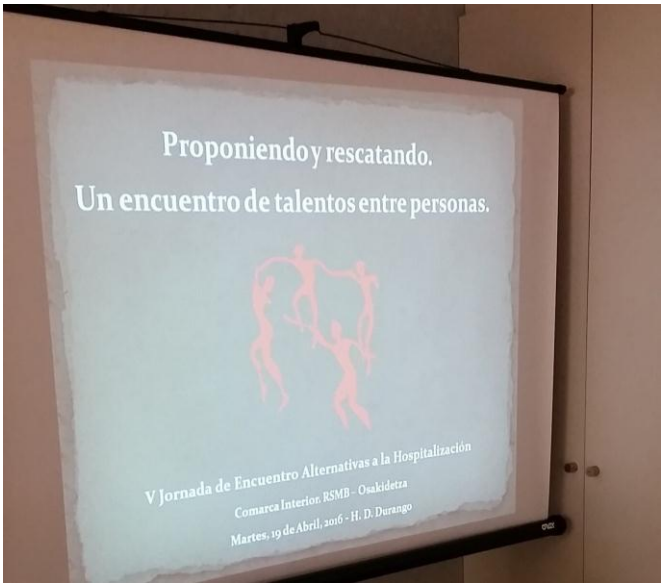


Proponiendo y rescatando.

Un encuentro de talentos entre personas.

Índice de contenidos:

- 1. Introducción y programa de la Jornada.
- 2. Fotografía Terapéutica en el Hogar Izarra. Javier Gutiérrez Igarza.
- 3. Respuestas de los grupos de debate:
  - a) Grupo 1, “Los usuarios”.
  - b) Grupo 2, “Los profesionales”.
- 4. Resumen y conclusiones finales.
- 5. Documentación entregada.
- 6. Imágenes.

Proponiendo y rescatando. Un encuentro de talentos entre personas.

1. INTRODUCCIÓN Y PROGRAMA DE LA JORNADA.

Si el pasado año el lema de la Jornada focalizaba sobre la figura del paciente como experto en sus propias circunstancias, en esta ocasión, hemos buscado ampliar el tema de debate a ese lugar de encuentro, creativo y entusiasta, que debemos propiciar entre pacientes y profesionales. "*Proponiendo*" el entusiasmo como parte inherente de cualquier proceso psicoterapéutico desde nuestra parte, pero también "*rescatando*" toda otra potencialidad personal en el usuario de nuestros servicios y que puede quedar oculta tras los síntomas de la enfermedad. De ahí el subtítulo: "*un encuentro de talentos entre personas*". Encuentro de profesionales empeñados en buscar alternativas a la hospitalización psiquiátrica crónica, y encuentro entre profesionales y pacientes, cada uno con su talento especial.

Para ello, y como en ocasiones anteriores, la jornada pivotó fundamentalmente en torno a la discusión libre en formato grupal sobre el tema propuesto, además de propiciar la oportunidad para un distendido encuentro a nivel personal entre los participantes. Al inicio, tuvimos también la oportunidad de escuchar a Javier Gutiérrez Igarza, del Hogar Izarra, hablando de una experiencia de "Fotografía Terapéutica". Así como, luego, disfrutar de una exposición antológica virtual con la producción artística, realizada por personas con una enfermedad mental, publicada en Lmentala (2012-2016).

También como en ocasiones anteriores, contaremos con el apoyo externo del *Departamento de Innovación y Sistemas* en la persona de Ainhoa Valenciano, lo que ha permitido la elaboración y divulgación del resumen de lo debatido y las conclusiones, así como la inclusión de la actividad por *Formación, Investigación y Comunicación* dentro de las convocatorias de "Prestakuntza", garantizando así el oportuno certificado oficial a los participantes.

Programa

08:30-09:00. llegada, documentación, presentaciones…

09:00-10:00. Grupo de "Fotografía terapéutica" en el Hogar Izarra. Javier Gutiérrez Igarza.

10:10-11:45. Grupo 1 de debate: "Los usuarios".

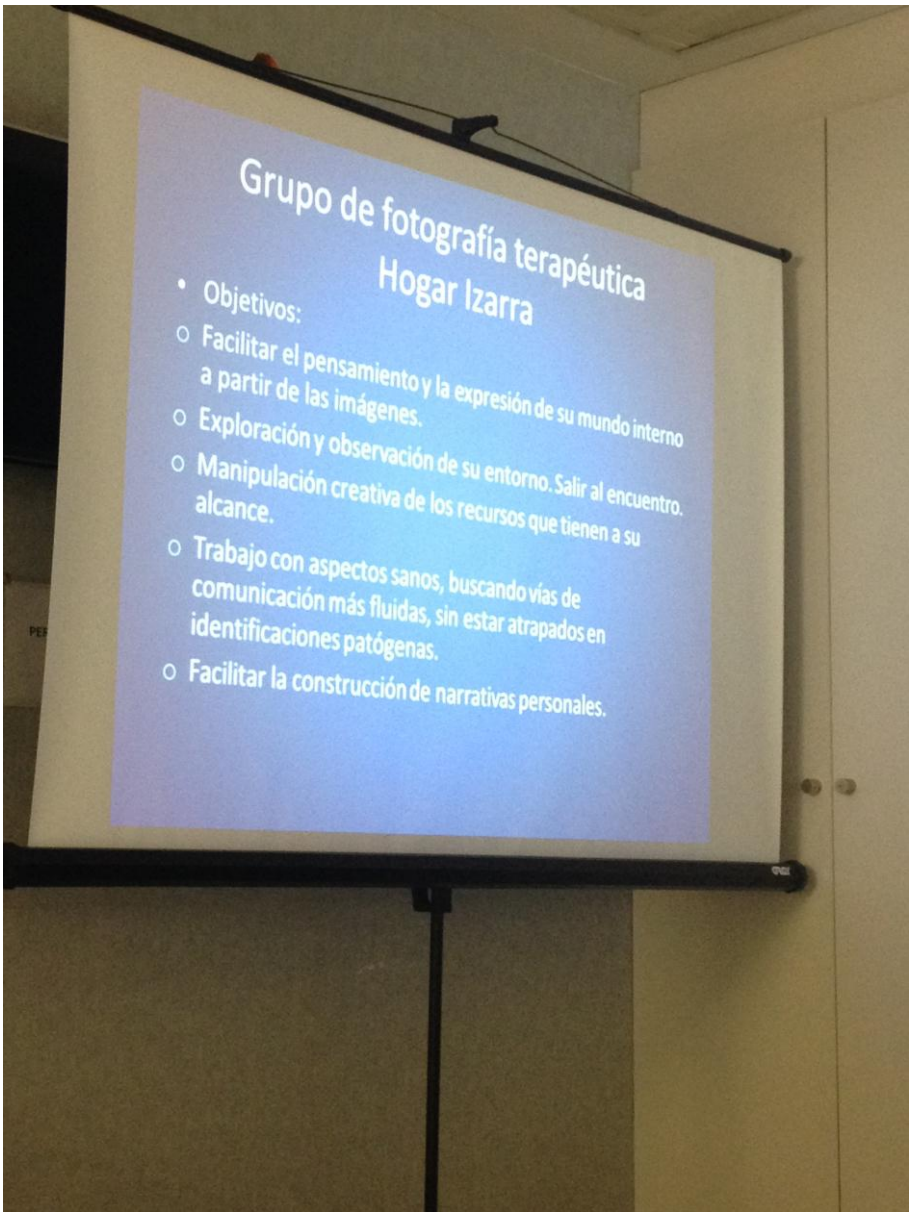
11:15-11:45. Descanso. Exposición antológica virtual: Producción artística, realizada por personas con una enfermedad mental y publicada en Lmentala (2012-2016).

11:45-12:55. Grupo 2 de debate: "Los profesionales".

13:05-14:30. Grupo plenario de puesta en común.

14:30. Piscolabis.

2. FOTOGRAFÍA TERAPÉUTICA EN EL HOGAR IZARRA" (Javier Gutiérrez Igarza)



Puede ampliarse información sobre la experiencia en:
http://www.psiquifotos.com/2015/12/305-un-grupo-de-terapia-traves-de-la.html

3. RESPUESTAS DE LOS GRUPOS DE DEBATE

Proponiendo y rescatando. Un encuentro de talentos entre personas.

1er Grupo de debate. "Los usuarios".

Según la OMS, el empoderamiento ***"es un proceso de toma de control y responsabilidad de las actuaciones que tienen como propósito alcanzar el total de su capacidad. Dicho proceso comienza por la definición individual de las necesidades y objetivos deseados, centrándose en el desarrollo de las capacidades y recursos que lo apoyen, y consta de cuatro dimensiones: autoconfianza, participación en las decisiones, dignidad y respeto, y pertenencia y contribución a una sociedad más plural".***

Como todos recordaréis, en las jornadas anteriores debatimos sobre "el paciente experto". Transcurrido un año desde entonces…

1) **¿Consideramos que se han dado pasos hacia el empoderamiento del paciente?,** ***¿qué ejemplos positivos daríamos en esa dirección?, ¿han existido limitaciones o dificultades para su desarrollo?, ¿qué ideas o propuestas alternativas se nos ocurren para favorecer esa perspectiva?***

GRUPO A: Sí hemos dado pasos. Partimos de una visión paternalista y la filosofía de los profesionales ha ido cambiando. Sí aportamos herramientas a los pacientes para que puedan decidir sobre su vida, pero falta mucho para que puedan estar totalmente empoderados. Un ejemplo de ello es la "Carpeta de Salud"; se les explica cómo se accede, cómo se pide una cita, cómo ver los informes, etc. Sin embargo, nos falta el paso siguiente para que sean totalmente autónomos. Siguen necesitando el acompañamiento. Hay mucho camino por recorrer, pero se han dado pasos.

GRUPO B: El paciente ha empezado a utilizar recursos comunitarios que antes no utilizaba. Así, ganan en pertenencia y en hacerse visibles en la sociedad. Un ejemplo concreto es el proyecto llevado a cabo en el municipio de Ermua, llamado "La Red de Caminantes". Realizan rutas sencillas desde un punto determinado. Los pacientes colaboran como monitores de apoyo. Se sienten útiles porque tienen responsabilidades, algo que

valoran mucho y eso aumenta su autoestima. Pero a veces, cuando no son actividades dirigidas, los pacientes no saben qué hacer con la libertad que se les da. No saben muy bien por dónde tirar. También ocurre con algunos profesionales, sobre todo los que han trabajado en hospitales. Hay que tener paciencia para que lo hagan solos. También hay que tener en cuenta que hay personas incapacitadas que ya no hacen nada, no tienen un objetivo claro en la vida.

GRUPO C: En el TAC, a veces el empoderamiento significa presentarse a la cita, abrir la puerta, etc. En el HD, cada vez se intenta empoderar más al paciente. Estamos de acuerdo con lo que han comentado el resto de grupos. Sin embargo hay pacientes que tienen más asumido el rol paternalista, y siguen delegando sus autocuidados en los profesionales. Se están dando pasos, pero todavía queda mucho por recorrer.

2) **¿Se están abriendo caminos para integrar conceptos como participación activa, autonomía y autogestión en el abordaje del Trastorno Mental Grave?, ¿hemos creado espacios para fomentar la participación del paciente en su proceso de atención?, ¿se facilitan foros de encuentro de pacientes?** ***¿Qué ejemplos positivos daríamos en esa dirección?, ¿han existido limitaciones o dificultades para su desarrollo?, ¿qué ideas o propuestas alternativas se nos ocurren para favorecer esa perspectiva?***

GRUPO A: Sí se han dado pasos. Ejemplos:

a. El grupo de trabajo sobre "voluntades anticipadas", en caso de que se vieran sus facultades mermadas en un momento dado.
b. Las encuestas sobre la atención recibida.
c. El proyecto de investigación en el que están participando de manera activa pacientes haciendo entrevistas, trabajo de campo. Se les paga por ello, y eso les parece muy importante. Va en consonancia con el concepto de paciente activo, con capacidad para trasmitir sus experiencias, dirigir grupos, y aportar su punto de vista y experiencia.
d. La misma presencia de un par de usuarios abriendo estas Jornadas con su testimonio el año pasado.

GRUPO B: Sí que se está impulsando la participación activa, la autonomía y la autogestión del paciente de manera general. Por ejemplo, la autogestión de citas médicas, se les anima a ello. Sin embargo, existen casos en los que la protección familiar es excesiva. Muchas veces las familias les sobreprotegen cuando en realidad pueden ir solos. La madre es la figura que con mayor frecuencia se suele ocupar del paciente. Pero en ocasiones también corre el

riesgo de absorber demasiado al hijo o a la hija, quitándole autonomía. En el centro, se les anima a que realicen actividades fuera del mismo. Los foros de encuentro de pacientes los facilitan las propias asociaciones de pacientes y familiares como AVIFES.

GRUPO C: A nivel individual sí que se trabaja mucho la gestión del autocuidado, la alimentación etc. Por ejemplo, se les pide un registro de tareas a modo de guía, pero son ellos quienes hacen las actividades. Les damos información sobre derechos y deberes, sobre las voluntades anticipadas, etc.

Se propone la idea de que cada dispositivo de "Alternativas" de Comarca Interior ponga en marcha un proyecto, algo consistente, que se plantee algo en la parte de usuarios o de profesionales orientado a favorecer la autonomía, aprovechando los talentos y habilidades de cada uno, y que se comparta de manera profesional en nuestras próximas VI Jornada de Encuentro, con un respaldo bibliográfico, basado en la evidencia y que sea posible reproducirlo en otros centros.

3) **¿Se está promoviendo la inclusión y la participación del paciente a todos los niveles (asistencial, de investigación, de formación, de gestión).** ***¿Qué ejemplos positivos daríamos en esa dirección?, ¿han existido limitaciones o dificultades para su desarrollo?, ¿qué ideas o propuestas alternativas se nos ocurren para favorecer esa perspectiva?***

GRUPO A: A nivel macro no se promueve la inclusión ni la participación del paciente. En Sanidad no se les incluye, como por ejemplo lo se hace con los alumnos en los institutos. No hay comisiones en las que puedan participar y decidir. A nivel de centros sí que se les incluye, especialmente en los HD. Tienen voz y voto en ciertos aspectos.

GRUPO B: Sí que se les incluye, por ejemplo con el tema de las "voluntades anticipadas". También a diario, se negocian aspectos terapéuticos con cada paciente, como la medicación, por ejemplo. Pero depende de la capacidad de decisión de cada paciente y el momento en el que se encuentra de su enfermedad.

GRUPO C: A nivel asistencial y de formación está el ejemplo del programa de "Paciente Activo". En el área de investigación los pacientes no participan directamente como investigadores o colaboradores, aunque sí para realizar las encuestas. Hay mucho recorrido en este sentido. Otro ejemplo es que se haya incluido en el Consejo Asesor a Avifes, como representante de los enfermos.

4) ¿Se antepone como prioridad la construcción de un proyecto vital de las personas con TMG?, o por el contrario, ¿seguimos manteniendo una visión reduccionista de la enfermedad y nos centramos solo en síntomas y tratamientos?, ¿a qué nivel podemos intervenir para caminar en la dirección propuesta?, ¿qué talentos o potencialidades podemos proponer?, ¿qué talentos o potencialidades podemos rescatar?

GRUPO A: Se antepone la construcción del proyecto vital en el sentido de rescatar la parte "sana". En el día a día trabajamos con aspectos negativos y positivos. En la parte de síntomas y tratamientos también, es parte del día a día. Se da prioridad a potenciar la parte sana, a trabajar las potencialidades. Aprovechamos los talentos y habilidades de cada persona para potenciar su recuperación. Por ejemplo, una persona que es y ha trabajado como filóloga, aprovechamos ese conocimiento dándole la oportunidad para que realice una clase de inglés. De esta manera, se transmiten conocimientos no sólo al resto de los pacientes si no también a los profesionales. Sin embargo, existen distintos niveles, por ejemplo en un TAC. Hay muchas formas para reforzar talentos y habilidades, aunque no sean todos talentos intelectuales, también pueden ser domésticas, etc. Todos podemos aportar y compartir con los demás.

GRUPO B: No han llegado a responder a la pregunta.

GRUPO C: Se intenta potenciar las habilidades de cada uno, se intenta buscarlas y trabajarlas, para que la persona aumente su autoestima. Sin embargo somos algo pesimistas en cuanto a trabajar el proyecto vital de algunas personas con TMG, como por ejemplo tener un hijo, hay que tener en cuenta el momento en el que se encuentra el usuario. Es difícil. Nos centramos más en el día a día, a hacer ver las limitaciones y en base a eso y a sus potenciales tratar de construir un proyecto vital. Al final es la persona quien decide. El proyecto vital de cada persona es algo individual, muy personal.

Proponiendo y rescatando. Un encuentro de talentos entre personas.

2º Grupo de debate. "Los profesionales".

Entendiendo que un modelo asistencial exclusivamente biomédico tiene sus riesgos y limitaciones, precisamente por definir la salud/enfermedad de manera dicotómica, así como limitar la percepción de otros aspectos fundamentales a la hora de entender el bienestar de la persona y su calidad de vida.

1) **Si tenemos en cuenta que la salud mental negativa toma como referencia la enfermedad y la salud mental positiva toma como referencia la salud, ¿hacia qué lado pensamos que se inclina la balanza de nuestras intervenciones profesionales?**

GRUPO A: La Salud Mental es la única que tiene incluida la palabra salud en el propio término y hace que se valore positivamente un enfoque más global y no solo el biomédico. Sobre todo en los dispositivos alternativos. El enfoque biopsicosocial es el enfoque que más se suele dar.

GRUPO B: En general, dependiendo del momento de la enfermedad en la que se encuentre el usuario, coincidimos en que tendemos a tratar lo prioritario (la sintomatología, las conductas disruptivas, los conflictos, la agresividad etc.). Pero cuando se ha estabilizado la situación de la persona, creemos que las actividades se inclinan más a potenciar o descubrir nuevas habilidades, a fomentar la autonomía y el bienestar, brindando apoyo en las dificultades que les vaya surgiendo.

GRUPO C: En nuestro ámbito, no nos tenemos que fijar tanto en la enfermedad. Hay que ser más flexibles. Es importante tener presente la enfermedad pero también engancharle para que tenga una vida digna.

2) ¿Somos conscientes de nuestras potencialidades o talentos?, ¿posibilita nuestro ámbito de trabajo el desarrollo de dichas potencialidades o talentos?, ¿cómo podríamos aprovechar esas potencialidades en la práctica diaria?

GRUPO A: Sí somos conscientes de nuestras habilidades y nos sentimos más cómodos pudiéndolas desarrollar en el día a día. Pero existen limitaciones materiales, físicas y de espacio. Se podrían desarrollar más.

GRUPO B: El trabajo de salud mental es muy versátil, cada uno de nosotros utiliza sus propios talentos y recursos personales o habilidades en el día a día. Pero te encuentras con obstáculos; falta de tiempo, falta de recursos económicos, falta de apoyo en otros compañeros -no existe la misma motivación-, falta de espacio, etc.

GRUPO C: Sí tratamos de explotar los talentos personales en el trabajo. Nos involucramos personalmente. Cada uno aporta su granito de arena.

3) ¿Consideramos que nuestra profesión se encuentra en un momento de cambio, o pensamos que el modelo actual es suficiente para cubrir las necesidades de los usuarios?, ¿qué cambios pensamos que tendrían que darse?

GRUPO A: Sí es época de cambio, de un modelo hospitalario a otro comunitario. Ejemplo de ello es que se han reducido el número de camas hospitalarias y se han realizado mayores esfuerzos en los dispositivos comunitarios. Ha habido cambios en la gestión. Sin embargo hay división entre Diputación y Sanidad, a veces los pacientes están entre dos aguas. No acaban de encajar sus necesidades en los recursos que unos y otros les ofrecen. Por ejemplo, existen las escalas físicas para valorar el grado de dependencia, pero no de salud mental.

GRUPO B: El modelo asistencial está cambiando y cada vez asumimos más el rol colaborador. Sin embargo, tenemos la sensación de que el cambio está siendo poco a poco, pero constante. Y se ha producido a medida que la sociedad ha ido evolucionando, así como la medicina, los conocimientos, las tecnologías etc. Todo eso ha hecho que surjan cambios. Vamos por buen camino para favorecer la autonomía del paciente, pero aún hay que seguir trabajando. Cabe decir, que es difícil aplicar este rol en determinadas situaciones; en los momentos de crisis, cuando el paciente está descompensado... En situación estable se puede asumir mejor el rol colaborador. Incluso en esos momentos se están viendo cambios.

GRUPO C: Estamos en un momento de cambio. Desde el momento paternalista, al que el paciente tiene un mayor control. Los profesionales tenemos que asumir el riesgo de no tener el control absoluto. Es difícil, pero hay que asumirlo.

4) ¿Qué competencias tendríamos que añadir a nuestro currículo profesional aparte de los conocimientos y habilidades técnicas?

GRUPO A: Es necesario mejorar las condiciones laborales para tener un mayor desarrollo personal, es necesario el reconocimiento de la especialización del personal auxiliar, de los trabajadores sociales, etc. Competencias a añadir a nuestro currículo; según el dispositivo, relacionadas con el trabajo en equipo, la coordinación y las habilidades grupales…

GRUPO B: Sentido común, ilusión y motivación unido a las preferencias personales. Hay que tenerlas en cuenta. El rendimiento de tu trabajo está asociado a la motivación por el trabajo que se desarrolla.

GRUPO C: Aparte de los conocimientos y las habilidades técnicas, en el HD hay que tener en cuenta las ganas de trabajar, el nivel de involucración etc. Hace falta un plus de implicación personal.

5) Para terminar, y recogiendo lo anteriormente expuesto, ¿qué señalaríamos como más importante de cara a favorecer el "*encuentro de talentos entre personas (usuarios y profesionales)*"?

GRUPO A: Posibilitar que los profesionales puedan realizar visitas entre dispositivos dentro y fuera de la red.

GRUPO B: La escucha activa, la empatía, la asertividad y la unidad del equipo. Saber manejar las emociones propias y las de los otros.

GRUPO C: Potenciar talentos a partir de los puntos en común, tanto de los usuarios como de los profesionales.

Proponiendo y rescatando. Un encuentro de talentos entre personas.

4. RESUMEN Y CONCLUSIONES FINALES

- Son evidentes los esfuerzos dirigidos a empoderar al usuario, entendido como la toma del control y la responsabilidad de las actuaciones que tienen como propósito alcanzar el total de su capacidad. Ejemplos de ello son el fomento del uso de la "Carpeta de Salud", a través de la cual el usuario puede solicitar directamente cita médica o de enfermería, y "La Red de Caminantes", proyecto desarrollado en el municipio de Ermua en el que los usuarios participan activamente como monitores de apoyo.

- Sin embargo, todavía queda recorrido para conseguir la total autonomía del usuario. En ocasiones las limitaciones o dificultades se encuentran en nosotros mismos, en los profesionales. El bagaje profesional, los conocimientos adquiridos y nuestras creencias nos limitan a la hora de actuar. En otras ocasiones son los usuarios quienes no saben qué hacer con la libertad que se les da", o "delegan sus autocuidados en los profesionales". Y hay personas en las que pensar en una autonomía o empoderamiento total es una utopía, haciendo referencia a personas incapacitadas legalmente, "que no tienen un objetivo claro en la vida" y que el logro máximo que se puede conseguir es que "se presenten a la cita o que te abran la puerta".

- Se están dando pasos hacia la participación activa del usuario, la autonomía y la autogestión en el abordaje de su trastorno. Ejemplos concretos de ello son: el grupo de trabajo sobre "voluntades anticipadas", el proyecto de investigación en el que participan como entrevistadores y, en un plano más individual, la labor constante de favorecimiento del autocuidado, la autogestión de citas médicas y una adecuada alimentación, entre otros.

- Las familias, y especialmente las madres, ejercen en algunos casos una protección excesiva que puede obstaculizar la autonomía del paciente.

- La inclusión y la participación del paciente no se produce de igual manera ni con la misma intensidad en todos los niveles (asistencial, de investigación, de formación, y de gestión). Cuanto más macro es el nivel, menor es su inclusión. No hay por ejemplo, comisiones en las que pueda participar o decidir directamente. La intervención es mayor a nivel de centro. Como ejemplo concreto, se menciona el programa "Paciente Activo".

- Sin olvidar por completo los síntomas y tratamientos, se rechaza la visión reduccionista de la enfermedad como elemento único en torno al cual gira la vida del paciente. Se antepone la idea de construir un proyecto vital, "rescatar la parte sana" aprovechando los talentos y habilidades de cada persona, y así tener la oportunidad de ofrecer y aportar algo valioso, aumentando la autoestima de la persona.

- En salud mental, es el enfoque biopsicosocial el que más se da y no tanto el biomédico. Que sin embargo, no se puede dejar completamente de lado pues es necesario para tratar inicialmente las conductas disruptivas, los conflictos y la agresividad, por ejemplo. Una vez se ha estabilizado la situación, "las actividades se inclinan más

a potenciar o descubrir nuevas habilidades, a fomentar la autonomía y el bienestar, brindando apoyo en las dificultades que les vaya surgiendo".

- Los talentos y habilidades personales, de los profesionales, se utilizan en el día a día, son fundamentales para desarrollar adecuadamente el trabajo. Pero hay obstáculos y limitaciones en los recursos tanto materiales, como de espacio y de tiempo. A veces, incluso falta de apoyo de otros compañeros que no disponen de igual motivación.

- Estamos en un momento de cambio paulatino y constante, de un modelo hospitalario y paternalista a otro comunitario en el que se favorece la integración y la autonomía del paciente. Ejemplo de ello es que se haya reducido el número de camas hospitalarias y dedicado mayores esfuerzos a los recursos comunitarios.

- Pero todavía hay mucho por recorrer. Las necesidades de los pacientes no acaban de encajar en los recursos que unos y otros, Diputación y Sanidad, les ofrecen. Un ejemplo concreto son las escalas que valoran el grado de dependencia física, pero no de salud mental.

- A veces es difícil asumir el rol colaborador y darle al paciente un mayor control. Por ejemplo, en las situaciones de crisis, cuando el paciente se descompensa. Sin embargo, incluso en estos momentos están ocurriendo cambios.

- A parte de los conocimientos y habilidades técnicas, los profesionales tendríamos que introducir en nuestro currículo profesional sentido común, ilusión, motivación e involucración. También sería necesario el reconocimiento de especializaciones en el personal auxiliar y de trabajo social para obtener un mayor desarrollo personal.

- De cara a favorecer el "encuentro de talentos entre personas, tanto usuarios como profesionales", los grupos señalan como importante realizar visitas entre dispositivos dentro y fuera de la red, favorecer la escucha activa, la empatía, la asertividad y la unidad del equipo y potenciar talentos a partir de los puntos en común entre usuarios y profesionales.

- Se propone la idea de que cada dispositivo de "Alternativas" de Comarca Interior ponga en marcha un proyecto, algo consistente, aprovechando los talentos y habilidades de cada uno, para ser luego presentados y compartidos en nuestras próximas VI Jornada de Encuentro.

5. DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Días antes a la celebración de la Jornada se distribuyó el siguiente texto, como lectura personal introductoria:

Marta Rosillo Herrero, Mariano Hernández Monsalve. Ideas para una salud mental crítica y participativa. (Re) habilitación – Recuperación - (Re) Evolución. Boletín Asociación Madrileña de Salud Mental. 2013, nº 36: 30-34. Boletín disponible en: https://amsmblog.files.wordpress.com/2013/11/amsm_36-final.pdf

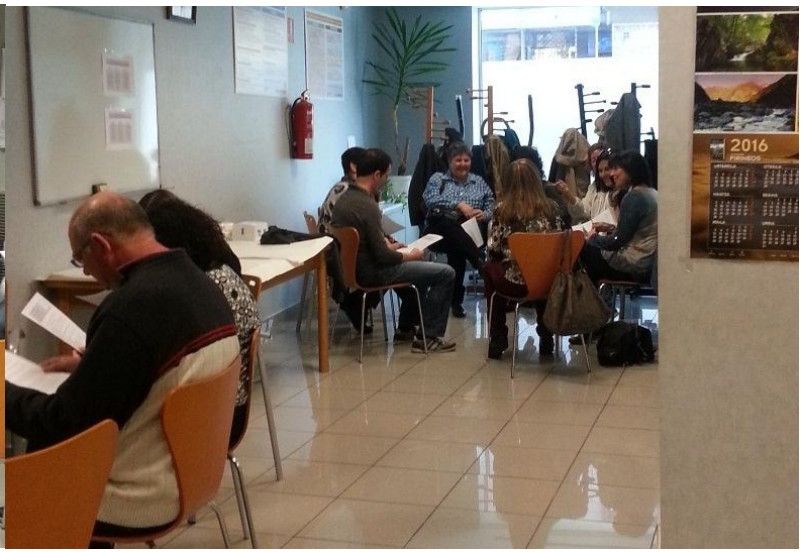
"IDEAS PARA UNA SALUD MENTAL CRÍTICA Y PARTICIPATIVA". (RE) HABILITACIÓN- RECUPERACIÓN- (RE) EVOLUCIÓN

Además, durante el descanso se presentó, en formato audiovisual, la exposición antológica virtual: "*Producción artística, realizada por personas con una enfermedad mental y publicada en Lmentala (2012-2016)*".

Proponiendo y rescatando. Un encuentro de talentos entre personas.

6. IMAGENES.

Proporcionales rescatando.
Un encuentro de talentos entre personas.


2016