate, muéstrales esta lista como contrapunto a las respuestas que ofrezcan.

Entre los obstáculos para la recuperación puede haber los siguientes:

- Falta de sentido de la identidad, de respeto por la propia persona, de esperanza.
- Maltrato, trato negligente, abusos o traumas.
- Pobreza.
- Falta de oportunidades educativas, sociales, de generación de ingresos, etc.
- Ser excluidos de la familia, los amigos, las redes sociales o de apoyo y de la propia comunidad.
- Sentimiento de aislamiento y de falta de apoyo.
- Estigmatización y discriminación.
- Que el personal o las familias no crean en nuestra capacidad de mejorar y de recuperar las riendas de nuestra vida.
- No saber o no estar informados de nuestros derechos.
- Que ya no se nos permita o no se nos dé confianza para tomar decisiones por nosotros mismos.
- Sentir que los demás no respetan nuestra opinión (profesionales de salud mental y otros servicios, familias, etc.).
- Que los demás definan lo que consideran recuperación o éxito (por ejemplo, que los que nos rodean tengan expectativas bajas o expectativas excesivamente elevadas sobre nuestra recuperación).
- La falta de servicios sociales y de salud mental y/o servicios alternativos disponibles/accesibles/asequibles/aceptables.
- Que se nos niegue o se nos dificulte el acceso a los tratamientos o estrategias de recuperación que consideramos que nos pueden ayudar, como un servicio de asesoramiento o psicoterapia.
- La falta de acceso a opciones de apoyo, tratamiento e información, y alternativas psicosociales a la medicación.
- Convertir en patología los procesos de duelo normales, lo que puede conllevar un tratamiento innecesario y dañino. Eso también nos hace creer que «no somos normales», interfiere en los procesos de curación normales y desanima en cuanto a sentir emociones porque se consideran «síntomas de un trastorno».
- Los efectos negativos de la medicación.
- Las actitudes negativas de los profesionales de la salud mental y otros servicios.
- La falta de confianza en el sistema de salud mental y en las personas que trabajan en el servicio.
- La sobreprotección de la familia que se opone a que nos den el alta del servicio.
- Que nos digan que tenemos una enfermedad crónica de la que no nos recuperaremos.
- La falta de contacto con otras personas que hayan vivido experiencias similares o que hayan superado un proceso de recuperación.

Muchos de estos problemas se pueden gestionar con una buena comunicación y con la creación de relaciones de confianza entre las personas que pasan por un proceso de recuperación y sus familias, sus iguales, el resto de personas que las ayudan y los profesionales de la salud mental y otros ámbitos. Para establecer una relación de confianza existe una relación personal que no se puede forzar. En las situaciones en que parece que no es posible establecerla, no se deben detener los esfuerzos, sino que es aconsejable buscar otras personas que puedan establecer esta relación con el paciente de manera

más fácil. Hay que trabajar siempre para garantizar una buena comunicación, una buena comprensión de la situación y manteniendo en todo momento el respeto por la voluntad y las preferencias de la persona que se está recuperando.

### La estrategia de la recuperación en salud mental

- Según este modelo, la recuperación se entiende como el hecho de ayudar a una persona a recobrar o mantener el control de su vida y a que encuentre un sentido y un objetivo.
- Según este modelo, la recuperación puede implicar o no el tratamiento y el abordaje de los síntomas.
- **Recuperarse significa algo diferente para cada uno.** Es un proceso absolutamente personal y lo que significa e implica variará entre personas.

Para algunos:

- La recuperación es un viaje continuo.
- Puede implicar el desarrollo o fortalecimiento de las relaciones.
- Puede implicar (re)cobrar la independencia, encontrar un trabajo o volver a estudiar.
- Recuperarse puede querer decir participar de una manera más activa en la vida y las actividades de la comunidad.
- La recuperación también puede implicar la ausencia de lo que se consideran síntomas (pero no siempre).
- Implica redefinir lo que significa para cada persona su experiencia (por ejemplo, se pueden identificar como supervivientes de un trauma).
- Implica crear entornos seguros para reconocer el trauma y explorar los modos de superarlo.
- La recuperación se basa en el hecho de *ver el futuro con esperanza y optimismo.*
  - La esperanza es un principio fundamental de la recuperación que tanto los profesionales de salud mental y otras disciplinas, como los familiares y otra gente que prestan apoyo a la persona deberían fomentar.
  - A pesar de que cada uno pueda definir la esperanza de una manera diferente, la esencia de este concepto en el ámbito de la recuperación es la afirmación de que es posible vivir una vida plena y con sentido tanto si hay «síntomas» como si no los hay.
  - El concepto de recuperación implica la creencia esencial de que la situación que vivimos o las circunstancias que nos rodean pueden cambiar y/o que podremos gestionar y superar la situación. Las relaciones que nos inspiran confianza pueden fomentarla.
  - En el modelo de recuperación, los síntomas, la enfermedad o la discapacidad no ponen fin a los sueños, las aspiraciones ni las posibilidades, por lo que hay que promover y valorar los sueños y las aspiraciones de la persona en proceso de recuperación.
- *Estar conectados* es clave para la recuperación.
  - Es necesario que las personas en proceso de recuperación estén integradas en su comunidad, exactamente igual que el resto.
  - El proceso de recuperación puede implicar recuperar el contacto con familiares y amigos o desarrollar relaciones nuevas y significativas. También puede implicar relacionarse con grupos de apoyo formados por iguales, o con otros grupos dentro de la comunidad.

- *Las cosas significativas y los objetivos* son aspectos importantes de la recuperación.
  - El proceso de recuperación ayuda a las personas a reconstruir su vida y a hacer que algunos ámbitos cobren o recuperen el significado según sus preferencias.
  - La recuperación también empodera a las personas para que persigan sus sueños y objetivos en la vida.
  
- Recuperarse también significa explorar la propia *identidad*.
  - El modelo de recuperación puede ayudar a las personas a aceptar quienes son o a reforzar su sentido y su valía como personas, además de ayudarlas a superar el autoestigma que puede hacer peligrar el sentido de la identidad personal.
  - La recuperación se basa en el respeto por las personas y su identidad única y la autodeterminación personal, ya que las personas mismas son las verdaderas expertas en sus vidas.
  
- La recuperación fomenta el *empoderamiento*.
  - La recuperación fomenta una actitud positiva que empodera a las personas y les permite recuperar el control.
  - Poder controlar y poder escoger es fundamental para que una persona se recupere, y eso está intrínsecamente ligado a la capacidad jurídica.
  
- Recuperarse comporta *correr riesgos*.
  - Asumir riesgos puede ser una parte importante de los primeros pasos en el camino hacia la recuperación.
  - Arriesgarse en la vida es algo natural, que a veces desemboca en éxito y otras, en fracaso. Todo ello conforma un proceso de aprendizaje esencial para vivir. Si no nos arriesgamos, no podemos avanzar ni construir nuestra vida, lo cual puede llevar al estancamiento personal.
  - Se necesita valor y creatividad para fomentar que las personas asuman riesgos de una manera positiva para ayudarlas a avanzar y lograr sus objetivos.
  
- El proceso de recuperación es *holístico*.
  - Poner en marcha la recuperación no significa solo tratar a la persona o abordar sus síntomas. El proceso de recuperación es una estrategia que tiene en cuenta la globalidad de la persona y que se amplía a aspectos sociales, emocionales, físicos y otros.
  - Puede implicar tener que afrontar adversidades sociales (como la pobreza, el paro o la discriminación) que tienen un impacto negativo en la salud mental de las personas.
  
- Recuperarse implica *curarse de un trauma* (15)
  - Los servicios habilitados para el tratamiento de traumas reconocen que muchas personas han sufrido algún trauma en la vida (por ejemplo, traumas infantiles, traumas debidos a abusos en el ámbito de los servicios, etc.) y esta experiencia afecta de una manera negativa su bienestar mental y su calidad de vida.
  - Los servicios deben atender al usuario de una manera sensible en este aspecto y evitar traumatizar o retraumatizar a las personas. Esto significa que deben evitar prácticas de violencia o coerción como el aislamiento, las medidas restrictivas y los

tratamientos forzosos, que son inherentemente traumáticos, obstaculizan el proceso de recuperación y provocan nuevos traumas.

- Recuperarse significa ser vistos como personas y no solo como un trastorno o una enfermedad.
  - Recuperarse significa ser vistos como personas integralmente, centrando los esfuerzos en las capacidades y los puntos fuertes, y poder disponer de ayuda cuando sea necesario para alcanzar nuestros objetivos y aspiraciones en la vida. Lo que algunos pueden considerar una carencia en realidad puede ser un punto fuerte capital para la persona implicada.
- La recuperación y los derechos humanos tienen un vínculo muy fuerte.
  - El modelo de recuperación respeta las decisiones de las personas y las apoya para que vivan una vida plena.

Para poner en marcha un modelo de recuperación, es fundamental respetar todos los derechos humanos. Y, al mismo tiempo, poner en práctica un modelo de recuperación contribuye a salvaguardar los derechos humanos.

Solicita a los participantes que lean la experiencia de Youssef y, a continuación, las dos posibilidades resultantes. Pregunta a los participantes lo siguiente (anexo 1):

- Para cada posibilidad, explicad cómo se fomentó o no la recuperación.

### El caso de Youssef

Youssef vive desde hace varios años en una tristeza profunda e incapacitante que no mejora. Se ha intentado suicidar dos veces en los últimos tres meses. Youssef se visita con la doctora Sharma. Llega a la consulta.

**Posibilidad 1:** Cuando llega, la doctora Sharma prescribe una nueva receta a Youssef de los antidepresivos que toma. Youssef se dirige a la farmacia a comprar la medicación y se va.

**Posibilidad 2:** Cuando llega Youssef, la doctora Sharma le pregunta cómo se ha encontrado desde la última visita. Cuando Youssef dice que las últimas semanas se ha sentido peor, la doctora Sharma le pregunta por el motivo y por las acciones que puede hacer él mismo para revertir la situación. La doctora Sharma también aprovecha la ocasión para hablar de los objetivos que tiene Youssef para el futuro y los objetivos en que podría concentrarse en estos momentos para encontrarse mejor.

Youssef le dice a la doctora Sharma que se siente muy solo en la vida y que se ha distanciado de la familia y los amigos, que no entienden la situación por la que está pasando. Youssef también está estresado porque el trabajo no le iba muy bien y se ha tenido que coger un tiempo para recuperarse. Le cuenta a la doctora Sharma que se sentiría mucho mejor si pudiera recuperar el contacto con su familia y amigos y volver al trabajo.

La doctora Sharma le propone que, si quiere, pueden fijar una reunión con sus familiares y amigos más cercanos para hablar sobre lo que le ocurre y sobre cuál sería la manera de que le ayudasen. La doctora lo pone en contacto con los servicios sociales y con ONG locales que ayudan a las personas a

gestionar momentos difíciles y a reincorporarse al mercado laboral. También le da una lista de grupos de apoyo en su zona con los que se puede poner en contacto para poder rehacer su red de ayuda. Youssef y la doctora Sharma acuerdan encontrarse de una manera periódica durante las próximas semanas para continuar hablando y trabajando sobre su proceso y sus objetivos de recuperación.

*La posibilidad 1* no sitúa a Youssef en el centro de la atención y no pone énfasis en ofrecerle esperanza ni ayudarle a identificar objetivos que pueda ir trabajando para recuperarse o para encontrar sentido a su vida. Solo se centra en tratar los síntomas con medicación.

*La posibilidad 2* ilustra un modelo de recuperación en que Youssef decide cuáles son sus necesidades y objetivos para poder recuperarse, mientras que el profesional de la salud, estableciendo un diálogo atento, contribuye a que Youssef avance por la senda de la recuperación. Este proceso requiere más tiempo que la *posibilidad 1* pero tiene mayor potencial para ayudar a Youssef a ser más eficiente a largo plazo.

Al final de esta presentación, proyecta el vídeo siguiente a los participantes:

What is Recovery? Mental Health Europe (6:38) <https://youtu.be/kkDi0WvoR4o> [consulta: 9 de abril de 2019].

Recovery from mental disorders, a lecture by Patricia Deegan (4.08) <https://youtu.be/ZdONPEyGknl> [consulta: 9 de abril de 2019]

## Tema 4. La promoción de la recuperación

### Duración del tema

Aproximadamente 1 hora y 15 minutos.



### **Presentación: ¿Qué ayuda a la recuperación? (20 minutos)**

Una de las características clave del modelo de recuperación es que no depende de los profesionales de la salud mental u otros profesionales, ni de los familiares u otras personas, decidir cómo será la recuperación. Es una decisión del propio individuo que está en proceso de recuperación.

La función de los demás, incluidos los profesionales de la salud mental y de otros ámbitos, es ayudar a las personas de la mejor manera posible durante el proceso de recuperación. Entre los componentes clave de ayuda eficaz encontramos los siguientes:

- Que la comunicación sea de calidad (es decir, que incluya la escucha activa, el uso de mensajes positivos centrados en la esperanza, etc.). Véase más información sobre habilidades comunicativas en el módulo *Prácticas de recuperación para la salud mental y el bienestar*.
- Comprender y reconocer que la persona es experta, por la propia experiencia, y que los conocimientos que tiene son tan válidos como las habilidades y los conocimientos que han ido adquiriendo a lo largo de su formación y experiencia los profesionales de la salud mental y otros ámbitos. Diseñar una estrategia de recuperación implica animar a las personas a identificar y expresar lo que significa para ellas la recuperación.

### **Recuperación e inclusión social**

- Participar en actividades sociales, educativas, formativas, de voluntariado y laborales puede contribuir a la recuperación individual.
- Los servicios deberían empoderar a las personas para avanzar y recuperar o crear su lugar en la comunidad. Por lo tanto, los modelos de atención institucionales que aíslan a las personas de la comunidad son incompatibles con cualquier modelo de recuperación.
- Todos tenemos posibilidades de fomentar la inclusión y la amplitud de miras y, por tanto, de contribuir a la recuperación de las personas.

### **Planes de recuperación**

Un plan de recuperación es un documento escrito y puesto en práctica por una persona para tener una guía durante su proceso de recuperación, recuperar o mantener el control de su vida y darle sentido y propósito.

Un plan de recuperación puede ser una herramienta útil para:

- Ayudar a una persona a determinar una dirección y unos pasos para sacar adelante a la vida.
- Ayudar a una persona a obtener el apoyo de gente importante en su vida, si así lo desea (tales como familiares, amigos, iguales, profesionales de la salud y otros ámbitos).

Es importante tener en cuenta que un plan de recuperación es una herramienta que pueden usar las personas a lo largo de su proceso de recuperación y no un fin en sí mismo.

Además, algunas personas tal vez encuentren más útil recibir ayuda y construir relaciones en un momento concreto y no necesitarán un plan para ir alcanzando objetivos.

### ¿Cómo es un plan de recuperación?

- Un plan de recuperación perfila los objetivos de una persona en la vida. Según la persona, puede incluir: retomar el contacto con amigos, volver a estudiar, manejar situaciones difíciles, etc.
- El plan esboza cómo trabajará la persona para alcanzar esos objetivos.
- El plan lo dirige la persona en cuestión, que refleja sus decisiones, voluntad y preferencias en relación con la atención y el apoyo que necesita.
- Puede incluir un plan personal para abordar el malestar. En este caso, la persona hace una lista de las acciones que debe llevar a cabo para evitar que la situación empeore.
- Un plan de recuperación también puede incluir un documento de voluntades anticipadas sobre la atención y el tratamiento que quiere recibir la persona que lo diseña.

Este tema se desarrolla más ampliamente en el módulo *Prácticas de recuperación para la salud mental y bienestar*. Además, en el módulo *Planificación de la recuperación centrada en la persona para la salud mental y el bienestar* se ofrece una plantilla para diseñar un plan.



### **Ejercicio 4.1: El papel del individuo y el de las familias, amigos y otras personas de apoyo en la promoción de la recuperación (20 minutos)**

La finalidad de este ejercicio es que los participantes analicen de qué forma promover una estrategia de recuperación puede empezar en uno mismo. Más adelante se adentra en cómo los familiares, amigos y otras personas de refuerzo también pueden tener un papel importante en el proceso de recuperación.

Pregunta al grupo:

- En tanto que individuos, ¿cómo podemos promover nuestra propia recuperación?

Pueden ser posibles respuestas:

- Desarrollando prácticas que nos hagan sentir mejor e identificando estrategias que fomenten y mantengan el bienestar.

- Buscando prácticas culturales y espirituales de crecimiento y conocimiento personal.
- Rechazando las etiquetas y narrativas desempoderadoras que limitan nuestro potencial.
- Buscando relaciones con personas que puedan actuar como iguales, con quienes podamos valorar mutuamente los conocimientos y la autonomía, tanto si la persona ha vivido experiencias del mismo tipo como si no.
- No culpándonos por haber sufrido abusos o por haber sido discriminados.
- Dejando claro a los demás que es posible recuperarse y que cada persona es el eje sobre el que gira su recuperación, y que debe tomar todas las decisiones que afectan a su vida.
- Desarrollando planes personales basados en estrategias que pueden ser útiles durante el proceso de recuperación.
- Escuchando las experiencias de otras personas y compartiendo la propia historia.
- Estudiando qué oportunidades tenemos para asumir un rol más activo y comprometido con la comunidad.

Una vez los participantes hayan tenido la oportunidad de debatir sobre esta primera pregunta, plantéales la siguiente:

- Las familias y otras personas de apoyo, ¿cómo pueden fomentar la recuperación?

Algunas de las posibles respuestas pueden ser:

- Velando por que los servicios y las personas de apoyo respeten las opiniones, decisiones y elecciones concretas del individuo en cuanto a su tratamiento, la atención que recibe y otros ámbitos de la vida, y no tomando las decisiones por él. (Para más información sobre este tema, ve al módulo *La capacidad jurídica y el derecho a decidir* y el módulo *El soporte a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas*).
- Reconociendo que puede haber diferencias de opinión pero que, al fin y al cabo, hay que respetar las decisiones de cada persona. Defendiendo su derecho a tomar sus propias decisiones y dejándolos definir su propia identidad y que expliquen personalmente lo que están viviendo.
- Buscando más información sobre las opciones y estrategias de apoyo que la persona encuentra útiles para mejorar su bienestar.
- Animando a las personas a participar de una manera activa en la comunidad local.
- Incluyendo a la persona en la vida y las decisiones familiares al mismo nivel que los otros miembros de la familia.
- Ayudando a la persona a velar por que los servicios de salud y los organismos locales la traten de una manera justa y no discriminatoria.



#### **Ejercicio 4.2: Historia sobre recuperación personal (20 minutos)**

Elije tres historias de recuperación personal entre los vídeos del Open Paradigm Project:

##### **Open Paradigm Project:**

<https://youtu.be/wbu6VWhe86U> [consulta: 9 de abril de 2019].

- Celia Brown (7:15): [https://youtu.be/7cEj\\_rE5Z-c](https://youtu.be/7cEj_rE5Z-c) [consulta: 9 de abril de 2019]
- Oryx Cohen (4:03): <https://youtu.be/0k0odQZZlBI> [consulta: 9 de abril de 2019]
- Sera Davidow (5:46): <https://youtu.be/IEvYDb7f7dk> [consulta: 9 de abril de 2019]

Entre las experiencias personales que se pueden encontrar en el enlace anterior están las de: Celia Brown, Oryx Cohen, Sara Davidow, Sean Donovan, Dorothy Dundas, Will Eberle, Dr. Dan Fisher, Jenna Fogle, Marty Hadge, Leah Harris, Michael Kerins, Amy Long, Daniel Mackler, Iden McCollum, Steven Morgan, Matt Samet, Cheryl Sharp, Laura Nicole Sisson, Ciceley Spencer, Lauren Spiro, Leonard Roy Frank, Lauren Spiro, Michael Therrien Jr, Faith Rhyne, Anne Weaver, Paris Williams, Michael Wilusz).

De la lista anterior, las tres personas debajo del enlace general han hecho contribuciones importantes a estos materiales formativos.

Después de mirar los tres vídeos, solicita a los participantes que compartan sus pensamientos sobre qué fue importante para estas personas durante su proceso de recuperación.

## Tema 5. El papel de los profesionales y de los servicios sociales y de salud mental en la promoción de la recuperación

### Duración del tema

Aproximadamente 40 minutos.



### **Ejercicio 5.1: La mejora de las prácticas para promover la recuperación en los servicios sociales y de salud mental (40 minutos)**

La finalidad de esta actividad es que los participantes piensen en un servicio concreto de salud mental o relacionado con la salud mental que conozcan bien, y en cómo se podría traducir lo que han aprendido sobre la recuperación en cambios sostenibles dentro del servicio. Es importante que piensen en acciones específicas del día a día que puedan aplicar al servicio, además de acciones más amplias, como las destinadas a la concienciación y la sensibilización.

Para preparar este ejercicio, haz tres columnas en la pizarra (tal y como se muestra a continuación).

**Columna A:** Cambios en las prácticas del personal y del servicio que fomenten un modelo de recuperación

**Columna B:** Obstáculos potenciales

**Columna C:** Pasos para superar los obstáculos

En primer lugar, pide a los participantes una lluvia de ideas sobre los cambios que se deberían producir en el servicio para mejorar el bienestar mental y para aplicar un modelo de recuperación. Haz una lista con todas las ideas que aporten en la columna A.

### **A) ¿Qué cambios o mejoras hay que poner en marcha para que las prácticas del personal y del servicio fomenten un modelo de recuperación?**

Algunas de las posibles respuestas son:

- Poner fin inmediatamente a las prácticas coercitivas, dañinas y abusivas.
- Respetar el derecho de las personas a decidir sobre sus vidas, cuerpos, narrativas y proceso de recuperación.
- Asumir la responsabilidad, como servicio, de aplicar medidas de una manera inmediata para poner remedio a la situación.
- Concentrar la atención en alcanzar la inclusión en la comunidad.
- Apoyar el empoderamiento de las personas y su capacidad para tomar decisiones.
- Ayudar a la gente a superar el aislamiento social y a construir sus propias redes sociales de apoyo, y a recuperar la relación con familiares y amigos, iguales u otras personas alineadas con sus deseos.

- Hacer de enlace entre las personas y otros servicios y ayudas comunitarias para el público en general, como los servicios y las prestaciones sociales, el ámbito de la vivienda o los servicios de empleo.
- Hacer llegar a las personas información sobre oportunidades de formación y capacitación (tales como formación profesional, trabajo remunerado y cualquier otra formación educativa o formativa).
- Fomentar y promover la ayuda entre iguales en el servicio.
- Crear un entorno relajado y agradable en el que la persona se sienta libre de ponerse para contacto con su profesional de salud mental o cualquier otro ámbito cuando lo desee.
- Animar a las personas a hablar de sus preocupaciones, a expresar sus opiniones y a tomar las riendas de su vida.
- Alentar a las personas a identificar sus objetivos personales en el proceso de recuperación y, si les es útil, a elaborar y seguir un plan de recuperación por su cuenta o con la ayuda de una persona de confianza.
- Mostrar compasión y amabilidad.
- Ayudar a las personas a cumplir sus deseos de acceder a recursos y experiencias de tipo cultural, religioso y espiritual si lo solicitan (por ejemplo, proporcionándoles una sala de oración, escrituras religiosas o métodos de curación tradicionales propios de su cultura).
- Ayudar a las personas a acceder a experiencias terapéuticas y estimulantes como el arte, la música, la naturaleza, el deporte, la escritura de un diario, la autoayuda, etc., que se adecuen a sus preferencias personales.
- Velar por que las personas reciban información sobre las diversas opciones de apoyo que tienen a su disposición.
- Velar por que el personal haya recibido información sobre los derechos de las personas y conozca los estándares internacionales en materia de derechos humanos.
- Velar por que el personal esté capacitado para ofrecer asesoramiento, información, formación y apoyo a las personas y a sus familias y cuidadores.
- Fomentar la reflexión individual y la evaluación crítica entre los miembros del personal sobre cómo fomentan u obstaculizan la recuperación de los diversos usuarios (por ejemplo, discriminación, servicios sensibles a las cuestiones de género, cómo gestionar de la mejor manera las necesidades y contextos de personas diversas, etc.).
- Estar abiertos a aprender y a adaptarnos a las personas con discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial, o a cualquier otra persona usuaria de los servicios.
- Reconocer a las personas como expertas por su propia experiencia.
- Implicar a las personas con discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial en todos los niveles del servicio, incluidos los ámbitos de reforma, gestión y gobierno.
- Ver con buenos ojos la implicación de la familia, los cuidadores, los amigos y otras personas de apoyo en la planificación y la prestación de los servicios.
- Adoptar un modelo de recuperación sensible a los traumas, que reconozca y gestione los traumas que han vivido algunos usuarios.

A algunos participantes, sobre todo los profesionales de la salud mental, pero también de otros ámbitos, les puede preocupar no tener suficientes recursos ni tiempo para llevar a cabo todas las acciones que hemos presentado. Es algo que hay que debatir abiertamente. Llegados a este punto, el formador puede poner el énfasis en que la concienciación y las medidas de presión también son aspectos clave a la hora de hacer cambios y de avanzar en la dirección correcta. También puede remarcar que la simple reflexión, como por ejemplo este ejercicio, ya es un primer paso crucial para mejorar los servicios.

Tras la lluvia de ideas, revisa cada uno de los cambios que habéis escrito en la columna A y solicita al grupo que reflexione sobre estas dos preguntas:

**B) ¿Qué obstáculos dificultarán la aplicación de estas medidas?**

**C) ¿Qué se puede hacer para superar estos obstáculos?**

Es fundamental pedir a los participantes que clasifiquen las opciones según si se pueden conseguir a corto, medio o largo plazo. Es una buena oportunidad para destacar que cambiar la cultura de un servicio pide tiempo y que no todos los resultados se obtendrán de manera inmediata.

La tabla siguiente incluye ejemplos de pasos que se pueden hacer para poner en marcha un modelo de recuperación y para ayudar a las personas en el recorrido hacia la recuperación. El formador puede seleccionar varios ejemplos para debatirlos con los participantes, además de sus propias ideas.

Aplicación de una estrategia de recuperación en el servicio X		
A	B	C
Cambios en las prácticas del personal y del servicio que contribuyan al proceso de recuperación	Obstáculos potenciales	Pasos para superar los obstáculos
<b>Ejemplo 1: Ayudar a las personas a integrarse en la comunidad para encontrar trabajo y estabilidad económica.</b>	<p>Escasez de empleos para todos en general.</p> <p>Falta de tiempo y recursos del personal para asumir estas funciones.</p>	<p>El personal puede poner en contacto a las personas con ONG que puedan ofrecer oportunidades y/o formación para generar ingresos.</p> <p>Grupo de presión para conseguir cambios en las políticas y recursos adicionales.</p>
<b>Ejemplo 2: Trabajar con los usuarios para identificar los objetivos personales de recuperación y trabajar juntos para diseñar un plan de recuperación.</b>	<p>Esta estrategia requiere más tiempo y atención para cada usuario, cosa que puede resultar difícil en servicios con pocos recursos donde faltan profesionales de salud. También hay tiempo para hacer el seguimiento con las personas con el fin de actualizar el plan y hablar de los progresos.</p> <p>Retos en la comunicación de objetivos personales.</p>	<p>Formar a más personas (incluidos los profesionales de ámbitos diferentes del de la salud) que puedan ofrecer ayuda a la hora de desarrollar planes de recuperación.</p> <p>Desarrollar un programa o sistema transversal en el servicio para dar a los usuarios oportunidades para debatir, desarrollar y revisar los planes de recuperación según sus deseos.</p> <p>Explorar diferentes métodos de comunicación, tales como métodos de comunicación no verbal, para garantizar que se entienden los objetivos de recuperación de cada individuo.</p> <p>Modificar la cultura institucional y las actitudes del personal sobre la recuperación. La formación en temas de</p>

	<p>Puede que el personal crea que ellos saben qué es lo mejor para el tratamiento y la recuperación de la persona.</p>	<p>recuperación dentro del servicio sería un medio importante para conseguirlo.</p> <p>Identificar líderes dentro del servicio que puedan hacer avanzar los principios de recuperación.</p>
<p><b>Ejemplo 3: Emplear una comunicación bidireccional en que se pidan las preferencias de las personas cuando se recomiendan algunos servicios u opciones de atención particulares, en lugar de una comunicación prescriptiva unidireccional (por ejemplo, «Estas son las opciones de atención disponibles. ¿Cuál crees que te ayudaría más?» En lugar de «Necesitas este tipo de atención/tratamiento».)</b></p>	<p>Que el tiempo de las sesiones sea insuficiente puede limitar la capacidad de preguntar a los usuarios cuáles son sus preferencias y hablar de ello.</p> <p>Cuando los usuarios no están de acuerdo con las recomendaciones de tratamiento, puede que el personal no tenga alternativas a ofrecer, o les puede preocupar no estar dando el mejor servicio.</p>	<p>Reservar un tiempo dentro de la hora de visita para hablar de las opciones y preferencias en la atención, o bien permitir que los usuarios piensen opciones y preferencias hasta para la próxima visita y acordar que, ese día, se hablará y posiblemente se tomará una decisión. Preguntar a los usuarios los motivos por los que no están de acuerdo con las recomendaciones, escucharlos y respetar lo que les preocupa. Hablar de las distintas formas de gestionar esas preocupaciones y otras posibles opciones. Recordarnos a nosotros mismos que cada usuario tiene un contexto social único y que la recuperación es personal, y que los profesionales no siempre saben qué es mejor para ellos. Recordarnos a nosotros mismos que hay que animar a los usuarios a impulsar sus propios procesos de atención y recuperación. Recordar cómo nos sentimos cuando nos niegan opciones y se nos fuerza a aceptar un tratamiento que no queremos. Tratar a todos los usuarios con compasión, dignidad y respeto.</p>
<p><b>Ejemplo 4: Informar a los compañeros y a las personas usuarias de los servicios sobre la estrategia de recuperación, y comentarla.</b></p>	<p>Puede que nuestros compañeros se sientan desbordados con su trabajo actual y no presten suficiente atención a las nuevas formas de prestar servicio en el ámbito de la salud mental. También puede que piensen que ya dispensan una atención orientada a la recuperación aunque no sea así.</p>	<p>Ofrecer fichas de datos o enlaces a páginas web o historias/vídeos sobre recuperación para que los usuarios o trabajadores las puedan leer o mirar cuando tengan tiempo.</p>

<p><b>Ejemplo 5: Elaborar un folleto o una hoja de cálculo sobre los recursos y organizaciones que la comunidad tiene disponibles (por ejemplo, programas de generación de ingresos de ONG de la comunidad; órganos gubernamentales de servicios sociales como vivienda, alimentación u otros subsidios; oportunidades de estudios o de formación profesional; grupos de ayuda entre iguales; programas sociales y culturales, actividades y eventos, etc.). El folleto debe ser fácilmente consultable por el personal o los usuarios del servicio para acceder a otros servicios fuera del ámbito de la salud mental.</b></p>	<p>Puede que el personal no tenga conocimientos suficientes sobre todos los recursos de la comunidad o tiempo para elaborar una guía exhaustiva de recursos.</p>	<p>Convertirlo en una actividad en grupo, en la que cada miembro del personal investiga y redacta diferentes fragmentos de la guía de recursos; compartir conocimientos y carga de trabajo con otros agentes de la comunidad para elaborar la guía de recursos; hacer que los usuarios de los proporcionen información sobre qué tipo de servicios comunitarios quieren conocer, quieren utilizar o ya han utilizado.</p>
<p><b>Ejemplo 6: Utilizar vuestras habilidades de escucha activa para ayudar a las personas a sentirse comprendidas y escuchadas.</b></p>	<p>En algunos momentos el personal puede sentirse superado e incapaz de escuchar con plena atención las necesidades de los usuarios.</p> <p>Puede que el personal no haya recibido la formación adecuada sobre cómo practicar la escucha activa.</p>	<p>Reconocer que nos sentimos superados y prestar especial atención a encontrar tiempo y espacios para cuidar de nosotros mismos, tanto en el trabajo como en casa. Hablar con el supervisor o compañeros para que nos ayuden.</p> <p>Consultar el tema con el supervisor y/o aprender con libros, manuales o recursos en línea.</p>
<p><b>Ejemplo 7: Colgar material informativo o decorativo (por ejemplo, posters, material gráfico, etc.) por todo el servicio para transmitir mensajes de esperanza y recuperación.</b></p>	<p>Quizás el personal no sabe dónde encontrar este tipo de materiales o quizá el servicio no tenga fondos destinados a elaborar este tipo de materiales.</p> <p>Quizás el servicio no tenga claro qué tipo de materiales o motivos decorativos debe divulgar el servicio.</p>	<p>Buscar materiales (gratuitos) en línea.</p> <p>Animar a los usuarios que utilizan o han utilizado los servicios a crear materiales con mensajes de esperanza y recuperación para distribuir por todo el servicio. Dar a las personas el control y la responsabilidad de estas actividades. En su caso, dar a las personas una remuneración adecuada por el trabajo que han realizado.</p> <p>Pedir financiación a la dirección para poder comprar los materiales.</p> <p>Pedir a las personas ideas y opiniones, aprender de otros servicios que hayan creado espacios orientados a la recuperación o leer libros o artículos sobre el tema para tener ideas.</p>
<p><b>Ejemplo 8: Ayudar y educar al personal sobre cuál es la mejor manera de enfocar la recuperación y la prestación de los servicios de forma que sea sensible a las cuestiones de género y diversidad.</b></p>	<p>Puede que el personal no se sienta preparado o capaz de atender la diversidad y la complejidad de los usuarios más allá de su experiencia (por ejemplo, necesidades relacionadas con el género, cultura o estatus socioeconómico).</p>	<p>Reservar tiempo de formación en períodos regulares, reuniones y/o conferencias para generar debates y lluvias de ideas sobre cuál es la mejor manera de acompañar un proceso de recuperación en caso de personas que se enfrentan a obstáculos sociales que impiden el bienestar. Pueden aportar documentación a estas sesiones los usuarios con experiencia, otros servicios y grupos de la comunidad que defienden una atención en salud mental no discriminatoria.</p>



### **Finalización de la formación (5 minutos)**

Pregunta a los participantes:

¿Cuáles son los tres puntos clave que habéis aprendido en esta sesión?

Continúa el debate con estos mensajes relacionados con la sesión de hoy para que los participantes piensen sobre ello en casa.

- La salud mental y el bienestar, y también la recuperación, son de naturaleza personal.
- El respeto por los derechos humanos es clave para proteger la salud mental y el bienestar y para fomentar la recuperación.
- Estimular el desarrollo de comunidades justas e inclusivas es un aspecto esencial pero desatendido en el fomento de la salud mental y el bienestar.
- Las personas y los servicios pueden hacer muchas cosas para ayudar a otras personas en su proceso de recuperación.

## 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%20we%20b.pdf> [consulta: 18 de noviembre de 2018].
2. Understanding psychiatric diagnosis in adult mental health. Leicester: British Psychological Society, 2016. Disponible en: <https://www.bps.org.uk/system/files/userfiles/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/DCP%20Diagnosis.pdf> [consulta: 19 de febrero de 2017].
3. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). United Nations (UN) General Assembly Resolution A/RES/61/106, 24 January 2007. Nueva York (NY): United Nations, 2007. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html> [consulta: 20 de noviembre de 2018].
4. Schrank B, Brownell T, Riches S, Chevalier A, Jakaite Z, Larkin C, et al. Staff views on wellbeing for themselves and for service users. J Ment Health. 2015; 24(1):48-53. Disponible en: doi: 10.3109/09638237.2014.998804.
5. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. Perspect Psychol Sci. 2015 ;10(2):227-37. doi: 10.1177/1745691614568352.
6. Constitution of the World Health Organization – Preamble. Adopted in New York, NY, at the International Health Conference, 19 June to 22 July 1946. Ginebra: World Health Organization, 1946. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf> [consulta: 2 de febrero de 2017].
7. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14 (E/C.12/2000/4) on the right to the highest attainable standard of health at the Twenty-second session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 25 April-12 May 2000. Ginebra: United Nations Economic and Social Council; 2000. Disponible en: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en) [consulta: 18 de noviembre de 2018].
8. Young SL, Taylor M, Lawrie SM. First do no harm. A systematic review of the prevalence and management of antipsychotic adverse effects. J Psychopharmacol. 2015; 29(4):353-62. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1177/0269881114562090>.
9. European Society of Cardiology (ESC). Heart attack patients prescribed antidepressants have worse one-year survival. Rockville (MD): ScienceDaily; 2018. Disponible en: [www.sciencedaily.com/releases/2018/03/180303095445.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2018/03/180303095445.htm) [consulta: 18 de noviembre de 2018].
10. Maslej MM, Bolker BM, Russell MJ, Eaton K, Durisko Z, Hollon SD, et al. The mortality and myocardial effects of antidepressants are moderated by preexisting cardiovascular disease: a meta-analysis. Psychother Psychosom. 2017; 86:268-82. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1159/000477940>.
11. Equal treatment: closing the gap – a formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems: Part 1 of the DRC's formal investigation report [publicación en línea]. Stratford upon Avon: Disability Rights

- Commission; 2006. Disponible en: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/DRC-Health-Flmain.pdf> [consulta: 2 de febrero de 2017].
12. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*. 2013; 346:f2539. Epub 21 May 2013. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f2539>.
  13. Realising recovery: learning materials. Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES) and the Scottish Recovery Network; 2011. Disponible en: [http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nesmental\\_health-all\\_modules.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nesmental_health-all_modules.pdf) [consulta: 2 de febrero de 2017].
  14. 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.
  15. Sweeney A, Clement S, Filson B, Kennedy A. Trauma-informed mental healthcare in the UK: what is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal*. 2016; 21(3):174-92. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2015-0006>.

## Anexo

### Anexo 1. El caso de Youssef

#### **Tema 3: *Presentación: Recuperación - Youssef***

Youssef vive desde hace varios años en una tristeza profunda e incapacitante que no mejora. Se ha intentado suicidar dos veces en los últimos tres meses. Youssef se visita con la doctora Sharma. Llega a la consulta.

**Posibilidad 1:** Cuando llega, la doctora Sharma le prescribe una nueva receta a Youssef de los antidepresivos que toma. Youssef se dirige a la farmacia a comprar la medicación y se va.

**Posibilidad 2:** Cuando llega Youssef, la doctora Sharma le pregunta cómo se ha encontrado desde la última visita. Cuando Youssef dice que las últimas semanas se ha sentido peor, la doctora Sharma le pregunta el motivo y qué cosas puede hacer él mismo para revertir la situación. La doctora Sharma también aprovecha la ocasión para hablar de los objetivos que tiene Youssef para el futuro y en cuáles se podría centrar en estos momentos para encontrarse mejor.

Youssef le dice a la doctora Sharma que se siente muy solo en la vida y que se ha distanciado de la familia y los amigos, que no entienden la situación por la que está pasando. Youssef también está estresado porque el trabajo no le iba muy bien y se ha tenido que coger un tiempo para recuperarse. Le cuenta a la doctora Sharma que se sentiría mucho mejor si pudiera recuperar el contacto con su familia y amigos y volver al trabajo.

La doctora Sharma le propone que, si quiere, pueden fijar una reunión con sus familiares y amigos más cercanos para hablar sobre lo que le ocurre y sobre cuál sería la manera de ayudarlo. La doctora lo pone en contacto con los servicios sociales y con ONG locales que ayudan a las personas a gestionar momentos difíciles y a reincorporarse al mercado laboral. También le da una lista de grupos de apoyo de su zona con los que se puede poner en contacto para rehacer su red de ayuda. Youssef y la doctora Sharma acuerdan encontrarse de manera periódica durante las próximas semanas para continuar hablando y trabajando sobre su proceso y sus objetivos de recuperación.

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 los diversos países en todo el mundo para impulsar abordajes basados en los derechos humanos en el ámbito de los servicios sociales y de salud mental a fin de conseguir un cambio verdaderamente impactante y a la vez duradero. Los módulos de orientación *Apoyo individualizado entre iguales* y *Grupos de apoyo entre iguales* proporcionan una orientación concreta sobre cómo crear y dirigir de manera eficaz estos servicios tan cruciales, pero que normalmente no son tenidos 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 interesadas 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.