



# Práctiques de recuperació per a la salut mental i el benestar

Formació especialitzada de QualityRights de la OMS

QualityRights



Generalitat  
de Catalunya

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

2019, © Organització Mundial de la Salut (OMS).  
2022, © Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Aquesta publicació és una traducció, d'acord amb la llicència de Creative Commons [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/), del text original de l'OMS escrit en anglès  
Aquesta traducció no és obra de de l'OMS, i per tant no es fa responsable del contingut ni de l'exactitud de la traducció. L'edició original en anglès és el text autèntic i vinculant.

**Edita:**

Pacte Nacional de Salut Mental. Generalitat de Catalunya.

**Traducció:**

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut.

**Primera edició:**

octubre de 2022

## Sumari

Agraïments.....	ii
Prefaci .....	x
Declaracions de suport .....	xi
Què és la iniciativa QualityRights de l'OMS?.....	xviii
La iniciativa QualityRights de l'OMS: eines de formació i orientació.....	xix
Sobre aquesta formació i orientació.....	xx
Orientació per als formadors.....	xxii
Nota preliminar sobre el llenguatge.....	xxvi
Objectius d'aprenentatge, temes i recursos .....	xxvii
Introducció .....	1
Tema 1. Què és la recuperació? .....	2
Tema 2. Serveis i pràctiques orientats a la recuperació.....	12
Tema 3. Recuperació centrada en els actius i les fortaleeses.....	20
Tema 4. Promoure l'esperança .....	24
Tema 5. Valors en la recuperació .....	27
Tema 6. Treballar amb les persones.....	30
Tema 7. Límits en el context de les pràctiques de recuperació .....	33
Tema 8. Riscos positius en la recuperació .....	35
Tema 9. Suport a les persones per reconnectar amb la comunitat .....	41
Tema 10. Habilitats comunicatives.....	44
Tema 11. Plans de recuperació .....	48
Tema 12. El timó de la recuperació .....	56
Referències .....	57
Annexos.....	61
Annex 1. Casos.....	61
Annex 2. Elements clau de l'abordatge basat en la recuperació.....	67
Annex 3. El timó de la recuperació.....	68

# Agraïments

## Conceptualització

Michelle Funk (coordinadora) i Natalie Drew Bold (funcionària tècnica), Equip de Desenvolupament de Polítiques i Serveis de Salut Mental, Departament de Salut Mental i Abús de Substàncies (OMS/Ginebra).

## Equip editorial i redacció

Michelle Funk, (OMS/Ginebra), Natalie Drew Bold (OMS/Ginebra); Marie Baudel, Universitat de Nantes, França.

## Experts internacionals clau

Celia Brown, MindFreedom International (Estats Units); Mauro Giovanni Carta, Universitat de Càller (Itàlia); Yeni Rosa Damayanti, Associació Indonèsia de Salut Mental (Indonèsia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (Estats Units); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre els drets de les persones amb discapacitat (Suïssa); Julian Eaton, CBM International i Escola d'Higiene i Medicina Tropical de Londres (Regne Unit); Salam Gómez, Xarxa Mundial d'Usuaris i Supervivents de Psiquiatria (Colòmbia); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemanya); Diane Kingston, Aliança Internacional contra el VIH/Sida (Regne Unit); Itzhak Levav, Departament de Salut Mental Comunitària, Universitat de Haifa (Israel); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Austràlia); Tina Minkowitz, Centre per als Drets Humans dels Usuaris i Supervivents de Psiquiatria (Estats Units); Peter Mittler, Dementia Alliance International (Regne Unit); Maria Francesca Moro, Universitat de Columbia (Estats Units); Fiona Morrissey, consultora de recerca en legislació sobre discapacitat (Irlanda); Michael Njenga, Usuaris i Supervivents de Psiquiatria a Kenya (Kenya); David W. Oaks, Acui Institute, LLC (Estats Units); Soumitra Pathare, Centre per a la Legislació i lèds Polítiques de Salut Mental, Societat de Dret de l'Índia (Índia); Dainius Pūras, relator especial sobre el dret de totes les persones al gaudi del més alt nivell possible de salut física i mental (Suïssa); Jolijn Santegoeds, Xarxa Mundial d'Usuaris i Supervivents de Psiquiatria (Països Baixos); Sashi Sashidharan, Universitat de Glasgow (Regne Unit); Gregory Smith, consultor internacional (Estats Units); Kate Swaffer, Dementia Alliance International (Austràlia); Carmen Valle, CBM International (Tailàndia); Alberto Vásquez Encalada, relator especial sobre els drets de les persones amb discapacitat davant de l'Oficina de les Nacions Unides (Suïssa).

## Col·laboracions

### Revisors tècnics

Abu Bakar Abdul Kadir, Hospital Permai (Malàisia); Robinah Nakanwagi Alambuya, Xarxa Panafricana de Persones amb Discapacitat Psicosocial (Uganda); Anna Arstein-Kerslake, Facultat de Dret de Melbourne, Universitat de Melbourne (Austràlia); Lori Ashcraft, Resilience Inc. (Estats Units); Rod Astbury, Associació de Salut Mental d'Austràlia Occidental (Austràlia); Joseph Atukunda, Heartsounds, Uganda (Uganda); David Axworthy, Comitè de Salut Mental d'Austràlia Occidental (Austràlia); Simon Vasseur Bacle, EPSM Lille Metropole, Centre Col·laborador de l'OMS, Lille (França); Sam Badege, Organització Nacional d'Usuaris i Supervivents de Psiquiatria a Ruanda (Ruanda); Amrit Bakhshy, Associació de Conscienciació sobre l'Esquizofrènia (Índia); Anja Baumann, Acció per a la Salut Mental

d'Alemanya (Alemanya); Jerome Bickenbach, Universitat de Lucerna (Suïssa); Jean-Sébastien Blanc, Associació per la Prevenció de la Tortura (Suïssa); Pat Bracken, consultor independent en psiquiatria (Irlanda); Simon Bradstreet, Universitat de Glasgow (Regne Unit); Claudia Pellegrini Braga, Universitat de São Paulo (Brasil); Fiscalia de Rio de Janeiro (Brasil); Patricia Brogna, Escola Nacional de Teràpia Ocupacional (Argentina); Celia Brown, MindFreedom International (Estats Units); Kimberly Budnick, mestra de Head Start / educadora de la primera infància (Estats Units); Janice Cambri, Psychosocial Disability - Inclusive Philippines (Filipines); Aleisha Carroll, CBM Australia (Austràlia); Mauro Giovanni Carta, Universitat de Càller (Itàlia); Chauhan Ajay, Autoritat Estatal de Salut Mental, Gujarat (Índia); Facundo Chavez Penillas, Oficina de l'Alt Comissariat de les Nacions Unides per als Drets Humans (Suïssa); Daniel Chisholm, Oficina Regional per a Europa de l'OMS (Dinamarca); Louise Christie, Xarxa Escocesa de Rehabilitació (Regne Unit); Oryx Cohen, Centre Nacional d'Empoderament (Estats Units); Celine Cole, Universitat Lliure de Berlín (Alemanya); Janice Cooper, Carter Center (Libèria); Jillian Craigie, Kings College de Londres (Regne Unit); David Crepaz-Keay, Fundació per a la Salut Mental (Regne Unit); Rita Cronise, International Association of Peer Supporters (Estats Units); Gaia Montauti d'Harcourt, Fondation d'Harcourt (Suïssa); Yeni Rosa Damayanti, Indonesia Mental Health Association (Indonèsia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (Estats Units); Laura Davidson, advocada i consultora en desenvolupament (Regne Unit); Lucia de la Sierra, Oficina de l'Alt Comissariat de les Nacions Unides per als Drets Humans (Suïssa); Theresia Degener, Bochum Center for Disability Studies (BODYs), Universitat Protestant d'Estudis Aplicats (Alemanya); Paolo del Vecchio, Administració de Serveis de Salut Mental i de Drogodependències (Estats Units); Manuel Desviat, Atopos, Salut Mental, Comunitat i Cultura (Espanya); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre els drets de les persones amb discapacitat (Suïssa); Alex Devine, Universitat de Melbourne (Austràlia); Christopher Dowrick, Universitat de Liverpool (Regne Unit); Julian Eaton, CBM International i Escola d'Higiene i Medicina Tropical de Londres (Regne Unit); Rabih El Chammay, Ministeri de Salut (Líban); Mona El-Bilsha, Universitat de Mansura (Egipte); Ragia Elgerzawy, Iniciativa Egípcia per als Drets Humans (Egipte); Radó Iván, Fòrum d'Interès per la Salut Mental (Hongria); Natalia Santos Estrada, Colectivo Chuhcan (Mèxic); Timothy P. Fadgen, Universitat d'Auckland (Nova Zelanda); Michael Elnemais Fawzy, Hospital de Salut Mental El-Abbassia (Egipte); Alva Finn, Mental Health Europe (Bèlgica); Susanne Forrest, NHS Education for Scotland (Regne Unit); Rodrigo Fredes, Locos por Nuestros Derechos (Xile); Paul Fung, Mental Health Portfolio, HETI Higher Education (Austràlia); Lynn Gentile, Oficina de l'Alt Comissariat de les Nacions Unides per als Drets Humans (Suïssa); Kirsty Giles, South London and Maudsley (SLaM) Recovery College (Regne Unit); Salam Gómez, Xarxa Mundial d'Usuaris i Supervivents de Psiquiatria (Colòmbia); Ugnė Grigaitė, ONG Institut de Seguiment de Drets Humans i Perspectives en Salut Mental (Lituània); Margaret Grigg, Departament de Serveis Humans i de Salut, Melbourne (Austràlia); Oye Gureje, Departament de Psiquiatria, Universitat d'Ibadan (Nigèria); Cerdic Hall, Camden i Islington NHS Foundation Trust (Regne Unit); Julie Hannah, Human Rights Centre, Universitat d'Essex (Regne Unit); Steve Harrington, International Association of Peer Supporters (Estats Units); Akiko Hart, Mental Health Europe (Bèlgica); Renae Hodgson, Comitè de Salut Mental d'Austràlia Occidental (Austràlia); Nicole Hogan, Hampshire Hospitals NHS Foundation Trust (Regne Unit); Frances Hughes, Cutting Edge Oceania (Nova Zelanda); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemanya); Hiroto Ito, Centre Nacional de Neurologia i Psiquiatria (Japó); Maths Jespersen, PO-Skåne (Suècia); Lucy Johnstone, consultora en psicologia clínica i formadora independent (Regne Unit); Titus Joseph, Centre per a la Legislació i les Polítiques de Salut Mental, Societat de Dret de l'Índia (Índia); Dovilė Juodkaitė, Fòrum Lituà de Discapacitat (Lituània); Rachel Kachaje, Disabled People's International (Malawi); Jasmine Kalha, Centre per a la Legislació i les Polítiques de Salut Mental, Societat de Dret de l'Índia (Índia); Elizabeth Kamundia, Comitè Nacional sobre Drets Humans (Kenya); Yasmin Kapadia, Sussex Recovery College (Regne Unit); Brendan Kelly, Trinity College de Dublín (Irlanda); Mary Keogh, CBM International (Irlanda); Akwatu Khenti, Direcció contra el Racisme d'Ontario, Ministeri de Seguretat Comunitària i Serveis Penitenciaris (Canadà); Seongsu Kim, Centre Col·laborador de l'OMS, Hospital Mental Yongin (Corea del Sud); Diane Kingston, Aliança Internacional contra el VIH/Sida (Regne Unit); Rishav Koirala, Universitat d'Oslo (Noruega);

Mika Kontiainen, Departament d’Afers Exteriors i Comerç (Austràlia); Sadhvi Krishnamoorthy, Centre per a la Legislació i les Polítiques de Salut Mental, Societat de Dret de l’Índia (Índia); Anna Kudiyarova, Institut Psicoanalític per a l’Àsia Central (Kazakhstan); Linda Lee, Mental Health Worldwide (Canadà); Itzhak Levav, Departament de Salut Mental Comunitària, Universitat de Haifa (Israel); Maureen Lewis, Comitè de Salut Mental (Austràlia); Laura Loli-Dano, Centre per a les Addiccions i la Salut Mental (Canadà); Eleanor Longden, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust (Regne Unit); Crick Lund, Universitat de Ciutat del Cap (Sud-àfrica); Judy Wanjiru Mbuthia, Serveis de Salut Mental d’Uzima (Kenya); John McCormack, Xarxa Escocesa de Rehabilitació (Regne Unit); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Austràlia); Emily McLoughlin, consultora internacional (Irlanda); Bernadette McSherry, Universitat de Melbourne (Austràlia); Roberto Mezzina, Centre Col·laborador de l’OMS, Trieste (Itàlia); Tina Minkowitz, Centre per als Drets Humans dels Usuaris i Supervivents de Psiquiatria (Estats Units); Peter Mittler Dementia Alliance International (Regne Unit); Pamela Molina Toledo, Organització d’Estats Americans (Estats Units); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (Regne Unit); Maria Francesca Moro, Universitat de Columbia (Estats Units); Fiona Morrissey, consultora de recerca en legislació sobre discapacitat (Irlanda); Melita Murko, Oficina Regional d’Europa de l’OMS (Dinamarca); Chris Nas, Trimbos International (Països Baixos); Sutherland Carrie, Departament de Desenvolupament Internacional (Regne Unit); Michael Njenga, Usuaris i Supervivents de Psiquiatria a Kenya (Kenya); Aikaterini - Katerina Nomidou, GAMIAN-Europe (Bèlgica) i SOFPSI N. SERRON (Grècia); Peter Oakes, Universitat de Hull (Regne Unit); David W. Oaks, Acui Institute, LLC (Estats Units); Martin Orrell, Institut de Salut Mental, Universitat de Nottingham (Regne Unit); Abdelaziz Awadelseed Alhassan Osman, Hospital Al Amal, Dubai (Emirats Àrabs Units); Gareth Owen, King’s College de Londres (Regne Unit); Soumitra Pathare, Centre per a la Legislació i les Polítiques de Salut Mental, Societat de Dret de l’Índia (Índia); Sara Pedersini, Fondation d’Harcourt (Suïssa); Elvira Pértega Andía, Universitat Saint-Louis (Espanya); Dainius Pūras, relator especial sobre el dret de totes les persones al gaudi del més alt nivell possible de salut física i mental (Suïssa); Thara Rangaswamy, Schizophrenia Research Foundation (Índia); Manaan Kar Ray, Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust (Regne Unit); Mayssa Rekhis, Facultat de Medicina, Universitat El Manar de Tunis (Tunísia); Julie Repper, Universitat de Nottingham (Regne Unit); Genevra Richardson, King’s College de Londres (Regne Unit); Annie Robb, Centre Ubuntu (Sud-àfrica); Jean Luc Roelandt, EPSM Lille Metropole, Centre Col·laborador de l’OMS, Lille (França); Eric Rosenthal, Disability Rights International (Estats Units); Raul Montoya Santamaría, Colectivo Chuhcan A.C. (Mèxic); Jolijn Santegoeds, Xarxa Mundial d’Usuaris i Supervivents de Psiquiatria (Països Baixos); Benedetto Saraceno, Institut de Lisboa per a la Salut Mental Global (Suïssa); Sashi Sashidharan, Universitat de Glasgow (Regne Unit); Marianne Schulze, consultora internacional (Àustria); Tom Shakespeare, Escola d’Higiene i Medicina Tropical de Londres (Regne Unit); Gordon Singer, consultor expert (Canadà); Frances Skerritt, especialista d’iguals (Canadà); Mike Slade, Universitat de Nottingham (Regne Unit); Gregory Smith, consultor internacional (Estats Units); Natasa Dale, Comitè de Salut Mental d’Austràlia Occidental (Austràlia); Michael Ashley Stein, Harvard Law School (Estats Units); Anthony Stratford, Mind Australia (Austràlia); Charlene Sunkel, Xarxa Global d’Iguals en Salut Mental (Sud-àfrica); Kate Swaffer, Dementia Alliance International (Austràlia); Shelly Thomson, Departament d’Afers Exteriors i Comerç (Austràlia); Carmen Valle, CBM International (Tailàndia); Alberto Vásquez Encalada, relator especial sobre els drets de les persones amb discapacitat davant de l’Oficina de les Nacions Unides (Suïssa); Javier Vasquez, vicepresident, Programes de Salut, Jocs Olímpics Especials, Internacional (Estats Units); Benjamin Veness, Alfred Health (Austràlia); Peter Ventevogel, Secció de Salut Pública, Alt Comissariat de les Nacions Unides per als Refugiats (Suïssa); Carla Aparecida Arena Ventura, Universitat de São Paulo (Brasil); Alison Xamon, president del Comitè de Salut Mental d’Austràlia Occidental (Austràlia).

## Alumnes en pràctiques a l'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 Tenbenschel, Peter Varnum, Xin Ya Lim, Izabella Zant.

## Seu i oficines regionals de l'OMS

Nazneen Anwar (OMS / Àsia sud-oriental), Florence Baingana (OMS/Àfrica), Andrea Bruni (OMS/Amèriques), Darryl Barrett (OMS / Pacífic Occidental), Rebecca Bosco Thomas (seu de l'OMS), Claudina Cayetano (OMS/Amèriques), Daniel Chisholm (OMS/Europa), Neerja Chowdary (seu de l'OMS), Fahmy Hanna (seu de l'OMS), Eva Lustigova (seu de l'OMS), Carmen Martinez (OMS/Amèriques), Maristela Monteiro (OMS/Amèriques), Melita Murko (OMS/Europa), Khalid Saeed (OMS/Mediterrani Oriental), Steven Shongwe (OMS/Àfrica), Yutaro Setoya (OMS / Pacífic Occidental), Martin Vandendyck (OMS/Pacífic occidental), Mark Van Ommeren (seu de l'OMS), Edith Van't Hof (seu de l'OMS) i Dévora Kestel (seu de l'OMS).

## Suport administratiu i editorial de l'OMS

Patricia Robertson, Desenvolupament de Polítiques i Serveis de Salut Mental, Departament de Salut Mental i Abús de Substàncies (OMS/Ginebra); David Bramley, edició (Suïssa); Julia Faure (França), Casey Chu (Canadà) i Benjamin Funk (Suïssa), disseny i suport.

## Col·laboracions en suport de vídeo

Volem agrair les següents persones i organitzacions per autoritzar l'ús dels seus vídeos en aquests materials:

### **50 Mums, 50 Kids, 1 Extra Chromosome**

*Vídeo produït per Wouldn't Change a Thing*

### **Breaking the chains by Erminia Colucci**

*Vídeo produït per Movie-Ment*

### **Chained and Locked Up in Somaliland**

*Vídeo produït per Human Rights Watch*

### **Circles of Support**

*Vídeo produït per Inclusion Melbourne*

### **Decolonizing the Mind: A Trans-cultural Dialogue on Rights, Inclusion and Community**

(International Network toward Alternatives and Recovery - INTAR, Índia, 2016)

*Vídeo produït per Bapu Trust for Research on Mind & Discourse*

### **Dementia, Disability & Rights - Kate Swaffer**

*Vídeo produït per Dementia Alliance International*

### **Finger Prints and Foot Prints**

*Vídeo produït per PROMISE Global*

Pràctiques de recuperació per a la salut mental i el benestar

*Formació especialitzada QualityRights de l'OMS*

**Forget the Stigma**

*Vídeo produït per The Alzheimer Society of Ireland*

**Ghana: Abuse of people with disabilities**

*Vídeo produït per Human Rights Watch*

**Global Campaign: The Right to Decide**

*Vídeo produït per Inclusion International*

**Human Rights, Ageing and Dementia: Challenging Current Practice by Kate Swaffer**

*Vídeo produït per Your aged and disability advocates (ADA), Australia*

**I go home**

*Vídeo produït per WITF TV, Harrisburg, PA. © 2016 WITF*

**Inclusive Health Overview**

*Vídeo produït per Special Olympics*

**Independent Advocacy, James' story**

*Vídeo produït per The Scottish Independent Advocacy Alliance*

**Interview - Special Olympic athlete Victoria Smith, ESPN, 4 July 2018**

*Vídeo produït per Special Olympics*

**Living in the Community**

*Vídeo produït per Lebanese Association for Self Advocacy (LASA) i Disability Rights Fund (DRF)*

**Living it Forward**

*Vídeo produït per LedBetter Films*

**Living with Mental Health Problems in Russia**

*Vídeo produït per Sky News*

**Love, loss and laughter - Living with dementia**

*Vídeo produït per Fire Films*

**Mari Yamamoto**

*Vídeo produït per Bapu Trust for Research on Mind & Discourse*

**Mental health peer support champions, Uganda 2013**

*Vídeo produït per Cerdic Hall*

**Moving beyond psychiatric labels**

*Vídeo produït per The Open Paradigm Project/ P.J. Moynihan, Digital Eyes Film Producer*

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

*Vídeo produït per The Guardian*



**My Story: Timothy**

*Vídeo produït per End the Cycle (Initiative of CBM Australia)*

**Neil Laybourn and Jonny Benjamin discuss mental health**

*Vídeo produït per Rethink Mental Illness*

**No Force First**

*Vídeo produït per Mersey Care NHS Foundation Trust*

**No more Barriers**

*Vídeo produït per BC Self Advocacy Foundation*

**'Not Without Us' from Sam Avery & Mental Health Peer Connection**

*Vídeo produït per Mental Health Peer Connection*

**Open Dialogue: an alternative Finnish approach to healing psychosis (pel·lícula sencera)**

*Vídeo produït per Daniel Mackler, cineasta*

**The Open Paradigm Project – Celia Brown**

*Vídeo produït per The Open Paradigm Project/ Mindfreedom International*

**Open Paradigm Project – Dorothy Dundas**

*Vídeo produït per The Open Paradigm Project*

**Open Paradigm Project – Oryx Cohen**

*Vídeo produït per The Open Paradigm Project/ National Empowerment Center*

**Open Paradigm Project - Sera Davidow**

*Vídeo produït per The Open Paradigm Project/ Western Mass Recovery Learning*

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

*Vídeo produït per L4 Filmes*

**Paving the way to recovery - the Personal Ombudsman System**

*Vídeo produït per Mental Health Europe ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org))*

**Peer Advocacy in Action**

*Vídeo produït i dirigit per David W. Barker, Createus Media Inc. ([www.createusmedia.com](http://www.createusmedia.com))  
© 2014 Createus Media Inc., Tots els drets reservats. Utilitzat amb el permís de l'Organització Mundial de la Salut. Contacteu [info@createusmedia.com](mailto:info@createusmedia.com) per a més informació. Un agraïment especial a Rita Cronise per tot el seu ajut i suport.*

**Planning Ahead – Living with Younger Onset Dementia**

*Vídeo original produït per Office for the Ageing, SA Health, Adelaide, Austràlia. Copyright de Creative: Kate Swaffer i Dementia Alliance International*

**Quality in Social Services - Understanding the Convention on the Rights of Persons with Disabilities**

*Vídeo produït per la Garantia de Qualitat Europea en Serveis Socials (EQUASS) Unitat de Plataforma Europea per a la Rehabilitació (EPR) ([www.epr.eu](http://www.epr.eu) – [www.equass.be](http://www.equass.be)). Amb suport financer del Programa Europeu d'Ocupació i Innovació Social (EaSI) (2014-2020) – <http://ec.europa.eu/social/easi>. Animació: S. Allaey – QUIDOS. Suport al contingut: Fòrum Europeu de la Discapacitat*

**Raising awareness of the reality of living with dementia**

*Vídeo produït per Mental Health Foundation (Regne Unit)*

**Recovery from mental disorders, a lecture by Patricia Deegan**

*Vídeo produït per Patricia E. Deegan, Pat Deegan PhD & Associates LLC*

**Reshma Valliappan** (International Network toward Alternatives and Recovery - INTAR, Índia, 2016)

*Vídeo produït per Babu Trust for Research on Mind & Discourse*

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

*Vídeo produït per Amnistia Internacional Irlanda*

**Seclusion: Ashley Peacock**

*Vídeo produït per Attitude Pictures Ltd. Courtesy Attitude – tots els drets reservats.*

**Seher Urban Community Mental Health Program, Pune**

*Vídeo produït per Babu Trust for Research on Mind & Discourse*

**Self-advocacy**

*Vídeo produït per Self Advocacy Online (@selfadvocacyonline.org)*

**Social networks, open dialogue and recovery from psychosis - Jaakko Seikkula**

*Vídeo produït per Daniel Mackler, cineasta*

**Discurs de Craig Mokhiber, director adjunt del secretari general de Drets Humans, Oficina de l'Alt Comissariat per als Drets Humans**, pronunciat durant l'esdeveniment 'Time to Act on Global Mental Health - Building Momentum on Mental Health in the SDG Era', tingut amb motiu de la 73a sessió de l'Assemblea General de les Nacions Unides.

*Vídeo produït per UN Web TV*

**Thanks to John Howard peers for support**

*Vídeo produït per Cerdic Hall*

**The Gestalt Project: Stop the Stigma**

*Vídeo produït per Kian Madjedi, cineasta*

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

*Vídeo produït per LedBetter Films*

**This is the Story of a Civil Rights Movement**

*Vídeo produït per Inclusion BC*

**Uganda: 'Stop the abuse'**

*Vídeo produït per Validity, anomenada prèviament Mental Disability Advocacy Centre (MDAC)*

### **UN CRPD: What is article 19 and independent living?**

*Vídeo produït per Mental Health Europe ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org))*

### **UNCRPD: What is Article 12 and Legal Capacity?**

*Vídeo produït per Mental Health Europe ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org))*

### **Universal Declaration of Human Rights**

*Vídeo produït per l'Oficina de l'Alt Comissariat de les Nacions Unides per als Drets Humans*

### **What is Recovery?**

*Vídeo produït per Mental Health Europe ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org))*

### **What is the role of a Personal Assistant?**

*Vídeo produït per Ruils - Disability Action & Advice Centre (DAAC)*

### **Why self advocacy is important**

*Vídeo produït per Inclusion International*

### **Women Institutionalized Against their Will in India**

*Vídeo produït per Human Rights Watch*

### **Working together- Ivymount School and PAHO**

*Vídeo produït per l'Organització Panamericana de la Salut (OPS)/ Organització Mundial de la Salut – Oficina Regional per a les Amèriques)*

### **You can recover (Reshma Valliappan, Índia)**

*Vídeo produït per ASHA International*

## **Support financier**

L'OMS vol expressar el seu agraïment a Grand Challenges Canada, organització finançada pel Govern del Canadà, al Comitè de Salut Mental, al Govern d'Austràlia Occidental, a CBM International i al Departament de Desenvolupament Internacional del Regne Unit (DFID) pel seu generós suport financier per desenvolupar els mòduls de formació de la iniciativa QualityRights.

També vol agrair a International Disability Alliance (IDA) el suport financier que ha prestat a diversos revisors dels mòduls de la iniciativa QualityRights de l'OMS.

## Prefaci

Garantir la salut mental i el benestar ha esdevingut un imperatiu a escala mundial i és una fita important dels objectius de desenvolupament sostenible (ODS).

Malauradament, però, la nostra resposta en tots els països del món ha estat insuficient i no hem aconseguit gaires avenços a l'hora de promoure la salut mental com un dret humà fonamental.

Una de cada deu persones té un trastorn de salut mental, dos-cents milions tenen una discapacitat intel·lectual i es calcula que cinquanta milions tenen demència. Moltes persones amb trastorn de salut mental o discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva no tenen accés a uns serveis de salut mental que siguin de qualitat, que satisfacin les seves necessitats i que respectin els seus drets i la seva dignitat.

Encara avui dia, les persones són recloses en institucions, on se les aïlla de la societat i se les margina de les seves comunitats. En molts casos, pateixen abusos físics, sexuals i emocionals i són objecte de tracte negligent en els serveis sanitaris, les presons i la comunitat. A més, es veuen privades del dret de decidir per elles mateixes sobre l'atenció i el tractament, sobre el lloc on volen viure i sobre qüestions personals i econòmiques. Sovint se'ls denega l'accés a l'atenció sanitària, a l'educació i a oportunitats laborals, i se'ls impedeix una inclusió i participació plenes en la vida comunitària. A conseqüència d'això, les persones amb trastorn de salut mental i discapacitat intel·lectual moren entre deu i vint anys abans que la població en general, tant en els països de renda baixa com en els de renda mitjana i alta.

El dret a la salut és fonamental per a la visió i la missió de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), i és l'eix dels nostres esforços per aconseguir una cobertura sanitària universal (CSU). La base de la CSU són uns sistemes sanitaris, basats en l'atenció primària, que prestin uns serveis fonamentats en l'evidència i centrats en la persona, i que respectin els valors i les preferències dels individus.

Per fer realitat aquesta visió, ara hi ha disponibles catorze nous mòduls de formació i orientació de la iniciativa QualityRights de l'OMS. L'objectiu d'aquests mòduls és que els diferents països puguin traslladar a la pràctica les normes internacionals en matèria de drets humans exercint una influència en les polítiques i desenvolupant les aptituds i els coneixements necessaris per aplicar abordatges centrats en la persona i basats en la recuperació. Això permetrà prestar una atenció i un suport de qualitat i fomentar la salut mental i el benestar.

Estem convençuts que totes les persones —des dels professionals dels serveis fins als membres de la comunitat— han de tenir les aptituds i els coneixements necessaris per donar suport a qualsevol persona que tingui un trastorn de salut mental o una discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva.

Esperem que es faci un ús extensiu d'aquests mòduls de formació i orientació de la iniciativa QualityRights i que l'abordatge que ofereixen esdevingui la norma, i no pas l'excepció, en els serveis socials i de salut mental d'arreu del món.



**Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus**

*Director general / Organització Mundial de la Salut*

# Declaracions de suport

**Dévora Kestel, directora, Departament de Salut Mental i Abús de Substàncies, Organització Mundial de la Salut, Ginebra**

Arreu del món, cada vegada s'és més conscient de la importància de la salut mental i de prestar uns serveis i uns suports centrats en la persona, així com de fomentar un abordatge basat en els drets humans i que impulsi la recuperació. Aquesta tendència va acompanyada del reconeixement que els sistemes de salut mental dels països de renda baixa, mitjana i alta no compleixen amb les seves obligacions envers molts individus i comunitats perquè ofereixen un accés limitat i uns serveis de baixa qualitat i vulneren els drets humans.

És inacceptable que les persones usuàries dels serveis de salut mental estiguin exposades a unes condicions de vida inhumanes i a unes pràctiques terapèutiques perjudicials, així com a situacions de violència, de negligència i d'abús. Segons diversos informes, un bon nombre de serveis no satisfan les necessitats de les persones o no els donen el suport que els cal per poder viure amb independència en la seva comunitat, raó per la qual la interacció amb aquests serveis sovint fa que se sentin desesperades i desempoderades.

En el context més ampli de la comunitat, les persones amb trastorn de salut mental o discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva són objecte d'estigmatització, de discriminació i d'importants desigualtats que impregnen tots els aspectes de la seva vida. Se'ls nega l'oportunitat de viure on vulguin, de casar-se, de formar una família, d'anar a l'escola, de buscar feina i de gaudir d'activitats de lleure.

Si volem canviar aquesta situació, cal que adoptem abordatges basats en la recuperació i en els drets humans. Un abordatge basat en la recuperació garanteix que els serveis situïn les persones al centre de l'atenció que necessitin. El seu objectiu és donar suport a les persones perquè puguin definir com entenen la seva recuperació, i ajudar-les a recuperar el control de la seva identitat i de la seva existència, a tenir esperança en el futur i a trobar un sentit a la vida gràcies, per exemple, a la feina, a les relacions personals, a la participació en la comunitat o a l'espiritualitat.

Els abordatges basats en la recuperació i en els drets humans tenen molts punts en comú. Tots dos fomenten drets clau recollits en la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat, com ara la igualtat, la no-discriminació, la capacitat jurídica, el consentiment informat i la inclusió comunitària. Ara bé, l'abordatge basat en els drets humans imposa obligacions als països amb la finalitat que promoguin aquests drets.

Mitjançant aquests mòduls de formació i orientació, desenvolupats en el marc de la iniciativa QualityRights, l'Organització Mundial de la Salut ha adoptat mesures contundents per abordar aquests reptes i ajudar els països a complir les seves obligacions internacionals en matèria de drets humans. Aquestes eines permeten dur a terme diverses accions crucials orientades a promoure la participació i la inclusió comunitària per a les persones amb experiència viscuda de trastorn mental; a impulsar l'entrenament en habilitats socials per posar fi a l'estigmatització i a la discriminació i per fomentar els drets i la recuperació; a enfortir el suport entre iguals i les organitzacions de la societat civil amb la finalitat de crear relacions de suport mutu i d'empoderar les persones perquè reclamin que els serveis socials i de salut mental adoptin un abordatge centrat en la persona i en els drets humans.

Confio que els diferents països facin servir aquestes eines de l'Organització Mundial de la Salut per donar una resposta global als reptes a què han de fer front les persones amb trastorn mental o discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva.

### **Dainius Pūras, relator especial sobre el dret de totes les persones al gaudi del més alt nivell possible de salut física i mental**

QualityRights ofereix un nou abordatge de l'atenció en salut mental; un abordatge basat en els drets i orientat a la recuperació.

Aquesta iniciativa de l'Organització Mundial de la Salut és molt encertada. Cada vegada es fa més palès que les polítiques i els serveis de salut mental han de canviar a tot el món. És molt freqüent que els serveis per a les persones amb discapacitat psicosocial i altres trastorns de salut mental recorrin a la coacció, a la sobremedicació i a la institucionalització. Aquesta situació és inacceptable, atès que pot continuar reforçant l'estigmatització i la impotència, tant entre els usuaris com entre els professionals dels serveis de salut mental.

Totes les parts interessades —des dels responsables de polítiques fins als professionals de la salut mental i els usuaris dels serveis de salut mental— han de disposar de coneixements i d'aptituds que els permetin gestionar el canvi d'una manera eficaç, així com desenvolupar serveis de salut mental sostenibles i basats en els drets.

La iniciativa QualityRights, mitjançant uns mòduls específics i ben concebuts, proporciona els coneixements i les aptituds necessàries per aconseguir-ho, a més de demostrar d'una manera convincent que el canvi és possible i que aquest canvi es traduirà en una situació favorable per a totes les parts. En primer lloc, les persones amb discapacitat i amb altres trastorns de salut mental, que potser necessiten serveis de salut mental, estaran motivades a utilitzar uns serveis que les empoderen i que respecten les seves opinions. En segon lloc, els professionals dels serveis seran competents i confiaran en l'aplicació de mesures que impedeixen la coacció. A conseqüència d'això, es reduiran les asimetries de poder i, a la vegada, es reforçaran la confiança mútua i l'aliança terapèutica.

Deixar enrere el llegat d'abordatges de l'atenció en salut mental —obsolets i basats en asimetries de poder, en la coacció i en la discriminació— no serà un camí fàcil. Ara bé, cada vegada és més obvi que cal un canvi a escala global —tant en els països de renda baixa com en els de renda mitjana i alta— per aconseguir uns serveis de salut mental basats en els drets i en l'evidència. La iniciativa QualityRights de l'OMS i els seus materials de formació i orientació són unes eines summament útils que ajudaran i empoderaran totes les parts interessades que vulguin anar en aquesta direcció. Recomano sense reserves que tots els països se sumin a la iniciativa QualityRights.

### **Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre els drets de les persones amb discapacitat**

Les persones amb discapacitat, en especial les que tenen discapacitat psicosocial i intel·lectual, sovint són objecte de vulneracions dels drets humans en el context dels serveis de salut mental. En molts països, la legislació en matèria de salut mental permet l'ingrés hospitalari i el tractament involuntaris de persones amb discapacitat a causa de la seva deficiència —tant real com percebuda— i d'altres factors, com ara la «necessitat mèdica» i la «perillositat». Molts serveis de salut mental recorren amb regularitat a l'aïllament i a la contenció física en casos de crisi emocional i de malestar greu, però també els fan servir com a càstig. Les dones i les nenes amb discapacitat psicosocial i intel·lectual solen estar exposades a la violència i sovint són sotmeses a diverses pràctiques perjudicials en entorns de salut mental, com ara l'anticoncepció, l'avortament i l'esterilització forçosos.

En aquest context, la iniciativa QualityRights de l'OMS pot proporcionar una orientació fonamental sobre com establir serveis de salut mental i donar respostes basades en la comunitat des de la perspectiva dels drets humans, i oferir un camí per posar fi a la institucionalització i al tractament involuntari de les persones amb discapacitat. Aquesta iniciativa exigeix impartir formació als professionals sanitaris perquè proporcionin a les persones amb discapacitat una atenció i suport psicosocials que respectin els seus drets. En promoure el compliment dels marcs de la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD) i de l'Agenda 2030, els mòduls de la iniciativa QualityRights de l'OMS ens apropen a fer valdre els drets de les persones amb discapacitat.

### **Julian Eaton, director, Salut Mental, CBM International**

L'augment de l'interès per la salut mental com a eix de desenvolupament ofereix l'oportunitat de reduir les enormes diferències que hi ha pel que fa a l'atenció i al suport i de permetre que les persones puguin fer valdre, en tots els casos, el seu dret a una atenció sanitària de qualitat. Al llarg de la història, els serveis de salut mental han tendit a ser molt deficients i no han tingut en compte les prioritats i les opinions de les persones que n'eren usuàries.

El programa QualityRights de l'OMS ha contribuït significativament a adoptar els mitjans necessaris per mesurar els serveis de salut mental d'acord amb els estàndards de la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat. Això sovint representa un canvi de paradigma amb relació a la manera com els serveis han funcionat històricament. Aquests nous mòduls de formació i orientació són un recurs excel·lent que facilita una millor pràctica a l'hora de donar suport a les persones amb trastorn mental i discapacitat psicosocial i que fomenta entorns més saludables que afavoreixen la recuperació. Encara queda un llarg camí per fer, però el programa QualityRights és una eina fonamental per als professionals dels serveis i els usuaris, atès que estableix les directrius per dur a terme una reforma pràctica dels serveis, amb independència del país on siguin, que valora la dignitat i el respecte.

### **Charlene Sunkel, directora general, Xarxa Global d'Iguals en Salut Mental**

El conjunt de materials de formació i orientació de la iniciativa QualityRights de l'Organització Mundial de la Salut fomenta un sòlid abordatge participatiu. Reconeix els valors i la importància de l'experiència viscuda de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva a l'hora de fomentar-ne la recuperació, d'emprendre activitats de promoció, de dur a terme estudis de recerca i de reduir l'estigmatització i la discriminació. Les eines de la iniciativa QualityRights garanteixen el compliment dels estàndards en matèria de drets humans i implementen estratègies per posar fi a les pràctiques coactives. Expliquen de quina manera les persones amb experiència viscuda poden aportar suport entre iguals, a més de contribuir a desenvolupar, dissenyar, implantar, supervisar i avaluar els serveis socials i de salut mental.

L'experiència viscuda va molt més enllà de l'adquisició de coneixements i d'aptituds. La vivència prové d'una profunda comprensió, tant de l'impacte social i en matèria de drets humans que comporta el fet de viure amb una discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva, com de les adversitats patides en sentir el rebuig, la segregació i la discriminació. Prové d'haver de lluitar per moure's per un sistema de salut mental que sovint no proporciona els serveis ni el suport que beneficiarien una persona com a individu únic i que satisfarien les seves necessitats de recuperació específiques.

El sistema de salut mental no és l'únic sistema de la societat que posa obstacles que les persones han de superar; l'accés a altres oportunitats a la vida, com ara l'educació, un lloc de treball, l'habitatge, la salut en general i el benestar, pot suposar un repte igual d'important. Les perspectives úniques i profundes de les persones amb experiència viscuda poden ser el catalitzador per al canvi i la **Pràctiques de recuperació per a la salut mental i el benestar**

transformació de tots els sistemes de la societat per protegir els drets humans, fomentar la inclusió comunitària, millorar la qualitat de vida i promoure l'empoderament, aspectes que en tots els casos poden contribuir a millorar la salut mental i el benestar.

### **Kate Swaffer, presidenta, Dementia International Alliance**

Ha estat un honor i un plaer per a Dementia Alliance International (DAI) treballar amb la iniciativa QualityRights de l'OMS i els seus col·laboradors en un projecte tan cabdal com aquest. A la pràctica, s'ha tendit a no tenir en compte els drets humans per a les persones amb demència. Ara, però, aquests mòduls introdueixen un nou abordatge a la salut mental, així com a la demència, un trastorn neurodegeneratiu que provoca discapacitats cognitives. A diferència de l'actual camí postdiagnòstic per a la demència, que se centra només en les mancances i es tradueix únicament en discapacitat i en dependència, aquest nou abordatge i aquests mòduls únics i formadors fomenten els drets, encoratgen les persones amb demència i els donen suport perquè puguin viure d'una manera més positiva.

Els mòduls promouen la necessitat d'un accés clar als drets i són unes eines molt pràctiques que totes les persones, sense excepció, poden fer servir. En essència, prenen principis clau dels drets humans i fan que siguin viables a la pràctica. Són tan apropiats i efectius per als professionals sanitaris com per a les persones amb demència i els seus familiars. Així, per exemple, en subratllar la necessitat i els beneficis del suport entre iguals —un servei gratuït que la DAI ha estat oferint a les persones amb demència des del 2003, fins i tot abans que aquest suport es posés en marxa oficialment— i en centrar-se en la qüestió de la capacitat jurídica i en la seva pertinència segons l'article 12 de la CDPD, aquests mòduls ofereixen maneres tangibles d'informar millor els professionals i els familiars per tal de garantir que a les persones amb demència no se'ls continuïn denegant els seus drets. Personalment, tinc plena confiança que aquests mòduls ajudaran totes les persones amb problemes de salut mental i discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva a gaudir d'una qualitat de vida millor.

### **Ana Lucia Arellano, presidenta, International Disability Alliance**

La Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD) de les Nacions Unides és un tractat pioner sobre els drets humans que promou un canvi de paradigma, consistent a deixar de considerar les persones amb discapacitat com a receptores de serveis de beneficència o de tractament mèdic per passar-les a reconèixer plenament com a subjectes de drets. Aquest canvi de paradigma és especialment significatiu per a les persones amb discapacitat intel·lectual, psicosocial i múltiple, o per a les persones amb unes necessitats de suport més intensives. L'article 12 de la CDPD és clau per promoure aquest canvi, atès que reconeix que les persones amb discapacitat poden exercir la seva capacitat jurídica plena. Aquest és el dret humà fonamental que estableix les bases per exercir la resta dels drets.

QualityRights és una eina excel·lent perquè els especialistes i els professionals de la salut comprenguin millor la CDPD i s'hi adhereixin. Estableix un pont entre les persones amb discapacitat psicosocial, els usuaris i supervivents de psiquiatria, i els serveis de salut mental i el sector sanitari, respectant els principis i els valors de la CDPD. Els mòduls de QualityRights s'han desenvolupat en estreta col·laboració amb els usuaris i supervivents dels serveis de salut mental, de manera que vinculen les seves veus als missatges transmesos als estats part de la CDPD. International Disability Alliance (IDA) i les seves organitzacions membres celebren amb satisfacció la feina duta a terme en el marc de la iniciativa QualityRights. Animem fermament l'OMS a continuar els seus esforços per transformar les lleis, les polítiques i els sistemes de salut mental fins que compleixin la CDPD, així com a fer-se ressò de les fortes veus que reclamen «Res sobre nosaltres sense nosaltres!».



**Connie Laurin-Bowie, directora executiva, Inclusion International**

La iniciativa QualityRights de l'OMS pretén empoderar els individus, així com les organitzacions de persones discapacitades, perquè coneguin els seus drets humans i impulsin el canvi per poder viure amb independència en la comunitat i poder rebre el suport adient. Inclusion International celebra aquesta iniciativa, que pretén promoure els drets que sovint es neguen a les persones amb discapacitat intel·lectual; concretament, el dret a accedir a uns serveis de salut mental adequats en el marc de la comunitat; el dret a escollir; el dret a tenir una vida familiar; el dret a viure en la comunitat, i el dret a ser ciutadans actius. QualityRights és una aportació molt valuosa als nostres esforços col·lectius per configurar i influir en unes polítiques i pràctiques que permetin la inclusió de totes les persones en les seves comunitats.

**Alan Rosen, catedràtic, Illawarra Institute of Mental Health, Universitat de Wollongong, i Brain & Mind Centre, Universitat de Sydney, Austràlia**

La llibertat és terapèutica. Promoure els drets humans en els nostres serveis de salut mental pot contribuir a la curació. Pot garantir que, sempre que sigui possible, una persona que visqui amb un trastorn de salut mental: a) conservi el dret d'elecció de l'assistència i de l'atenció que rep i en tingui un control, i b) rebi, si cal, un bon suport clínic i domiciliari per poder viure en la comunitat sense traves, «en el seu propi terreny i d'acord amb les seves condicions».

Després d'una llarga història de defensa dels drets humans en el camp de la psiquiatria, aquests mòduls demostren que és possible satisfer sense contradiccions el dret a una atenció adequada i a tots els drets humans i a totes les llibertats fonamentals. Cal reduir la coacció en l'atenció sanitària, com ara la contenció física, l'aïllament, la medicació forçosa, les unitats d'hospitalització tancades amb pany i clau, la reclusió en espais confinats i institucions. Per tal que en l'atenció sanitària s'assoleixi un grau de llibertat òptim, cal dur a terme un canvi radical, com ara una sistematització generalitzada d'alternatives pràctiques basades en l'evidència per impedir la coacció; és a dir, portes obertes, centres de relleu oberts, un accés lliure i obert, comunitats obertes, ments obertes, converses obertes entre iguals, suport a la vida comunitària, una millora de la comunicació individual i familiar, habilitats i suport per a la resolució de problemes, documents de voluntats anticipades, formació en tècniques d'alleujament i de desescalada, suport a la presa de decisions, orientació a la recuperació per part de tots els serveis i de tots els professionals experts i elaboració conjunta de polítiques amb totes les parts interessades.

El programa QualityRights de l'OMS, basat en la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD) de les Nacions Unides, consta d'un conjunt de mòduls molt pràctics. A nosaltres, com a professionals, aquests mòduls ens ofereixen una trajectòria i un horitzó cap al qual treballar, i no pas una resposta finita o un límit temporal. A més d'optimitzar els serveis clínics i de suport, les nostres accions polítiques, jurídiques i socials amb les persones usuàries dels serveis i amb els seus familiars s'han de combinar amb la nostra pròpia emancipació com a professionals del pensament institucional i de les restriccions que comporten les pràctiques habituals en l'atenció a la salut mental. Només així, tots junts, podrem millorar significativament les perspectives d'una vida empoderada, amb sentit i enriquidora, amb ciutadania plena i amb tots els drets, per a les persones amb problemes de salut mental greus, persistents o recurrents.

**Victor Limaza, activista i formador del Programa «Discapacitat i justícia» de Documenta, A. C. (Mèxic)**

La dignitat i el benestar són conceptes estretament interrelacionats. Avui dia es qüestionen els criteris mitjançant els quals jutgem el patiment psicològic com si només fos un seguit de desequilibris neuroquímics, així com la idea que determinades manifestacions de la diversitat humana són

patologies que cal atacar per protegir la persona i la societat de suposats perills, malgrat que les intervencions emprades poden vulnerar drets i causar uns danys irreversibles. La perspectiva interdisciplinària i holística, que permet abordar el malestar subjectiu sense trepitjar la dignitat ni la capacitat de decidir, fins i tot en situacions crítiques, hauria de ser el fonament sobre el qual s'elaboressin els nous models d'atenció en salut mental, respectant els principis de la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD). És possible comprendre l'experiència d'una persona que s'enfronta a un estat crític en la seva salut mental gràcies al vincle generat per l'empatia, l'escolta, el diàleg obert, l'acompanyament (en especial, entre iguals), el suport en la presa de decisions, la vida comunitària i els documents de voluntats anticipades amb salvaguardes molt estrictes. Les persones amb discapacitat psicosocial són expertes en salut mental a causa de la seva pròpia experiència, i cal implicar-les en el desenvolupament d'instruments que tinguin la recuperació com a finalitat. La iniciativa QualityRights de l'OMS és un bon exemple d'aquest canvi de paradigma, atès que proporciona eines i estratègies per a l'atenció en salut mental amb els estàndards més alts en matèria de respecte dels drets humans. No hi ha dubte que el gaudi ple i equitatiu de tots els drets humans per part de totes les persones promou la salut mental.

### **Peter Yaro, director executiu, BasicNeeds-Ghana**

El conjunt de documents de formació i orientació de l'OMS és una extensa col·lecció de materials que tenen com a objectiu millorar el treball en salut mental i el desenvolupament inclusiu basat en els drets. Representen, per tant, un pas significatiu cap a una programació i inclusió eficaces de la discapacitat, en especial de la discapacitat psicosocial, intel·lectual i del desenvolupament, en les intervencions orientades a satisfer les necessitats i els drets de les persones, tal com preveu la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD). La iniciativa QualityRights representa un salt enorme cap a la ferma recomanació que les persones amb experiència viscuda formin part de la conceptualització i aplicació de les intervencions, així com del seguiment i avaluació dels assoliments del projecte. Aquesta orientació permet garantir la sostenibilitat de les iniciatives, raó per la qual se suggereix que els professionals, els usuaris dels serveis, els cuidadors i totes les parts interessades facin ús d'aquests documents. En l'abordatge que presenten, no hi ha lloc per exercir la violència ni l'abús envers persones especialment vulnerables.

### **Michael Njenga, president, Xarxa Panafricana per a Persones amb Discapacitat Psicosocial, membre del Consell Executiu, Africa Disability Forum i conseller delegat d'Usuaris i Supervivents de Psiquiatria, Kenya**

S'està produint un canvi de paradigma en la manera com hem d'abordar la salut mental a escala mundial. L'impuls d'aquest canvi ha estat fruit de la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD), de l'adopció dels objectius de desenvolupament sostenible (ODS) i de l'Agenda 2030 de desenvolupament sostenible.

Les eines i materials de la iniciativa QualityRights de l'OMS per a la formació i l'orientació es basen en aquest dret humà internacional clau i en els instruments internacionals de desenvolupament. Aquesta iniciativa adopta un enfocament basat en els drets humans a l'efecte de garantir que els serveis de salut mental es prestin en un marc de drets humans i siguin sensibles a les necessitats de les persones amb discapacitat psicosocial i trastorn de salut mental. Aquests materials també subratllen la necessitat de prestar els serveis al més a prop possible d'on visquin les persones.

L'abordatge de QualityRights reconeix la importància de respectar la dignitat inherent a cada individu i de garantir que totes les persones amb discapacitat psicosocial i trastorn de salut mental tinguin veu, poder i capacitat de decidir pel que fa a l'accés als serveis de salut mental. Aquest és un element essencial de la reforma dels sistemes i serveis de salut mental, tant a escala mundial com local i

nacional. Per consegüent, és fonamental assegurar-se que aquestes eines de formació i materials d'orientació es fan servir àmpliament amb la finalitat última que es tradueixin en resultats tangibles en tots els àmbits per a les persones amb experiència viscuda, els seus familiars, les comunitats on viuen i societats senceres.

## Què és la iniciativa QualityRights de l'OMS?



La iniciativa QualityRights de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) té el propòsit de millorar la qualitat de l'atenció i del suport que es presten en els serveis socials i de salut mental i de promoure els drets humans de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva arreu del món. Adopta un enfocament participatiu per aconseguir els objectius següents:

- 1 Crear capacitat per combatre l'estigmatització i la discriminació i per promoure els drets humans i la recuperació.
- 2 Millorar la qualitat de l'atenció i de les condicions dels drets humans en els serveis socials i de salut mental social services.
- 3 Crear uns serveis basats en la comunitat i orientats a la recuperació que respectin i promoguin els drets humans.
- 4 Donar suport al desenvolupament d'un moviment de la societat civil per promoure i influir en la formulació de polítiques.
- 5 Reformar polítiques i lleis nacionals en consonància amb la la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat i altres estàndards internacionals en matèria de drets humans.

Més informació: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/quality\\_rights/en/](http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/)

# Iniciativa QualityRights de l'OMS: eines de formació i orientació

Els mòduls de formació i orientació següents, així com les presentacions de diapositives que els acompanyen, són part de la iniciativa QualityRights de l'OMS i es poden consultar a:

<https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

## Eines per a la transformació dels serveis

- **Caixa d'eines d'avaluació de la iniciativa QualityRights de l'OMS**
- **La transformació dels serveis i la promoció dels drets humans**

## Eines de formació

### Mòduls bàsics

- **Els drets humans**
- **La salut mental, la discapacitat i els drets humans**
- **La recuperació i el dret a la salut**
- **La capacitat jurídica i el dret a decidir**
- **Protecció contra la coacció, la violència i el maltractament**

### Mòduls especialitzats

- **El suport a la presa de decisions i la planificació de decisions anticipades**
- **Estratègies per posar fi a l'aïllament i la contenció**
- **Pràctiques de recuperació per a la salut mental i el benestar** ←

## Eines d'avaluació

- **Avaluació de la formació QualityRights de l'OMS sobre salut mental, drets humans i recuperació: qüestionari previ a la formació**
- **Avaluació de la formació QualityRights de l'OMS sobre salut mental, drets humans i recuperació: qüestionari posterior a la formació**

## Eines d'orientació

- **Suport individualitzat entre iguals per a persones amb experiència viscuda**
- **Grups de suport entre iguals per a persones amb experiència viscuda**
- **Organitzacions de la societat civil per promoure els drets humans en la salut mental i en altres àmbits relacionats**
- **La defensa de la salut mental, de la discapacitat i dels drets humans**

## Eines d'autoajuda

- **Planificació de la recuperació centrada en la persona per a la salut mental i el benestar: eina d'autoajuda**

## Sobre aquesta formació i orientació

Els mòduls de formació i orientació de la iniciativa QualityRights tenen com a propòsit augmentar els coneixements, les habilitats i la comprensió entre les parts interessades clau sobre com promoure els drets de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva, així com millorar la qualitat dels serveis i dels suports prestats en l'àmbit de la salut mental i en altres àmbits relacionats, en consonància amb els estàndards internacionals en matèria de drets humans i, en particular, amb la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat de les Nacions Unides i amb l'abordatge basat en la recuperació.

### A qui s'adreça aquesta formació i orientació?

- **A les persones amb discapacitat psicosocial.**
- **A les persones amb discapacitat intel·lectual.**
- **A les persones amb discapacitat cognitiva, incloent-hi demència.**
- **A les persones que són o han estat usuàries de serveis socials i de salut mental.**
- **Als gestors sanitaris, de salut mental i de serveis socials.**
- **Als professionals de la salut mental i d'altres disciplines** (com ara medicina, infermeria, psiquiatria, infermeria psiquiàtrica i geriàtrica, neurologia, geriatria, psicologia, teràpia ocupacional, treball social, treball de suport comunitari, assistència personal, suport entre iguals i voluntariat).
- **A altres persones que treballin en l'àmbit dels serveis socials i de la salut mental o que hi prestin serveis, incloent-hi els serveis comunitaris i els serveis d'atenció domiciliària** (com ara ajudants, personal de neteja, de cuina, de manteniment i administradors).
- **A les organitzacions no governamentals (ONG), a les associacions i organitzacions religioses que treballin en l'àmbit de la salut mental, dels drets humans o en altres àmbits pertinents** (com ara organitzacions de persones amb discapacitat; organitzacions d'usuaris o supervivents de psiquiatria, organitzacions de defensa dels drets en salut mental).
- **Als familiars, a les persones de suport i a altres cuidadors.**
- **Als ministeris pertinents (de sanitat, de drets socials, d'educació, etc.) i als responsables de polítiques.**
- **A les institucions i serveis governamentals pertinents** (com ara la policia, el poder judicial, el personal de presons, els organismes que supervisen o inspeccionen centres d'internament — incloent-hi els serveis socials i de salut mental—, les comissions de reforma legislativa, els consells de persones amb discapacitat i les institucions nacionals de drets humans).
- **A altres organitzacions i parts interessades pertinents** (com ara defensors dels drets en salut mental, advocats i organitzacions d'assistència jurídica, acadèmics, estudiants universitaris, líders comunitaris o espirituals i, si escau, curanderos tradicionals).

### Qui ha d'impartir la formació?

És convenient que aquesta formació la dissenyi i la imparteixi un equip multidisciplinari que inclogui, entre d'altres, persones amb experiència viscuda, membres d'organitzacions de persones amb discapacitat i professionals que treballin en l'àmbit de la salut mental, de la discapacitat i en altres àmbits relacionats.

Si la formació pretén abordar específicament els drets de les persones amb discapacitat psicosocial, és important comptar amb representants d'aquest grup com a responsables de la formació. De la mateixa manera, si el propòsit és reforçar les capacitats pel que fa als drets de les persones amb discapacitat intel·lectual o cognitiva, els responsables de la formació també haurien de pertànyer a aquests grups.

Per aconseguir que els debats siguin més àgils i dinàmics, hi ha diverses opcions, com ara sol·licitar la col·laboració de formadors que tinguin coneixements específics sobre un apartat determinat de la formació per a alguns aspectes en concret dels materials que es vulguin impartir. També pot ser útil disposar d'un equip de formadors per a apartats específics de la formació.

Convé que els formadors estiguin familiaritzats amb la cultura i el context del lloc on s'imparteixi la formació. Pot ser que calgui dur a terme sessions de formació de formadors per crear un equip de persones que puguin impartir la formació en una cultura o un context determinats. Aquestes sessions de formació per a formadors haurien d'incloure persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva, així com altres parts interessades locals que contribueixin a millorar la qualitat dels serveis socials i de salut mental i els drets humans de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva.

### Com s'ha d'impartir la formació?

Si és possible, cal impartir tots els mòduls de formació QualityRights, començant pels cinc mòduls principals. Després, es pot impartir una formació més exhaustiva mitjançant els mòduls especialitzats (vegeu més amunt).

Tota la formació es pot completar fent diversos tallers al llarg d'uns quants mesos. No és necessari completar un mòdul de formació independent en un sol dia, sinó que es pot dividir en diferents temes i impartir-lo al llarg d'uns quants dies.

Atès que els materials de formació són força extensos, i que és possible que el temps i els recursos siguin limitats, es pot adaptar la formació als coneixements i l'experiència del grup, així com als resultats que es vulguin obtenir.

Per tant, la manera d'utilitzar i d'impartir aquests materials de formació es pot adaptar a diferents contextos i necessitats.

- Per exemple, si els participants encara no tenen experiència en els àmbits de salut mental, drets humans i recuperació, seria important fer un taller d'entre quatre i cinc dies de durada utilitzant els cinc mòduls principals de la formació. A l'enllaç següent trobareu un programa de mostra de cinc dies de durada: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Sample-program-QR-training.pdf>
- Si els participants ja tenen coneixements bàsics sobre els drets humans de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual i cognitiva, però necessiten uns coneixements més avançats sobre com promoure a la pràctica i específicament el dret a la capacitat jurídica, es podria organitzar un taller que el primer dia se centrés en el mòdul *La capacitat jurídica i el dret a decidir*, i després dedicar els dies 2, 3 i 4 al mòdul especialitzat *El suport a la presa de decisions i la planificació de decisions anticipades* (o alguns apartats seleccionats d'aquest mòdul).

A l'hora d'adaptar els materials educatius segons les necessitats específiques de la formació, també és important que prèviament es revisin tots els mòduls que s'impartiran per tal d'eliminar-ne les repeticions innecessàries.

- Per exemple, si es té la intenció d'impartir una formació que abasti tots els mòduls principals, no cal tractar el tema 5 (que se centra en l'article 12) ni el tema 6 (que se centra en l'article 16), ja que aquestes qüestions s'abordaran amb deteniment en els mòduls posteriors (en el mòdul *La capacitat jurídica i el dret a decidir* i en el mòdul *Protecció contra la coacció, violència i maltractament*, respectivament).

- Ara bé, si es preveu impartir una formació introductòria basada únicament en el mòdul 2, aleshores és fonamental tractar els temes 5 i 6 d'aquest mòdul, ja que els participants no tornaran a estar en contacte amb aquests temes i articles.

Aquests exemples il·lustren algunes de les diferents maneres en què es poden emprar els materials de formació. També hi ha altres variacions i permutacions possibles segons les necessitats i els requisits de la formació en un context específic.

## Orientació per als formadors

### Principis per impartir el programa de formació

#### Participació i interacció

La participació i la interacció són fonamentals per a l'èxit d'aquesta formació. Cal considerar tots els participants com a individus que poden aportar coneixements i punts de vista molt valuosos. A l'hora de proporcionar-los prou temps i espai, el formador s'ha d'assegurar, en primer lloc, que les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectuals o cognitiva siguin escoltades i incloses en la formació. La dinàmica de poder existent en els serveis i en la societat en general pot fer que algunes persones siguin reticents a expressar les seves opinions. En general, però, el formador ha de subratllar la importància d'escoltar les opinions de tots els participants.

Es pot donar el cas que algunes persones siguin tímides o se sentin incòmodes i que no hi diguin la seva, cosa que pot denotar una manca d'inclusió o un sentiment d'inseguretat en el grup. Els formadors s'han d'esforçar al màxim per involucrar tots els participants en la formació. Normalment, després que les persones hagin donat la seva opinió una vegada i s'hagin sentit escoltades, tindran més seguretat i estaran més disposades a parlar i a participar en els debats. La formació és una experiència d'aprenentatge compartida. Convé que els formadors agraeixin totes les preguntes i que, sempre que puguin, també les responguin totes perquè ningú no se senti exclòs.

#### Sensibilitat cultural

Els formadors han de tenir en compte la diversitat dels participants i han de ser conscients que són molts els factors que han configurat les seves experiències i els seus coneixements, com ara la cultura, el gènere, la condició de migrant o l'orientació sexual.

Es recomana emprar un llenguatge culturalment sensible i proporcionar exemples pertinents per a les persones que visquin en el país o en la regió on es dugui a terme la formació. Així, per exemple, segons el país o el context, és possible que les persones expressin o descriguin les seves emocions i els seus sentiments o que parlin de la seva salut mental de maneres diferents.

A més, els formadors s'han d'assegurar que durant la formació no passin per alt alguns dels problemes a què s'enfronten determinats grups del país o de la regió (per exemple, les persones indígenes i altres minories ètniques, les minories religioses, les dones, etc.). També cal tenir en compte si les qüestions abordades provoquen sentiments de vergonya o són tabú.

#### Un entorn obert i sense prejudicis

Els debats oberts són essencials i totes les opinions mereixen ser escoltades. L'objectiu de la formació és treballar plegats per trobar maneres de millorar el respecte pels drets de les persones usuàries dels serveis socials i de salut mental i de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual i cognitiva dins de la comunitat en general. Durant aquesta formació, és possible que algunes persones expressin



opinions i sentiments intensos. És important que el formador proporcioni un espai durant la formació perquè les persones puguin posar de manifest les seves opinions i els seus sentiments. Això significa donar-los prou temps per parlar de les seves experiències sense interrupcions i assegurar-se que la resta dels participants les escoltin i hi reaccionin d'una manera adequada i respectuosa.

No cal estar d'acord amb les persones per comunicar-s'hi amb eficàcia. Quan sorgeixi un debat, pot ser útil recordar als participants que tots persegueixen el mateix objectiu —aconseguir el respecte pels drets humans en els serveis socials i de salut mental i en la comunitat— i que cal escoltar totes les veus per aprendre plegats. Pot ser útil establir algunes normes que han de seguir tots els participants (com ara respecte, confidencialitat, reflexió crítica, no-discriminació) i referir-s'hi sempre que calgui.

És important recordar que potser algunes persones mai no han tingut l'oportunitat de parlar lliurement i en un entorn segur (per exemple, les persones amb experiència viscuda i els seus familiars, i també alguns professionals de la salut). Per tant, és fonamental crear un espai segur que permeti escoltar totes les veus.

### Ús del llenguatge

Els formadors han de tenir en compte la diversitat dels participants. Les persones que prenguin part en la formació tindran uns orígens i uns nivells educatius diferents. Convé emprar un llenguatge entenedor per a tots els participants (així, per exemple, s'ha d'evitar usar/explicar termes mèdics, jurídics i tècnics molt especialitzats, sigles, etc.) i cal assegurar-se que tothom comprèn els conceptes i missatges clau. Tant el llenguatge com la complexitat de la formació s'han d'adaptar a les necessitats específiques del grup. Per això, és important que els formadors facin pauses, que posin exemples quan calgui i que dediquin temps a fer preguntes i a comentar-les amb els participants per tenir la certesa que els conceptes i els missatges s'entenen correctament. Sempre que sigui possible, els formadors han d'emprar un llenguatge que permeti que models de malestar no mèdics i/o culturalment específics formin part del debat (per exemple, malestar emocional, experiències inusuals, etc.) (1).

### Ajustos raonables

Per tenir la certesa que totes les persones són incloses en la formació, a vegades serà necessari adaptar la manera de comunicar-s'hi i cal emprar, per exemple, materials visuals i d'àudio, adaptacions fàcils de llegir i llenguatge de signes, a més d'ajudar-les a redactar alguns exercicis o de permetre que vinguin acompanyades del seu assistent o assistenta personal.

### Com actuar en el context legislatiu i polític actual

Durant la formació, és possible que alguns participants expressin preocupació amb relació al context legislatiu o polític del seu país, perquè pot ser que no estigui en consonància amb les normes internacionals en matèria de drets humans, inclosa la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD). D'una manera similar, és possible que alguns dels continguts de la formació siguin contraris a la legislació o política nacional vigents. Així, per exemple, les lleis que preveuen ingrés hospitalari i tractament involuntaris contradiuen l'abordatge general d'aquests mòduls de formació. A més, la qüestió sobre el suport a la presa de decisions pot semblar que entra en conflicte amb la legislació nacional vigent en matèria de tutela. Una altra preocupació pot ser el fet que els recursos nacionals per aplicar nous abordatges siguin escassos o inexistents. Tot això pot fer que els participants facin preguntes sobre la responsabilitat, la seguretat, el finançament i el context polític i social més ampli en què viuen i treballen.

En primer lloc, els formadors han d'assegurar als participants que els mòduls no pretenen fomentar pràctiques que entrin en conflicte amb els requisits de la legislació o política nacional ni que els facin córrer el risc d'estar al marge de la llei. En els contextos en què la legislació i la política contradiguin els principis de la CDPD, és important defensar un canvi de política i una reforma legislativa. Malgrat que

els estats part de la CDPD tenen l'obligació immediata de posar fi a les vulneracions d'aquesta Convenció i d'altres instruments internacionals de drets humans, és important reconèixer que l'assoliment del ple respecte dels drets de la CDPD requereix temps i diverses accions en tots els àmbits de la societat.

Per tant, un marc legal i polític obsolet no hauria de representar cap impediment perquè les persones actuïn. Hi ha moltes coses que es poden fer a escala individual i en el dia a dia per canviar les actituds i les pràctiques dins dels límits de la llei i per començar a aplicar la CDPD. Així, per exemple, els tutors tenen un mandat oficial basat en la legislació d'un país que els autoritza a prendre decisions en nom d'altres persones, però això no els impedeix donar-los suport a l'hora de prendre les seves pròpies decisions i, en última instància, de respectar aquestes decisions.

Aquesta formació proporciona una orientació per tractar diversos temes que són clau a l'hora de promoure un abordatge basat en els drets humans en el marc dels serveis socials i de salut mental. És important que al llarg de la formació els formadors encoratgin els participants a debatre com els afecten les mesures i estratègies fomentades en els materials de formació i com les poden posar en pràctica dins dels paràmetres dels marcs polítics i normatius existents. Els canvis en les actituds i en les pràctiques, en combinació amb una defensa efectiva dels drets en salut mental, es poden traduir en canvis positius en la política i en la legislació.

### Una actitud positiva i motivadora

Els formadors han de subratllar que la formació ha estat dissenyada per compartir eines i coneixements bàsics i estimular la reflexió per tal de trobar unes solucions útils en el context dels participants. És probable que ja hi hagi algunes accions positives i que els mateixos participants, o altres persones o serveis, ja les estiguin duent a terme. Es poden emprar aquests exemples positius per crear unitat i demostrar que tothom pot contribuir al canvi.

### Treball en grup

Al llarg dels exercicis, el formador demanarà als participants que treballin en grups. Aquests grups es poden formar d'una manera flexible, segons triïn els participants, o bé a l'atzar o en funció de les seves preferències. Si algun participant no se sent còmode en un grup determinat, caldrà tenir-ho en compte.

Tots els exercicis de la formació han estat pensats per afavorir la participació i el debat i perquè els participants puguin aportar idees i trobar solucions per si mateixos. La funció del formador consisteix a guiar els debats i, si escau, a plantejar idees o reptes específics per fer-los més estimulants. Si algun participant no vol prendre part en algunes de les activitats de la formació, caldrà respectar-ho.

### Notes per als formadors

Els mòduls de formació contenen notes per als formadors. Són de color **blau** i inclouen exemples de respostes o altres instruccions adreçades exclusivament a ells, raó per la qual no s'han de llegir als participants.

El text de la presentació i les preguntes i els comentaris adreçats als participants són de color **negre**.

Les diapositives que acompanyen els mòduls de formació estan disponibles a: <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidanceand-training-tools>

## Avaluació de la formació QualityRights

Els qüestionaris d'avaluació prèvia i posterior de QualityRights que formen part d'aquest paquet de formació han estat dissenyats, tant per mesurar l'impacte de la formació com per millorar-la amb vista als tallers de formació que es duiguin a terme en el futur.

Els participants hauran d'emplenar el qüestionari d'avaluació prèvia a la formació abans de començar la formació. Caldrà reservar 30 minuts per fer aquesta activitat.

Al final de la formació, els participants han d'emplenar el qüestionari d'avaluació posterior a la formació, per a la qual cosa també disposen de 30 minuts.

Cal crear un identificador (ID) únic per a cada participant, amb independència que els qüestionaris es contestin a mà o en línia. Tant en el qüestionari d'avaluació prèvia com en el d'avaluació posterior cal fer servir el mateix ID. Una manera de crear identificadors únics consisteix, per exemple, a utilitzar el nom del país on s'imparteixi la formació i afegir-hi un nombre comprès entre 1 i 25 (o el nombre de participants que hi hagi en el grup). Així, per exemple, un participant podria rebre l'ID únic de *Jakarta12*. Es recomana posar els qüestionaris d'avaluació prèvia i posterior en les carpetes dels participants abans no comenci la formació, i comprovar que en tots els casos contenen un ID únic. Així es tindrà la certesa que cada participant ha rebut l'ID únic correcte. No cal fer-ne un seguiment, ja que els qüestionaris són anònims, però és important assegurar-se que cada persona tingui el mateix ID en tots dos qüestionaris.

Quan els participants hagin acabat d'emplenar el qüestionari d'avaluació posterior a la formació, el formador encetarà un debat perquè puguin dir què els ha semblat la formació, quines parts els han agradat i consideren que són útils, quines parts no els han agradat i consideren que no són útils, i qualsevol altra opinió que vulguin posar en comú. També serà un bon moment perquè comentin quines de les accions i estratègies abordades durant la formació tenen la intenció de posar en pràctica.

Cal imprimir els dos qüestionaris —el d'avaluació prèvia i el d'avaluació posterior— abans de la formació. Les versions per imprimir i repartir estan disponibles a:

- Avaluació de la formació QualityRights de l'OMS sobre salut mental, drets humans i recuperació: qüestionari previ a la formació: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PreEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>
- Avaluació de la formació QualityRights de l'OMS sobre salut mental, drets humans i recuperació: qüestionari posterior a la formació: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PostEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>

## Vídeos de formació

Cal que els formadors revisin tots els vídeos que hi hagi disponibles en el mòdul i que triïn els que siguin més adequats per projectar durant la formació. Els enllaços dels vídeos poden canviar amb el pas del temps. Per tant, és important que abans de començar la formació comprovin que els enllaços funcionen. Si un enllaç no funciona, n'hi haurà un d'alternatiu a un vídeo semblant.

## Nota preliminar sobre el llenguatge

Som conscients que el llenguatge i la terminologia reflecteixen l'evolució de la conceptualització de la discapacitat i que al llarg del temps cada persona pot emprar termes diferents en contextos diferents. Les persones han de poder decidir sobre el vocabulari, les expressions i les descripcions que volen emprar per referir-se a la seva experiència, situació o malestar. Així, per exemple, amb relació a l'àmbit de la salut mental, algunes persones utilitzen termes com ara *persones amb diagnòstic psiquiàtric*, *persones amb trastorn mental* o *amb malaltia mental*, *persones amb trastorn de salut mental*, *persones consumidores*, *persones usuàries dels serveis*, o *persones supervivents de psiquiatria*. D'altres consideren que alguns o tots aquests termes són estigmatitzants o fan servir altres expressions per fer referència a les seves emocions, experiències o malestar. De la mateixa manera, per referir-se a la discapacitat intel·lectual s'empen expressions diferents en contextos diferents, com ara *discapacitat d'aprenentatge*, *trastorn del desenvolupament intel·lectual* o *dificultat d'aprenentatge*.

El terme *discapacitat psicosocial* s'ha adoptat per incloure les persones que han rebut un diagnòstic relacionat amb la salut mental o que s'identifiquen amb aquest terme. Els termes *discapacitat cognitiva* i *discapacitat intel·lectual* han estat concebuts per referir-se a les persones que han rebut un diagnòstic relacionat específicament amb la seva funció cognitiva o intel·lectual, com ara, a tall d'exemple, la demència i l'autisme.

L'ús del terme *discapacitat* és important en aquest context perquè posa de manifest els significatius obstacles que dificulten la participació plena i efectiva en la societat de les persones amb discapacitat—real o percebuda— i el fet que aquestes estan emparades per la CDPD. L'ús del terme *discapacitat* en aquest context no implica que les persones tinguin cap deficiència ni trastorn.

També fem servir els termes *persones usuàries* o *persones que han estat usuàries* dels serveis socials o de salut mental per referir-nos a les persones que no consideren necessàriament que tinguin una discapacitat, però que tenen diverses experiències aplicables a aquesta formació.

A més, l'ús en aquests mòduls del terme *serveis socials i de salut mental* fa referència a un ampli ventall de serveis que actualment s'ofereixen en diferents països, com ara centres de salut mental comunitaris, centres d'atenció primària, serveis d'atenció ambulatoria, hospitals psiquiàtrics, unitats de psiquiatria en hospitals generals, centres de rehabilitació, curanderos tradicionals, centres de dia, centres residencials per a gent gran i altres centres *col·lectius*, així com serveis d'atenció domiciliària i serveis i suports que representen alternatives als serveis socials o de salut mental convencionals i que són prestats per una àmplia gamma de professionals de l'atenció sociosanitària en els sectors públic, privat i no governamental.

La terminologia adoptada en aquest document s'ha seleccionat per motius d'inclusió. És una opció individual identificar-se amb unes expressions o conceptes determinats, però els drets humans continuen sent aplicables a tothom, a tot arreu. Per damunt de tot, mai no hem de deixar que un diagnòstic o una discapacitat defineixin una persona. Tots som individus, amb un context social, personalitat, autonomia, somnis, objectius, aspiracions i relacions amb els altres que són únics.

# Objectius d'aprenentatge, temes i recursos

## Objectius d'aprenentatge

Durant la formació, els participants han de:

- adquirir un coneixement profund sobre l'abordatge basat en la recuperació en salut mental i els seus principis i elements clau;
- entendre i parlar sobre el paper de les persones amb discapacitat psicosocial, els professionals de la salut mental i d'altres, la família, els cuidadors i altres col·laboradors en la promoció de la recuperació;
- desenvolupar habilitats comunicatives amb relació a la recuperació;
- aprendre a aplicar els principis de l'atenció orientada a la recuperació;
- aprendre a elaborar un pla de recuperació.

## Temes

**Tema 1.** Què és la recuperació? (4 hores si s'escull l'opció curta, 4 hores i 40 minuts si s'escull l'opció llarga)

**Tema 2.** Serveis i pràctiques orientats a la recuperació (2 hores i 45 minuts)

**Tema 3.** Recuperació centrada en els actius i les fortaleses (45 minuts)

**Tema 4.** Promoure l'esperança (1 hora)

**Tema 5.** Valors en la recuperació (20 minuts)

**Tema 6.** Treballar amb les persones (1 hora)

**Tema 7.** Límits en el context de les pràctiques de recuperació (20 minuts)

**Tema 8.** Riscos positius en la recuperació (2 hores)

**Tema 9.** Suport a les persones per reconnectar amb la comunitat (45 minuts)

**Tema 10.** Habilitats comunicatives (50 minuts)

**Tema 11.** Plans de recuperació (50 minuts)

**Tema 12.** El timó de la recuperació (2 hores i 10 minuts)

## Recursos necessaris

- **Les diapositives que acompanyen el curs «Pràctiques de recuperació per a la salut mental i el benestar». Formació especialitzada QualityRights l'OMS (diapositives del curs) estan disponibles a:**  
<https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>
- **Requisits de la sala: Per optimitzar l'experiència d'aprenentatge dels participants, la sala on es dugui a terme la formació ha de tenir les característiques següents:**
  - Ser prou gran perquè hi càpiguen tots els participants, però també prou petita per crear un entorn que afavoreixi uns debats lliures i oberts;
  - Comptar amb seients distribuïts de tal manera que els participants es puguin asseure en grups (per exemple, la distribució que solem trobar en un banquet, amb taules rodones repartides per la sala, que permeti als participants seure junts al voltant de cadascuna de les taules; aquesta disposició presenta l'avantatge addicional de fomentar la interacció entre els participants i, a més, així ja estan repartits en grups per als exercicis col·lectius).
- **Ajustos raonables, segons escaigui i sempre tenint en compte que garanteixen a totes les persones un accés inclusiu a la formació.**

- Accés a internet a la sala per projectar-hi els vídeos.
- Altaveus per a l'àudio dels vídeos.
- Una pantalla de projecció i un equip de projecció.
- Un o diversos micròfons per al formador o formadors i, a més, un mínim de tres micròfons sense fils per als participants (si pot ser, un micròfon per a cada taula).
- Un mínim de dues pissarres (amb fulls de paper o d'un altre tipus) i paper i bolígrafs.

A més, per a aquest mòdul de formació cal imprimir els recursos següents:

- còpies de l'annex 1, «Casos»
- còpies de l'annex 2, «Elements clau de l'abordatge basat en la recuperació» per a tots els participants
- còpies de l'annex 3, «El timó de la recuperació»
- còpies del mòdul *Planificació de la recuperació centrada en la persona per a la salut mental: eina d'autoajuda* de QualityRights

#### **Durada**

Aproximadament 16 hores.

#### **Nombre de participants**

D'acord amb l'experiència adquirida fins ara, el nombre ideal de participants per a aquest taller és de 25 com a màxim. Així es té la certesa que tothom té prou oportunitats per interactuar i dir-hi la seva.

## Introducció

Aquest mòdul proporciona una orientació integral sobre maneres pràctiques d'introduir un abordatge de la recuperació centrat en la persona als serveis que ofereixen assistència i acompanyament en matèria de salut mental. Aquesta formació dona una introducció detallada de l'abordatge basat en la recuperació: explica què és i en quin sentit difereix dels plantejaments dels serveis tradicionals. El tractament, l'assistència i l'acompanyament tradicionals han tingut tendència a centrar-se en el diagnòstic, l'ús de medicació i, en ocasions, la psicoteràpia, amb l'èmfasi posat en l'eliminació o la reducció dels símptomes. Ara bé, la recuperació no es limita als símptomes, sinó que també té a veure amb la vida i la identitat de la persona.

Aquesta formació subratlla la importància d'entendre què significa «trobar-se millor» per a cada persona i treballar de manera individualitzada per aconseguir-ho. Per a moltes persones, la recuperació comporta reprendre el control de les seves vides, tenir esperança en el futur i trobar un sentit i una finalitat a la vida, per exemple, a través de la feina, de l'educació, de les relacions personals, de la implicació en la comunitat o de l'espiritualitat, entre d'altres.

Mitjançant una sèrie d'estudis de casos i exercicis, aquest mòdul de formació mostra als participants com acompanyar les persones al llarg del seu recorregut cap a la recuperació, com identificar i aprofitar les seves fortaleses, els seus objectius i les seves aspiracions, com explorar oportunitats, com exercir la capacitat d'elecció i com maximitzar la inclusió i l'autonomia a llurs comunitats.

Si bé el mòdul se centra en els serveis socials i de salut mental, l'abordatge basat en la recuperació també és pertinent per a qualsevol persona, amb discapacitat o sense, que hagi de superar dificultats i/o pèrdues a la vida.

## Tema 1. Què és la recuperació?

### Durada del tema

Aproximadament 4 hores si s'ha escollit l'opció curta. Aproximadament 4 hores i 40 minuts si s'ha escollit l'opció llarga.



### **Exercici 1.1: Per a tu, què vol dir la recuperació? (45 minuts)**

- Repartiu els participants en grups de 5.
- Ara demaneu als participants que reflexionin sobre la pregunta següent:

**Basant-vos en la vostra experiència personal o professional, què significa *recuperació* per a les persones amb discapacitat psicosocial o usuàries dels serveis?**

- Deixa als grups 15 minuts per preparar les seves llistes.
- A continuació, crea les dues llistes següents a la pissarra:
  1. Concepte clínic tradicional
  2. Concepte que es fonamenta en l'abordatge basat en la recuperació
- Demaneu als participants que exposin els seus pensaments i ves escrivint els exemples que donin a la llista pertinent (mira la presentació següent per fer-te una idea millor de què hauria d'anar a cadascuna de les llistes). Ajudeu els participants a reflexionar sobre per què els seus exemples s'inclouen a una categoria o a l'altra.

Els participants poden apuntar alguns exemples que concordin amb l'abordatge basat en la recuperació, tot i que, en aquesta fase inicial de la formació, és previsible que moltes de les idees s'emmarquin en el model tradicional.



### **Presentació: Què és la recuperació? (2) (60 minuts)**

Després del debat de l'exercici 1.1, exposa els exemples següents de model tradicional o clínic vs. model basat en la recuperació als participants i analitzeu les similituds i les diferències amb les seves respostes.



### **Model clínic/tradicional**

- *La persona deixa de comportar-se de manera estranya.*
- *La persona ja no suposa un perill ni per a ella mateixa ni per a altres persones.*
- *Els símptomes han desaparegut. Per exemple, la persona ja no sent veus.*
- *La persona es pren la medicació i les dosis són estables.*
- *El personal mèdic ha pres la decisió de donar l'alta a la persona del servei d'atenció en règim intern.*
- *La família de la persona té la sensació que el seu parent està millor.*

### **Model de la recuperació**

- *La persona pensa que ha recuperat el control de la seva vida i pot tenir un paper a la societat.*
- *La persona usuària del servei entén millor el seu malestar emocional.*
- *La persona té la sensació de ser més independent.*
- *La persona encara pot tenir símptomes, però hi conviu i porta una vida satisfactòria.*
- *La persona sent malestar emocional a la vida, però el malestar no és el centre de la seva vida.*

### **Què significa recuperació? (3)**

El significat de *recuperació* pot variar de persona a persona. Per a moltes persones, la recuperació és 'reprendre el control de les seves vides i identitats, tenir esperança i viure una vida amb sentit, ja sigui a través de la feina, de les relacions, de la participació en la comunitat o de tots o alguns d'aquests aspectes'.

En aquest marc, la recuperació no significa «curar-se» o «tornar a ser normal», sinó donar o tornar a donar una finalitat a la vida, es tracta de donar o tornar a donar un sentit i una finalitat a la vida, i empoderar-se per viure una vida autònoma, autodirigida i autodeterminada, malgrat el malestar emocional que la persona pot haver viscut o viu actualment. En el marc dels drets humans, la recuperació és el dret a ser inclòs i a ser capaç de participar en totes les facetes de la vida – polítiques, econòmiques i socials– en igualtat de condicions que la resta de persones. L'exercici dels drets no depèn de «millorar», de l'absència sense símptomes o «d'adaptar-se» sinó del reconeixement de la diversitat i de la dignitat inherent de tots.

L'èmfasi a l'hora de recuperar el control de la vida i la identificació és extremadament important per a les persones que han viscut situacions en què altres els poden haver pres el poder de decidir de les mans en diversos aspectes de les seves vides. Per exemple, les persones poden haver ingressat als serveis de salut mental, tractades en contra de la seva voluntat i sotmeses a mesures de tutela, etc.

«El que és important en la recuperació no és si es fa ús o no dels serveis ni si es pren o no medicació. El més important en termes d'orientar la recuperació és preguntar-nos: vivim la vida que volem viure? Estem assolint els nostres objectius personals? Tenim amics? Tenim llaços amb la comunitat? Estem aportant o retornant alguna cosa, de la manera que sigui? (4)

Mostreu ara als participants un dels vídeos següents:

1. **The voices in my head** , vídeo d'Eleanor Longden (14:17 min.), una dona que sent veus i que ha pres el control de la seva vida. [https://www.ted.com/talks/eleanor\\_longden\\_the\\_voices\\_in\\_my\\_head?language=en](https://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head?language=en) [consulta: 3 agost 2016].
2. **INTERVOICE: The Hearing Voices Movement**, sobre les persones al Brasil i com tracten amb el fet d'escoltar veus dia a dia (52: 42 min). <https://youtu.be/RYbjSeEy42c>. [consulta: 9 abril 2019].

### **Què NO és la recuperació**

Per entendre millor què és la recuperació, és important analitzar també l'altra cara, és a dir, què no és la recuperació.

#### **La recuperació no és (2),(5):**

- Una cura o l'absència d'una malaltia, d'un diagnòstic o de símptomes.
  - Quelcom que els professionals de la salut o altres «fan» a les persones.
  - Un model teòric.
  - Quelcom que s'ha fet sempre.
  - Un motiu per tancar els serveis de salut mental.
  - «Culpar» les persones de la seva situació.
1. **La recuperació NO és** necessàriament una cura o l'absència d'una malaltia, d'un diagnòstic o de símptomes, perquè les persones amb discapacitat psicosocial poden tenir una vida plena en presència de qualsevol d'aquestes circumstàncies. Dit d'una altra manera, per a algunes persones, alliberar-se d'allò que perceben i interpreten com a símptomes és un tret definidor de la seva recuperació. D'altres poden continuar tenint aquests símptomes i, tot i així, sentir que es recuperen.
    - La recuperació ajuda la persona a explorar amb sensatesa què li està passant en un moment donat, què necessita resoldre i què li fa mal, però no s'acaba aquí.
    - També implica abordar moltes dificultats potencials que una persona pot sentir, com poden ser l'aïllament, l'exclusió, la pobresa, l'atur o la discriminació.
  2. **La recuperació NO és** quelcom que els professionals de la salut, les famílies o els cuidadors «fan» a les persones. La recuperació ha d'estar liderada per la persona afectada. Els altres implicats en la vida de la persona amb discapacitat psicosocial poden donar-li suport o consells per ajudar-la en el seu recorregut cap a la recuperació.
  3. **La recuperació NO és** quelcom que s'ha practicat àmpliament, malgrat l'ús habitual d'aquest terme en alguns contextos. La recuperació comporta replantejar com es dissenyen i es proporcionen l'acompanyament i els serveis socials i de salut mental.
  4. **L'abordatge basat en la recuperació NO és** un motiu per tancar els serveis. Hi ha una certa por que l'abordatge basat en la recuperació es faci servir per justificar el tancament dels serveis socials i de salut mental tradicionals i no per proporcionar acompanyament a les

persones. També es tem que l'abordatge basat en la recuperació sigui una justificació per retallar la despesa en salut mental. Aquests temors es fonamenten en la creença errònia que aquest abordatge implica que les persones es poden recuperar soles, sense cap tipus d'acompanyament. L'abordatge basat en la recuperació no hauria de fer-se servir mai per justificar una reducció de la inversió en salut mental. Hi ha d'haver un ampli ventall de serveis disponibles per satisfer les necessitats de les persones.

- 5. L'abordatge basat en la recuperació NO consisteix a «culpar» la persona de la seva situació.** Reconeix les desigualtats socials, la discriminació i les vulneracions de drets a la comunitat i els nivells socials i estructurals que porten les persones a situacions de malestar emocional i actuen com a obstacles importants per a la seva recuperació. Reconeix que calen polítiques, reformes legislatives i justícia social a una escala molt més gran per promoure veritablement la recuperació.



### **Presentació: Elements clau de la recuperació (6),(2) (30 minuts)**

Repartiu als participants còpies de l'annex 2, «Elements clau de l'abordatge basat en la recuperació», que resumeix la presentació següent.

La recuperació és un procés individual i únic de cada persona. Poden donar-se situacions en què la persona se senti pitjor o pateixi una crisi, però l'abordatge basat en la recuperació li permet aprendre d'aquests contratemps, acumular experiència i fer servir les habilitats desenvolupades per assolir els seus objectius a la vida.

El marc CHIME subratlla la connexió, l'esperança, la identitat, trobar un sentit a la vida i l'empoderament com a claus per a la recuperació (6). Assumir riscos, tot i no formar part del marc CHIME, també es considera aquí un element important del procés de recuperació (7),(8).

#### **1. Connexió: la recuperació reconnecta les persones**

- La **inclusió** és important per a la recuperació. La persona ha de poder tenir accés a les mateixes oportunitats i als mateixos serveis i recursos de la comunitat que qualsevol. Els serveis que promouen la recuperació han de basar-se i estar influïts pel context i les necessitats locals. Cal recordar també que la inclusió va més enllà de la persona i implica la comunitat i la societat en el seu conjunt.
- Les **relacions** són clau per a la vida de tothom. Per això, tant les amistats com la parella, els familiars, els professionals de la salut, el personal de suport, els companys o els grups d'ajuda tenen un paper en l'acompanyament de la persona cap a la recuperació.

#### **2. Esperança: la recuperació passa per veure el futur amb esperança i optimisme**

- L'**esperança** és clau per a la recuperació. Sense esperança, les persones poden abandonar el seu camí cap a la recuperació. Sovint, quan a algú se li diu que té una malaltia crònica, de per vida, i que ha de renunciar a moltes de les seves expectatives i activitats, aquesta persona perd l'esperança. La recerca ha demostrat que l'autoeficàcia, l'autoestima, l'empoderament,

l'esperitualitat, la qualitat de vida i el suport social contribueixen de manera important a infondre esperança (9).

- La **creença** que és possible canviar de vida o de circumstàncies és fonamental per a l'abordatge basat en la recuperació. Les relacions que infonen esperança poden encoratjar aquesta creença.
- Les amistats, la família, els cuidadors, els professionals de la salut i altres persones que proporcionen acompanyament han de reconèixer i valorar els èxits de la persona i fomentar els seus somnis i aspiracions.

### **3. Identitat: recuperació significa explorar la identitat personal**

- La **identitat** es pot definir, en termes generals, com la percepció que una persona té d'ella mateixa, com a individu i en relació amb els altres i amb la comunitat on viu.
- La **identitat** és un sentit d'un mateix que algunes persones poden no haver tingut mai o haver perdut en rebre un diagnòstic. L'abordatge basat en la recuperació ajuda les persones a (re)connectar, re(construir) o (re)definir la seva identitat i a superar «l'opressió interioritzada» o «l'estigma personal» que pot posar en risc la seva identitat. Es tracta d'oferir a les persones l'oportunitat de reflexionar sobre les seves experiències d'una manera significativa per a elles. Això inclou reflexionar sobre les seves experiències amb els serveis de salut mental i el tractament que poden haver rebut.

### **4. Sentit de la vida: la recuperació ajuda les persones a (re)construir les seves vides i trobar-hi sentit**

- **El sentit i la finalitat de la vida** són diferents per a cada persona i cadascú els pot trobar de maneres molt diverses. Per exemple, algunes persones poden trobar important l'esperitualitat, mentre que d'altres poden trobar sentit i finalitat a la vida establint lligams més estrets amb les amistats, la família o la comunitat.
- **Els somnis i les aspiracions** són clau per a la recuperació, ja que poden donar eines a les persones i ajudar-les a trobar un sentit i satisfacció a la vida.

### **5. Empoderament: la recuperació és un missatge positiu que empodera les persones i els permet assumir el control de les seves vides**

- **El control i la capacitat de decidir són fonamentals per a la recuperació.** Sovint es nega a les persones el dret a decidir sobre aspectes clau de les seves vides, inclosos el seu tractament i l'atenció que reben. En canvi, un model basat en la recuperació respecta el dret de la persona a exercir la seva capacitat jurídica i permet que la persona pugui prendre les seves decisions, amb l'ajuda dels altres o sense. (Aquests temes es tracten amb detall als mòduls de formació de QualityRights *La capacitat jurídica i el dret a decidir* i *El suport a la presa de decisions i la planificació de decisions anticipades*.)
- **Reforçar les habilitats per ajudar-se un mateix també és empoderador.** Aquestes habilitats per a la recuperació permeten que les persones gestionin els episodis negatius i agafin el control de la seva vida i el seu benestar.

### **6. Assumpció de riscos: la recuperació comporta assumir riscos (7),(8)**

- És possible que calgui **assumir riscos** quan una persona s'embarca en un recorregut cap a la recuperació. Qualsevol persona ha de ser lliure per assumir riscos i cometre errors, per tal de poder aprendre i créixer a partir de les seves experiències. La pràctica orientada a la recuperació obliga els professionals de la salut, els familiars, els cuidadors i altres acompanyants a acceptar el dret de les persones a assumir riscos.
- Calen **creativitat i valentia** per acompanyar les persones en aquest procés positiu d'assumir riscos, a fi d'ajudar-les a avançar i a assolir els seus objectius.

Si bé en estudis qualitatius s'han identificat aquests factors com a importants per a la recuperació, cal entendre que el significat de la recuperació i allò que fomenta o obstaculitza la recuperació d'una persona poden variar enormement en cada cas i en funció de factors molt diversos, com ara la cultura, la identitat ètnica, el gènere, la geografia, l'orientació sexual, la situació de migrant, l'indigenisme, l'espiritualitat/religió i l'edat (10),(11),(6),(12),(13),(14),(15),(16),(17). No hi ha una manera bona ni dolenta de «recuperar-se», i aquests factors poden no tenir la mateixa importància per a tothom. Sempre és important explorar-los cas per cas i no fer presumpcions o generalitzacions sobre quins factors són útils per al recorregut cap a la recuperació d'algú.

- La recuperació implica que el recorregut que ha de fer cadascú es regeixi per les seves necessitats específiques i per la comprensió de la pròpia salut mental. No obstant això, de vegades s'imposen plantejaments de recuperació estandarditzats a les persones i s'omet aquest principi clau de la recuperació. A més, les violacions dels drets humans, incloent-hi la coacció en l'atenció sanitària, són contràries a qualsevol intent d'introduir un abordatge basat en la recuperació (15).
- La recuperació també comporta veure-hi més enllà de les característiques individuals i analitzar els determinants socials i estructurals de la salut mental d'una persona (per exemple, el gènere, la discriminació, el racisme, la pobresa, les polítiques de benestar, etc.) (18),(19),(20).



### **Exercici 1.2: El suport a la recuperació (30 minuts)**

- La finalitat d'aquest exercici és permetre als participants començar a reflexionar al voltant de què propicia la recuperació i què l'obstaculitza. Aquest tema s'explorarà més en profunditat a la presentació següent.

#### **El cas del Miguel**

El Miguel visita el seu metge de capçalera per parlar d'un sentiment de preocupació i por aclaparador i constant. Fa tres anys que se sent així i cada cop li resulta més difícil conviure-hi. Explica al metge que gaudeix molt de la seva feina, però que la por i l'ansietat que sent esdevenen especialment aclaparadores quan es veu sotmès a molta pressió.

Després d'una llarga conversa, el metge del Miguel es mostra compassiu i li diu que és probable que aquest problema l'acompanyi tota la vida. Suggereix al Miguel que es plantegi fer canvis importants a la seva vida, com ara deixar la feina actual i trobar alguna cosa «més convenient», amb menys estrès i responsabilitat.

## El Miguel surt de la consulta entristit i desesperançat.

- Doneu als participants uns minuts perquè pensin sobre les qüestions següents.

### Pregunteu al grup:

En quin sentit el metge de capçalera del Miguel ha propiciat o obstaculitzat la seva recuperació?

Algunes respostes sobre com pot haver propiciat la seva recuperació inclouen:

- És compassiu.
- Semblen tenir una bona relació.
- Dedicava temps a parlar amb deteniment de la situació amb el Miguel.

Algunes respostes sobre com pot haver obstaculitzat la recuperació del Miguel inclouen:

- La seva visió de les capacitats del Miguel és molt limitada.
- No té en compte què vol fer el Miguel.
- No transmet un missatge d'esperança.

Com us sentiríeu si fóssiu el Miguel?

Algunes respostes poden ser:

- Desesperançats.
- Pessimistes envers el futur.
- Pensaria que la vida no té sentit.
- Pensaria que no em recuperaré mai.
- Em sentiria incapaç.

Què hauríeu pogut fer de manera diferent per tal que el Miguel no se sentís tan desesperançat?

Algunes respostes poden ser:

- Mantenir una conversa amb ell per explorar i entendre com viu el Miguel aquesta ansietat, què pot causar-la i què passava a la vida del Miguel tres anys enrere, quan va començar. No considerar el Miguel com una persona vulnerable que necessita protecció, ja que això pot portar a la materialització d'una profecia autocomplerta, sinó com una persona capaç d'assolir les seves metes a la vida.
- Pensar en maneres d'ajudar el Miguel a trobar i fer servir eines per gestionar l'ansietat.
- Esbrinar com gestiona el Miguel l'ansietat en altres situacions.
- Donar-li esperances que la situació es resoldrà favorablement.
- Treballar amb el Miguel per identificar els seus punts forts i utilitzar-los per superar l'ansietat que pateix.
- Connectar el Miguel amb assistents per ajudar-lo a conservar la feina que valora.
- Connectar el Miguel amb altres persones que han viscut experiències similars.



### **Exercici 1.3: Què facilita o dificulta la recuperació? (50 minuts)**

L'objectiu d'aquest exercici és que els participants explorin el concepte de la recuperació basant-se en les seves experiències personals. Convideu als participants a pensar en algun moment de la seva vida en què s'hagin recuperat d'una situació viscuda difícil.

Demaneu al grup:

Penseu en un moment de la vostra vida en què us hàgiu recuperat d'alguna cosa (no necessàriament relacionada amb la salut mental), com ara un problema greu de salut, una pèrdua o una aflicció per una mort (si us sentiu còmodes explicant els vostres sentiments al voltant d'aquest fet amb el grup).

- Quins reptes emocionals va trobar?
- Com els va gestionar (sigui de manera positiva o negativa)?
- Què us va ajudar a recuperar-vos?
- Què no us va ser útil per recuperar-vos?

Dividiu els participants en grups de cinc i demaneu a cada grup que debatin i prenguin nota de què els va ser útil i què no en dues llistes separades.

Demaneu als grups petits que exposin breument les seves llistes per a tots els participants (per exemple, amb un debat en grup).

Els participants poden identificar factors similars que en ocasions obstaculitzen o propicien la recuperació (per exemple, la família en alguns casos pot contribuir a la recuperació i en d'altres, impedir-la). Pot ser útil fer un debat sobre els motius pels quals passa això.

A continuació, pregunteu al grup:

- Hi ha temes i problemes comuns?
- Creieu que les coses útils que heu identificat també se us podrien aplicar a vosaltres o a persones amb qui esteu treballant o a les quals esteu acompanyant?



### **Presentació: Facilitadors i obstacles per a la recuperació (20 minuts)**

La recerca duta a terme en diversos països ha identificat alguns aspectes comuns pel que fa a què fomenta i què impedeix la recuperació. A les taules següents es recullen els factors clau que les persones han identificat com a facilitadors o obstaculitzadors de la recuperació.

## Facilitadors de la recuperació (8)

Recuperació de la identitat	Relacions
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confiança</li> <li>• Esperança i optimisme</li> <li>• Autoacceptació, responsabilitat, creença i estima</li> <li>• Autoeficàcia</li> <li>• Autoconsciència</li> <li>• Créixer més enllà de l'etiqueta Reclamar el poder i l'autodeterminació</li> <li>• Pertinença: identitat comunitària, social i cultural</li> <li>• Activisme</li> <li>• Espiritualitat</li> <li>• Afrontar</li> <li>• Prendre control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amistats</li> <li>• Relacions familiars de suport</li> <li>• Relacions íntimes (és a dir, parella)</li> <li>• Criança</li> <li>• Companys</li> <li>• Animals de companyia</li> <li>• Professional del servei</li> <li>• Confiança i reconeixement mutus</li> <li>• Relacions esperançadores</li> </ul>
Implicació i recerca del sentit i de la finalitat	Serveis i suports
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser valorat/ada</li> <li>• Participar en rols significatius</li> <li>• Voluntariat, feina, carrera professional i formació</li> <li>• Aprendre sobre un/a mateix/a i la malaltia</li> <li>• Compromís social i comunitari</li> <li>• Exercici i creativitat</li> <li>• Experiències d'altres persones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentir-se informat/ada i amb el control</li> <li>• Continuitat i flexibilitat</li> <li>• Tractaments i teràpies</li> <li>• Seguretat</li> <li>• Suport dels iguals</li> <li>• Relacions, actituds i poder</li> <li>• Allotjament i suports comunitaris</li> <li>• Seguretat financera</li> </ul>

## Obstacles per a la recuperació (21)

Obstacles que impedeixen la recuperació
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Violència i maltractament</b></li> <li>• <b>Estereotips:</b> les assumpcions falses sobre les persones (per exemple, que són violentes) poden minvar la seguretat en elles mateixes i impedir que es recuperin.</li> </ul>



- **Estigma i discriminació:** quan s'exclouen les persones de les comunitats, no se'ls permet tenir oportunitats a la vida o no se les considera mereixedores d'ajuda, se'n pot obstaculitzar la recuperació. Hi ha moltes formes d'estigma i discriminació que poden interaccionar per donar lloc a desigualtats i impedir la recuperació.
- **Pobresa:** no ser capaç de satisfer les necessitats personals o familiars pot comportar malestar emocional i impedir la recuperació.
- **Manca de serveis sanitaris de qualitat:** les persones necessiten serveis sanitaris adequats i han de tenir la capacitat de triar i accedir a tractaments i suports, per conservar el benestar i promoure la seva recuperació.
- **Manca d'independència i control:** en ocasions, els serveis i alguns individus poden crear barreres per a les persones, o fins i tot inhabilitar-les, la qual cosa en pot obstaculitzar la recuperació.
- **Manca de serveis i ajuda a la comunitat:** les persones poden requerir tot un ventall de serveis i suports i haurien de tenir la capacitat d'accedir-hi per poder viure una vida plena a la comunitat (per exemple, ajuda social, habitatge, serveis de cerca de feina, oportunitats educatives, formació per a una vida independent, acompanyament per part d'iguals, assistència personal, etc.). Sense aquests serveis, les persones poden continuar patint exclusió, la qual cosa té un impacte negatiu en el seu benestar i en la seva recuperació.

Si bé és important oferir suports positius que permetin la recuperació, també ho és fer esforços per identificar i eliminar els obstacles a aquesta recuperació.

Aquests temes i factors comuns no haurien de treure importància a les experiències personals riques que les persones han viscut o a entendre el significat i l'objectiu que cada persona pugui donar al seu recorregut.

Explorant aquestes experiències, les persones poden identificar de manera inesperada elements positius sorgits de situacions negatives i que els han resultat útils en el seu recorregut envers la recuperació.

## Tema 2. Serveis i pràctiques orientats a la recuperació

### Durada del tema

Aproximadament 2 hores i 45 minuts.



### **Presentació: Trets definidors clau (90 minuts)**

Aquesta presentació defineix serveis orientats a la recuperació i esbossa alguns trets definidors clau, entre els quals s'inclouen l'autodeterminació, la defensa dels drets humans, la superació dels desequilibris de poder i el tractament dels traumes.

### **Autodeterminació**

Els serveis orientats a la recuperació tenen com a finalitat ajudar les persones en el seu recorregut únic cap a la recuperació, aprofitant les seves fortaleses i capacitant-les per:

- Agafar el control de les seves vides.
- Identificar els seus objectius i aspiracions per poder viure una vida plena i amb sentit, i treballar per assolir-los.
- Prendre decisions relatives a tots els àmbits de la vida, inclosos el tractament, l'assistència i l'acompanyament.
- Triar la seva pròpia manera d'entendre el seu malestar.

### **Promoció dels drets humans**

- L'abordatge basat en la recuperació està en concordança amb els estàndards dels drets humans internacionals, inclosos els drets recollits a la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD). Per exemple, els serveis orientats a la recuperació promouen drets humans com la igualtat, la no-discriminació, la capacitat jurídica, el consentiment informat i la inclusió a la comunitat, recollits a la CDPD.
- El fet de tenir el control de la recuperació personal i prendre decisions relatives al tractament o a altres aspectes de la vida per un mateix (amb l'ajuda d'altres persones, si es vol) és l'aspecte central del L'abordatge basat en la recuperació. També és un element important del dret a exercir la capacitat jurídica (article 12 de la CDPD).
- Per altra banda, l'ingrés i el tractament involuntaris a serveis socials i de salut mental s'oposen directament a l' L'abordatge basat en la recuperació i no compleixen la CDPD perquè impedeixen que les persones tinguin el control de les seves vides i condueixen a unes conseqüències nocives i perjudicials.
- Contràriament a la creença estesa entre els professionals de la salut mental i altres àmbits, l'ingrés involuntari no redueix les taxes de reingrés (5), ans al contrari: fa que les persones temin futurs ingressos o contactes amb els serveis socials i de salut mental.

La CDPD s'explica detalladament al mòdul *La salut mental, la discapacitat i els drets humans*.

## Tractament dels traumes

- Els serveis basats en la recuperació reconeixen que moltes persones han viscut experiències negatives i traumàtiques a la vida i els ajuden a recuperar-se d'aquests traumes.
- El trauma pot ser degut a violència, maltractament o coacció (per exemple, un ingrés i un tractament forçosos) al si dels serveis socials i de salut mental. També pot estar ocasionat per altres formes de violència i maltractament que les persones hagin patit, per exemple a la seva infància, amb un clar impacte negatiu en la seva salut mental i física.
- Un abordatge basat en la recuperació implica, a títol d'exemple, preguntar a la persona «Què t'ha passat?», en comptes de «Per què no estàs bé?».

## Superació dels desequilibris de poder

- Un altre aspecte important dels serveis orientats a la recuperació consisteix a crear un entorn per superar els desequilibris de poder en la mesura del possible.
- Als serveis, tant els professionals de la salut mental com d'altres àmbits tenen més poder que els usuaris. A més, només l'amenaça o la possibilitat de poder ser retingut i tractat de manera involuntària sovint pot exacerbar el desequilibri de poder. Les persones tenen la sensació que han de fer el que els ordenen els professionals per no veure's privades de llibertat. (Per a més informació, consulteu el mòdul *Protecció contra la coacció, la violència i el maltractament*).

## **Com són, a la pràctica, els serveis orientats a la recuperació?**

Molts serveis d'arreu del món es basen en una idea clínica de la recuperació i creuen que bona part dels usuaris no es podran recuperar. En aquest context, el tractament, l'atenció i l'acompanyament s'han limitat en gran mesura a l'ús de medicació i, en ocasions, de psicoteràpia, amb l'èmfasi posat a eliminar o reduir els símptomes.

La recuperació, però, no es limita als símptomes, sinó que també té a veure amb la vida i la identitat de la persona. Cal entendre què significa «trobar-se millor» per a cada persona i treballar de manera individualitzada per aconseguir-ho.

Els serveis orientats a la recuperació no són només serveis en què el personal s'ha format en un abordatge basat en la recuperació. Aquest plantejament implica garantir que tota l'organització del servei estigui centrada a fomentar i facilitar un abordatge basat en la recuperació. Aquest abordatge no és només una qüestió d'actitud del personal del servei, sinó que ha d'estar recollit a les polítiques, els programes i l'organització del servei. Per exemple, una intervenció eficaç podria ser reclutar persones usuàries del servei que es trobin en circumstàncies semblants que puguin proporcionar acompanyament: això podria ser un pas efectiu per promoure un abordatge basat en la recuperació i propiciar canvis en la cultura del servei.

Les persones haurien de poder triar entre diferents tipus de serveis o altres mètodes, formals o informals, d'acompanyament per poder explorar i esbrinar quin tipus de servei o acompanyament satisfà millor les seves necessitats.

En aquest punt de la presentació, mostreu als participants el vídeo: Rory Doody sobre la seva experiència amb els serveis dins del sistema de salut mental (35:36 min).

El Rory Doody és el responsable d'àrea per al compromís amb la salut mental de Cork Kerry Community Healthcare i té també experiència personal amb els serveis de salut mental tradicionals. En aquest vídeo descriu el seu recorregut cap a la recuperació.

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

Els participants tenen l'oportunitat d'escoltar, entendre i debatre com alguns aspectes d'un abordatge mèdic tradicional de la salut mental poden inhabilitar les persones i tenir un impacte negatiu en les seves vides, malgrat les bones intencions dels professionals que treballen amb aquest marc d'actuació. El vídeo també subratlla els elements clau que van propiciar la recuperació de Rory Doody.

Després de mirar el vídeo, pregunteu als participants:

- Per què penseu que el model mèdic tradicional va fallar al Rory Doody?
- Quins aspectes de l'abordatge basat en la recuperació van funcionar en el seu cas?
- Us identifiqueu amb algun aspecte d'aquesta història (com a persona usuària de serveis, com a professional mèdic o com a part d'un programa de suport entre iguals)? En cas afirmatiu, per què? Quin tipus de serveis heu tingut l'oportunitat de conèixer (en termes tant de persona usuària com de persona que presta serveis)? Quin tipus d'abordatge fomentaven els serveis: un model mèdic, un abordatge basat en la recuperació o una barreja de tots dos?

**Els serveis orientats a la recuperació comencen amb la pregunta:**

**«En què podem treballar junts per millorar la teva vida?»**

Dit d'una altra manera, l'abordatge basat en la recuperació tracta tots els aspectes de la vida de la persona i planteja si la persona està vivint la vida que vol viure. Es tracta d'una experiència molt personal que requereix un acompanyament individual basat en els valors i les preferències de la persona implicada.

Els usuaris dels serveis poden no saber immediatament la resposta a aquesta pregunta. Els pot caldre temps i la implicació d'altres persones per tal de determinar què els agrada, què els fa sentir millor, què els fa somriure, què els entristeix, què els fa mal, etc. I també calen temps i diàleg, i sovint creativitat, per acompanyar-los i ajudar-los a trobar per ells mateixos algunes respostes a aquesta pregunta.

Els professionals, els companys de suport, els cuidadors i altres acompanyants tenen diverses maneres de donar suport a les persones durant el seu recorregut cap a la recuperació i ajudar-les a identificar què significa per a elles *recuperació* i avançar cap a aquests objectius (22). Això pot incloure tenir converses sobre aspectes generals de la vida de la persona, com ara:

- Identificar quins aspectes de la vida o de l'entorn de la persona poden fer que les seves circumstàncies siguin difícils.
- Reconnectar amb la família i els amics o establir noves relacions significatives.
- Trobar una feina / reconnectar amb el mercat laboral.
- Establir vincles amb oportunitats educatives.
- Fomentar la participació en la vida de la comunitat.

L'element crucial en tot això és que les persones que assumeixen el paper d'acompanyants:

- Creguin en la persona amb qui treballen i en les decisions que pren, i tinguin el convenciment que pot recuperar el control de la seva vida.
- Aprenguin tant com sigui possible de les persones amb discapacitat psicosocial o usuàries dels serveis, ja que tenen un coneixement i una experiència considerables adquirits a través de les seves vivències.
- Per aconseguir-ho, els professionals i altres acompanyants han de reconèixer que les persones amb experiència viscuda són «expertes» pel que fa a elles mateixes i a la seva recuperació. I també els obliga a reflexionar sobre el coneixement, les capacitats i els valors que ells mateixos aporten al paper d'acompanyants i què haurien de fer de manera diferent. Ho analitzarem amb més detall als temes següents.
- Aquesta reflexió permet a una persona «comprovar» en quin sentit la seva posició social i experiència ha donat forma a les seves creences i assumpcions (per exemple, a la seva manera de treballar o a les seves idees sobre les persones amb qui treballa). Aquest aspecte és fonamental per fer aflorar i corregir possibles desequilibris de poder i oferir un millor acompanyament.

Un punt essencial és que l'acompanyament fora dels serveis de salut mental per part d'uns amics, uns familiars o una parella que es mostren afectuosos, tenen cura de la persona i l'encoratgen també es clau per a la seva recuperació.

La taula següent resum les diferències principals entre els serveis tradicionals i els serveis basats en la recuperació (23),(24):

	Serveis tradicionals	Serveis basats en la recuperació	
<b>Contínuum</b> -----			
<b>Creences</b>	Visions sobre els trastorns i els problemes de salut mental	Patologia No es dona sentit als trastorns i problemes de salut mental	Crisi existencial Experiència humana completa
	Filosofia	Manteniment Paternalisme	Recuperació Autodeterminació
	Llenguatge	Èmfasi posat en un llenguatge: <ul style="list-style-type: none"> <li>• mèdic</li> <li>• objectiu</li> <li>• «ells»</li> </ul>	Més èmfasi posat en un llenguatge: <ul style="list-style-type: none"> <li>• personal</li> <li>• subjectiu</li> <li>• «nosaltres»</li> </ul>
<b>Persones</b>	Usuaris dels serveis	Receptors passius	Actors i participants actius
	Famílies	Sense ajuda i patint	Amb ajuda i acompanyant
	Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobretot, mèdic</li> <li>• Autoritats expertes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal divers, incloent-hi suport entre iguals</li> <li>• Col·laboradors</li> </ul>
	Comunitats	Aprensiva i discriminatòria	Acceptadora i inclusiva
<b>Serveis</b>	Tipus de serveis principals	Medicació i hospitals	Ampli ventall de teràpies, suport entre iguals, educació en la recuperació, ajuts en matèria d'habitatge, educació i feina, i tasques de conscienciació
	Cultures dels serveis	Autoritàries Segregació de la societat	Participatives Inclusió a la societat
	Contextos dels serveis	Hospitals i clíniques	Serveis de la comunitat, a casa i en línia
<b>Resultats</b>	Xarxes socials	Comunitat dels serveis	Comunitat natural
	Allotjament	Hospitals, pisos compartits i altres serveis residencials	Habitatge personal
	Feina	Serveis de formació professional Tallers protegits Atur	Feina digna per un salari digne: una aportació valuosa a la comunitat



### **Exercici 2.1. Model orientat a la recuperació (30 minuts) (25)**

Reparti als participants còpies de l'annex 1.

Llegiu el fragment següent del relat de la recuperació de la Tig Davies i reflexioneu-hi (26).

«Tenia uns trenta anys i anava a la universitat. Feia tres anys que vivia permanentment col·locada quan la mort em va venir a trucar a la porta. Era a l'edifici del sindicat d'estudiants i, un segon després, ja era a l'habitació 1 de la sala H, a la unitat psiquiàtrica per a malalts aguts. Havia viscut un ingrés previ molt poc fructífer de tres mesos en una unitat psiquiàtrica quan tenia vint anys llargs, però m'agradaria parlar-vos d'aquesta altra experiència, per l'efecte positiu final que va tenir en la meua recuperació. No cal dir que els primers vuit mesos d'aquell ingrés no van tenir cap efecte positiu! Després de passar tres mesos a casa vaig acabar a l'hospital, on em van dir que el meu fetge no suportaria una altra sobredosi i un psiquiatre em va dir que no tornaria a treballar, em va oferir una vida en una comunitat terapèutica i em va dir que em continués prenent la medicació... Ah, i, és clar, que em quedés hospitalitzada.

Arribats a aquell punt, jo creia sincerament que la vida com a “persona sana” se m'havia acabat. Estava boja i no hi havia res a fer. Vaig quedar completament destrossada, incapaç de reaccionar ni físicament ni mentalment. Vaig caure en una passivitat absoluta, res no tenia sentit. Va ser durant els següents set mesos que vaig passar a l'hospital quan el meu recorregut cap a la recuperació per fi va començar!

Anava molt medicada, estava horrorosament prima, era incapaç de pensar i no tenia desig, motivació ni cap interacció social. Tenia moltíssima por, sentia veus que em deien que em fes mal, que estava completament morta dins d'aquell cos fastigós, i que continuaria així fins al final.

A la planta de dalt de l'hospital hi havia una petita cafeteria per als pacients i les visites regentada per la Dee. La Dee probablement sigui una de les treballadores de suport a la salut mental més autèntica, empàtica, comprensiva i divertida que m'he trobat mai. L'anomenen “l'assistent de la cafeteria”. Va portar “posar cafès” als clients de la seva cafeteria a un altre nivell. La Dee no es limitava a posar cafès: ella servia les persones. Parlava, compartia, preguntava, escoltava, plorava, reia, exposava la veritat tal com ella la veia, abraçava quan calia i mantenia les distàncies quan havia de fer-ho. Parlava amb la gent pel plaer de comunicar-se, no acceptava ximpleries de ningú i entenia la diferència... Ah! I feia un cafè boníssim! I, tot això, sempre amb la por de ficar-se en problemes per parlar a la feina! Aquella cafeteria i la Dee es van convertir en un lloc de tranquil·litat, llum i esperança per a mi.

Un matí era al cafè quan va entrar el nou “assistent social”, el Dave. Estava clar que ens coneixíem de feia anys. Vam parlar. Ens havíem conegut durant el meu període àlgid amb les drogues i, malgrat trobar-se amb un cadàver amb potes, cosa que el va entristir molt, el meu estat va fer que desplegués al màxim l'abordatge més centrat en la persona.

Ell, la Dee i jo vam seure a prendre un cafè. Llavors, el Dave es va limitar a mirar-me i em va fer la pregunta més simple i alhora més profunda que m'han fet mai. “Què creus, TU, que t'ajudaria a posarte bé de nou?” Vaig quedar astorada. Ningú no m'ho havia preguntat mai i sempre havia cregut que la medicació, les infermeres i els psiquiatres tenien tots els plans i les respostes. Al cap i a la fi, eren ells qui havien redactat el meu pla d'atenció!

Vaig agafar-me a aquella pregunta moguda per l'estat de desesperança en què em trobava i, convençuda que no hi tenia res a perdre, vaig parlar amb el Dave i la Dee dels records d'un somni que

jo ja havia tingut abans. Volia estar bé, volia recuperar la relació amb la família i els amics, volia tornar a casa, al meu pis, i volia treballar. Al final d'aquella conversa, vaig menjar i, el que és més important, vaig "gaudir" de la torrada amb melmelada i d'una tassa plena a vessar de batut de xocolata. Feia més de tres mesos que no era capaç de menjar res més que una galeta digestiva i un got de llet al dia! I també vaig somriure. I em va fer sentir molt bé. Havia recuperat l'esperança, per fi. Vaig parlar. Vaig somiar. Vaig fer plans.» **Tig Davies. De la malaltia mental a la recuperació: som nosaltres qui tracem el pla del nostre camí!**

Malgrat estar enfonsada a les profunditats del que descriu com el seu «estat de desesperança», la Tig identifica maneres com la Dee i el Dave la van a ajudar a iniciar el seu recorregut cap a la recuperació.

És important destacar que no estem suggerint que la feina que fan els professionals dels serveis no estigui centrada en les persones. La diferència amb un abordatge centrat en la persona és que l'orientació i la direcció d'aquesta feina canvia. A partir del relat de la Tig, queda clar que tant la Dee com el Dave es van relacionar amb ella d'una manera que ella va entendre com a diferent de les seves altres experiències als serveis socials i de salut mental, cosa que va suposar un punt d'inflexió a partir del qual va iniciar el seu recorregut cap a la recuperació.

Pregunteu als participants el següent:

- Si pensem en el relat de la Tig, quins aspectes de l'abordatge de la Dee i el Dave identificaríeu com a orientats cap a la recuperació?
- El relat de la Tig ens dona altres pistes que indiquen que l'acompanyament i el tractament que va rebre durant l'internament no va estar centrat en la seva persona. Quines són aquestes pistes? Com es podria haver plantejat la situació en uns altres termes?



#### **Presentació: Pràctiques clau orientades a la recuperació (10 minuts)**

Tal com hem analitzat, serveis actuals en països d'arreu del món acostumen a centrar-se en les *mancances* (allò que la persona és *incapaç* de fer), a mantenir la persona usuària dels serveis en una situació «estable» pel que fa a la seva salut mental i a evitar el deteriorament dels símptomes o dels nivells de funcionament.

Aquest abordatge gairebé no posa èmfasi en la persona en el seu conjunt i en allò que sent, i no té en compte les seves fortaleses, les seves esperances ni les seves aspiracions.

Això no vol dir que els serveis no hagin de donar assistència a les persones per tal que resolguin els seus problemes, sinó que centrar-se en les seves fortaleses, i no en les mancances, és una manera més efectiva d'ajudar-les a gestionar les seves emocions i els reptes que puguin trobar a la vida.

En uns serveis orientats a la recuperació, els professionals de la salut mental i altres àmbits, els familiars i altres persones involucrades en l'acompanyament, així com els companys de suport i altres acompanyants, tenen un paper en la recuperació de la persona. Això inclou:

- Centrar-se en les fortaleses i actius.
- Infondre esperança.



- Entendre els valors i les preferències de la persona.
- Treballar amb la persona.
- Establir límits.
- Ser conscients de les barreres potencials que poden obstaculitzar el recorregut cap a la recuperació de la persona, inclosos els desequilibris de poder al si dels serveis.
- Donar suport a la persona perquè assumeixi riscos positius.
- Connectar la persona amb la comunitat, incloent-hi companys i familiars.

Aquests tipus de pràctiques també ajuden a promoure el canvi social necessari per posar fi a la discriminació envers les persones amb discapacitat psicosocial.

Els temes següents abordaran els papers clau que els professionals, els familiars i altres acompanyants poden tenir per fomentar la recuperació de la persona. Més endavant, els participants tindran l'oportunitat de debatre en quin sentit això difereix de la pràctica actual als serveis socials i de salut mental.

## Tema 3. Recuperació centrada en els actius i les fortalezes

### Durada del tema

Aproximadament 45 minuts.



**Presentació: Centrar-se en els actius i les fortalezes de la persona és clau per a un acompanyament orientat a la recuperació (2),(27) (25 minuts)**

Molt sovint, els serveis se centren en els problemes i les mancances de les persones. Una part essencial de la recuperació és que la persona identifiqui els seus actius i punts forts per poder aprofitar-los. Això es pot facilitar de diverses maneres:

- Centrant-se en les fortalezes i els actius (en comptes de les mancances) de la persona usuària dels serveis, així com dels familiars, les amistats i els cuidadors que l'acompanyen.
- Treballant d'una manera que reconegui els valors personals, socials, culturals i espirituals, les fortalezes i els desitjos de la persona.
- Establint una col·laboració amb la persona i amb la seva xarxa de suport (amb el consentiment de la persona) per entendre-la millor i ajudar-la a identificar els seus actius i fortalezes i aprofitar-los.

L'abordatge basat en les mancances limita les oportunitats de les persones mentre que l'abordatge basat en els actius i les fortalezes les amplia.

Centrar-se en els actius i les fortalezes no significa negar el dolor i el malestar que una persona pugui patir. Aquests sentiments s'haurien d'identificar i s'ha d'ajudar la persona a explorar-los i trobar maneres de superar-los, aprofitant les seves fortalezes i els seus actius.

Abordatge basat en les mancances (27)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Parteix de les mancances i respon a problemes.</li><li>• Proporciona un suport limitat pel mandat o la política específics del servei, en lloc de centrar-se en les necessitats de la persona.</li><li>• Tracta les persones com a receptors passius de l'acompanyament.</li><li>• Veu els problemes o mancances com una part intrínseca de la persona i prova d'«arreglar-la» o «estabilitzar-la».</li></ul>
Abordatge centrat en els actius i les fortalezes (22),(2),(27)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Parteix dels actius i identifica oportunitats i fortalezes.</li><li>• Veu les persones com a expertes en la seva pròpia recuperació i reconeix que són capaces de prendre decisions i les prenen.</li><li>• Requereix que els professionals o els altres implicats en l'assistència passin de provar «d'arreglar la persona» a acompanyar-la en la seva recuperació.</li><li>• Emfatitza la col·laboració i la coproducció entre la persona implicada i els professionals i altres acompanyants en el seu recorregut i procés de recuperació.</li></ul>

- Veu i tracta la comunitat general com a actius.
- Empodera les persones per assumir el control de les seves vides i les ajuda a desenvolupar el seu potencial, entenent que són elles qui tenen les respostes i solucions.

Arribats a aquest punt, expliqueu als participants:

En la situació següent (Tom), veurem què comporta a la pràctica l'abordatge basat en les mancances i com es pot avançar cap a un abordatge basat en les fortaleeses.

### **El cas del Tom**

El Tom és un home de trenta anys que treballa de mestre. Fa tres anys que està casat, però la relació amb la dona s'ha deteriorat recentment i discuteixen a tota hora. Cada cop li resulta més difícil trobar el gust a la feina i mostrar-se pacient i atent a les necessitats dels seus alumnes. Els dies se li fan insuportables. Sovint li costa també adormir-se a la nit, perquè pensa en el dia següent i l'angoixa no ser capaç d'afrontar-lo. Quan se sent així, recorre a l'alcohol fins que es tranquil·litza. Ha consultat el seu metge de capçalera, que li ha diagnosticat fatiga crònica i desànim i li ha parlat d'una possible depressió. Malgrat tot, el Tom continua formant part de l'equip de rugbi local i el reconforta molt jugar i passar l'estona amb els seus companys d'equip.

Abordatge basat en les mancances	Abordatge basat en els actius/fortaleses
<p><b>Parteix de les mancances i respon a problemes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga crònica i desànim, possible depressió</li> <li>• Consum excessiu d'alcohol</li> <li>• Problemes de parella</li> </ul>	<p><b>Parteix dels actius i identifica oportunitats i fortaleses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Passió per l'esport</li> <li>• Problemes amb la parella, amb qui han superat altres crisis abans</li> <li>• Implicació en l'equip de rugbi i bona relació amb els companys d'equip</li> <li>• Disposició a buscar noves oportunitats</li> </ul>
<p><b>Proporciona un suport limitat pel mandat o la política específics del servei, en lloc de centrar-se en les necessitats de la persona:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaluació més en profunditat de la fatiga crònica</li> <li>• Derivació a la unitat de salut mental de la comunitat i a la unitat de conductes addictives</li> </ul>	<p><b>Posa èmfasi en el paper de la comunitat en un sentit més ampli i d'actius organitzatius també més generals; veu les persones com a ciutadans i coproductors:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'equip de rugbi local resulta molt beneficiós per al Tom per molts motius</li> <li>• Hi ha la possibilitat d'assistir a una classe de fusteria gratuïta els dimarts al vespre</li> </ul>
<p><b>Tracta les persones com a receptors passius de l'acompanyament. Veu els problemes o mancances com una part intrínseca de la persona i prova d'«arreglar-la» o «estabilitzar-la»:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivació a la clínica de fatiga crònica</li> <li>• Derivació al psicòleg per rebre teràpia cognitivoconductual</li> <li>• Recepta d'antidepressius</li> </ul>	<p><b>Ajuda les persones a prendre el control de les seves vides i a desenvolupar el seu potencial, perquè considera la persona com la resposta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Tom avalua les opcions de tractament i acompanyament que li ofereix el seu metge i també sospesa altres idees i opcions que ha pensat ell mateix</li> <li>• Decideix provar la teràpia cognitivoconductual per aprendre a gestionar l'ansietat i reduir el consum d'alcohol</li> <li>• Decideix anar a les classes de fusteria i buscar altres opcions laborals</li> </ul>



### **Exercici 3.1: Centrar-se en les fortaleses i els actius (2) (20 minuts)**

Ara és el moment perquè els participants apliquin els conceptes que han après sobre centrar-se en les fortaleses i els actius.

Demaneu als participants que valorin les següents descripcions de la Sarah:

Considerereu l'exemple següent:

**Sarah:**

1. La Sarah és una dona esquizofrènica, obesa i que no acata les normes. No fa res per estar millor.
2. Requereix una assistència considerable amb les seves decisions vitals per assolir una gestió òptima del seu diagnòstic d'esquizofrènia i sobrepès.
3. La Sarah és mare d'una filla de dos anys de la qual està molt orgullosa i té una família que li fa costat. Aspira a anar a la universitat i estudiar puericultura. Pateix al·lucinacions visuals i auditives des dels vint anys.

Demaneu als participants facin un debat sobre les preguntes següents:

Si fóssiu la Sarah, quina de les descripcions vostres preferiríeu que s'emprés? Per què?

Animeu els participants a pensar en el perquè algunes descripcions no són adequades.

- La majoria sabran identificar que la primera descripció és del tot inadequada i vulnera la dignitat de la Sarah.
- La segona descriu la Sarah només en funció del seu diagnòstic d'esquizofrènia i el seu pes, però no sabem res d'ella com a persona. L'ús del terme «requereix» a la descripció també indica la presumpció automàtica que la Sarah no sap defensar-se sola sense ajuda.
- La tercera descripció contextualitza la Sara com a persona que ha demostrat una gran fortalesa i algú amb somnis i aspiracions.

Quin impacte podrien tenir aquestes descripcions diverses en la Sarah?

- La descripció 1 podria fer que la Sarah se sentís insultada, desesperançada i privada de la seva identitat. A més, això podria fer que se sentís silenciada i perdés l'esperança que res la pugui ajudar.
- La descripció 2 podria fer que la Sarah pensés que les persones que l'ajuden la veuen només a través del prisma de la seva malaltia i no saben res d'ella com a persona o sobre com gestiona els reptes diaris. Pot sentir que la jutgen i tenir sentiments d'inferioritat per com la descriuen. També pot tenir la sensació que els seus metges són distants i despreocupats. Catalogar com a «pobres» les eleccions vitals de la Sarah també la culpa i ignora per què ha pres aquestes decisions.
- La descripció 3 odria ajudar la Sarah a sentir-se molt més positiva sobre qui és com a persona, ja que se centra en les seves fortaleses, li recorda les coses importants que ha assolit i subratlla els seus somnis i aspiracions per al futur.

## Tema 4. Promoure l'esperança

### Temps per a aquest tema

Aproximadament 1 hora.



### **Exercici 4.1: Promoure l'esperança (8),(5),(28) (40 minuts)**

El grup sencer hauria de participar en el debat següent sobre el fet d'infondre esperança. Pregunteu als participants:

#### **Què enteneu per l'expressió *infondre esperança*?**

Després d'aquest debat inicial, demaneu als participants que es divideixin en grups de cinc. Demaneu als grups que parlin sobre la pregunta següent:

**Com poden els professionals sanitaris, els companys, els familiars i altres persones infondre esperança a les persones que ajuden a recuperar-se?**

Demaneu als participants que expliquin el debat que han mantingut en el seu grup a tots els presents. Després, presenteu-los aquesta llista:

#### **Com podem infondre esperança a les persones amb qui treballem i a les quals acompanyem?**

- Valorar la persona per qui és i valorar també els seus somnis i aspiracions.
- Creure en la vàlua de la persona.
- Tenir confiança en les habilitats, les destreses i el potencial de la persona.
- Creure en l'autenticitat de l'experiència de la persona.
- Acceptar i explorar de manera activa les experiències de la persona.
- Tolerar la incertesa pel que fa al futur.
- Veure els problemes i els contratemps com a part del procés de recuperació i ajudar la persona a extreure'n lliçons i aprofitar-les.
- Connectar la persona amb altres que hagin viscut experiències similars.

Pregunteu als participants:

#### **Què pot fer que algú perdi l'esperança?**

Exemples de resposta:

- Manca de confiança de la família, els amics i el personal.

- Que siguin els altres qui prenen les decisions importants mentre la persona veu com les seves decisions són menystingudes.
- Que li diguin que no hauria de casar-se, tenir fills o tornar a treballar.
- Quedar exclòs de la comunitat i ser discriminat (per exemple, manca d'estudis, feina, habitatge, absència d'assistència relacionada amb la discapacitat).
- Creure que el futur no portarà res positiu o que la vida o les circumstàncies no poden canviar.
- Perdre la confiança en les capacitats i el talent propis.
- Desesperació perquè el recorregut cap a la recuperació pot ser dur i comporta molt d'esforç.
- Rebre un tractament inadequat dels serveis socials i de salut mental que deriva en cinisme o pèrdua de l'esperança que les coses puguin millorar.
- Rebre un diagnòstic i tenir la sensació que la medicació és l'única resposta.

Com a formador, també pots plantejar el tema de per què la família i altres acompanyants poden perdre l'esperança.

Per què poden perdre l'esperança els familiars i altres acompanyants?

Alguns exemples són:

- Per la manca de suport i/o de recursos per a ells mateixos.
- Per la falta d'informació.
- Per la incomprensió per part de la comunitat.



#### **Exercici 4.2. Com l'esperança facilita la recuperació (8) (20 minuts)**

Demaneu al grup que tornin a pensar en un moment de les seves vides en què s'hagin hagut de recuperar d'alguna cosa, **com ara un problema de salut o una pèrdua (si se senten còmodes parlant-ne)**. Pot ser una situació similar a l'exposada a l'exercici anterior de la formació.

A continuació, en grup, responeu a les preguntes següents:

- Quin paper creieu que va tenir l'esperança en la vostra pròpia recuperació?
- Quan us sentíeu desesperançats, què us va ajudar a continuar endavant?

Doneu al grup uns minuts per prendre nota de les seves idees i després convideu-los a parlar-ne amb la resta del grup.

Al final de l'exercici és important deixar clar que:

És important no treure importància a les dificultats molt reals que les persones senten. L'esperança *no* s'hauria d'utilitzar com a manera d'evitar o negar els sentiments o la tristor que les persones poden patir i que poden semblar aclaparadors. És important reconèixer com se sent la persona durant aquests moments difícils de les seves vides, tal com il·lustra la cita següent:

«Bé, a alguns de nosaltres no cal que ens digueu això, perquè ens sembla quasi insultant. Si la malaltia ha destrossat i devastat la teva vida, si la teva feina ha desaparegut com fulles emportades per una ràfega de vent, si no se't considera capacitat per cuidar els fills, si no tens amics ni res a fer, si gairebé no tens diners i els professionals no semblen entendre el teu malestar, de vegades podem tenir la sensació que les nostres vides s'han fet malbé de manera irreparable i no hi ha cap esperança; es produeix una fractura al recorregut, que deixa de resultar agradable, i el seu final és l'única solució lluminosa.

En aquesta situació, pot ser que no ens vingui de gust que una persona brillant aparegui per parlar-nos del nostre recorregut cap a la recuperació i com pot empoderar-nos; de fet, pot aconseguir que ens enfadem si la nostra màxima meta en aquells moments és arribar al final del dia i, en canvi, se'ns està encoratjant a sentir esperança i optimisme. Instintivament, pots dir-te: "Però com t'atreveixes a subestimar la meva desesperació?", "Com t'atreveixes a demanar-me que tingui ni tan sols un bri d'esperança en la meva pobra vida?"» (29).



## Tema 5. Valors en la recuperació

### Temps per a aquest tema

Aproximadament 20 minuts.



**Presentació: Respectar la persona implica entendre els seus valors i les seves preferències (2) (20 minuts)**

### Definició de *valors*

- Els valors i les creences, els principis o estàndards que una persona percep són importants per a la seva vida i governen la seva manera de pensar i actuar. Estan formats per experiències i contextos socials.
- Desenvolupem els nostres valors a través d'experiències i reflexions. Els valors sovint són el fonament de les preferències i les tries que fem, també en l'àmbit del tractament, l'assistència i l'acompanyament.
- De fet, els valors sovint poden expressar-se mitjançant desitjos, preferències, percepcions, eleccions, expectatives, esperances, decepcions o pors, en lloc d'analitzar-se de manera explícita.
- Els valors són un dels determinants més potents del comportament i tot allò que va directament en contra dels valors d'una persona pot semblar una invasió de la llibertat i suscitar resistència.

### La pràctica basada en els valors

La pràctica basada en els valors passa per treballar de manera constructiva amb les diferències de les persones i acceptar-ne la diversitat de valors.

### Això vol dir:

- S'han de posar els valors de les persones usuàries dels serveis, mentre continuen evolucionant i desenvolupant-se, al centre de tot allò que es fa.
- Cal entendre els valors propis i les repercussions que tenen, tant a títol personal com en relació amb altres persones.
- S'han de celebrar les tries personals i la creativitat de la persona com a font de la seva recuperació o curació i com a manifestació i desenvolupament dels seus valors.

És important no donar per fet que els altres comparteixen els nostres mateixos valors, ja que això pot donar lloc a abordatges, suggeriments i intervencions que poden semblar inacceptables i fracassar.

Tant els acompanyants com els professionals de la salut mental i altres àmbits haurien de mantenir una conversa franca amb la persona si no són capaços de donar-li l'ajuda que ella vol perquè entra en

conflicte amb els seus propis valors. A més, els acompanyants i professionals haurien de fer un esforç addicional per entendre els valors d'aquelles persones que no són capaces d'expressar-se de manera convencional; per exemple, parant molta atenció a com reaccionen aquestes persones davant de diferents situacions.

Dedicar temps a conèixer les preferències de les persones pel que fa al tractament, l'assistència i l'acompanyament és clau per construir relacions orientades a la recuperació.

Per exemple, algunes persones poden triar:

- Rebre la visita d'algunes persones, però no d'altres, mentre utilitzen un servei. Això pot reflectir el valor de mantenir determinades parts de la vida fora de l'abast d'algunes relacions (per exemple, de relacions laborals).
- Compartir experiències amb persones que han viscut situacions similars i se n'han recuperat. Això pot reflectir la creença que la saviesa no s'aprèn tant als llibres com a través de l'experiència.
- Canviar de medicació o deixar de prendre'n. Això pot reflectir un coneixement creixent sobre els efectes secundaris de la medicació o un canvi en els valors de la persona, que, en comptes de buscar un alleujament immediat, pot voler tenir una vida sense els efectes de la medicació.
- Parlar amb determinats professionals de la salut mental i d'altres àmbits i, en canvi, no amb uns altres, o no recórrer en absolut als serveis de salut mental. Això pot reflectir els valors d'una persona relatius al tipus d'interaccions que troben útils per a la seva recuperació.

És fonamental no fer assumpcions sobre les creences i els valors subjacents d'una persona a partir de les preferències que expressa. La voluntat i les preferències de la persona són una declaració d'allò que vol en una o més situacions. No cal que hagin de donar cap explicació per les seves preferències.

Això no obstant, en alguns contextos pot tenir sentit explorar, a partir de converses prolongades en el temps, si la persona té uns valors i unes creences subjacents aplicables a una categoria més general de circumstàncies.

### **Els valors, les decisions i les preferències de la persona a la vida i en relació amb el tractament i/o l'acompanyament que rep han d'explorar-se al llarg de la relació.**

Això requereix habilitats d'escolta i comunicació efectiva per entendre la persona.

- **Comprensió i perspectives:** com entén què passa a la seva vida en el moment present? Què vol o no vol dels altres, incloent-hi els serveis socials i de salut mental? Quina opinió té dels serveis de salut mental? Què pensa de la medicació?
- **Identitat:** com es veu ella mateixa en relació amb els altres?
- **Límits:** què considera que queda fora dels límits en el context de les relacions de suport o servei?
- **Creences:** té alguna creença religiosa, espiritual o d'un altre tipus que sigui important per a ella?
- **Objectius:** quins objectius té a la vida?
- **Experiències passades:** quines són les seves experiències (positives i negatives) pel que fa als serveis de salut mental i als tractaments que ha rebut, així com a d'altres serveis i acompanyaments?
- **Què li ha funcionat?** Què no li ha funcionat?
- **Què espera assolir** en la seva recuperació?

- **Què espera** de les relacions amb els seus acompanyants i/o de les relacions terapèutiques? Hi ha algun estil o abordatge determinat que no funcioni? Per què? Quina mena d'acompanyament vol i necessita?

Fins i tot si no és possible satisfer les preferències de la persona (per manca de recursos, posem per cas), entendre'n els valors pot ajudar a plantejar altres opcions potencialment acceptables. A més, determinades opcions poden expressar-se com a innegociables.

## Tema 6. Treballar amb les persones

### Temps per a aquest tema

Aproximadament 1 hora.



**Presentació: Què comporta treballar en col·laboració amb algú? (8) (15 minuts)**

### Fer amb en lloc de fer per a

- Sovint es considera que els professionals, els cuidadors, els familiars i altres acompanyants fan alguna cosa per a la persona usuària dels serveis. Com a part d'un abordatge basat en la recuperació, l'èmfasi es posa en la idea de «fer amb» les persones i «acompanyar-les» a agafar les regnes del seu recorregut cap a la recuperació.
- En aquest context, la persona pren les decisions relatives a la seva vida i al seu recorregut cap a la recuperació, mentre que els professionals, els cuidadors, els familiars i altres acompanyants només l'ajuden si ella vol que s'hi impliquin.
- Acompanyar és molt diferent de dirigir.
- Els acompanyants han de trobar l'equilibri entre quan cal ajudar i quan cal intentar que la persona es planteji diferents possibilitats i qüestioni la seva manera habitual de procedir.
- Els professionals són persones amb recursos que proporcionen informació i suport per ajudar les persones a identificar els seus objectius de recuperació i assolir-los.
- Plantejar reptes massa ambiciosos pot ser contraproductiu per a la recuperació de la persona i pot afeblir la relació i la confiança que té en els seus acompanyants.
- Els acompanyants han de ser conscients que ells també poden necessitar ajuda.

### Resistir la temptació de resoldre els problemes

- La idea d'acompanyar algú pot semblar contrària als instints tant humans com professionals d'«ajudar» o «solucionar/arreglar els problemes» de la persona.
- Fer un pas enrere d'aquesta posició més activa requereix, per una banda, habilitat i, per l'altra, tenir confiança i respecte per la persona a qui s'està ajudant. Aquest plantejament posa el poder de dirigir la recuperació en mans de la persona a qui s'acompanya.
- És important tenir paciència, deixar que cadascú avanci al seu ritme i ajustar contínuament l'ajuda oferta segons les necessitats i els desitjos de la persona a qui es dona suport.
- Demostrar que es creu en la persona li permetrà desenvolupar confiança en les pròpies capacitats per gestionar la seva vida, la situació i els reptes que afronta.



### **Exercici 6.1. Treballar colze a colze a la pràctica (30) (45 minuts)**

De vegades, quan una persona té una crisi, se sent superada o expressa actituds negatives envers la família, els cuidadors, els professionals o els serveis, pot resultar difícil connectar-hi d'una manera personal i útil. Ara analitzarem una situació, l'experiència de la Suraiya, que ens permetrà explorar l'assistència i l'acompanyament que va rebre en el context d'un abordatge basat en la recuperació.

Dividiu els participants en grups de cinc per analitzar la situació. Després demaneu a aquests grups que exposin les seves reflexions davant de tot el grup.

### **Cas: l'experiència de la Suraiya**

La Suraiya és una dona de 22 anys que ha acceptat ingressar en una clínica psiquiàtrica per a malalts aguts després d'un intent de suïcidi. Té un historial d'autolesions greus i d'internaments repetits pel greu malestar que ha sentit.

Imagineu-vos que sou un dels professionals que ajuda la Suraiya i que us reuneu amb ella per parlar de la seva situació. La Suraiya us diu que ha perdut l'esperança, que és infeliç i que creu que no cau bé al psiquiatra. Es queda asseguda en silenci i sembla molt entotsolada durant tota la reunió.

### **Si fóssiu a la pell de la Suraiya, què voldríeu?**

#### **Alguns respostes dels participants poden ser:**

- Que em visités un altre psiquiatra.
- Tornar a casa.
- Tenir més informació sobre la meva estada i el pla de tractament.
- Reprendre el control de la meva vida.
- Tenir la sensació que algú m'entén i empatitza amb la meva situació.
- Veure una cara familiar o algú en qui confii (amic o parent).

### **A partir dels coneixements que heu adquirit sobre l'abordatge basat en la recuperació, com podríeu ajudar la Suraiya?**

#### **Convideu el grup a pensar en el següent:**

- Com començaríeu una conversa amb la Suraiya?
- Quines preguntes li faríeu?

#### **Exemples:**

- Li preguntaria què li fa pensar que no cau bé al psiquiatra.
- Reconeixeria el malestar de la Suraiya (implicant-me realment amb ella i escoltant-la activament). Exploraria amb ella què no va bé per poder preguntar-li sobre el seu benestar i la seva experiència amb el servei.
- Li asseguraria que és aquí per voluntat pròpia i que no està obligada a quedar-s'hi ni a fer res que no vulgui fer.
- La convidaria a descriure com podria millorar la seva situació.
- Li preguntaria com podria ajudar-la a fer que la situació fos menys estressant (per exemple: rebent determinades visites, demanant que li portin algunes pertinences especialment significatives de casa, fent activitats que li agraden, parlant amb determinats treballadors de salut mental, fent les gestions perquè pugui tornar a casa amb l'ajuda apropiada, etc.).
- Li preguntaria si hi ha algun altre integrant del personal amb qui se senti còmoda parlant.

- Li preguntaria si li seria útil parlar amb algú que hagi viscut una experiència similar (algun tipus de suport entre iguals).

### ***Vegem com un professional, el Jamal, interacciona amb la Suraiya:***

En una reunió amb la Suraiya, el Jamal percep que la noia sembla reservada, enfadada i trista. Li pregunta com se sent en aquell moment. El Jamal també li pregunta si hi ha res que la pugui fer sentir millor. La Suraiya respon que li agradaria parlar amb un amic. El Jamal li diu que provarà d'organitzar-ho perquè es puguin veure tan aviat com sigui possible. També li pregunta què més pot fer per ajudar-la mentrestant.

La Suraiya li explica que el que més necessita és passar temps a soles en un lloc tranquil, per poder reflexionar. Diu que, en el passat, li ha anat bé escoltar música per agafar una certa distància de la seva situació. El servei de salut mental disposa de sales còmodes i tranquil·les des de l'any anterior i el Jamal proposa a la Suraiya passar-hi tant temps com vulgui, escoltar música i trucar als seus amics sempre que vulgui. També li fa saber que pot comptar amb ell sempre que ho necessiti.

El Jamal recorda que la Suraiya pensa que no cau bé al psiquiatre. La convida a exposar qualsevol preocupació que no s'hagi tractat, per poder-la traslladar a les persones implicades i, si escau, donar-li els recursos i la informació necessaris sobre com i on pot presentar queixes.

### **En quin sentit el suport del Jamal està en concordança amb pràctiques orientades a la recuperació?**

#### **Algunes respostes poden ser:**

- El Jamal infon esperança.
- El Jamal escolta i prova d'entendre les preferències de la Suraiya.
- El Jamal es mostra respectuós amb les peticions de la Suraiya.
- Treballa en col·laboració amb la Suraiya.

En tot moment, el Jamal es comporta de manera professional, alhora que s'involucra i es mostra comprensiu.

## Tema 7. Límits en el context de les pràctiques de recuperació

### Durada del tema

Aproximadament 20 minuts.



### **Presentació: Entendre els límits (31) (20 minuts)**

En tractar amb els participants el tema dels límits, és important ser conscient que pot haver-hi molta varietat d'opinions al grup sobre què es considera acceptable. Feu al grup la pregunta següent i feu una llista de les respostes a la pissarra:

Què enteneu per l'expressió «*Mantenir límits professionals en el context dels serveis socials i de salut mental*»?

Després d'un breu debat sobre això, repreu la presentació.

### **Mantenir els límits (30)**

Mantenir límits professionals en el context de l'abordatge basat en la recuperació implica:

- Reconèixer i respectar de manera apropiada els límits de les persones usuàries del servei.
- Ser clar, just i obert sobre què es pot fer i què no.
- No implicar-se ni *massa* ni *massa poc*.

En el passat, la idea de mantenir una «distància professional» ha servit per erigir una falsa barrera «nosaltres-ells» entre el personal i les persones usuàries dels serveis, com si fossin fonamentalment diferents.

No obstant això, la idea que els professionals han de mantenir la distància emocional i personal per ser competents no encaixa amb el que expressen moltes persones usuàries dels serveis socials i de salut mental. Per exemple, pot ser útil que un professional expliqui algun problema personal o algun trauma que ha viscut quan això pot indicar una manera d'avançar i superar algun problema o trauma a la persona usuària.

D'altra banda, les persones usuàries dels serveis poden percebre que les intervencions dels professionals de la salut mental i altres àmbits traspassen els seus límits personals (per exemple, les preguntes intrusives sobre la seva vida personal, la medicació forçada, etc.).

En aquest sentit, l'èmfasi no s'ha de posar en el fet de mantenir els límits, sinó en el fet d'establir una relació sostenible en què totes dues parts se sentin còmodes i que funcioni en benefici de la persona.

Això requereix trobar un equilibri en què els professionals i altres acompanyants no s'involucrin ni massa ni massa poc. El nivell adequat d'implicació pot variar en funció de la vida que porta cadascú, de manera que és important tenir en compte les diferències culturals o contextuals a l'hora d'establir una relació amb una persona.

- Un exemple d'implicació excessiva pot donar-se quan un acompanyant s'identifica de manera tan intensa que intenta explorar experiències que la persona troba incòmodes, indesitjades i/o no relacionades amb el problema.
- Un exemple d'implicació insuficient pot donar-se quan un acompanyant es desconnecta completament de la persona, la considera una «causa perduda» i n'ignora els sentiments.

Mostreu als participants la taula següent, amb exemples del que seria una implicació excessiva o insuficient entre un professional i una persona usuària del servei.

Implicació excessiva	Implicació insuficient
Mostrar límits poc clars o insuficients	Lamentar el temps o l'atenció que una persona pot necessitar o voler
Perseguir algú per tenir-hi contacte	Evitar el contacte amb les persones usuàries dels serveis
No respectar l'espai i els límits personals	Fer servir els límits per castigar les persones
Revelar detalls personals negatius o irrelevantes	Mostrar-se tancat amb la persona i no compartir-hi experiències personals
Satisfer les necessitats de la persona a expenses del benestar del professional / altres acompanyants	Plantejar només reptes sense suport Ser distant, despreocupat, fred
	No implicar-se ni mostrar interès
	No semblar involucrat o semblar distret en parlar amb la persona



## Tema 8. Riscos positius en la recuperació

### Durada del tema

Aproximadament 2 hores.



### **Presentació: Suport en l'assumpció de riscos positius (32) (30 minuts)**

La recuperació implica assumir riscos a la vida, ja sigui provant activitats noves, coneixent persones noves o explorant noves idees i sentiments. No tots els riscos són iguals. Assumir riscos positius no és el mateix que assumir riscos que impliquen un comportament «de risc», com mantenir sexe no segur o conduir un cotxe a una velocitat excessiva. La majoria de nosaltres entendria que aquests riscos són poc prudents. Ara bé, cada persona pot traçar la línia entre els riscos positius i els poc prudents de manera diferent (per exemple, els esports extrems poden millorar la seguretat d'una persona en ella mateixa pel fet d'assumir deliberadament un risc).

L'assumpció de riscos positius permet a les persones explorar el seu potencial, noves possibilitats i oportunitats, fer realitat els seus somnis i ambicions, aprendre d'experiències negatives o positives i viure la vida com vulguin. Malgrat això, els professionals de la salut mental i altres àmbits, els familiars, altres cuidadors i els serveis sanitaris en general acostumen a ser contraris als riscos i solen desencoratjar les persones a assumir-ne.

Pregunteu als participants el següent:

**Per què, en el context de la salut mental, s'acostuma a evitar assumir riscos?**

A continuació, mostreu-los les diapositives següents (8),(33):

#### ***Persones amb discapacitat psicosocial:***

- Poden ser reticents a assumir riscos per por a agreujar els seus problemes.
- Poden evitar assumir riscos perquè els fa por fracassar.
- També pot ser que tinguin por de la discriminació que podrien patir si fan certes activitats.
- Poden no voler sortir de la seva zona de confort o poden no sentir-se còmodes afrontant les pors.
- Alguns es poden haver enfrontat ja a molts riscos amb resultats negatius a la vida, sigui per elecció o per altres circumstàncies, i poden ser reticents a assumir-ne més.
- Pot ser que no tinguin un sistema de suport que els encoratgi a assumir riscos.

#### ***Familiars i cuidadors:***

- Poden témer que el seu parent tingui malestar en emprendre activitats o tasques noves que li suposin un repte.
- Poden témer que allò que ells consideren un fracàs per part del seu parent comporti la vergonya de la família o un dany per a la persona.

### **Professionals de la salut mental i altres àmbits:**

- Les baixes expectatives dels professionals de la salut mental i altres àmbits (per exemple, en relació amb la capacitat de les persones d'utilitzar els serveis per trobar feina, per tenir cura d'una família, etc.) poden ser un obstacle a l'hora d'ajudar la persona a prendre riscos i explorar noves oportunitats.
- Sovint, els professionals temen que se'ls culpi o se'ls consideri responsables i se'ls reprengui si alguna cosa surt malament.

### **Per què és important assumir riscos per a la recuperació (32)?**

- La vida implica necessàriament assumir riscos i cada persona ha d'aprendre, per assaig-error, quin tipus de plantejaments en l'assumpció de riscos són positius i quins són negatius.
- Ningú no pot explorar el seu potencial, noves possibilitats i oportunitats, fer realitat els seus somnis i ambicions o aprendre de l'experiència sense arriscar-se.
- Evitar els riscos pot fer que la persona no trobi sentit i relegar-la a no tenir més funció que la de ser algú amb una «malaltia» o un diagnòstic.
- Si els professionals o acompanyants només se centren a protegir la persona dels riscos, en realitat potser el que fan és obstaculitzar-ne la recuperació.
- La recuperació consisteix a permetre que la persona prengui decisions per ella mateixa i assoleixi els seus objectius. De vegades, aquests objectius demanen assumir riscos.

### **L'assumpció de riscos positius forma part de la vida quotidiana (32)**

A la vida, és impossible evitar el risc. Evitar riscos jugant sempre a anar sobre segur, fer allò que els altres ens diuen que és millor o fer el que sempre hem fet també comporta els seus riscos. Gaudir plenament del dret a exercir la capacitat jurídica implica també assumir els riscos inherents a prendre decisions, afirmar-se i acceptar-se un mateix. Assumir riscos, de vegades amb resultat positiu i d'altres amb resultat negatiu, és una part essencial de la vida de qualsevol persona que prova d'assolir els seus somnis i objectius i aprèn dels seus errors. Assumir riscos, per tant, és una part integral de la recuperació i del creixement personal.

Per exemple:

- Les persones no tindrien amics ni parella si no s'haguessin arriscat a la possibilitat que les rebutgessin.
- Les persones no tindrien estudis si no s'haguessin arriscat a la possibilitat de suspendre exàmens.
- Les persones no tindrien feina si no s'haguessin arriscat a la possibilitat que els rebutgessin en una entrevista.

Algunes persones tenen una inclinació natural a ser més reticents als riscos, mentre que d'altres els accepten amb més facilitat. En cap dels dos casos no cal avergonyir-se, ja que ambdós comporten avantatges tant socials com personals. Ser prudent pot permetre a una persona conservar allò que té i ha construït a poc a poc, mentre que assumir riscos pot donar lloc més fàcilment a un nombre més

gran tant d'èxits com de fracassos. És important que les persones entenguin què els funciona personalment, encara que els altres no ho considerin correcte.

**Acompanyar les persones durant els períodes en què assumeixen riscos positius és essencial si els professionals i altres acompanyants en volen promoure activament la recuperació.** Els professionals de la salut mental i altres àmbits i els acompanyants poden donar suport a les persones ajudant-les a avaluar o sospesar els possibles resultats positius i negatius d'assumir un risc o acceptar una nova oportunitat, i determinant maneres de minimitzar els possibles resultats negatius.



### **Exercici 8.1. Assumpció de riscos positius a la pràctica (90 minuts)**

L'objectiu d'aquest exercici és explorar com és, a la pràctica, l'assumpció de riscos positius. Demaneu per voluntaris perquè us llegeixin el cas.

#### **Cas 1 (30 minuts)**

##### **El cas del Hasan**

El Hasan fa cinc anys que és usuari del servei de salut mental que hi ha prop de casa seva. Manté bona relació amb el personal i troba que l'ajuda del servei li ha resultat molt útil. El personal del servei coneix bé el Hasan i ha treballat durament amb ell per acompanyar-lo a superar experiències difícils i ajudar-lo a dur una vida independent.

El Hasan té previst traslladar-se a l'altra punta del país per casar-se amb la seva promesa i anar a viure plegats. Anuncia aquesta decisió al treballador de salut mental que porta el seu cas, el Lethabo.

Al Lethabo i a la resta del personal els preocupa que, un cop el Hasan es traslladi, no rebi l'ajuda del servei de salut mental. Si el Hasan es troba en un moment de malestar, un altre servei no el coneixerà prou bé per ajudar-lo com li convé i, si alguna cosa surt malament, ells no podran fer-hi res.

- **Beneficis del trasllat per al Hasan:** viure amb la dona que estima, conèixer gent nova en una nova ciutat, la qual cosa pot tenir un impacte positiu en el seu benestar i la seva recuperació.
- **Riscos del trasllat per al Hasan:** risc que la relació es trenqui, risc de no ser capaç d'integrar-se en una nova ciutat, risc de no rebre ajuda quan li calgui.

Malgrat la seva preocupació pel Hasan, el Lethabo i la resta de l'equip decideixen fer-li costat en la seva decisió.

Una vegada els participants hagin llegit el cas, pregunteu al grup el següent i escriviu les respostes dels participants a la pissarra:

Com a grup, debaten quines mesures pot oferir el personal del servei de salut social per ajudar el Hasan en el seu pla de traslladar-se a l'altra punta del país.

Preneu nota de les idees dels participants a la pissarra i compareu-les amb el final del relat que es recull a continuació.

### El cas del Hasan

Després de debatre-ho amb la resta del personal del servei que coneixia el Hasan, al Lethabo se li van ocórrer diversos suggeriments per ajudar el Hassan i els va comentar amb ell. Van acordar que el personal prendria les mesures següents:

- Obtenir informació sobre els serveis d'ajuda disponibles al lloc on el Hasan tenia previst traslladar-se.
- En cas d'identificar un bon servei, posar el Hasan en contacte amb ells.
- Amb el consentiment del Hasan, compartir amb el personal de l'altre servei informació sobre els requeriments del Hasan i la millor manera d'ajudar-lo.
- Mantindran el contacte amb el Hasan i el tranquil·litzen dient-li que, si pel motiu que sigui decideix tornar, podrà comptar amb ells.

### Cas 2 (8) (30 minuts)

De nou, demaneu voluntaris per llegir en veu alta el cas següent.

### El cas de la Mary

La Mary té 30 anys i actualment va a un centre de salut mental comunitari. És una apassionada dels animals i sempre s'ha implicat en accions pel benestar animal (tant a través de feines pagades com voluntàries).

L'objectiu de la Mary en aquest moment passa per tornar a treballar en un àmbit similar. Vol una feina en què se senti motivada i vol començar a guanyar diners per poder-se pagar un habitatge i marxar de casa dels pares. Creu que els reptes que ha hagut d'afrontar en la seva recuperació estan sota control i té la sensació que està preparada per avançar. La Mary demana al personal del centre de salut mental comunitari que l'ajudi a trobar feina.

Tot i així, als seus pares els amoïna la idea que la Mary assumeixi noves responsabilitats. Va patir la primera crisi de salut mental quan va passar d'estudiar a treballar a jornada completa com a hostessa de vol. Tenen por que la pressió d'una altra feina a jornada completa pugui fer-la recaure i desfer tots els progressos que ha assolit fins ara.

Demanen a la Rachel, la treballadora de salut mental que s'ocupa de la Mary, que provi de convèncer-la per esperar un parell d'anys més abans de buscar una feina a jornada completa. La Rachel els explica que, abans de tot, ella respecta la decisió de la Mary, però que abordarà el tema durant la propera visita.

Durant la visita següent, la Mary i la Rachel parlen dels beneficis i els riscos de tornar a la feina.

- **Beneficis de tornar a la feina:** tenir la sensació de tenir un objectiu, sentir-se implicada en una feina significativa, guanyar uns ingressos que portaran altres beneficis, com traslladar-se a la seva pròpia casa.
- **Riscos de tornar a la feina:** posar potencialment en risc els progressos que ha fet a causa de l'estrès i de la possibilitat que la feina no satisfaci les seves expectatives.

Pregunteu als participants el següent i apunteu les idees a la pissarra:

Després de parlar-ne, la Mary pren la decisió de tornar a la feina. Imagineu-vos que sou la Rachel. La Mary ha demanat hora per parlar amb ella del seu pla per trobar feina.

Proveu d'identificar en grup algunes mesures que poden adoptar-se per ajudar la Mary en el seu pla de trobar una feina i reincorporar-se al mercat laboral.

- Un cop el grup hagi acabat de debatre-ho, expliqueu-los quin va ser el final d'aquesta situació (a la taula següent).
- A continuació, subratlleu les semblances entre allò que han dit els participants i les accions analitzades al requadre següent.

**Revisem l'acció que la Mary va decidir adoptar.**

### **El cas de la Mary**

#### **Acció que la Mary va decidir adoptar**

La Mary estava molt motivada amb la idea de tornar a la feina, sobretot en l'àmbit de la cura d'animals, motiu pel qual, juntament amb la Rachel, van explorar maneres de reduir l'estrès potencial que comporta trobar feina i incorporar-s'hi.

En aquest context, la Mary i la Rachel van analitzar l'ajuda que havia rebut prèviament mentre treballava a jornada completa i van debatre com podien posar en pràctica una ajuda similar, ara per reduir els riscos potencials i augmentar les possibilitats que la Mary fos escollida i conservés la feina.

Juntes, van decidir:

- Buscar oportunitats de feina en el camp de la cura d'animals, però d'entrada presentar-se només a les ofertes a jornada parcial, amb l'objectiu final de canviar a una feina a jornada completa.
- Crear un pla específic per tractar les crisis que la Mary pogués patir treballant sota pressió.
- Generar una rutina que li permetés arribar a la feina a l'hora i gestionar qualsevol estressor potencial.
- Donar a la Mary i a la seva família el número de telèfon mòbil de la Rachel per tal que poguessin trucar-li en cas d'estar amoïnats i voler parlar de les seves preocupacions.
- Acordar un parell de reunions regulars amb la Rachel durant tota aquesta fase per comprovar com se sent la Mary durant el procés de les entrevistes i la incorporació a una nova feina.

**Ara imagineu-vos que hi ha dos resultats per a la Mary. Reviseu-los i compareu-los:**

### **El cas de la Mary**

#### **Resultats per a la Mary**

##### RESULTAT 1

Un possible resultat és que la Mary sigui capaç d'aconseguir una feina a mitja jornada en un àmbit significatiu per a ella i que comenci a guanyar ingressos, amb els quals es pugui traslladar al seu propi habitatge.

## RESULTAT 2

La Mary tarda bastant temps a trobar feina, la qual cosa la desanima. La Rachel i la família de la Mary l'ajuden a passar per aquest període d'estrès. Finalment, la Mary aconsegueix una feina, però troba que li costa concentrar-se durant moltes hores seguides i que es cansa fàcilment.

En lloc de deixar la feina, la Mary contacta amb la Rachel per parlar d'aquests problemes i acorden trobar-se. Després de discutir-ho, la Mary decideix parlar amb el seu cap sobre la possibilitat de prendre's descansos durant el dia, en comptes de treballar sense parar durant tot el torn de vuit hores. El seu cap hi està d'acord i la Mary continua treballant a la feina que tant li agrada.

Com podeu veure a partir de l'evolució d'aquesta situació, no hi ha una elecció correcta o errònia. Sempre hi ha possibilitats de resoldre els problemes, encara que sembli que una elecció concreta pot suposar un desafiament més gran que una altra.

El resultat 2 va presentar nous obstacles, que es van resoldre sobre la marxa.

## Tema 9. Suport a les persones per reconnectar amb la comunitat

### Durada del tema

Aproximadament 45 minuts.



**Presentació: Suport a les persones per reconnectar amb la comunitat (34) (15 minuts)**

### Per què la gent perd el contacte amb les seves comunitats?

Malauradament, en molts països, els serveis separen les persones de les seves comunitats.

- Hi ha legislacions que obliguen a treure les persones de casa i a allunyar-les de la seva comunitat per ingressar-les en serveis socials i de salut mental en règim d'internament, incloent-hi hospitals psiquiàtrics, on reben assistència.
- Els hospitals psiquiàtrics i els serveis per a internament de llarga durada acostumen a trobar-se lluny de les famílies, les amistats i les comunitats de les persones.
- En alguns casos, els familiars veuen l'internament del seu parent en un servei o un hospital com una oportunitat per desconnectar de la persona. Els familiars poden mostrar-se reticents a proporcionar la seva adreça postal a l'hospital psiquiàtric.
- En d'altres casos, és possible que les famílies o els cuidadors no vulguin o no puguin tornar a acollir la persona a casa un cop ha estat fora durant algun temps, per por que la comunitat els miri malament.
- En conseqüència, les persones perden el contacte amb la seva família i xarxa de suport, i se senten aïllades i marginades de la comunitat.

### L'acompanyament de les persones per tornar a connectar amb la seva comunitat és una part essencial del recorregut cap a la recuperació

- Les persones en procés de recuperació acostumen a marcar-se l'objectiu de ser membres actius de la seva comunitat.
- Els pot anar bé fer ús dels recursos i serveis comunitaris disponibles, ja siguin de salut, de lleure o socials, així com interaccionar i establir relacions amb altres membres de la comunitat.
- És per això que un paper clau, tant de la família com dels professionals i altres acompanyants, sigui conèixer els recursos i serveis disponibles a la seva comunitat local i ajudar la persona a accedir-hi.
- Una funció clau dels professionals en determinats casos pot ser també ajudar la persona usuària dels serveis a restablir el contacte perdut amb familiars i amics, si és la seva voluntat.
- A més, pot ser útil connectar la persona amb programes de suport entre iguals o persones que hagin viscut situacions similars. És molt beneficiós rebre suport d'altres persones que han tingut experiències similars i encara es troben en recuperació (per a més informació sobre aquest tema, vegeu els mòduls de guia de *QualityRights Suport entre iguals individualitzat per a persones amb experiència viscuda* i *Grups de suport entre iguals per a persones amb experiència viscuda*).

- Ajudar les persones a reconnectar amb la seva comunitat pot donar lloc a interaccions positives per a tothom i, a més, té el valor afegit de trencar estereotips i idees errònies.



### **Exercici 9.1. Utilitzar els recursos comunitaris (15 minuts) (2)**

Demaneu als participants que llegeixin el següent i analitzin com es poden utilitzar els recursos comunitaris en el cas de la Sheila i l'Emma.

#### **El cas de la Sheila i l'Emma**

La Sheila (50) viu a casa amb la seva mare, l'Emma (75), i té dificultats d'aprenentatge. Treballa en una cafeteria regentada per una organització que ajuda les persones amb dificultats d'aprenentatge. Li agrada molt nedar i ballar, està inscrita en gimnasos locals per fer totes dues activitats i té molts amics gràcies a la feina i a les seves activitats de lleure. Necessita ajuda de la seva mare per a bona part de les tasques diàries, com ara netejar, cuinar, fer operacions bancàries o moure's per la ciutat.

L'Emma és força activa a la comunitat local i té molt d'interès a ajudar la Sheila a mantenir aquests lligams. La germana de l'Emma, la Claire, viu lluny, però manté contacte telefònic habitual amb la seva germana i la visita sempre que pot.

L'Emma va tenir un ictus lleu i la van ingressar a l'hospital. Ara està prou recuperada per donar-li l'alta de l'hospital, on ha passat els últims deu dies.

Durant la seva estada a l'hospital, l'Emma ha perdut una mica la capacitat per moure's i cuidar d'ella mateixa. Està molt amoïnada per com podrà continuar ajudant la seva filla Sheila, que té les seves pròpies necessitats de salut. Sigui com sigui, vol continuar vivint amb ella.

Quan van ingressar l'Emma a l'hospital, la Sheila va ser traslladada a una residència dels serveis socials municipals. Mentre l'Emma va estar ingressada, va quedar clar que havia estat proporcionant més assistència a la Sheila del que es pensava per tal de continuar tenint-la a casa.

Tenint en compte el deteriorament de salut de l'Emma i l'assistència que necessitava la Sheila, la valoració del personal del centre va ser que la Sheila requeriria alguna forma d'habitatge residencial o assistit, en lloc de tornar a casa.

Pregunteu als participants el següent i anoteu les respostes a la pissarra:

«Quina ajuda podria ser necessària perquè l'Emma i la Sheila puguin continuar vivint plegades a la seva comunitat?»

Possibles respostes:

- Rebre ajuda amb les feines de casa per part d'amics, veïns o recursos de la comunitat (per exemple, serveis assistencials a domicili o assistència per part d'altres organitzacions de suport).



- Visites a casa per part dels serveis sanitaris per cobrir tant les necessitats bàsiques de salut de l'Emma com de la Sheila en la comoditat de la seva llar.
- Transport a la feina i als gimnasos locals per part d'amics i col·legues per assegurar-se que tant l'Emma com la Sheila continuaran treballant i fent les activitats que els aporten satisfacció i gaudi.
- Ajudes i serveis de la comunitat, incloent-hi suport de companys, grups de la comunitat local i serveis socials que poden proporcionar-se a l'Emma i la Sheila quan requereixin més ajuda.
- La germana de l'Emma podria passar temps amb l'Emma i la Sheila i ajudar-les quan calgui.



### **Exercici 9.2: Reconnectar els desconnectats (15 minuts)**

Aquest debat es fa amb tot el grup. Anoteu les idees dels participants a la pissarra.

Pregunteu als participants el següent:

**De quina manera els serveis socials o de salut mental poden ajudar les persones a connectar amb la seva comunitat?**

**Algunes respostes poden ser:**

- Es pot encoratjar la persona usuària del servei a identificar les maneres com li agradaria connectar amb la seva comunitat i grups o activitats específics.
- Reunir tota la informació possible sobre les activitats en què la persona està interessada actualment o en què va participar prèviament com a part de la seva comunitat local.
- Encoratjar l'ús de les instal·lacions recreatives locals.
- Connectar la persona amb oportunitats professionals o educatives disponibles a la zona, amb el seu consentiment, i, segons escaigui, tractar amb empreses, institucions acadèmiques, organitzacions amb ànim de lucre i ONG per ajudar-los a entendre la persona i satisfer millor els requisits que pugui tenir.
- Assegurar-se que les persones tenen l'ajuda que necessiten per viure a la comunitat.
- Establir grups de suport entre iguals per a persones en fase de recuperació (o, si ja existeixen, connectar les persones amb aquests grups).
- Si la persona vol, connectar-la amb grups religiosos locals, amb grups d'interès religiosos o comunitaris o amb altres ONG.

## Tema 10. Habilitats comunicatives

### Durada del tema

Aproximadament 50 minuts.



### **Exercici 10.1: La comunicació és crucial per a una assistència orientada a la recuperació (10 minuts)**

Demaneu als participants:

**Basant-vos en la vostra experiència (personal o professional), quines habilitats són importants per tenir una bona comunicació amb les persones que es troben en el seu recorregut envers la recuperació?**

**Algunes respostes poden ser:**

- Escolta activa (per exemple, escoltar sense distraccions, com el telèfon mòbil, i centrant-se plenament en la persona).
- Fer un esforç per entendre realment què diu la persona / la perspectiva de la persona.
- Tractar d'entendre l'opinió i els valors de l'altra persona (per exemple, anul·lar qualsevol idea preconcebuda que tinguem de la persona i reconèixer que la perspectiva d'una persona pot variar en funció de factors com ara la cultura, el gènere, la religió, etc.).
- Dedicar un moment a reflexionar sobre el que diu la persona abans de contestar (és a dir, no reaccionar immediatament).
- Ser respectuós.
- Parlar i tractar la persona com un igual.
- Parlar amb tranquil·litat.
- Parlar d'una manera comprensible, senzilla i entenedora.
- No interrompre.
- Ser pacient.
- Recórrer a l'humor quan sigui pertinent.
- No jutjar i fer servir un llenguatge imparcial.
- Utilitzar un llenguatge senzill, clar i concís.
- Parar atenció al llenguatge no verbal i a les conductes (gestos, expressions facials, contacte ocular).
- Trobar un espai tranquil i privat per parlar.



### **Presentació: Habilitats comunicatives clau per a la recuperació (8) (15 minuts)**

Tenir bones habilitats de comunicació és clau perquè s'estableixi una relació terapèutica entre els professionals i les persones usuàries dels serveis. L'abordatge basat en la recuperació accentua la

importància d'aquestes habilitats i, a més, exigeix un canvi en les dinàmiques de poder per establir unes relacions més equilibrades i igualitàries.

### **Escolta activa**

Les habilitats d'escolta activa són particularment importants. L'escolta activa passa per implicar-se realment en què diu la persona per poder entendre-la millor i explorar els seus pensaments i opinions. És completament diferent d'escoltar de manera passiva què diu una persona.

L'escolta activa consisteix a escoltar tant el contingut verbal com no verbal d'allò que es diu. Això inclou l'ús del llenguatge corporal i expressions facials, així com estar atent a llegir entre línies, és a dir: a entendre el significat subjacent del que diu la persona, contrastar-ho amb ella i després tornar a reflexionar sobre què s'ha dit i, en fer-ho, aprofitar l'oportunitat per tornar a enquadrar els temes centrant-se en les fortaleses i les solucions.

### **Un exemple d'escolta activa:**

- **Persona usuària del servei:** «Em frustra molt que la meua família no hagi vingut a visitar-me avui. Tinc moltes coses a explicar-los i necessito que siguin aquí per ajudar-me.»
- **Persona que assumeix un paper d'acompanyant:** «Em fa la sensació que avui has tingut un dia difícil i que la implicació de la teua família és molt important per a tu. Ho entenc perfectament, perquè per a mi també ho és.»

### **Converses bidireccionals: passar del monòleg al diàleg**

- És important entendre que cada persona té la seva identitat única i viu experiències úniques. Per això, les seves perspectives, idees i opinions poden ser molt diferents de les dels professionals de la salut mental i altres àmbits, els seus familiars, el seus cuidadors i altres acompanyants.
- Convé establir un diàleg obert amb la persona per entendre-la i ajudar-la, en contraposició a comunicar-li les opinions o exigències dels professionals, els familiars o els cuidadors.
- Passar del monòleg al diàleg implica que els professionals de la salut mental i altres àmbits, els cuidadors i els familiars necessiten fer servir un llenguatge diferent a l'hora de donar consells (per exemple, dir «Bé, jo penso que...», en comptes de «Has de...»).

Cal arribar a compromisos per obrir-se camí entre les diferències d'opinió. Per exemple, en lloc de dir «Has de rebre psicoteràpia», es pot dir «Crec que rebre psicoteràpia et podria ser d'ajuda. Tu què en penses?». D'aquesta manera, és possible compartir un punt de vista informat, en comptes de dictar «veritats absolutes», i després escoltar el punt de vista de la persona per comprovar si es tracta d'una opció útil per posar-la en pràctica.

### **Davant de situacions difícils, els professionals de la salut mental i altres àmbits, els familiars i altres acompanyants poden tenir reaccions i respostes emocionals fortes**

Quan es donen respostes emocionals fortes, és important:

- Reconèixer i entendre per què es produeixen, per tal d'evitar reaccions negatives automàtiques immediates i comunicar-se millor.

- Dedicar un moment a imaginar-se com se sent la persona o el motiu subjacent de les seves accions o el seu comportament.
- Fins i tot quan una persona sembla que parli malament, actuï o es comporti d'una manera que pertorba els altres, és important tenir en compte que pot estar comunicant informació important.



### **Exercici 10.2: Posar en pràctica les habilitats d'escolta activa (8) (25 minuts)**

**Penseu en la situació següent:**

#### **El cas del George**

El George fa un parell de setmanes que rep atenció en règim d'intern en una unitat de salut mental d'un hospital general. Estava indecís sobre si quedar-se a la unitat, però vol ajuda addicional i no té enlloc més on anar. En diverses ocasions ha esclatat de manera imprevisible i, furibund, ha amenaçat d'anar-se'n quan se li ha plantat cara o quan no li agrada el que li diuen. Durant l'últim incident, va tirar a terra un membre del personal. Critica constantment el personal i diu que ningú no fa prou per ajudar-lo.

#### **1. Imagineu-vos que esteu asseguts amb el George. Preneu notes de:**

- pensaments inicials
- sentiments
- creences/idees
- reaccions corporals
- **accions o conductes probables...**

**Algunes respostes poden ser:**

- Podeu tenir por del George o us pot amoïnar el fet que sigui «imprevisible» i «volàtil».
- Us pot semblar que el George és manipulador i poc agraït.
- Podeu estar enfadats.
- Podeu tenir els sentits alerta.
- Podeu creure que el George no escolta els vostres consells.

#### **2. En quin sentit els vostres pensaments i sentiments poden reflectir els del George?**

**Algunes respostes poden ser:**

- Si patiu nerviosisme o teniu por del George, penseu que aquestes poden ser també les emocions que ell sent.
- Podeu tenir la sensació que el George no escolta els vostres consells i, potser, per això ell creu que no l'estan escoltant.

- Podeu tenir la sensació de no ser capaços d'identificar-vos amb el George i és possible que ell pensi el mateix sobre vosaltres.

**3. Escriviu tres possibles coses que podríeu dir al George per demostrar que teniu ganes d'ajudar-lo de manera constructiva i orientada a la seva recuperació.**

**Algunes respostes poden ser:**

- Expresseu la vostra preocupació pel seu estat emocional de manera reflexiva. La preocupació hauria de centrar-se en el benestar i la perspectiva del George, i no en les d'altres persones. Per exemple: «Avui sembles molt alterat; m'agradaria parlar amb tu de com poder fer que això et generi menys estrès».
- Permeteu-li que parli de la seva experiència des del seu punt de vista per entendre millor què està passant. Per exemple: «Abans has dit que ningú no s'hi esforça prou. Em podries explicar millor a què et refereixes?».
- Pregunteu-li què li resultaria més útil a partir d'ara. Com li agradaria al George que l'ajudés el personal? Per exemple: «M'agradaria saber què en penses, de com podem ajudar-te millor quan t'alteres, t'enfades o t'angoixes».

## Tema 11. Plans de recuperació

### Durada del tema

Aproximadament 2 hores i 10 minuts.



### **Presentació: Elaboració d'un pla de recuperació (35),(36),(37) (15 minuts)**

La presentació següent exposa al grup la idea d'un pla de recuperació, una eina útil perquè les persones agafin el control i avancin en la seva pròpia recuperació.

Pots donar als participants la plantilla de recuperació de l'Annex 3 perquè la facin servir en aquesta presentació.

Les persones poden beneficiar-se de tenir un pla per escrit que orienti el seu recorregut personal cap a la recuperació, que pot anomenar-se **pla de recuperació**.

**Un pla de recuperació és un document guiat per la persona usuària** que es redacta i es posa en pràctica en col·laboració amb la persona mateix. És un document viu, que pot canviar amb el temps per reflectir el recorregut de recuperació de la persona i l'evolució dels seus desitjos i les seves preferències.

- La persona pot consultar professionals de la salut mental i altres àmbits, familiars i companys de suport a l'hora de formular el seu pla, però, en última instància, és ella qui decideix què hi vol incloure.
- És important tenir capacitat d'elecció i opcions per al procés de recuperació. Per això, a l'hora de redactar un pla de recuperació, cal tenir el suport i l'assessorament de persones que coneguin diverses opcions d'assistència i acompanyament, incloent-hi alternatives a la medicació.
- Un pla de recuperació s'implementarà de manera més efectiva si totes les persones rellevants en coneixen l'existència i el contingut, encara que no hagin participat en la seva confecció.

### **Un pla de recuperació hauria d'identificar les necessitats, les fortaleces i els actius de la persona**

- La persona implicada hauria d'identificar les seves necessitats, les seves fortaleces i els seus actius. Li pot ser útil parlar amb altres persones a qui vulgui involucrar.
- Els serveis socials i de salut mental haurien d'oferir una avaluació integral que tingui en compte el context social de la persona, inclosos els factors de salut, laborals, d'educació, d'habitatge i altres factors i creences culturalment i espiritualment rellevants per ajudar la persona a identificar les seves necessitats, fortaleces i actius.
- Convé oferir a totes les persones usuàries del servei la possibilitat de crear un pla de recuperació, i no només a aquelles que els professionals creuen que «estan millor».

**En funció dels desitjos de la persona que prepara el pla de recuperació, els professionals de la salut mental i d'altres àmbits, companys de suport i altres acompanyants formats en l'abordatge basat en la recuperació poden ajudar a:**

- Donar a conèixer a la persona l'objectiu i l'estructura d'un pla de recuperació. És important destacar que possiblement aquesta sigui una nova experiència per a moltes persones, les opinions i perspectives de les quals pel que fa al seu tractament i recuperació no s'han escoltat en el passat.
- Ajudar la persona a avaluar les seves fortaleces, bagatge, somnis, objectius i progressos abans d'elaborar el pla de recuperació, així com durant tot el recorregut cap a la recuperació, sempre que ho necessiti.
- Ajudar la persona a elaborar i posar en pràctica el seu pla de recuperació.
- Ajudar a avaluar els progressos cap a la recuperació durant tot el recorregut, sempre que calgui.

### **Un pla de recuperació pot tenir diversos elements, com ara:**

- un pla per fer realitat somnis i objectius
- un pla de benestar
- un pla per gestionar temps difícils
- un pla per respondre a una crisi
- un pla per a després d'una crisi

Per a més informació sobre plans de decisions anticipades, consulteu el mòdul de formació de QualityRights *El suport a la presa de decisions i la planificació de decisions anticipades*.

**Una alternativa és el timó de la recuperació**, que pot ser una eina útil per propiciar el diàleg amb la persona implicada, els seus familiars, els professionals i altres involucrats. El timó de recuperació ofereix un enfocament alternatiu per a aquelles persones que prefereixen una manera menys estructurada d'abordar la planificació del seu recorregut cap a la recuperació. [Aquest aspecte és descrit amb més detall en el tema 12.](#)



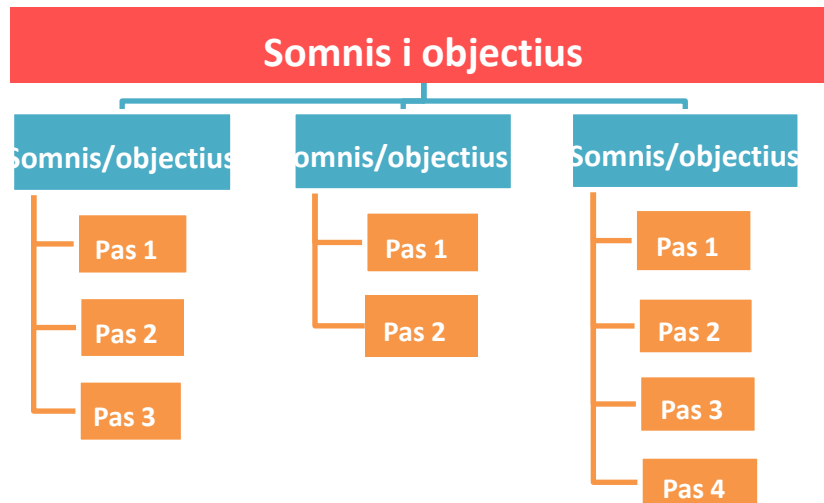
### **Presentació: 1. Pla per fer realitat somnis i objectius (36) (20 minuts)**

A algunes persones els resulta útil avançar envers objectius que les ajudaran a portar vides satisfactòries. Per això, un element important del pla de recuperació consisteix a elaborar un pla (o subplà) per fer realitat somnis i objectius.

- Com a primer pas, la persona identifica els seus somnis i objectius.
  - Algunes persones poden tenir somnis molt ambiciosos, i d'altres, menys. Tot està bé.
  - En el cas de les persones a qui els costa pensar en un objectiu, pot ser útil pensar en els somnis que hagin pogut tenir en el passat.
  - Els somnis i els objectius poden estar relacionats amb coses concretes que la persona vol assolir (per exemple, aconseguir una feina a jornada parcial o completa, fer feina voluntària en un àmbit del seu interès, trobar un amic amb qui compartir passatemps o acabar un llibre que sempre ha volgut llegir).

- La persona pot identificar quins passos ha de fer per assolir cada somni o objectiu. En essència, es tracta de petits objectius que poden abordar-se d'un en un.
- És molt fàcil pensar només en els problemes i perdre de vista les habilitats de la persona, els seus punts forts, els seus interessos i capacitats, així com els de les persones que l'envolten. Una part important del pla de recuperació consisteix a identificar-los i entendre com es poden utilitzar per propiciar canvis positius a la vida de la persona.

Mostreu als participants el diagrama següent i expliqueu-los com es poden identificar els passos per assolir cada objectiu o somni.



### EXERCICI OPCIONAL

Demaneu al grup que empleni l'apartat corresponent a la identificació i la planificació de com fer realitat els somnis i objectius a la seva còpia del mòdul de QualityRights *Planificació de la recuperació centrada en la persona per a la salut mental i el benestar: eina d'autoajuda*.



#### **Presentació: 2. Pla de benestar (36),(37) (20 minuts)**

Un pla de benestar ajuda a identificar les rutines que permeten a les persones estar bé, a més de les rutines que poden tenir un impacte negatiu en la salut mental i el benestar. Alguns exemples inclouen:

#### **Rutines positives**

- Llevar-se a una hora raonable.
- Cuinar i menjar plats saludables a horaris regulars.
- Sortir a fer un passeig o fer exercici.
- Treballar o estudiar.

#### **Rutines negatives**

- Sortir amb amics cada nit i emborratxar-se.



- Cansar-se en excés.
- Quedar-se assegut sense fer res.
- Beure massa alcohol o prendre drogues.

## EXERCICI OPCIONAL

Demaneu al grup que empleni l'apartat corresponent al meu pla de benestar (sense incloure-hi el calendari setmanal) a la seva còpia del mòdul de QualityRights *Planificació de la recuperació centrada en la persona per a la salut mental i el benestar: eina d'autoajuda*.

Aquest exercici és útil per destacar que tothom, amb discapacitat o sense, ha d'afrontar obstacles a la vida.



### **Presentació: 3. Pla de gestió de moments difícils (36) (30 minuts)**

Un altre component del pla de recuperació és planificar com es poden gestionar les èpoques difícils de la vida.

Pot ser útil per a la persona indicar com es descriuria en termes generals. Això també pot ajudar els acompanyants a identificar els moments en què una persona té malestar i pot necessitar ajuda. I pot ajudar la persona a recordar que és molt més que les limitacions percebudes, que un diagnòstic o un seguit de problemes.

Què em defineix en termes generals?			
Sociable	Simpàtic/a	Impulsiu/iva	Confiat/ada
Solitari/ària	Xerraire	Callat	Entusiasta
Prudent	Introversit/ida	Enèrgic/a	Tossut/uda
Esportista	Extraversit/da	D'aprenentatge ràpid	Optimista
Feliç	Reflexiu/iva	Pessimista	Diligent
Encoratjador/a	Responsable	Comprensiu/iva	Curiós/osa
Aventurer/a	Seriós/osa	Relaxat/ada	Franc/a
Treballador/a	Amable	Apassionat/ada	Independent
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Quan les persones usuàries dels serveis proven de superar èpoques difícils, pot ser d'ajuda fer servir un senzill sistema de semàfors per fer seguiment del seu estat d'ànim.

El sistema de semàfors esbossat a continuació pot ser útil.

- **VERD:** et sents bé. Pots patir moments puntuals d'estrès, però ets capaç de gestionar-los amb les teves habilitats, fer front als problemes i resoldre'ls.

- **GROC:** percep senyals de malestar emocional. Seria convenient tenir una millor cura de la teva salut física i mental i obtenir ajuda d'amics, familiars o professionals de la salut mental o altres àmbits.

### El sistema de semàfors verd-groc

Quan les persones usuàries dels serveis proven de superar èpoques difícils, pot ser d'ajuda fer servir un senzill sistema de semàfors per portar-ne un seguiment.

**VERD** = Et sents bé.

**GROC** = Percep senyals de malestar emocional.

### Per gestionar millor el malestar emocional, les persones poden aprendre a identificar (35),(36):

- sensibilitats
- senyals de malestar

Si la persona és capaç d'identificar les seves sensibilitats i els senyals de malestar i actuar ràpidament, pot reduir en gran mesura les possibilitats de patir una crisi. També és important que els altres siguin conscients d'aquestes sensibilitats i senyals de malestar per tal de parlar-ne amb la persona a la qual fan l'acompanyament. Simultàniament, és important que els altres no traspassin els límits de manera forçosa ni agafin el control.

Les **sensibilitats** són coses que passen (circumstàncies o esdeveniments interns o externs) que poden fer que una persona se senti nerviosa, espantada, trista o desanimada.

Algunes sensibilitats poden ser:

- Sentir crits o ser escridassat.
- Que no t'escoltin.
- Que altres persones se t'acostin massa.
- Tenir molta càrrega laboral.
- No poder dormir.
- Que t'enganyin.

Els **senyals de malestar** són canvis en els sentiments, els pensaments o el comportament que indiquen que pot haver-hi una crisi. Són diferents en cada persona, però a tall d'exemple habitualment són (38),(36):

#### A. Senyals que la persona pot identificar:

- Sentir-se nerviós o espantat.
- Sentir-se deprimat.
- No dormir prou o llevar-se molt d'hora.
- Tenir pensaments angoixants.

- Trobar dificultats per fer coses que es fan normalment.
- Sentir-se incapaç de confiar en les persones més properes.
- Sentir-se incapaç de continuar duent a terme les activitats quotidianes.
- Reaccionar de manera exagerada o irracional a esdeveniments normals o coses que la gent fa normalment.
- Tenir experiències inusitades que els altres no semblen compartir, com sentir o veure coses o tenir la sensació que hi ha forces o persones externes que ens controlen.
- Tenir pensaments accelerats.
- Sentir molta por o desesperança.
- Sentir que no es té el control.

#### **B. Senyals que els altres també poden identificar:**

- Discutir amb altres persones.
- Nerviosisme.
- Inquietud.
- Dormir massa.

### **EXERCICI OPCIONAL**

Demaneu al grup que empleni les taules principals de l'apartat sobre la gestió dels moments difícils a la seva còpia del mòdul de QualityRights *Planificació de la recuperació centrada en la persona per a la salut mental i el benestar: eina d'autoajuda*



#### **Presentació: 4. Pla de resposta a una crisi (36),(37) (30 minuts)**

Si bé els plans de recuperació encoratgen les persones a prendre mesures per evitar les crisis quan tenen alts nivells de malestar, pot haver-hi moments en què es doni alguna crisi, moments en què, malgrat tots els esforços de la persona, la situació empitjori.

Un pla per respondre a una crisi pot donar als professionals de la salut mental i altres acompanyants una millor oportunitat per entendre la persona i què vol per tal de respectar la seva voluntat i les seves preferències.

- Per exemple, una persona pot donar indicacions i informació sobre quan, com, on i de qui li agradaria rebre ajuda i acompanyament.
- També permet a les persones negar-se explícitament a determinats tipus de tractament o opcions d'assistència disponibles.
- A més, pot haver-hi diverses coses de les quals calgui ocupar-se, com ara sol·licitar la baixa a la feina, donar menjar a les mascotes, pagar factures, comunicar a altres persones que la persona no es troba bé, cancel·lar cites, etc.

Planificar tot això pot ser especialment important per a les persones menys capaces d'expressar la seva voluntat quan tenen una crisi. A més, és probable que es trobin amb professionals que no siguin els qui acostumen a ocupar-se del seu cas.

En alguns països, les persones poden establir que la seva voluntat i les seves preferències siguin vinculants per a altres persones en determinades situacions. Pot ser interessant comprovar si la llei al país que ens ocupa permet aquesta possibilitat (Per a més informació, consulteu el mòdul *El suport a la presa de decisions i la planificació de decisions anticipades*).

### **Exemples dels elements de la planificació de decisions anticipades**

#### **Preferències de tractament i assistència**

- Especificar quina medicació funciona i quina no i quina medicació no s'accepta prendre.
- Especificar quines opcions d'assistència (com teràpia individual, teràpia en grup) ens resulten útils o inútils, acceptables o inacceptables.

En alguns països, pot ser que no hi hagi opcions acceptables que la persona pugui triar. Els països han d'oferir un ampli ventall de serveis per respondre a les necessitats de les persones que puguin patir una crisi.

#### **Lloc de l'assistència**

- Especificar el lloc on la persona vol rebre assistència, tractament o acompanyament (per exemple, a casa, en una residència o en un servei de salut mental).
- Especificar el lloc o llocs on no vol rebre tractament, assistència o acompanyament.

#### **Persones que vull que s'hi involucrin**

- Amics i familiars en què la persona confia i que poden oferir-li ajuda.

#### **Persones que NO vull que s'hi involucrin**

- La persona pot voler especificar qui no vol que participi en el seu acompanyament (per exemple, algú que la fa sentir més estressada o amenaçada).

#### **Frases i accions que són útils**

- Afirmacions o accions que fa la gent i que ajuden la persona en moments de crisi.

#### **Frases i accions que NO són útils**

- Afirmacions o accions que la gent NO hauria de fer en moments de crisi.

### **EXERCICI OPCIONAL**

Demaneu al grup que empleni l'apartat «Pla de resposta a una crisi» a la seva còpia del mòdul de *QualityRights Planificació de la recuperació centrada en la persona per a la salut mental i el benestar: eina d'autoajuda*.



### **Presentació: 5. Pla per a després d'una crisi (35),(36) (15 minuts)**

En aquest punt, l'element final del pla de recuperació és crear un pla per a després d'una crisi.

- És útil tenir un pla per anar reincorporant-se la a vida diària i mantenir el benestar després d'una crisi.
- Aquesta part del pla de recuperació consisteix a planificar els dies i les setmanes immediatament posteriors a una crisi per tal que la persona pugui continuar el seu recorregut cap a la recuperació. Aquest pla inclou:
  - Tornar a la rutina.
  - Elaborar un calendari per a les setmanes següents.
  - Plans per recuperar responsabilitats i activitats.
  - Què he après d'aquesta crisi (per exemple, quines sensibilitats o quins senyals precoços de malestar he identificat).

#### **EXERCICI OPCIONAL**

Demaneu al grup que empleni l'apartat «Pla per a després d'una crisi» a la seva còpia de del mòdul de QualityRights *Planificació de la recuperació centrada en la persona per a la salut mental i el benestar: eina d'autoajuda*.

## Tema 12. El timó de la recuperació

### Durada del tema

Aproximadament 30 minuts.



### **Presentació: el timó de la recuperació (30 minuts)**

El timó de la recuperació s'inspira en l'Outcomes Star™ o estrella de resultats (39). Fa servir la imatge d'un timó de vaixell per il·lustrar que la recuperació és un viatge personal i que la persona ha de decidir per ella mateixa què és important i on la portarà aquest viatge. El timó de la recuperació pot ser una eina alternativa per a aquelles persones que prefereixen una manera menys estructurada d'abordar la recuperació. Ressalta diferents àrees que les persones poden identificar com a claus per a viure una vida plena. Pot utilitzar-se com a mitjà per iniciar converses entre la persona implicada i els seus familiars, els professionals de la salut mental i altres àmbits, companys de suport i altres acompanyants sobre què considera la persona important per a la seva recuperació.

### Ús del timó de la recuperació

En primer lloc, la persona implicada hauria de preguntar-se, o se li hauria de preguntar, si s'identifica amb algun dels àmbits coberts pel timó de la recuperació. La persona pot indicar les diferents àrees que considera prioritàries escrivint-hi «AP».

Es fa servir una escala de puntuació (13) per indicar en quina mesura està satisfeta amb cadascuna d'aquestes àrees prioritàries. Els números indicats dins de la roda indiquen la importància o rellevància per a la vida personal.

Un cop la persona ha identificat els dominis clau que considera prioritàris, pot explorar accions concretes i específiques dins de cada àrea prioritària.

La persona també pot fer servir el timó de la recuperació per portar un seguiment dels seus progressos en aquests diversos àmbits en diferents moments del seu recorregut cap a la recuperació.

## El timó de la recuperació (39)

Repartiu als participants còpies de l'annex 3.

Demaneu al grup que emplenin el seu propi «Timó de la recuperació». Els participants poden treballar individualment o per parelles per a aquest exercici.

## Referències

1. Guidelines on language in relation to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society; 2015. Disponible a: <https://www.bps.org.uk/system/files/userfiles/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/Guidelines%20on%20Language%20web.pdf> [consulta: 18 novembre 2018].
2. The 10 Essential Shared Capabilities for Mental Health Practice: learning materials. Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES); 2011. Disponible a: [http://www.nes.scot.nhs.uk/media/351385/10\\_essential\\_shared\\_capabilities\\_2011.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/351385/10_essential_shared_capabilities_2011.pdf) [consulta: 26 febrer 2017].
3. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J.* 1993;16(4):11–23. Disponible a: doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0095655>.
4. Quote by Pat Deegan. Excerpt from The 10 Essential Shared Capabilities for Mental Health Practice: learning materials (page 21). Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES); 2011. Disponible a: [http://www.nes.scot.nhs.uk/media/351385/10\\_essential\\_shared\\_capabilities\\_2011.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/351385/10_essential_shared_capabilities_2011.pdf) [consulta: 26 febrer 2017].
5. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry.* 2014;13(1):12–20. Disponible a: doi: <http://www.doi.org/10.1002/wps.20084>.
6. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry.* 2011;199(6):445–52. Disponible a: doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
7. Young AT, Green CA, Estroff SE. New endeavors, risk-taking and personal growth in the recovery process. *STARS Study Findings. Psychiatr Serv.* 2008;59(12):1430–6. Disponible a: doi: <http://doi.org/10.1176/appi.ps.59.12.1430>.
8. Realising recovery: learning materials. Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES) and the Scottish Recovery Network; 2011. Disponible a: [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 febrer 2017].
9. Schrank B, Bird V, Rudnick A, Slade M. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc Sci Med.* 2012;74(4):554–64. Disponible a: doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.008.
10. Brijnath B. Applying the CHIME recovery framework in two culturally diverse Australian communities: qualitative results. *Int J Soc Psychiatry.* 2015;61(7):660–7. Disponible a: doi: 10.1177/0020764015573084.
11. Jacobson N, Farah D. The Toronto Recovery and Cultural Diversity Community of Practice. Recovery through the lens of cultural diversity. Toronto (ON): Wellesley Institute; 2010. Disponible a: <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2010/07/RTLCD-reportjul0410.pdf> [consulta: 19 novembre 2018].
12. The Sharing Stories Venture. Sharing stories of recovery in Uganda. *Clinical Psychology Forum (Special Issue: Recovery?).* 2015;268:44–6.

13. Matsuoka AK. Ethnic/racial minority older adults and recovery: Integrating stories of resilience and hope in social work. *Br J Soc Work*. 2015;45(Suppl 1):i135–i52. doi: Disponible a: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv120>.
14. Robinson M, Keating F, Robertson S. Ethnicity, gender and mental health. *Diversity in health and care*. 2011;8(81).
15. Mental Health Foundation. *Recovery and resistance: African, African-Caribbean and South Asian women's narratives of recovering from mental distress*. London: Mental Health Foundation; 2011.
16. Nagel T, Hinton R, Griffin C. Yarning about Indigenous mental health: Translation of a recovery paradigm to practice. *Adv Ment Hlth*. 2012;10(3):216–23. Disponible a: doi: <https://doi.org/10.5172/jamh.2012.10.3.216>.
17. Wong YLI, Stanton MC, Sands RG. Rethinking social inclusion: experiences of persons in recovery from mental illness. *American J Orthopsychiatry*. 2014;84(6):685–95. Disponible a: doi: [10.1037/ort0000034](https://doi.org/10.1037/ort0000034).
18. Morrow M, Pederson A, Smith J, Josewski V, Jamer B, Battersby L. *Relocating mental health care in British Columbia: Riverview Hospital Redevelopment, regionalization and gender in psychiatric and social care*. Vancouver: Centre for the Study of Gender, Social Inequities and Mental Health; 2010.
19. Kirmayer LJ, Bennegadi R, Kastrup MC. Cultural awareness and responsiveness in personcentered psychiatry. In: Mezzich J, Botbol M, Christodoulou G, Cloninger C, Salloum I, editors. *Person Centered Psychiatry*. Switzerland: Springer International Publishing; 2016.
20. Jones N. *Guidance manual - Peer involvement and leadership in early intervention in psychosis services: from planning to peer support and evaluation (Technical assistance material developed for SAMHSA/CMHS)*. Alexandria (VA): National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Publications; 2015. Disponible a: [https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Peer-InvolvementGuidance\\_Manual\\_Final.pdf](https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Peer-InvolvementGuidance_Manual_Final.pdf) [consulta: 18 novembre 2018].
21. Heartsounds Uganda and Bubatika Hospital. *SharingStories - Recovery in Uganda: Themes from recovery listening events. Summary of the workshops conducted in February 2015 in Kampala and Jinja aimed at enabling mental health service users and staff members to think about recovery*. London: Tropical Health & Education Trust and the UK Department for International Development; 2015. Disponible a: <http://api.ning.com/files/TC9Ufo78u8ncixgA6GMqMbgd2dBp8vius0uwNlAbggg5yYPQcWnVpbNQzrJgOwwP0oVSVQPAH9nChGxngCfDhbQM2f7ONX/WorkshopSummaryBooklet2.02.pdf> [consulta: 26 febrer 2017].
22. Yale University Program for Recovery and Community Health. *Practice guidelines for recovery-oriented care for mental health and substance use conditions (second edition)*. Hartford (CT): Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services; 2008. <http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/recovery/practiceguidelines2.pdf> [consulta: 26 febrer 2017].
23. Cyr C, McKee H, O'Hagan M, Priest R. *Making the case for peer support: Report to the Peer Support Project Committee of the Mental Health Commission of Canada*. Ottawa: Mental Health Commission of Canada; primera edició 2010 / segona edició 2016. Disponible a: <http://peersupportcanada.ca/> [consulta: 4 febrer 2019].



24. Mental Health Advocacy Coalition. Destination: Recovery. Te Unga ki Uta: Te Oranga. Wellington: Mental Health Foundation of New Zealand; 2008. Disponible a: [https://researchspace.auckland.ac.nz/bitstream/handle/2292/22483/Destination%2bRecovery\\_FINAL\\_low%2bres.pdf?sequence=5](https://researchspace.auckland.ac.nz/bitstream/handle/2292/22483/Destination%2bRecovery_FINAL_low%2bres.pdf?sequence=5) [consulta: 4 febrer 2019].
  25. Realising Recovery learning materials (pages 98–99). Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES) and the Scottish Recovery Network (SRN); 2011. Disponible a: [http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental\\_health-all\\_modules.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental_health-all_modules.pdf) [consulta: 2 febrer 2017].
  26. Realising Recovery learning materials (page 97). Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES) and the Scottish Recovery Network (SRN); 2011. Disponible a: [http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental\\_health-all\\_modules.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental_health-all_modules.pdf) [consulta: 2 febrer 2017].
  27. A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being. London: Improvement and Development Agency's (IDeA) Healthy Communities Programme; 2009. Disponible a: <https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/glass-half-full-how-asset3db.pdf> [consulta: 4 febrer 2019].
  28. Repper J, Perkins R. Social inclusion and recovery. A model for mental health practice. London: Bailliere Tindall; 2003. Disponible a: <https://elsevier.ca/product.jsp?isbn=9780702026010> [consulta: 26 febrer 2017].
  29. Realising Recovery learning materials [pàgina 52]. Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES) and the Scottish Recovery Network (SRN); 2011. Disponible a: [http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental\\_health-all\\_modules.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental_health-all_modules.pdf) [consulta: 2 febrer 2017].
  30. Realising Recovery learning materials. Module 2: Using self to develop recovery focused relationships. Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES) and the Scottish Recovery Network (SRN); 2011. Disponible a: [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 febrer 2017].
- Brown W, Kandirikirira N. Recovering mental health in Scotland. Report on narrative investigation of mental health recovery. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2007. Disponible a: <https://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2009/05/Contents-forward-prefaceacknowledgements-about-SRN-and-purpose-and-rationale.pdf> [consulta: 26 febrer 2017].
31. Realising Recovery learning materials. Module 5: Sharing responsibility for risk and risktaking. Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES) and the Scottish Recovery Network (SRN); 2011. Disponible a: [http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental\\_healthall\\_modules.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental_healthall_modules.pdf) [consulta: 2 febrer 2017].
  32. Mental health and social exclusion: Social Exclusion Unit Report Summary. London: Office of the Deputy Prime Minister; 2004. Disponible a: [http://www.nfao.org/Useful\\_Websites/MH\\_Social\\_Exclusion\\_report\\_summary.pdf](http://www.nfao.org/Useful_Websites/MH_Social_Exclusion_report_summary.pdf) [consulta: 26 febrer 2017].
  33. Realising Recovery learning materials. Module 6: Connecting with communities. Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES) and the Scottish Recovery Network (SRN); 2011. Disponible a: [http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental\\_health-all\\_modules.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental_health-all_modules.pdf) [consulta: 2 febrer 2017].
  34. Personal recovery plan. Nottingham: Nottinghamshire National Health Service (NHS) Trust.

35. Taking back control: a guide to planning your own recovery. Nottingham: Nottinghamshire National Health Service (NHS) Trust; 2008.
36. Advance statement. Nottingham: Nottinghamshire National Health Service (NHS) Trust; 2008. Disponible a: <https://www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jjjm4n1799.pdf&ver=1845>. [consulta: 9 febrer 2017].
37. Advance statement (page 32). Nottingham: Nottinghamshire National Health Service (NHS) Trust; 2008. Disponible a: <https://www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jjjm4n1799.pdf&ver=1845> [consulta: 9 febrer 2017].
38. The Recovery Star: Outcomes Star [lloc web]. Brighton: Triangle Consulting Social Enterprise Limited; 2009–2015. Disponible a: <http://www.outcomesstar.org.uk> [consulta: 26 febrer 2017].

# Annexos

## Annex 1. Casos

### **Tema 1. Exercici 1.2. El suport a la recuperació, el Miguel**

El Miguel visita el seu metge de capçalera per parlar d'un sentiment de preocupació i por aclaparador i constant. Fa tres anys que se sent així i cada cop li resulta més difícil conviure-hi. Explica al metge que gaudeix molt de la seva feina, però que la por i l'ansietat que sent esdevenen especialment aclaparadores quan es veu sotmès a molta pressió.

Després d'una llarga conversa, el metge del Miguel es mostra compassiu i li diu que és probable que aquest problema l'acompanyi tota la vida. Suggereix al Miguel que es plantegi fer canvis importants a la seva vida, com ara deixar la feina actual i trobar alguna cosa «més convenient», amb menys estrès i responsabilitat.

El Miguel surt de la consulta entristit i desesperançat.

### **Tema 2. Exercici 2.1. Enfocament orientat a la recuperació, Tig Davies<sup>1</sup>**

«Tenia uns trenta anys i anava a la universitat. Feia tres anys que vivia permanentment col·locada quan la mort em va venir a trucar a la porta. Era a l'edifici del sindicat d'estudiants i, un segon després, ja era a l'habitació 1 de la sala H, a la unitat psiquiàtrica per a malalts aguts. Havia viscut un ingrés previ molt poc fructífer de tres mesos en una unitat psiquiàtrica quan tenia vint anys llargs, però m'agradaria parlar-vos d'aquesta altra experiència, per l'efecte positiu final que va tenir en la meua recuperació. No cal dir que els primers vuit mesos d'aquell ingrés no van tenir cap efecte positiu! Després de passar tres mesos a casa vaig acabar a l'hospital, on em van dir que el meu fetge no suportaria una altra sobredosi i un psiquiatre em va dir que no tornaria a treballar, em va oferir una vida en una comunitat terapèutica i em va dir que em continués prenent la medicació... Ah, i, és clar, que em quedés hospitalitzada.

Arribats a aquell punt, jo creia sincerament que la vida com a “persona sana” se m'havia acabat. Estava boja i no hi havia res a fer. Vaig quedar completament destrossada, incapaç de reaccionar ni físicament ni mentalment. Vaig caure en una passivitat absoluta, res no tenia sentit. Va ser durant els següents set mesos que vaig passar a l'hospital quan el meu recorregut cap a la recuperació per fi va començar!

Anava molt medicada, estava horrorosament prima, era incapaç de pensar i no tenia desig, motivació ni cap interacció social. Tenia moltíssima por, sentia veus que em deien que em fes mal, que estava completament morta dins d'aquell cos fastigós, i que continuaria així fins al final.

A la planta de dalt de l'hospital hi havia una petita cafeteria per als pacients i les visites regentada per la Dee. La Dee probablement sigui una de les treballadores de suport a la salut mental més autèntica, empàtica, comprensiva i divertida que m'he trobat mai. L'anomenen “l'assistent de la cafeteria”. Va portar “posar cafès” als clients de la seva cafeteria a un altre nivell. La Dee no es limitava a posar cafès: ella servia les persones. Parlava, compartia, preguntava, escoltava, plorava, reia, exposava la veritat

---

<sup>1</sup> Realising Recovery learning materials (page 97). Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES) and the Scottish Recovery Network (SRN); 2011. [http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental\\_health-all\\_modules.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental_health-all_modules.pdf) [consulta: 2 febrer 2017].

tal com ella la veia, abraçava quan calia i mantenia les distàncies quan havia de fer-ho. Parlava amb la gent pel plaer de comunicar-se, no acceptava ximpleries de ningú i entenia la diferència... Ah! I feia un cafè boníssim! I, tot això, sempre amb la por de ficar-se en problemes per parlar a la feina! Aquella cafeteria i la Dee es van convertir en un lloc de tranquil·litat, llum i esperança per a mi.

Un matí era al cafè quan va entrar el nou “assistent social”, el Dave. Estava clar que ens coneixíem de feia anys. Vam parlar. Ens havíem conegut durant el meu període àlgid amb les drogues i, malgrat trobar-se amb un cadàver amb potes, cosa que el va entristir molt, el meu estat va fer que desplegués al màxim l’abordatge més centrat en la persona.

Ell, la Dee i jo vam seure a prendre un cafè. Llavors, el Dave es va limitar a mirar-me i em va fer la pregunta més simple i alhora més profunda que m’han fet mai. “Què creus, TU, que t’ajudaria a posarte bé de nou?” Vaig quedar astorada. Ningú no m’ho havia preguntat mai i sempre havia cregut que la medicació, les infermeres i els psiquiatres tenien tots els plans i les respostes. Al cap i a la fi, eren ells qui havien redactat el meu pla d’atenció!

Vaig agafar-me a aquella pregunta moguda per l’estat de desesperança en què em trobava i, convençuda que no hi tenia res a perdre, vaig parlar amb el Dave i la Dee dels records d’un somni que jo ja havia tingut abans. Volia estar bé, volia recuperar la relació amb la família i els amics, volia tornar a casa, al meu pis, i volia treballar. Al final d’aquella conversa, vaig menjar i, el que és més important, vaig “gaudir” de la torrada amb melmelada i d’una tassa plena a vessar de batut de xocolata. Feia més de tres mesos que no era capaç de menjar res més que una galeta digestiva i un got de llet al dia! I també vaig somriure. I em va fer sentir molt bé. Havia recuperat l’esperança, per fi. Vaig parlar. Vaig somiar. Vaig fer plans.”

### ***Tema 3. Presentació. Centrar-se en els actius i les fortaleses de la persona és fonamental per al tractament orientat a la recuperació, el Tom***

El Tom és un home de 30 anys que treballa de mestre. Fa tres anys que està casat, però la relació amb la dona s’ha deteriorat recentment i discuteixen a tota hora. Cada cop li resulta més difícil trobar el gust a la feina i mostrar-se pacient i atent a les necessitats dels seus alumnes. Els dies se li fan insuportables. Sovint li costa també adormir-se a la nit, perquè pensa en el dia següent i l’angoixa no ser capaç d’afrontar-lo. Quan se sent així, recorre a l’alcohol fins que es tranquil·litza. Ha consultat el seu metge de capçalera, que li ha diagnosticat fatiga crònica i desànim i li ha parlat d’una possible depressió. Malgrat tot, el Tom continua formant part de l’equip de rugbi local i el reconforta molt jugar i passar l’estona amb els seus companys d’equip.

### ***Tema 6. Exercici 6.1. Treballar junts en la pràctica, la Suraiya (1)***

La Suraiya és una dona de 22 anys que ha acceptat ingressar en una clínica psiquiàtrica per a malalts aguts després d’un intent de suïcidi. Té un historial d’autolesions greus i d’internaments repetits pel greu malestar que ha sentit.

Imaginem-vos que sou un dels professionals que ajuda la Suraiya i que us reuneu amb ella per parlar de la seva situació. La Suraiya us diu que ha perdut l’esperança, que és infeliç i que creu que no cau bé al psiquiatra. Es queda asseguda en silenci i sembla molt entotsolada durant tota la reunió.

## **Tema 6. Exercici 6.1. Treballar junts en la pràctica, la Suraiya (2)**

En una reunió amb la Suraiya, el Jamal percep que la noia sembla reservada, enfadada i trista. Li pregunta com se sent en aquell moment. El Jamal també li pregunta si hi ha res que la pugui fer sentir millor. La Suraiya respon que li agradaria parlar amb un amic. El Jamal li diu que provarà d'organitzar-ho perquè es puguin veure tan aviat com sigui possible. També li pregunta què més pot fer per ajudar-la mentrestant.

La Suraiya li explica que el que més necessita és passar temps a soles en un lloc tranquil, per poder reflexionar. Diu que, en el passat, li ha anat bé escoltar música per agafar una certa distància de la seva situació. El servei de salut mental disposa de sales còmodes i tranquil·les des de l'any anterior i el Jamal proposa a la Suraiya passar-hi tant temps com vulgui, escoltar música i trucar als seus amics sempre que vulgui. També li fa saber que pot comptar amb ell sempre que ho necessiti.

El Jamal recorda que la Suraiya pensa que no cau bé al psiquiatre. La convida a exposar qualsevol preocupació que no s'hagi tractat, per poder-la traslladar a les persones implicades i, si escau, donar-li els recursos i la informació necessaris sobre com i on pot presentar queixes.

## **Tema 8. Exercici 8.1. Assumpció de riscos positius a la pràctica, el Hasan (1)**

El Hasan fa cinc anys que és usuari del servei de salut mental que hi ha prop de casa seva. Manté bona relació amb el personal i troba que l'ajuda del servei li ha resultat molt útil. El personal del servei coneix bé el Hasan i ha treballat durament amb ell per acompanyar-lo a superar experiències difícils i ajudar-lo a dur una vida independent.

El Hasan té previst traslladar-se a l'altra punta del país per casar-se amb la seva promesa i anar a viure plegats. Anuncia aquesta decisió al treballador de salut mental que porta el seu cas, el Lethabo.

Al Lethabo i a la resta del personal els preocupa que, un cop el Hasan es traslladi, no rebi l'ajuda del servei de salut mental. Si el Hasan es troba en un moment de malestar, un altre servei no el coneixerà prou bé per ajudar-lo com li convé i, si alguna cosa surt malament, ells no podran fer-hi res.

- **Beneficis del trasllat per al Hasan:** viure amb la dona que estima, conèixer gent nova en una nova ciutat, la qual cosa pot tenir un impacte positiu en el seu benestar i la seva recuperació.
- **Riscos del trasllat per al Hasan:** risc que la relació es trenqui, risc de no ser capaç d'integrar-se en una nova ciutat, risc de no rebre ajuda quan li calgui.

Malgrat la seva preocupació pel Hasan, el Lethabo i la resta de l'equip decideixen fer-li costat en la seva decisió.

## **Tema 8. Exercici 8.1. Assumpció de riscs positiva a la pràctica, el Hasan (2)**

Després de debatre-ho amb la resta del personal del servei que coneixia el Hasan, al Lethabo se li van ocórrer diversos suggeriments per ajudar el Hassan i els va comentar amb ell. Van acordar que el personal prendria les mesures següents:

- Obtenir informació sobre els serveis d'ajuda disponibles al lloc on el Hasan tenia previst traslladar-se.

- En cas d'identificar un bon servei, posar el Hasan en contacte amb ells.
- Amb el consentiment del Hasan, compartir amb el personal de l'altre servei informació sobre els requeriments del Hasan i la millor manera d'ajudar-lo.
- Mantindran el contacte amb el Hasan i el tranquil·litzen dient-li que, si pel motiu que sigui decideix tornar, podrà comptar amb ells.

### **Tema 8. Exercici 8.1. Assumpció de riscos positius a la pràctica, la Mary (1)**

La Mary té 30 anys i actualment va a un centre de salut mental comunitari. És una apassionada dels animals i sempre s'ha implicat en accions pel benestar animal (tant a través de feines pagades com voluntàries).

L'objectiu de la Mary en aquest moment passa per tornar a treballar en un àmbit similar. Vol una feina en què se senti motivada i vol començar a guanyar diners per poder-se pagar un habitatge i marxar de casa dels pares. Creu que els reptes que ha hagut d'afrontar en la seva recuperació estan sota control i té la sensació que està preparada per avançar. La Mary demana al personal del centre de salut mental comunitari que l'ajudi a trobar feina.

Tot i així, als seus pares els amoïna la idea que la Mary assumeixi noves responsabilitats. Va patir la primera crisi de salut mental quan va passar d'estudiar a treballar a jornada completa com a hostessa de vol. Tenen por que la pressió d'una altra feina a jornada completa pugui fer-la recaure i desfer tots els progressos que ha assolit fins ara.

Demanen a la Rachel, la treballadora de salut mental que s'ocupa de la Mary, que provi de convèncer-la per esperar un parell d'anys més abans de buscar una feina a jornada completa. La Rachel els explica que, abans de tot, ella respecta la decisió de la Mary, però que abordarà el tema durant la propera visita.

Durant la visita següent, la Mary i la Rachel parlen dels beneficis i els riscos de tornar a la feina.

- **Beneficis de tornar a la feina:** tenir la sensació de tenir un objectiu, sentir-se implicada en una feina significativa, guanyar uns ingressos que portaran altres beneficis, com traslladar-se a la seva pròpia casa.
- **Riscos de tornar a la feina:** posar potencialment en risc els progressos que ha fet a causa de l'estrès i de la possibilitat que la feina no satisfaci les seves expectatives.

### **Tema 8. Exercici 8.1. Assumpció de riscos positius a la pràctica, la Mary (2)**

#### **Acció que la Mary va decidir adoptar**

La Mary estava molt motivada amb la idea de tornar a la feina, sobretot en l'àmbit de la cura d'animals, motiu pel qual, juntament amb la Rachel, van explorar maneres de reduir l'estrès potencial que comporta trobar feina i incorporar-s'hi.

En aquest context, la Mary i la Rachel van analitzar l'ajuda que havia rebut prèviament mentre treballava a jornada completa i van debatre com podien posar en pràctica una ajuda similar, ara per reduir els riscos potencials i augmentar les possibilitats que la Mary fos escollida i conservés la feina.

Juntes, van decidir:

- Buscar oportunitats de feina en el camp de la cura d'animals, però d'entrada presentar-se només a les ofertes a jornada parcial, amb l'objectiu final de canviar a una feina a jornada completa.
- Crear un pla específic per tractar les crisis que la Mary pogués patir treballant sota pressió.
- Generar una rutina que li permetés arribar a la feina a l'hora i gestionar qualsevol estressor potencial.
- Donar a la Mary i a la seva família el número de telèfon mòbil de la Rachel per tal que poguessin trucar-li en cas d'estar amoïnats i voler parlar de les seves preocupacions.
- Acordar un parell de reunions regulars amb la Rachel durant tota aquesta fase per comprovar com se sent la Mary durant el procés de les entrevistes i la incorporació a una nova feina.

### **Tema 8. Exercici 8.1. Assumpció de riscos positius a la pràctica, la Mary (3)**

#### **Resultats per a la Mary**

##### **RESULTAT 1**

- Un possible resultat és que la Mary sigui capaç d'aconseguir una feina a mitja jornada en un àmbit significatiu per a ella i que comenci a guanyar ingressos, amb els quals es pugui traslladar al seu propi habitatge.

##### **RESULTAT 2**

- La Mary tarda bastant temps a trobar feina, la qual cosa la desanima. La Rachel i la família de la Mary l'ajuden a passar per aquest període d'estrès. Finalment, la Mary aconsegueix una feina, però troba que li costa concentrar-se durant moltes hores seguides i que es cansa fàcilment.
- En lloc de deixar la feina, la Mary contacta amb la Rachel per parlar d'aquests problemes i acorden trobar-se. Després de discutir-ho, la Mary decideix parlar amb el seu cap sobre la possibilitat de prendre's descansos durant el dia, en comptes de treballar sense parar durant tot el torn de vuit hores. El seu cap hi està d'acord i la Mary continua treballant a la feina que tant li agrada.

### **Tema 9. Exercici 9.1: Utilitzar els recursos comunitaris, la Sheila i l'Emma**

La Sheila (50) viu a casa amb la seva mare, l'Emma (75), i té dificultats d'aprenentatge. Treballa en una cafeteria regentada per una organització que ajuda les persones amb dificultats d'aprenentatge. Li agrada molt nedar i ballar, està inscrita en gimnasos locals per fer totes dues activitats i té molts amics gràcies a la feina i a les seves activitats de lleure. Necessita ajuda de la seva mare per a bona part de les tasques diàries, com ara netejar, cuinar, fer operacions bancàries o moure's per la ciutat.

L'Emma és força activa a la comunitat local i té molt d'interès a ajudar la Sheila a mantenir aquests lligams. La germana de l'Emma, la Claire, viu lluny, però manté contacte telefònic habitual amb la seva germana i la visita sempre que pot.

L'Emma va tenir un ictus lleu i la van ingressar a l'hospital. Ara està prou recuperada per donar-li l'alta de l'hospital, on ha passat els últims deu dies.

Durant la seva estada a l'hospital, l'Emma ha perdut una mica la capacitat per moure's i cuidar d'ella mateixa. Està molt amoïnada per com podrà continuar ajudant la seva filla Sheila, que té les seves pròpies necessitats de salut. Sigui com sigui, vol continuar vivint amb ella.

Durant la seva estada a l'hospital, l'Emma ha perdut una mica la capacitat per moure's i cuidar d'ella mateixa. Està molt amoïnada per com podrà continuar ajudant la seva filla Sheila, que té les seves pròpies necessitats de salut. Sigui com sigui, vol continuar vivint amb ella.

Tenint en compte el deteriorament de salut de l'Emma i l'assistència que necessitava la Sheila, la valoració del personal del centre va ser que la Sheila requeriria alguna forma d'habitatge residencial o assistit, en lloc de tornar a casa.

### **Tema 10. Exercici 10.2. Posar en pràctica les habilitats d'escolta activa, el George**

El George fa un parell de setmanes que rep atenció en règim d'intern en una unitat de salut mental d'un hospital general. Estava indecís sobre si quedar-se a la unitat, però vol ajuda addicional i no té enlloc més on anar. En diverses ocasions ha esclatat de manera imprevisible i, furibund, ha amenaçat d'anar-se'n quan se li ha plantat cara o quan no li agrada el que li diuen. Durant l'últim incident, va tirar a terra un membre del personal. Critica constantment el personal i diu que ningú no fa prou per ajudar-lo.



## Annex 2<sup>2</sup>. Elements clau de l'abordatge basat en la recuperació

(2,<sup>3</sup>)

### Resum: Elements clau del model de recuperació

1. **La inclusió:** és important per a la recuperació, ja que la persona han de poden tenir accés a les mateixes oportunitats que qualsevol i ser inclosa a la comunitat.
2. **Les relacions:** inclou les amistats, la parella, els familiars, els professionals de la salut mental i altres i els iguals, incloent-hi acompanyants i grups de la comunitat. Totes aquestes relacions tenen un paper important en el suport de la persona cap a la recuperació.
3. **L'esperança:** és clau per a la recuperació, i sense esperança, les persones poden abandonar el seu camí cap a la recuperació.
4. **La creença:** creure que és possible el canvi en la situació que es viu és fonamental per a l'abordatge basat en la recuperació i es pot fomentar amb relacions que infonen esperança.
5. **La identitat:** redefinir o reconstruir la identitat és un element cabdal de la recuperació perquè les persones sovint perden el sentit del jo en rebre un diagnòstic.
6. **El sentit i la finalitat:** són diferents per a cada persona, però és important que cadascú trobi maneres de construir i trobar el sentit a la seva vida.
7. **Els somnis i les aspiracions:** les persones haurien d'empoderar-se i rebre suport per desenvolupar i fer realitat els seus somnis i aspiracions a la vida.
8. **El control i la capacitat de decidir:** les persones tenen el dret a exercir la seva capacitat jurídica per prendre les seves decisions i perquè rebi el suport perquè ho pugui fer quan la persona ho trobi útil.
9. **Gestió de les moments difícils:** La recuperació permet que les persones desenvolupin habilitats que són necessàries per gestionar els moments negatius de la vida.
10. **Assumpció de riscos positius:** és fonamental per a la recuperació, ja que permet a les persones aprendre i créixer a partir de les seves experiències i és important que les persones tinguin suport quan assumeixen riscos positius.

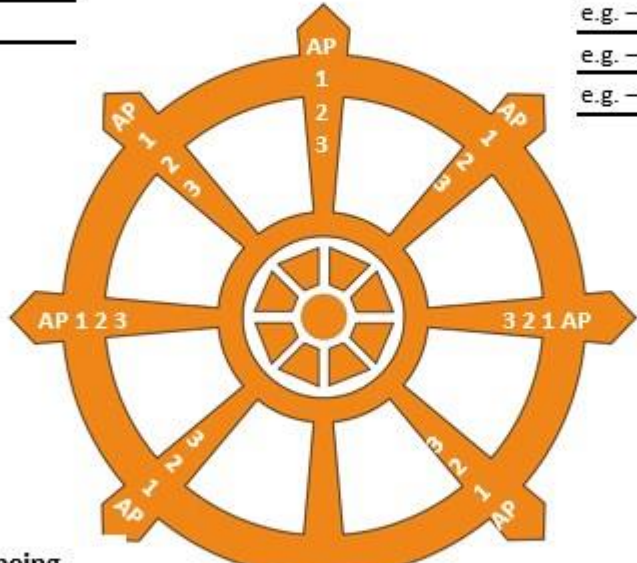
---

<sup>2</sup> 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 a: doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.

<sup>3</sup> The 10 Essential Shared Capabilities for Mental Health Practice: learning materials. Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES); 2011. Disponible a: [http://www.nes.scot.nhs.uk/media/351385/10\\_essential\\_shared\\_capabilities\\_2011.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/351385/10_essential_shared_capabilities_2011.pdf) [consulta: 26 febrer 2017].

## Annex 3. El timó de la recuperació

(4)

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

<sup>4</sup> The Recovery Star: Outcomes Star [lloc web]. Brighton: Triangle Consulting Social Enterprise Limited; 2009–2015.

Disponible a: <http://www.outcomesstar.org.uk>, [consulta: 26 febrer 2017].

Els mòduls de formació i orientació de la iniciativa QualityRights de l'Organització Mundial de la Salut se centren en les aptituds i els coneixements necessaris per proporcionar serveis socials i de salut mental i suports de bona qualitat, així com per promoure els drets de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva.

Mitjançant exercicis, presentacions, estudis de casos i extensos, debats i col·loquis, **els mòduls de formació QualityRights** posen de manifest alguns dels reptes crítics a què han de fer front les parts interessades de diferents països d'arreu del món. Per exemple:

- Com respectem la voluntat i les preferències de les persones, fins i tot en situacions difícils?
- Com garantim la seguretat de les persones i alhora respectem el dret de cada persona a decidir sobre el seu tractament, la seva vida i el seu destí?
- Com posem fi a l'aïllament i a la contenció?
- Com funciona un abordatge basat en el suport a la presa de decisions si algú no pot comunicar la seva voluntat?

Els **mòduls d'orientació de la iniciativa QualityRights** complementen el material de formació. Els mòduls d'orientació *Organitzacions de la societat civil* i *Defensa dels drets en salut mental* expliquen, pas a pas, què poden fer els moviments de la societat civil de diferents països d'arreu del món per impulsar abordatges basats en els drets humans en el sector dels serveis socials i de salut mental per tal d'aconseguir un canvi que sigui impactant i durador. Els mòduls d'orientació *El suport individualitzat entre iguals* i *Els grups de suport entre iguals* proporcionen una orientació concreta sobre com crear i dirigir eficaçment aquests serveis tan crucials, però que sovint no es tenen en compte.

L'objectiu final dels mòduls QualityRights de l'OMS és canviar la mentalitat i les pràctiques d'una manera sostenible i empoderar totes les parts interessades perquè promoguin els drets i la recuperació amb la finalitat de millorar la vida de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva d'arreu del món.