

**UNIVERSIDAD DE BURGOS**

**FACULTAD DE EDUCACIÓN**



**MÁSTER EN EDUCACIÓN Y SOCIEDAD  
INCLUSIVAS**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**“FORMACIÓN EN AYUDA MUTUA DE  
USUARIOS/AS CON TRASTORNO MENTAL  
SEVERO EN ENTIDADES SOCIALES”**

**CURSO 2016-2017**

Alumno/a: Rebeca Zabaleta González

Tutor/a: Dr. Fernando Lezcano Barbero

# Ficha del Trabajo Fin de Máster

## Resumen

Es necesario ahondar en la investigación relacionada con el colectivo de personas con enfermedad mental para favorecer su inclusión social y por ende, su calidad de vida. El presente trabajo desarrolla un programa de formación en ayuda mutua para usuarios/as de entidades sociales para personas con enfermedad mental. El objetivo es formar a los/as participantes en ayuda mutua para que colaboren, junto al profesional de referencia, en la acogida inicial de nuevos/as usuarios. La experiencia se ha desarrollado en la Asociación Prosame (Burgos) y para ello, se ha construido un programa educativo. La formación repercutirá positivamente en los/as participantes, en su autonomía y en su sentimiento de contribución a la organización y de ayuda a los demás.

**Palabras clave** trastorno mental severo, formación, ayuda mutua, apoyo entre iguales, entidades sociales, acogida inicial.

## Abstract

It is necessary to delve in the investigation related to the collective of people with mental illness in order to promote their social inclusion and, as a result, their quality of life. The present work develops a program of formation and mutual help directed to users of social entities for people with mental illness. The objective is to train the participants in mutual aid so that they collaborate, along with the reference professional, in the initial reception of new users. The experience has been developed in the Prosame Association (Burgos). An education program has been built for it. The training will have a positive impact on the participants, their autonomy and their feelings of contribution to the organization and of helping others.

**Keywords** severe mental disorder, formation, mutual aid, peer support, social entities, initial reception.

## **Agradecimientos**

Gracias a PROSAME Burgos por colaborar en la investigación dejándonos llevar a cabo la formación en la entidad.

*Con mucho cariño a todos/as los/as que confían y apoyan. Familia, pareja, director, amigas y amigos.*





## ÍNDICE

Índice de ilustraciones .....	2
Índice de tablas .....	2
1. Introducción.....	3
PARTE I: MARCO CONCEPTUAL.....	4
2. El concepto de enfermedad mental.....	5
3. Asistencia comunitaria y ayuda mutua.....	7
4. El usuario como experto.....	9
4.1. Proyecto EMILIA.....	9
4.2. Programa PEER-TO-PEER.....	10
5. Objetivos.....	11
PARTE II: PROYECTO DE FORMACIÓN .....	13
6. Fundamentación del programa .....	14
7. Logotipo del programa .....	15
8. Objetivo del programa.....	15
9. Metodología.....	16
10. Criterios de selección.....	18
11. Contenidos del programa .....	18
12. Recursos.....	19
13. Temporalización .....	19
14. Actividades .....	20
14.1. Sesión 1: “Vamos a conocernos”.....	20
14.2. Sesión 2: “La enfermedad y su recuperación”.....	22
14.3. Sesión 3: “El apoyo mutuo”.....	24
14.4. Sesión 4: “La comunicación”.....	26
14.5. Sesión 5: Evaluación final.....	29



PARTE III: INTERVENCIÓN EDUCATIVA .....	30
15. Selección de los/as participantes.....	31
16. Descripción de los/as participantes.....	31
17. Puesta en marcha .....	33
18. Resultados.....	34
19. Conclusiones.....	37
20. Propuesta de tesis doctoral.....	38
PARTE IV: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	40
ANEXOS.....	
ANEXO I.....	
ANEXO II.....	

### Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Logotipo del programa. Fuente: Elaboración propia.....	15
---	----

### Índice de tablas

Tabla 1: Sesión 1. Fuente: Elaboración propia.....	20
Tabla 2: Sesión 2. Fuente: Elaboración propia.....	23
Tabla 3: Sesión 3. Fuente: Elaboración propia.....	25
Tabla 4: Sesión 4. Fuente: Elaboración propia.....	27
Tabla 5: Marco de valores de apoyo mutuo. Fuente: Orihuela et al. ( 2015).....	28
Tabla 6: Sesión 5. Fuente: Elaboración propia.....	29
Tabla 7: Participantes. Fuente: Elaboración propia.....	32
Tabla 8: Calendario puesta en marcha. Fuente: Elaboración propia. ....	34

## 1. Introducción

La respuesta socioeducativa a las enfermedades mentales es uno de los retos que, aun contando con cierto desarrollo, necesita profundizar en la investigación que contribuya al bienestar del colectivo y a mejorar su calidad de vida (García-Pérez et al., 2016). Por lo que el presente trabajo pretende aportar un recurso de formación, enmarcado en el ámbito social, para nuestro colectivo, las personas con enfermedad mental.

La presente investigación se estructura en 4 partes. La primera recoge los principales conceptos en los que basamos el estudio: la enfermedad mental, la ayuda mutua y los programas de formación de características similares que hemos encontrado, en nuestro caso dos, los cuales inspiran la idea del proyecto.

En la segunda parte se presenta el programa ¡ACOMPÁÑAME! Este programa de formación, para entidades sociales de personas con enfermedad mental, se ha elaborado para adaptarse a las características de las organizaciones sociales y a los/as usuarios/as que participan en ella. El programa cuenta con todos los componentes educativos propios de un material de estas características: metodología, contenidos, temporalización, desarrollo de las actividades y recursos.

En la tercera parte se incluye la descripción de la experiencia, dado que se puso en marcha con seis usuarios/as de tres recursos de la asociación Prosame de Burgos. En la fase final se realizó una entrevista individual con cada uno de los participantes para evaluar la experiencia y extraer las conclusiones a partir de su opinión.

Finalmente, se incluyen las referencias bibliográficas utilizadas a lo largo de la investigación y los anexos con los documentos complementarios del programa de formación.



# **PARTE I:**

# **MARCO CONCEPTUAL**



Investigar no es partir de cero, ni construir la realidad a cada paso que damos, investigar es utilizar las bases que se han consensuado por otros/as investigadores/as y avanzar a partir de sus conclusiones. Es por ello que en esta primera parte se definen los conceptos fundamentales en los que nos basamos.

## 2. El concepto de enfermedad mental

Para delimitar el término enfermedad mental partimos de la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985) en su Constitución en 1985:

*«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».*

Además, la OMS (2013) acota el término salud mental como:

*“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. “*

Como referentes en las clasificaciones de enfermedad mental vigentes en el campo de la psiquiatría a nivel internacional encontramos el CIE-10 Y DSM-V. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V, editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2013: 5) el término trastorno mental hace referencia a:

Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes



principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente.

Hablar de enfermedad mental es incluir todo un conjunto de patologías, que teniendo elementos comunes, las diferencias que presentan son enormes. Es por ello que necesitamos centrarnos en la realidad concreta que deseamos abordar. En nuestro caso, hablamos de las enfermedades más graves y que afectan durante un periodo prolongado. Lezcano (2006) recoge diferentes términos que se han empleado a lo largo de la historia para referirse a este colectivo: *Pacientes/Enfermos Mentales Crónicos, Enfermos Graves y Crónicos, Enfermedad Mental Grave, Enfermedad Mental Grave y Prolongada, Trastorno Mental Severo, etc.*

A lo largo de esta investigación emplearemos el último término mencionado, Trastorno Mental Severo (TMS) propuesto por la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003), que cuenta con gran consenso científico y hace referencia a los trastornos mentales de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social (Rodríguez, 2007; López, 2008).

El Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH, 1987) lo conceptualizó (citado NIMH, 2012) siendo esta definición la más representativa y con mayor consenso. Comprende tres dimensiones (Chico, 2007; Rodríguez, 2007):

1. Diagnóstico: incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad.
2. Duración de la enfermedad y tratamiento: tiempo superior a los dos años.
3. Presencia de Discapacidad: originariamente se determinó por la presencia de al menos tres de los ocho criterios que especificaba el NIMH, pero que posteriormente se sustituyeron por la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning APA 1987), que indicaba una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

En relación a la última dimensión, presencia de discapacidad, la legislación española en el *RD 1/2013*, define el término discapacidad como la “situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier

tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”

Finalmente, en relación a la Comunidad de Castilla y León, la Junta de CYL define enfermedad mental como “Una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en que quedan afectados procesos psicológicos básicos (...) lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo” (JCyL, 2007)

### **3. Asistencia comunitaria y ayuda mutua**

España, debido a sus circunstancias sociales y políticas, se incorporó con retraso a la reforma psiquiátrica y el proceso de desinstitucionalización que culminó en 1986 con la aprobación de la Ley General de Sanidad. Se apostó por la asistencia comunitaria; consolidación de una estructura asistencial territorial multidisciplinar y descentralizada; atención de personas con enfermedad mental en el sistema general de salud; creación de unidades de salud mental comunitarias; actitudes positivas y de no discriminación hacia los enfermos mentales en la comunidad; cambios legislativos para el desarrollo de sus derechos (Salvador-Carulla et al., 2002; Lezcano, 2006).

Durante la reforma se crean las primeras asociaciones específicas para personas con enfermedad mental. En España, el movimiento asociativo comenzó a surgir el año 1968 en diferentes lugares del Estado. En 1983 había constituidas asociaciones en Madrid, Álava, Barcelona, La Coruña, Murcia, Comunidad Valenciana, Canarias y La Rioja. En 1983, por iniciativa de estas entidades, se creó la Confederación Salud Mental España, una entidad sin ánimo de lucro y de interés social que, actualmente, integra a 19 federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales que agrupan a cerca de 300 asociaciones. (Ariño & San Pío, 2007; Confederación Salud Mental España, 2017).

Las asociaciones son (Arribas, 2008) un recurso polivalente con una finalidad funcional e instrumental, que proporcionan a los asociados una experiencia de sintonía, compenetración y acogida a un grupo de personas afectadas por una problemática común y están dentro del marco social. Son un instrumento necesario para defender los intereses de su colectivo.

Además de las asociaciones, constituidas en los primeros momentos por los/as familiares de las personas con enfermedad mental, encontramos las fundaciones. Según la Asociación Española de Fundaciones (2013) son, organizaciones sin ánimo de lucro que tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general, en este caso a favor de las personas con enfermedad mental.

Durante este periodo han sido muchas las respuestas que se han dado, en relación a la atención socioeducativa, al colectivo. En nuestro caso, nos centraremos en un modelo, que si bien ha tenido referencias en otros colectivos, en el caso de las personas con enfermedad mental se está implementando desde hace pocos años y con diferentes modelos. Nos referimos a la ayuda mutua.

Los GAM (Grupo de Ayuda Mutua) son grupos de voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Puesto que la persona que sufre, en este caso, una enfermedad mental, posee un conocimiento valioso de su experiencia personal, estos grupos pretenden mejorar o superar una situación con la ayuda de personas que comparten el mismo o similar problema o dificultad. (Roca, 1998; Sampietro & Carbonell, 2014; Federación andaluza de asociaciones de usuarios/as de salud mental “En Primera Persona”, 2014). El primer GAM del que hemos encontrado referencias es en Estados Unidos, en 1935, donde dos alcohólicos se unen para ayudarse mutuamente y fundan “Alcohólicos Anónimos”.

La ayuda mutua es ayuda emocional y social, que es ofrecida por personas con enfermedad mental a otras que comparten problemas similares, con la finalidad de lograr un deseado cambio social o personal. Para que sea efectiva es importante formar previamente a la persona que cumpla la función de asesoramiento. Además, experiencias internacionales demuestran (Bono del Trigo et al., 2011) que el carácter formal otorga un valor añadido: a) para el agente de ayuda mutua supone un empoderamiento y mejora de la autoestima, así como el desarrollo de habilidades de comunicación, emocionales y sociales, y b) para el receptor de esta ayuda dado que es una oportunidad de sentirse escuchado y comprendido, de expresarse con más libertad y confianza en la relación con un igual y finalmente incrementando su funcionamiento social y autoestima.



## 4. El usuario como experto

La concepción del usuario como experto hace referencia al conocimiento útil y valioso que poseen las personas que con un TMS. Por el hecho de haber pasado por un suceso tan complejo y, en algunos casos, traumático, han podido desarrollar habilidades, experiencias y conocimientos específicos respecto a (Palomer et al., 2010; Palomer et al., 2011):

- El manejo de la enfermedad y sus consecuencias.
- La vivencia subjetiva de la enfermedad.
- El reconocimiento de los síntomas y cómo actuar.
- Actitudes de riesgo y valores y preferencias.

Para la participación del usuario como experto, uno de los principales obstáculos es la percepción que se tiene de sus conocimientos, dado que los profesionales tienden a subestimarlos y por ello, durante mucho tiempo, ha sido un recurso infravalorado. Para legitimar estos conocimientos adquiridos por la experiencia es necesario: a) reconocer el rol del usuario en la planificación y desarrollo de servicios, y b) valorar su rol para dar información y herramientas a nuevos usuarios que empiezan a convivir con un Trastorno Mental Severo (Palomer et al., 2010; Palomer et al., 2011)

Encontramos dos proyectos de características similares.

### 4.1. Proyecto EMILIA

Uno de ellos, de referencia en la creación y formación de la figura del usuario experto por experiencia, fue el Proyecto EMILIA (*Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning, Integration and Action*), que es de carácter multicéntrico, financiado por el Sexto Programa Marco de la Oficina de Desarrollo e Investigación de la Comisión Europea que se llevó a cabo entre septiembre de 2005 y febrero de 2010. El objetivo era reducir la exclusión social de la población con TMS a través de la formación continuada. ~~Para ello los tres ejes principales del proyecto son:~~ la formación continua (*Life Long Learning*), la capacitación de los usuarios (*Empowerment*) y la

legitimación del conocimiento de los/as usuarios como expertos. Participaron diversas instituciones docentes y sanitarias de Inglaterra, Noruega, Francia, Grecia, España, Eslovenia, Polonia, Dinamarca, Bosnia y Suecia.

El proyecto partía de la hipótesis que la formación y la legitimación del conocimiento que poseen los usuarios, por el hecho de serlo, puede incrementar sus posibilidades de encontrar y mantener un trabajo, incrementar el tiempo que están en formación y mejorar, en última instancia, su calidad de vida. La metodología seguía el modelo *lifelong learning* (LLL) basado en el aprendizaje por la experiencia. Este método de participación y diálogo pretendía que, en un futuro, los usuarios en formación asumieran el rol de formadores de otros usuarios. Como resultados de la formación se abrieron dos líneas de implicación laboral, la del usuario como docente colaborador y formador de otros usuarios y por otro lado, el usuario como mediador entre las instituciones sanitarias y el usuario que es atendido en ellas (Palomer et al., 2010).

#### **4.2. Programa PEER-TO-PEER**

Otro modelo de formación de usuarios en esta línea de trabajo, la encontramos en la formación Peer-to-Peer (P2P) o formación de igual a igual. Es una modalidad de autoayuda (Lucksted, et al., 2009).

Algunos estudios (Castelein, et al., 2015; Aschbrenner, et al., 2016; & Naslund, et. al., 2016) han demostrado que el apoyo entre iguales favorece la recuperación personal y reduce el aislamiento. Interactuar con compañeros en la misma situación compartiendo información, pensamientos, sentimientos y preocupaciones y el sentirse en “el mismo barco” son características clave del apoyo entre iguales

Según la Scottish Recovery Network (Red de Recuperación Escocesa, 2016), la recuperación significa ser capaz de vivir una vida satisfactoria, de acuerdo a lo definido por cada persona, con o sin los síntomas. Controlar la propia vida, siendo un proceso único y personal.

Este proyecto (P2P) se enmarca dentro del Programa de Aprendizaje Permanente (Leonardo Da Vinci) financiado por la Unión Europea. Se trata de un curso innovador diseñado para preparar a personas con problemas de salud mental para trabajar como



agentes de apoyo mutuo. La misión del proyecto es: “preparar a personas que han sufrido problemas de salud mental y que son por tanto expertos en su propia recuperación para que trabajen como personas de referencia de aquellas que actualmente, sufren estos problemas. Nuestro cometido es permitir que tanto expertos como sus compañeros en estadios más tempranos de la enfermedad, progresen en el proceso de recuperación. Este progreso se logra desde la esperanza, el intercambio de experiencias y la confianza (Orihuela et al., 2015)”.

La formación profesional, con especial énfasis en la práctica, proporciona un ambiente de aprendizaje enriquecedor, que capacita a expertos en enfermedad mental, para que sean capaces de apoyar y empoderar a otras personas de forma profesionalizada. Los/as expertos/as se convierten en un ejemplo de recuperación real para aquellas personas que están sufriendo una enfermedad mental y ven el camino hacia la recuperación demasiado complicado.

En el Manual Peer2Peer, curso de formación profesional traducido por Orihuela et. al (2015) observamos que los temas que se trabajan son sobre las relaciones humanas. Las sesiones se plantean de forma práctica y participativa y como punto base en todas ellas se usa la propia experiencia de cada uno/a. Además una de dinámicas más empleadas en las sesiones es el role-playing unido al tema transversal de la empatía.

## **5. Objetivos**

A pesar de que hemos hallado varios referentes metodológicos de formación en entornos sanitarios como los expuestos, no hemos encontrado hasta el momento experiencias relacionadas con el ámbito social. Es por ello, que nos proponemos desarrollar un programa de formación para usuarios/as que participan en entidades sociales (Asociaciones). Se basa en los principios de la ayuda mutua, para que sean los guías, junto al profesional de referencia, en la acogida inicial de nuevos/as usuarios/as.

Para que puedan desempeñar adecuadamente sus funciones en esta acogida inicial, es necesario que previamente haya recibido una formación acorde a las características del puesto. Lo cual supondrá la base de nuestro objetivo de investigación:



- Diseñar e implementar una formación para la ayuda mutua, basada en la propia experiencia del usuario y que facilite el acompañamiento a los nuevos/as usuarios en la acogida inicial y adaptación a los servicios de la entidad.
- Evaluar los resultados y realizar propuestas para la adaptación a diferentes contextos.



## **PARTE II:**

# **PROYECTO DE FORMACIÓN**



A continuación presentamos el proceso seguido para la construcción del programa, incorporando los referentes metodológicos utilizados y el desarrollo de las actividades.

## **6. Fundamentación del programa**

La llegada inicial de un nuevo/a usuario/a a una entidad social supone asumir la nueva situación. Por lo que disponer, además del profesional de referencia, de un usuario/a formado para la acogida inicial y adaptación al servicio puede suponer un pilar de apoyo en la recepción (Zabaleta & Lezcano, 2017).

El apoyo social se ha reconocido como como factor de protección de los problemas mentales. El apoyo social que reciben las personas con TMS les repercute positivamente, por un lado, mayor estabilidad sintomatológica y permanencia en la comunidad y por otro, mejora de la calidad de vida (Fakhoury et al., 2002; Navarro et al., 2008).

Para el diseño del programa de formación y la posterior puesta en marcha se contará con la colaboración de PROSAME Burgos. Asociación Pro Salud Mental de Burgos que forma parte de la Federación de Asociaciones de Salud Mental de Castilla y León. Su misión es trabajar, en Burgos y provincia, en la mejora de calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias, en la defensa de sus derechos, así como en la rehabilitación y en la integración social y laboral de cualquier con una patología mental.

El proceso de implementación permitirá obtener evidencias sobre la validez de la formación en ayuda mutua, así como, las diferentes adaptaciones y variaciones en función del colectivo y el contexto. Como punto de partida para el desarrollo del programa de formación contaremos con los protocolos de acogida inicial de las diferentes entidades sociales para este colectivo en la comunidad de CyL. Toda esta información permitirá la construcción de una nueva propuesta asumiendo las fortalezas de los documentos de partida.

## 7. Logotipo del programa

Dada las características de los usuarios participantes en este programa, se creyó importante el diseño de un logotipo que les permitiera identificarse con el mismo.

Así mismo, se pensó que el color debería estar presente en cada momento, evitando fotocopias en blanco y negro, para eludir que se perdiera la identidad que se quiere dar con él. Perder el color podría aportar un valor negativo.

En la Figura 1 presentamos el logotipo diseñado.



Ilustración 1: Logotipo del programa. Fuente: Elaboración propia

Para evitar las fotocopias en blanco y negro se realizaron pegatinas en color que sistemáticamente los/as participantes utilizaban para identificar cada uno de los materiales que elaboraban. Todo ello se presentará con detalle en la metodología y en las actividades.

## 8. Objetivo del programa

Formar en ayuda mutua a usuarios/as con TMS para que actúen de guías en la recepción de nuevos usuarios/as en las entidades sociales.



## 9. Metodología

La metodología utilizada se basa en un trabajo sistemático que permita a los/as participantes profundizar en el programa.

Para ello, todas las sesiones seguirán una misma estructura:

- a) Comenzarán con breves introducciones teóricas.
- b) Se desarrollarán actividades:
  - En la que cada usuario/a profundizará en los distintos contenidos abordados e
  - Irá confeccionando su propio dossier del guía donde se recogerán las reflexiones sobre cada uno de los apartados que se vayan trabajando: servicios que presta la asociación, mapa de cada uno de los espacios, conceptos, etc.
- c) Se finalizará con una síntesis integrativa sobre lo trabajado en cada sesión.

Los principios educativos en los que nos basamos son los siguientes:

- Individualización: adaptación de la formación a la diversidad de necesidades de los/as participantes, según sus características individuales en cuanto a motivaciones, capacidades e intereses (Blanco, 2006).
  - De servicios: la formación deberá partir teniendo en cuenta que los/as participantes realizan su actividad en un servicio diferente de la entidad y con recursos distintos. En cada sesión se determinarán las necesidades de cada individuo en relación con las actividades y los recursos.
  - Materiales: cada participante construye su herramienta personal, el dossier del guía. Cada hoja de éste, es personalizada por el/la participante, con su nombre y una pegatina en color del logotipo del programa. Además, todas las hojas, disponen de unas líneas para que cada participante pueda realizar las anotaciones que considere pertinentes.
- Generación de dinámicas de reflexión grupal: el espacio grupal constituye un contexto privilegiado para el establecimiento de relaciones interpersonales, donde los/as participantes tienen un encuentro con otras personas en situación



similar a la suya (Silvestre et al., 2013). Además es un espacio integrador, generador de nuevas ideas y de reflexión.

- Colaboración: con esta estrategia educativa se promueve la ayuda entre los/as participantes, favoreciendo el clima de trabajo durante la formación, además de propiciar el desarrollo de habilidades comunicativas y de relación.
- Aprendizaje activo: se emplean métodos que posibilitan a los/as participantes la oportunidad y la necesidad de adoptar un papel activo en el proceso de aprendizaje. Es decir, un aprendizaje participativo donde sean agentes activos que analizan y reflexionan (Abelló, 2007; Orihuela et al., 2015). Este es uno de los elementos que se promueve desde la construcción personalizada del material. La implicación y participación del alumnado en los procesos de aprendizaje suele ayudar a que se produzcan mejores aprendizajes (Pastor et al., 2005).
- Aprendizaje a partir de la experiencia previa: el hecho de haber pasado por un suceso tan complejo como la enfermedad mental, les permite desarrollar habilidades y conocimientos específicos, en los cuales basarán la formación y posterior desempeño de las funciones del guía. Es decir, seguiremos el modelo *lifelong learning* (LLL) basado en el aprendizaje por la propia experiencia. (Palomer et al., 2010).
- Propiciar el liderazgo: para que se sientan capaces de desempeñar las funciones del guía tras finalizar la formación. Un aprendizaje que se basa en el/la participante y que favorece su actividad y protagonismo (Murillo, 2007).
- Sentido de la responsabilidad: inculcar a los/as participantes que pueden y tienen que ser responsables para la adecuada ejecución de las funciones del guía. Favorecer el empoderamiento de los/as participantes involucrándolos directamente (Rosillo et al., 2013).
- Favorecer un ambiente de respeto: creando un clima de confianza, un marco idóneo para el encuentro con otros sujetos que están inmersos en una misma situación, para intercambiar, corroborar, cuestionar, analizar y vivenciar experiencias vitales y emocionales compartidas (Silvestre et al., 2013).



## 10. Criterios de selección

La selección de los/as participantes en el programa de formación se realizará teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Ser usuario/a de la asociación desde hace 1 año.
- Tener más de 18 años.
- No poseer capacidades y habilidades laborales para el desempeño de un puesto de trabajo en un entorno normalizado. En este caso, el esfuerzo se debe centrar en la búsqueda de empleo.
- Interés y motivación hacia el programa de formación.
- Los usuarios/as seleccionados/as tendrán diferentes diagnósticos de TMS.
- Los usuarios/as seleccionados/as deberán participar en varios de los programas y actividades propuestos en la entidad social.

## 11. Contenidos del programa

Los principales contenidos a trabajar son:

- Descripción de la entidad social y servicios que presta.
- Ubicación de las instalaciones y los servicios de cada recurso.
- Perfiles profesionales implicados en la organización.
- Desarrollo de un discurso coherente sobre quien soy y que hago en la asociación.
- Explicación de las enfermedades mentales.
- Introspección sobre la propia enfermedad y su recuperación.
- La medicación: importancia de seguimiento.
- Identificación de los temas más significativos para los usuarios de la organización.
- Uso de la experiencia de manera efectiva.
- La ayuda mutua.
- El valor de recibir apoyo.



- Habilidades comunicativas y uso del lenguaje.
- La escucha activa.

## 12. Recursos

- Consentimiento informado (ANEXO I)
- Dossier del guía (ANEXO II). Este dossier ha sido diseñado para este estudio. En el caso de realizarse la experiencia en otra organización sería necesario adaptarlo a su realidad: instalaciones, cultura asociativa, medios...
- Cómic “Más allá del mito. Mi día a día con la esquizofrenia”. Disponible en: <http://bit.ly/1ShhjpQ>
- Carpetas y documentos necesarios para la elaboración del Dossier del guía.
- Bolígrafos.
- Ordenador.
- Instalaciones para la realización de las sesiones.

## 13. Temporalización

El programa de formación consta de 5 sesiones que varían en la duración, dependiendo de las características, como presentamos a continuación. La primera es específica para cada recurso de la entidad que vaya a participar y se tiene que desarrollar en las instalaciones del servicio. Las sesiones 2, 3 y 4 son conjuntas para todas las personas participantes y la última sesión es de carácter individual.

- Sesión 1: específica por cada recurso de la entidad que participa en la formación, con una duración aproximada de 60 minutos. Se trata del primer contacto con los/as participantes, que servirá como punto de partida. Se profundiza en el conocimiento acerca del recurso donde se desempeñarán las funciones del guía.
- Sesión 2: conjunta para todos los receptores de la formación con una duración aproximada de 90 minutos, incluido un descanso de 10 minutos. En esta sesión se trabajan las enfermedades mentales y la recuperación.



- Sesión 3: conjunta para todas/as los participantes con una duración de 90 minutos (incluido descanso). Se desarrolla el apoyo mutuo, tanto teórica como prácticamente.
- Sesión 4: conjunta para todos/as los participantes con una duración aproximada de 90 minutos, incluidos los 10 minutos de descanso. En esta sesión se trabajan las habilidades comunicativas y el uso de la experiencia de manera efectiva.
- Sesión 5: la última sesión es de carácter individual, con una duración aproximada de 15 minutos por cada participante donde se evaluarán los conocimientos y habilidades adquiridos durante la formación.

## 14. Actividades

### 14.1. Sesión 1: “Vamos a conocernos”.

La primera sesión supone el primer contacto con los/as participantes en el programa de formación, por lo que se intentará crear un clima de confianza para que perdure a lo largo y las sesiones. A continuación (Tabla 1) se detallan las actividades que después detallamos.

<b>Modalidad y duración</b>	Específica, por recurso. Individual. 60 minutos
<b>Objetivo</b>	Profundizar en el conocimiento de los usuarios/as sobre el recurso en el que se va a desempeñar la función de apoyo.
<b>Desarrollo</b>	ACTIVIDAD 1: ¿Y tú quién eres? ACTIVIDAD 2: Portada <i>Dossier del guía</i> ACTIVIDAD 3: Conocemos las instalaciones ACTIVIDAD 4: ¿Quiénes sois?

Tabla 1: Sesión 1. Fuente: Elaboración propia.

#### Actividad 1: ¿Y tú quién eres?

La primera actividad será de carácter individual con cada uno de los usuarios/as que van a participar en el programa de formación. La actividad consiste en una conversación, la cual será grabada con voz previo consentimiento informado, para conocer



personalmente a los/as participantes y además, servirá como evaluación inicial del programa. La información que se quiere recoger:

- Datos personales: nombre, edad, procedencia, donde vive, con quien convive
- Sobre la enfermedad: qué enfermedad padece, desde cuando, como fueron los inicios y el progreso.
- En relación a la asociación: cuánto tiempo lleva, por que entró y qué le aporta.
- Intereses y motivaciones personales: qué le gusta hacer, que actividades hace habitualmente y con quien le gusta estar.

A continuación se expone una guía de conversación que nos servirá para ir dirigiendo la entrevista personal:

- *“Hola, soy Rebeca, tengo 23 años, estoy estudiando en la Universidad y estoy aquí para que me ayudéis con uno de mis trabajos.”*
- *¿Y tú?*
- *Tienes una enfermedad mental, ¿Te importaría decirme cuál es?*
- *Me puedes contar cuando apareció, cómo fueron los inicios, el progreso...*
- *¿Desde cuándo estás en la asociación?*
- *¿Te gusta estar en la asociación? ¿Por qué?*
- *¿Qué te gusta hacer?*
- *¿Con quién te gusta estar en tu tiempo libre?*
- *¿Qué actividades realizas en tu tiempo libre?*

Descanso 10 minutos.

#### Actividad 2: Portada Dossier del guía

Se le entrega a cada participante una carpeta y un folio, que va a ser la portada del Dossier del guía, el cual vamos a ir elaborando a lo largo de la formación. El folio tendrá el nombre y el logotipo del programa y los/as participantes lo completarán con su nombre, el recurso de la entidad y el nombre de la asociación.

#### Actividad 3: Conocemos las instalaciones

- *Yo soy nueva y no conozco esto, ¿me podéis explicar qué hacéis aquí?*



Lluvia de ideas sobre los servicios que se ofrecen en cada recurso.

- *¿Y cuáles son las normal para qué el centro funcione adecuadamente?*

Añadir los servicios y las normas que falten, entregarles la página 1 del Dossier del guía donde se recogen la totalidad de servicios y normas en cada recurso. En la parte superior escriben su nombre y colocan la pegatina en color con el logotipo del programa. En la parte inferior disponen de unas líneas donde pueden anotar la información que consideren relevante.

- *Para que me quede más claro, ¿me ayudáis a completar este plano?*

Visualizamos el plano de las instalaciones y lo completamos con las actividades que se realizan en cada una de las salas, hoja 2 del Dossier del guía.

Actividad 4: *¿Quiénes sois?*

Mientras nos movemos por las instalaciones del centro, los/as participantes nos van presentando a los/as profesionales y resto de compañeros del recurso.

*“Ella es Rebeca, una estudiante de la Universidad”*

*“Él/Ella es Nombre, profesional del centro y nos ayuda .....*”

*“Él/Ella es Nombre, se encarga de .....*”

14.2. Sesión 2: “La enfermedad y su recuperación”.

La segunda sesión es conjunta, con todos/as los/as participantes. Al desempeñar su actividad en diferentes servicios de la entidad, puede que no todos/as se conozcan, por lo que se iniciará con una actividad de presentación y posteriormente se trabajan las enfermedades mentales y la recuperación. En la Tabla 2 se sintetizan las actividades que posteriormente describimos.



<b>Modalidad y duración</b>	Conjunta. 90 minutos.
<b>Objetivo</b>	Reflexionar sobre la enfermedad mental, su recuperación y la importancia de la medicación.
<b>Desarrollo</b>	ACTIVIDAD 1: Bienvenida ACTIVIDAD 2: ¿Qué es la recuperación? ACTIVIDAD 3: Mi experiencia de recuperación ACTIVIDAD 4: Cambio de roles

Tabla 2: Sesión 2. Fuente: Elaboración propia.

### Actividad 1: Bienvenida

Para comenzar la sesión conjunta, el facilitador de la sesión se presenta. A continuación lo hace el grupo. Esta actividad ofrece un primer contacto de todos/as los que vamos a participar en la formación y la oportunidad de compartir información los unos con los otros, así como experiencias de vulnerabilidad.

- Nombre
- Edad
- Expectativas y preocupaciones.

Ej. *“Hola, soy Rebeca, tengo 23 años y con esta experiencia de aprendizaje mutuo espero aprender mucho de vosotros/as. Mi preocupación es que este trabajo no salga bien y no pueda aportar mi granito de arena.”*

### Actividad 2: ¿Qué es la recuperación?

Para introducir este concepto comenzaremos con una lluvia de ideas que iremos escribiendo en la pizarra. Finalmente, entre todos, construiremos una definición de recuperación. Hoja 3 del Dossier del guía.

*Según la Scottish Recovery Network (Red de Recuperación Escocesa), la recuperación significa ser capaz de vivir una vida satisfactoria, de acuerdo a lo definido por cada persona, con o sin los síntomas. Controlar la propia vida, siendo un proceso único y personal.*



### Actividad 3: Mi experiencia de recuperación

Individualmente, cada participante, reflexionará sobre su propia experiencia de recuperación desde el momento que fue diagnosticada la enfermedad mental. Posteriormente realizaremos una puesta en común de las diferentes experiencias individuales.

¿Cómo fue? ¿Quién me apoyó? ¿Qué obstáculos encontré?

Descanso 10 minutos.

### Actividad 4: Cambio de roles

Para conocer más sobre otras patologías y exponer todo lo que saben sobre la enfermedad que padecen, realizamos la siguiente dinámica:

- 1) A cada participante se le entregará un papel con una patología que no es la suya.
- 2) Cada uno/a deberá inventar una historia sobre una persona que padece la enfermedad asignada (como surgió, los inicios, el transcurso, el apoyo recibido, la medicación, la recuperación).
- 3) Posteriormente, de uno/a en uno/a, irán exponiendo la historia.
- 4) El resto de compañeros/as, especialmente los que padecen la enfermedad asignada al compañero/a, irán añadiendo aspectos sobre el curso de la enfermedad, los síntomas, la medicación, el apoyo, la recuperación...
- 5) Finalmente realizaremos una reflexión final sobre lo aprendido a cerca de las enfermedades mentales trabajadas en la dinámica

#### 14.3. Sesión 3: “El apoyo mutuo”.

En la sesión anterior se trabajaron las enfermedades mentales, su recuperación y la importancia de la medicación. En esta sesión, que resumimos en la Tabla 3, se trabaja el apoyo mutuo y su importancia en la recuperación.



<b>Modalidad y duración</b>	Conjunta. 90 minutos.
<b>Objetivo</b>	Definir el apoyo mutuo, su importancia y explorar cómo podemos ponerlo en práctica
<b>Desarrollo</b>	ACTIVIDAD 1: ¿Qué es el apoyo mutuo? ACTIVIDAD 2: Role playing ACTIVIDAD 3: La historia de Bruno ACTIVIDAD 4: Más allá del mito

Tabla 3: Sesión 3. Fuente: Elaboración propia.

#### Actividad 1: ¿Qué es el apoyo mutuo?

Comenzamos con una lluvia de ideas. El apoyo mutuo se entiende como una relación de apoyo entre personas con experiencias parecidas, especialmente retos o experiencias difíciles. Hoja 4 del Dossier del guía.

*«El apoyo mutuo es un apoyo emocional, relacionado normalmente con el apoyo fundamental, que se proporcionan personas que tienen un estado de salud mental parecido para posibilitar el cambio social o personal deseado».*  
(Gartner and Reisman, 1982)

Tras la definición del concepto y para comprobar si han entendido su significado:

- ¿Me podéis decir algún ejemplo de ayuda mutua?
- ¿Es importante el apoyo mutuo en las enfermedades mentales? ¿Por qué?

#### Actividad 2: Role playing

En dos grupos, representarán situaciones de recuperación, en una recibirán apoyo y en la otra no habrá apoyo ni empatía.

- Representación 1: una persona acaba de ser diagnosticada de trastorno bipolar. La familia llora desconsolada sin saber qué hacer y el grupo de amigos, al enterarse, se asusta y dejan de quedar con él/ella. Se siente solo/a.
- Representación 2: una persona acaba de ser diagnosticada de esquizofrenia. La familia se informa de la enfermedad y piden ayuda, acuden a la asociación de



salud mental de la zona. Los amigos, al enterarse, le muestran su apoyo, le animan a seguir quedando como todos los jueves para la partida de dardos. La enfermedad no va a influir en su vida cotidiana.

Para terminar se realiza una puesta en común:

- Cómo se han sentido.
- Si consideran importante el apoyo mutuo y por qué.
- Si ellos durante su recuperación recibieron apoyo.
- Cómo apoyarían a alguien que acaba de ser diagnosticado de una enfermedad mental

Descanso 10 minutos.

Actividad 3: La historia de Bruno

Tras ver el vídeo: Esquizofrenia y Enfermedad Mental: La historia de Bruno (<http://bit.ly/2rPxRxY>) reflexionamos sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Cómo podemos ayudar o colaborar en la recuperación de una persona que acaba de ser diagnosticada?
- ¿Qué le recomendaríais?
- ¿Es importante la medicación? ¿Por qué?
- ¿A vosotros en qué os ha ayudado tomar la medicación?

Actividad 4: Más allá del mito

Lectura y comentario del cómic “Más allá del mito. Mi día a día con la esquizofrenia”.

14.4.Sesión 4: “La comunicación”.

La sesión 4 es la última conjunta. Se trabajan las habilidades de comunicación y el adecuado uso y valor de su propia experiencia. A continuación se explican las actividades a realizar y recogemos en la Tabla 4.



<b>Modalidad y duración</b>	Conjunta. 90 minutos.
<b>Objetivo</b>	Desarrollar habilidades de comunicación. Usar la experiencia propia de manera efectiva
<b>Desarrollo</b>	ACTIVIDAD 1: Seguimos adelante ACTIVIDAD 2: ¡Vende! ACTIVIDAD 3: Modelos

Tabla 4: Sesión 4. Fuente: Elaboración propia.

#### Actividad 1: Seguimos adelante

Para aprender a conocernos y a escuchar las motivaciones de los demás, en parejas, primero un miembro le cuenta al otro qué es lo que le motiva día a día (10 min. aprox.) y posteriormente se invierten los papeles. Posteriormente, cada participante, cuenta las motivaciones de su compañero/a al resto del grupo.

#### Actividad 2: ¡Vende!

Para profundizar en el conocimiento de la entidad y el desarrollo de las habilidades de comunicación, el/la moderador/a pide a los/as participantes que elaboren un anuncio para el periódico donde cada uno venda la entidad tratando de convencer a los demás.

#### Actividad 3: Modelos

Parte I: los/as participantes pensarán en alguien que es/ha sido un buen modelo en su vida y por qué. En grupo compartirán quien han elegido y el motivo. En la pizarra anotaremos en una columna los modelos y en otra las cualidades de éstos/as.

Parte II: en pequeños grupos (3 personas) reflexionan sobre cómo ellos/as pueden actuar para ser modelos de ayuda mutua.

*Como agentes de apoyo mutuo, ¿cómo daríais ejemplo de (esperanza, experiencia, autenticidad, responsabilidad, mutualidad y fortalecimiento) en una relación entre iguales?*

Se les entrega una hoja con los 6 valores en apoyo mutuo y una pequeña explicación de cada uno (Tabla 5) que será la página 6 de su dossier. A partir de las reflexiones personales se pondrán en común los ejemplos de cada pequeño grupo.



<b>MARCO DE VALORES EN APOYO MUTUO</b>	
<b>Esperanza</b>	<p>Creemos que la recuperación es posible y real para todos y que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los agentes son modelos muy potentes y una prueba de la realidad de la recuperación.</li> <li>• Todos somos personas únicas, con esperanzas, sueños, aspiraciones y con potencial para ser todo aquello que nos propongamos.</li> <li>• Una relación de apoyo mutuo ofrece un ambiente único de recuperación y una manera de promover la esperanza y el optimismo.</li> <li>• Es posible aprender y crecer desde los retos y los contratiempos.</li> </ul>
<b>Experiencia</b>	<p>Creemos que la recuperación es una experiencia única y que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos somos expertos de nuestra propia experiencia.</li> <li>• Hay muchos tipos de recuperación y diferentes formas de comprender e interpretar la experiencia.</li> <li>• Compartir experiencias puede ser un poderoso catalizador para el cambio y el crecimiento personal.</li> <li>• Los agentes usan su experiencia de manera intencionada para animar y apoyar la recuperación.</li> </ul>
<b>Autenticidad</b>	<p>Creemos que ser auténtico gira en torno a ser sincero con nosotros mismos y que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La empatía y la compasión son el motor de la relación.</li> <li>• Las relaciones auténticas son abiertas, honestas y mutuas.</li> <li>• El apoyo mutuo trata de construir conexiones que permiten a la gente confiar en su sabiduría y compartirla.</li> </ul>
<b>Responsabilidad</b>	<p>Creemos que el bienestar y la recuperación requieren tomar responsabilidades y que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar a la gente para que realice cambios se consigue a través del ‘estar con’ más que con el ‘hacer para’.</li> <li>• Los agentes son responsables de asegurarse de que se promueven y se desarrollan los valores del apoyo mutuo.</li> <li>• Los agentes deberían ser responsables de su aprendizaje y desarrollo.</li> <li>• Los agentes son responsables de superar el estigma y la discriminación.</li> </ul>
<b>Mutualidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creemos que la mutualidad es el corazón del apoyo mutuo y que:</li> <li>• Somos interdependientes y todos tenemos algo con lo que contribuir.</li> <li>• La mutualidad se desarrolla compartiendo ideas, conocimiento y experiencias de manera respetuosa.</li> <li>• La mutualidad se desarrolla por medio del debate y la negociación de lo que es de ayuda en la relación.</li> <li>• Todo aquel que forma parte de la relación es responsable de que funcione.</li> </ul>
<b>Fortalecimiento</b>	<p>Creemos que el fortalecimiento significa estar al mando y que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La recuperación es un trabajo individual y la relación se base en el aprendizaje conjunto.</li> <li>• El fortalecimiento ocurre cuando aprovechamos nuestras virtudes y capacidades individuales y colectivas.</li> <li>• Tomar riesgos, intentar cosas nuevas y alejarse de la zona de confort es esencial para el crecimiento y el cambio personal.</li> <li>• Tener poder y control se consigue identificando nuestras necesidades, tomando decisiones y asumiendo la responsabilidad para buscar soluciones.</li> </ul>

Tabla 5: Marco de valores de apoyo mutuo. Fuente: Orihuela et al. ( 2015).



## 14.5.Sesión 5: Evaluación final.

<b>Modalidad y duración</b>	Individual. 15 minutos
<b>Objetivo</b>	Comprobar si, a través de la formación, se han adquirido conocimientos y habilidades.
<b>Desarrollo</b>	Entrevista individual en profundidad.

Tabla 6: Sesión 5. Fuente: Elaboración propia.

En esta última sesión se realiza una entrevista individual en profundidad con cada uno/a de los/as participantes. Esta entrevista, junto con la Actividad 1 de la primera sesión, nos servirá para comprobar si se han adquirido conocimientos y habilidades a lo largo de la formación. La entrevista será grabada con voz previo consentimiento informado. En la Tabla 6 se recogen los elementos fundamentales de la sesión/entrevista.

Revisión de lo trabajado en las sesiones:

- Durante estos días, ¿Qué has aprendido? Revisamos el Dossier del guía que hemos ido elaborando durante la formación.
- ¿Cómo ha cambiado tu forma de pensar después de esta formación sabiendo que vas a ayudar a nuevos/as usuarios/as?
- Cuando venga un nuevo/a usuario/a, ¿Cómo lo vas a hacer?
- Si por ejemplo, llega un día al centro triste, ¿qué harías?
- ¿Qué dos consejos le darías a una persona que le acaban de diagnosticar una enfermedad mental?
- ¿Recomendarías acudir a una asociación como PROSAME?
- ¿Te ha parecido interesante?
- ¿Qué es lo que más y los que menos te ha gustado?



## **PARTE III:**

# **INTERVENCIÓN EDUCATIVA**



A continuación, se describe la puesta en marcha del programa de formación en una entidad social de Burgos y los resultados obtenidos. Asimismo, las conclusiones de la investigación y la propuesta de tesis doctoral.

## **15. Selección de los/as participantes**

Se han seleccionado un total de 6 usuarios/as de la asociación PROSAME de Burgos según los criterios establecidos anteriormente. Todas las personas seleccionadas para la formación cuentan con un diagnóstico en salud mental, han pasado por un proceso de recuperación y actualmente se encuentran estables y capacitados/as, tanto para la formación como para, posteriormente, desempeñar las funciones del guía. Los servicios de la entidad en los que participan los/as usuarios/as son:

- Centro Ocupacional Vela Zanetti: situado en la Calle Vela Zanetti, 3. Ofrece una habilitación personal y laboral a personas con trastornos mentales de larga duración, que tengan expectativas laborales y presenten dificultades de funcionamiento a nivel laboral.
- Centro Ocupacional Las Torres: ubicado en la Calle Severo Ochoa, 51. Ofrece atención integral a las personas con discapacidad por enfermedad mental, en los que se llevan a cabo actividades de rehabilitación, terapia y mantenimiento de habilidades con el fin de mantener el mejor nivel de autonomía personal y la promoción de la vida activa.
- Viviendas supervisadas: viviendas ubicadas e integradas en la comunidad y en los barrios de la ciudad de Burgos. En la actualidad disponen de 5 viviendas supervisadas.

## **16. Descripción de los/as participantes**

Los/as participantes seleccionados (Tabla 7), previas visitas personales a la asociación, fueron recomendados/as por los/as profesionales del centro, guiados/as por los criterios de selección propuestos.



	Sexo	Edad	Patología	Servicio de PROSAME en el que participa
<b>Participante 1</b>	Mujer	57	Depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia y psicosis	C. O. Las Torres
<b>Participante 2</b>	Hombre	61	Esquizofrenia paranoide	C. O. Las Torres
<b>Participante 3</b>	Hombre	41	Esquizofrenia paranoide	C. O. Vela Zanetti
<b>Participante 4</b>	Mujer	23	Trastorno bipolar	C. O. Vela Zanetti
<b>Participante 5</b>	Hombre	38	Esquizofrenia paranoide	Viviendas supervisadas
<b>Participante 6</b>	Mujer	37	Esquizofrenia paranoide	Viviendas supervisadas

Tabla 7: Participantes. Fuente: Elaboración propia.

Participante 1: mujer de 57 años de Quintanaortuño, vive en Burgos con su marido y su hijo. Diagnosticada con TMS desde hace 20 años, cuando ella tenía 37, en un principio psicosis no específica. El diagnóstico actual es depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia y psicosis. Conoció la asociación, Prosame, el año pasado tras una recaída grave. Participa en el Centro Ocupacional Las Torres. Asegura estar muy contenta ya que hacen muchas actividades y les enseñan mucho. Le gustan los temas relacionados con la iglesia y acudir a misa, además de pasear. El fin de semana, junto con su marido, pasean al perro y hacen la compra.

Participante 2: hombre de 61 años, vive en Quintanaortuño con su madre y su hermano. Diagnosticado con trastorno bipolar desde hace más de 30 años. Lleva en Prosame muchos años (no indica el tiempo), antes solo participaba en alguna actividad, ahora lleva dos años acudiendo al Centro Ocupacional Las Torres. Afirma que está bien “*porque aprendes*”. Le gustaría aprender inglés. Los fin de semanas va al bar del pueblo de al lado con los amigos.

Participante 3: hombre de 41 años que vive con sus padres en Burgos. Diagnosticado desde hace un año de esquizofrenia paranoide. Lleva 4 meses en



Prosame, en el Centro Ocupacional Vela Zanetti. La asociación le aporta tranquilidad, compañerismo y satisfacción personal. Le gusta mucho el campo, pasear e ir de compras, tanto con su familia como con los amigos.

Participante 4: mujer de 23 años, vive en Burgos con sus padres. Fue diagnosticada hace un año de trastorno bipolar. Entró en Prosame hace un año y está en el Centro Ocupacional Vela Zanetti. Le gusta estar con sus amigos y amigas, ir al cine, pasear, hacer natación y manualidades.

Participante 5: hombre de 38 años, es de Medina de Pomar y vive en Burgos en las viviendas supervisadas de Prosame. Actualmente vive solo por el fallecimiento de su compañero. Fue diagnosticado de esquizofrenia paranoide cuando tenía 31-32 años (hace 6-7 años). Lleva 6 años en la asociación, un sitio donde afirma estar bien, les atienden y comprenden. Va poco al pueblo.

Participante 6: mujer de 37 años, de Medina de Pomar. Lleva en Burgos 7 años, 6 de ellos en una vivienda supervisada de Prosame. Fue diagnosticada de esquizofrenia paranoide cuando tenía unos 20 años. Está muy contenta desde que está en Burgos y en el piso, como dice ella: *“las necesidades básicas las tenemos cubiertas”*. En la asociación participa en diferentes actividades, se encuentra mejor y considera que está avanzando, ha hecho nuevos amigos y le cuesta menos hablar.

## **17. Puesta en marcha**

La puesta en marcha del programa de formación (Tabla 8) se ha llevado a cabo durante el mes de abril y mayo.

La primera sesión tuvo lugar los días 5 y 6 de abril en ambos centros ocupacionales de la entidad (C.O. Las Torres y C.O. Vela Zanetti). Del mismo modo, la última sesión, de carácter individual, se llevó a cabo en ambos centros el miércoles 10, viernes 12 y martes 16 de mayo.

Las sesiones 2, 3 y 4, fueron conjuntas y tuvieron lugar en la sede central de Prosame el 20 y 27 de abril y el miércoles 3 de mayo.



ABRIL 2017						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
3	4	5 <b>Sesión 1</b> C.O. Las Torres y C.O. Vela Zanetti	6 <b>Sesión 1</b> Viviendas supervisadas (C.O. Las Torres)	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20 <b>Sesión 2</b>	21	22	23
24	25	26	27 <b>Sesión 3</b>	28	29	30
MAYO 2017						
1	2	3 <b>Sesión 4</b>	4	5	6	7
8	9	10 <b>Sesión 5</b> C.O. Vela Zanetti	11	12 <b>Sesión 5</b> C.O. Las Torres	13	15
15	16 <b>Sesión 5</b> C.O. Las Torres	17	18	19	20	21

Tabla 8: Calendario puesta en marcha. Fuente: Elaboración propia.

## 18. Resultados

Previo al proceso de implementación, se revisaron los protocolos de acogida inicial facilitados por algunas de las entidades sociales para personas con enfermedad mental de Castilla y León (Asociación de Salud Mental de Palencia, Centro Sociosanitario



Hermanas Hospitalarias de Palencia, Fundación Conde Fernán Armentález, PROSAME Burgos, Asociación de Salud Mental de Miranda de Ebro y la Fundación Tutelar para Personas con Enfermedad Mental de Castilla y León). Observamos que no se incluye a los/as usuarios/as en la acogida inicial y recepción, solamente en la Fundación Conde Fernán Armentález, situada en Melgar de Fernamental, hacen alusión a la incorporación de un/a usuario/a en el proceso, *“Siempre que sea posible se establecerá un grupo (o una persona) de acogida de entre los usuarios afines”*.

En relación a los criterios establecidos para la selección, aunque se marcaron unas pautas, estas tienen que leerse de forma flexible, ya que hay que tener en cuenta muchas otras características personales de los/as participantes. Es decir, no deben ser leídos como criterios de exclusión, sino como de referencia.

Tras la finalización del programa de formación, respecto al desarrollo de las sesiones:

- Asistencia. Los/as participantes acudieron a todas las sesiones.  
Debemos señalar el abandono de la actividad por parte del participante 5 que, sin finalizar la sesión 2, abandonó el programa de formación. Los argumentos que nos han indicado desde la dirección de PROSAME para tomar esta decisión han sido los siguientes:  
  
*“es un chico bastante ocupado ya que hace distintas tareas prelaborales con la Asociación. Al informarse bien en qué consistía el programa no encajó con su personalidad, ya que no le gusta ser anfitrión y protagonista. Por eso prefirió seguir con sus tareas cotidianas”* (Directora/Psicóloga de Prosame).
- Participación. La participación fue óptima por parte de todos los miembros del grupo. Se consiguió un clima de confianza y respeto donde todos aportaron su experiencia.
- Duración. Dado que el grupo era pequeño, las sesiones tuvieron una duración menor a lo planificado, por ello, y por consenso de todos, no se realizaron los descansos programados.
- Desarrollo de las sesiones. A continuación se expone un breve resumen de lo acontecido en cada una de las sesiones:



Sesión 1: fue el primer contacto con los/as participantes, sirvió para elaborar la descripción de los/as integrantes. Además profundizamos en el conocimiento de los servicios que se ofrecen en cada recurso de la entidad.

Sesión 2: los/as participantes contaron su experiencia con la enfermedad mental, trabajamos la importancia de la medicación y conocimos más a fondo otras enfermedades mentales. Destacar el interés de 3 de ellos en sacarse el carnet de conducir siendo su mayor preocupación la prueba psicotécnica. Además, todos coincidieron que el mayor obstáculo tras el diagnóstico de una enfermedad mental, es el periodo de asimilación de ésta.

Personalmente debo señalar que esta fue la sesión más dura de las que he realizado, dado que los/as participantes contaron sus experiencias personales, algunas muy dramáticas. Los/as integrantes del grupo encontraron, en esta sesión, un lugar en el que se sentían cómodos y en confianza para sincerarse. Escuchar sus historias personales fue algo muy enriquecedor, tanto personal como grupalmente, aunque algunas de las realidades que nos encontramos fueron terribles.

Sesión 3: a lo largo de esta sesión trabajamos el apoyo mutuo. En las representaciones realizadas, se sintieron más cómodos al recibir apoyo, aseguran que el apoyo es un factor muy influyente en la recuperación. Leímos el cómic “La esquizofrenia. Más allá del mito” y a todos les gustó mucho, resaltando como muy útiles los consejos que se recogen en él.

Sesión 4: la sesión transcurrió sin ningún incidente, destacando que en este momento se sienten capaces de dar apoyo a otras personas, puesto que están estables.

Sesión 5: se realizaron entrevistas individuales a los/as participantes. Todos/as muestran satisfacción con el programa de formación, les ha resultado muy interesante y no señalan nada que no les haya gustado. *“Me ha gustado porque descubres que hay personas que les pasa lo mismo que te ha pasado a ti, se trata de una forma natural y eso te da confianza”*, asegura el participante 3.

Respecto al dossier, lo consideran una herramienta útil para poder repasar lo aprendido y una aportación a los conocimientos que ya tenían. Además la participante 6 afirma que ha aprendido: *“Cómo tratar a la gente que no tiene la experiencia suficiente para llevar su enfermedad, aprender como acogerla, como aconsejarla, que se sienta bien en un grupo, que no se sienta desplazada, eso es muy importante.”*



Las personas participantes se sienten capaces, en este momento, para desempeñar las funciones del guía ya que se encuentran estables. Si por el contrario, estarían sufriendo un brote de la enfermedad, ellos mismo son conscientes que, en esa situación, no pueden dar apoyo a otras personas.

Se les preguntó a los/as participantes cómo actuarían cuando llegue un nuevo/a compañero/a al recurso. Todas/as concuerdan que le enseñarían las instalaciones, le presentarían a los/as compañeros/as y los/as profesionales del centro y le darían apoyo. La participante 4 respondió: *“Presentarle, explicarle como funciona. Presentarle en el taller, a la jefa, a los compañeros...”*. También se les preguntó qué harían si un día esa persona está de bajón, todos coincidieron que le preguntarían que le pasa.

Para terminar, se les preguntó qué consejos darían a una persona que le acaban de diagnosticar un TMS: *“Que se lo tome con tranquilidad y que es una enfermedad para toda la vida y que con la medicación adecuada puedes hacer una vida normal como la que hacía antes”* (Participante 3); *“Que siga los consejos de su psiquiatra”* (Participante 1). Además le recomendarían ir a una asociación como PROSAME, *“que es fundamental para él, que viene bien estar en una asociación”* (Participante 2).

Finalmente, tras el análisis de toda la información obtenida durante la formación, cabe destacar, el constante hincapié de los/as participantes en el estigma de la sociedad hacia las enfermedades mentales, considerando conveniente darlas a conocer y su difusión en los medios de comunicación. Además de, intentar erradicar los titulares que hacen referencia a “loco/a” o “perturbado/a”. Resaltar la frase de la participante 6: *“salir de ese caparazón que os han puesto a la sociedad”*.

## 19. Conclusiones

Las personas que padecen un TMS, así como su entorno, desarrollan habilidades específicas en el manejo de la enfermedad y sus consecuencias físicas, psíquicas y sociales. Por lo que el paciente como experto hace referencia a la convicción de que los usuarios, por el mero hecho de serlo, disponen de un conocimiento útil y valioso, el cual no podemos alcanzar por otras vías. Estas habilidades, conocimientos y experiencias adquiridos han sido un recurso infrutilizado durante mucho tiempo (Palomer et al.,



2010). Es por ello que consideremos muy importante desarrollar intervenciones de este tipo, donde se emplean las cualidades de las personas con TMS para la formación y posterior desempeño de una actividad.

Según Zabaleta y Lezcano (2017), este tipo de formación de los usuarios/as y el desempeño de estas actividades, aunque este no sea reconocido como una actividad laboral, dado que no recibe retribución económica, consideramos que puede repercutir positivamente en el usuario/a formado, en su integración social y en su sentimiento de contribución a la sociedad en general y al nuevo/a usuario/a en particular. Así mismo, desarrolla muchas habilidades solicitadas en el mercado laboral.

La intervención concibe un nuevo contexto y nuevas relaciones para los/as participantes, creando un espacio de relación más personal e íntimo, donde se sienten comprendidos/as y escuchados/as. Estimamos, además, que esto propicia mejores relaciones en su vida cotidiana.

Por otro lado, creemos que también repercutirá positivamente en la entidad donde se lleve a cabo la intervención, puesto que dispondrán de nuevos perfiles profesionales que además de actuar de guías en la acogida inicial de nuevos/as usuarios, pueden ser perfiles muy adecuados para la mediación en la resolución de conflictos dentro de la asociación.

El estigma sigue siendo un elemento fundamental en las personas con enfermedad mental y las entidades sociales, por lo que hay que seguir trabajando. Según Verdugo et al. (2004) para lograr el éxito de los programas de inclusión comunitaria, se deben realizar campañas de sensibilización hacia el colectivo de personas con problemas de salud mental, dirigidas a mejorar su aceptación social y facilitar su acceso al mercado laboral con una perspectiva de igualdad de oportunidades.

## **20. Propuesta de tesis doctoral**

Este Trabajo Fin de Máster es el comienzo de una investigación que se esperamos seguir con la tesis doctoral, ampliando las siguientes líneas de trabajo:

- Validar/mejorar el programa de formación a través de la técnica Delphi contando con las aportaciones de expertos/as en la materia



- Desarrollar la formación en distintas entidades sociales para personas con TMS ampliando el número de participantes.
- Diseñar una evaluación a medio plazo del desempeño de las funciones de los/as guías.



## **PARTE IV:**

# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Abelló, L. (2007). *El desarrollo de competencias docentes en la formación del profesorado*. Madrid: Ministerio de Educación.
- Ariño, B., & San Pío, M. J. (2007). El papel de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. *Revista Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7(2), 115-126.
- Arribas, F. J. R. (2008). Espacios sociales de participación: las asociaciones y los grupos de autoayuda. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 18(2), 307-314.
- Aschbrenner, K. A., Naslund, J. A., & Bartels, S. J. (2016). A mixed methods study of peer-to-peer support in a group-based lifestyle intervention for adults with serious mental illness. *Psychiatric rehabilitation journal*, 39(4), 328-334.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Washington: Médica Panamericana.
- Asociación Española de Fundaciones (2013). *La Fundación: concepto, constitución y régimen sustantivo y tributario*. Madrid: Autor.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Blanco, R. (2006). La equidad y la inclusión social: uno de los desafíos de la educación y la escuela hoy. *Reice: Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación* 4(3), 1-15.
- Bono del Trigo, A., Navarro, B. & Mena, A. (2011). *Informe. Evaluación del proyecto ayuda mutua entrenamiento y prácticas en los servicios de salud mental ANDALUCÍA*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Castelein, S., Bruggeman, R., Davidson, L., & Van der Gaag, M. (2015). Creating a supportive environment: Peer support groups for psychotic disorders. *Schizophrenia bulletin*, 41(6), 1211-1213.
- Chico, M. (2007). Los trastornos mentales severos: concepto, características y clasificación. En F., Lezcano y M. A., Martínez (Coord.) *Conocer y aceptar: el reto de trabajar con personas con enfermedad mental grave* (pp. 15-37). Burgos: Caja de Burgos.



- Confederación Salud Mental España (2017). *Presentación de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA*. Recuperado de: <http://bit.ly/2pc08BO>
- Consejería de Sanidad y Bienestar Social (2007): “¿Qué es la enfermedad mental?” Valladolid: Junta de Castilla y León. pp 1, 5-7
- Fakhoury, W., Murray, A., Shepherd, G., & Priebe, S. (2002). Research in supported housing. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(7), 301-315. doi:10.1007/s00127-002-0549-4
- Federación andaluza de asociaciones de usuarios/as de salud mental “En Primera Persona” (2014). *Guía de apoyo para el moderador de grupos de ayuda mutua*. Andalucía: Federación andaluza de asociaciones de usuarios/as de salud mental “En Primera Persona”. Sevilla: Autor.
- Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio (2005): *Proyecto EMILIA*. Recuperado de: <http://bit.ly/2lnsqXX>
- García-Pérez, O., Peña-Calvo, J. V. & Torío-López, S. (2016). Atención socioeducativa y trastorno mental severo: la vivienda como base de intervención. *Convergencia*, 23(72), 171-197.
- Lezcano, F. (2006). *Análisis de necesidades de las personas con enfermedad mental grave y prolongada en Castilla y León*. Burgos: Universidad de Burgos.
- Lucksted, A., McNulty, K., Brayboy, L., & Forbes, C. (2009). Initial evaluation of the peer-to-peer program. *Psychiatric Services*, 60(2), 250-253.
- López, L. Á. (2008). Predictores del desempeño laboral de personas con discapacidad por trastorno mental severo: Revisión de estudios y análisis de evidencias. *Psychosocial Intervention*, 17(3), 245-268.
- Murillo, P. (2007). Nuevas formas de trabajar en la clase: metodologías activas y colaborativas. En Blanco, F. (Dir). *El desarrollo de competencias docentes en la formación del profesorado*. Madrid: M.E.C. Colección Conocimiento Educativo, 129- 154.
- Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Marsch, L. A., & Bartels, S. J. (2016). The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(02), 113-122.



- National Institute of Mental Health (NIMH) (2012). *Research to Improve Health and Longevity of People with Severe Mental Illness*. Maryland: Autor.
- Navarro, D., García-Heras, S., Carrasco, O., & Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Intervención Psicosocial*, 17(3), 321-336.
- Organización Mundial de la Salud. (1985). *Constitución*. Ginebra: Autor. Recuperado de: <http://bit.ly/1c0Mwuv>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de: <http://bit.ly/1hqychI>
- Orihuela, T., Conde, H. & Marcos, S. (2015). *Peer2peer, Curso de formación Profesional*. Reino Unido: Scottish Recovery Network.
- Palomer, E., Izquierdo, R., Leahy, E., Masferrer, C., & Flores, P. (2010). El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 109-123.
- Palomer, E., Izquierdo, R., Masferrer, C., & Flores, P. (2011). Advocacy: fomento y apoyo de la salud mental. Concepto, modalidades y agentes implicados. El proyecto Emilia como ejemplo. *Átopos salud mental comunidad y cultura*, 11, 5-17.
- Pastor, V., González, M., & Barba, J. (2005). La participación del alumnado en la evaluación: la autoevaluación, la coevaluación y la evaluación compartida. *Rev. Tándem Didáctica Educ. Fís.*, 17, 21-37.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el *Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*.
- Rodríguez, A. (2007). Rehabilitación psicosocial y atención social comunitaria a las personas con enfermedades mentales crónicas en la Comunidad de Madrid. En F, Lezcano y MA, Martínez. (Coord.). *Conocer y aceptar: el reto de trabajar con personas con enfermedad mental grave* (pp. 83-131). Burgos: Caja de Burgos.



- Rosillo, M., Hernández, M. & Smith, S. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271.
- Ryan, P. (Coord.) *Proyecto EMILIA* Parc de Salut: Barcelona. Recuperado de: <http://bit.ly/2kKXVYP>
- Salvador-Carulla, L., Bulbena, A., Vázquez-Barquero, J. L., Muñoz, P. E., Gómez-Beneyto, M., & Torres, F. (2002). *La salud mental en España: Cententa en el País de las Maravillas. Informe SESPAS*, 301-326.
- Sampietro, H. & Carbonell, C. (2014). *Documento guía para la constitución y gestión de los grupos de ayuda mutua en salud mental*. Barcelona: ActivaMent Catalunya Associació.
- Scottish Recovery Network (2016). *What is recovery?* Recuperado de: <http://bit.ly/2l38OoR>
- Silvestre, M., Ingelmo, J., & García-Ordás, A. (2013). Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 289-300.
- Roca, F. (1998). Los “desconocidos” grupos de ayuda mutua. *Cuadernos de trabajo social*, 11, 251-263.
- Verdugo, M. A., Martín, M., López, D., & Gómez, A. (2004). Aplicación de un programa de habilidades de autonomía personal y sociales para mejorar la calidad de vida y autodeterminación de personas con enfermedad mental grave. *Rehabilitación psicosocial*, 1(2), 47-55.
- Zabaleta, R. & Lezcano, F. (2017). Formación en ayuda mutua para usuarios con trastorno mental severo en entidades sociales en Castilla y León. En Rodríguez-Martín, A. (Comp.). *Prácticas Innovadoras inclusivas: retos y oportunidades* (pp. 2583-2590). Oviedo: Universidad de Oviedo.

# **ANEXOS**

## ANEXO I

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El proyecto en el que participa se compone de cinco sesiones que tienen por objetivo *la formación en ayuda mutua de usuarios con trastorno mental severo en entidades sociales en Castilla y León*. Este proyecto se desarrolla por Rebeca Zabaleta bajo la dirección del Doctor Fernando Lezcano, ambos de la Universidad de Burgos.

La colaboración es de carácter voluntario. Si alguien desea no participar podrá comunicarlo a la persona que dirige la entrevista. Así mismo, si desean que no se grabe la información aportada o se elimine alguna parte de la grabación, deberán informar igualmente.

Las personas responsables del proyecto se comprometen a mantener el anonimato de todas las personas participantes, así mismo a tratar la información siguiendo las normas de investigación científica para este tipo de estudio.

Las grabaciones y las fichas recogidas serán guardadas en un lugar seguro una vez finalizada la investigación.

En cualquier caso, en todo momento, podrá solicitar la información que estime oportuna a la persona con quien realiza la entrevista.

D./D<sup>a</sup> .....  
ha sido informado/a de programa de formación en ayuda mutua en el que va a participar, con un total de 5 sesiones y que se van a realizar dos grabaciones de audio de las entrevistas. Esta de acuerdo con lo indicado y permite la utilización de la información expresada en ellas siempre que su uso mantenga la privacidad de la persona que lo firma.

Fdo.

Burgos a .... de ..... De 2017

## **ANEXO II**

**¡ACOMPÁÑAME!**



# DOSSIER DEL GUÍA

**GUÍA:** .....

**RECURSO:** .....

**ENTIDAD:** .....



GUÍA: .....

**SERVICIOS DEL CENTRO OCUPACIONAL VELA ZANETTI**

- Promoción de la vida activa
  - o Orientación vocacional
  - o Habilidades pre-laborales y laborales: encuadernación artesanal y montaje de piezas.
- Integración en la comunidad
  - o Participación activa en la comunidad
  - o Habilidades instrumentales
  - o Empleo.
- Servicio de comedor y transporte

**NORMAS DEL CENTRO OCUPACIONAL VELA ZANETTI**

---

---

---

---

---

**COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:**

---

---

---



GUÍA: .....

**SERVICIOS DEL CENTRO OCUPACIONAL LAS TORRES**

- Promoción de la vida activa
  - o Actividades académico-funcionales
  - o Habilidades sociales
  - o Recuperación del rol significativo.
- Integración en la comunidad
  - o Actividades de convivencia
  - o Actividades de ocio.
- Servicio de comedor y transporte

**NORMAS DEL CENTRO OCUPACIONAL LAS TORRES**

---

---

---

---

---

**COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:**

---

---

---



GUÍA: .....

### **SERVICIOS DE LAS VIVIENDAS SUPERVISADAS**

- Actividades domésticas: limpieza, cocina, compras, lavado y planchado de ropa, etc.
- Automedicación: dosis de fin de semana, cumplimiento de horarios, etc..
- Autocuidado:
  - o Hábitos de limpieza y aseo personal
  - o Organizar y cuidar las pertenencias
  - o Asumir responsabilidades en cuanto a actividades de la vida diaria.
- Relación y apertura a la convivencia: se realizarán tareas en común respeto al compañero, comprender la situación de los demás, establecer vías de diálogo y compañerismo.
- Orden de vida: organización equilibrada del tiempo: hora de levantarse, tareas comunes, actividades, comida, descanso, paseo, hora de acostarse, etc.

### **NORMAS DE LAS VIVIENDAS SUPERVISADAS**

---

---

---

---

---

### **COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR**

---

---

---



GUÍA: .....

**SERVICIOS DEL CENTRO DE ACTIVIDADES:**

- Actividades deportivas que desarrollan el cuidado físico y la salud del cuerpo.
  -
- Actividades culturales dirigidas al desarrollo de la participación comunitaria y el fomento de la socio afectividad.
  -
- Actividades recreativas dirigidas a la ocupación del ocio, el entretenimiento y el desarrollo de los lazos sociales y cooperativos.
  -
- Actividades programadas desde el ámbito comunitario que han participado usuarios de la asociación
  -

**NORMAS DEL CENTRO DE ACTIVIDADES**

---

---

---

---

---

**COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:**

---

---

---



GUÍA: .....

**PLANO DEL CENTRO OCUPACIONAL VELA ZANETTI**



GUÍA: .....

**PLANO DEL CENTRO OCUPACIONAL LAS TORRES**



GUÍA: .....

**PLANO DE LAS VIVIENDAS SUPERVISADAS**



GUÍA: .....

## **¿QUÉ ES LA RECUPERACIÓN?**

La recuperación significa ser capaz de vivir una vida satisfactoria, de acuerdo a lo definido por cada persona, con o sin los síntomas. Controlar la propia vida, siendo un proceso único y personal.

## **COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:**

---

---

---



GUÍA: .....

### **¿QUÉ ES EL APOYO MUTUO?**

«El apoyo mutuo es un apoyo emocional, relacionado normalmente con el apoyo fundamental, que se proporcionan personas que tienen un estado de salud mental parecido para posibilitar el cambio social o personal deseado».

### **COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:**

---

---

---



GUÍA: .....

**CÓMIC: “Mas allá del mito. Mi día a día con la esquizofrenia”**



GUÍA: .....

MARCO DE VALORES EN APOYO MUTUO
<b>ESPERANZA</b>
<p>Creemos que la recuperación es posible y real para todos y que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Los agentes son modelos muy potentes y una prueba de la realidad de la recuperación.</li><li>• Todos somos personas únicas, con esperanzas, sueños, aspiraciones y con potencial para ser todo aquello que nos propongamos.</li><li>• Una relación de apoyo mutuo ofrece un ambiente único de recuperación y una manera de promover la esperanza y el optimismo.</li><li>• Es posible aprender y crecer desde los retos y los contratiempos.</li></ul>
<b>EXPERIENCIA</b>
<p>Creemos que la recuperación es una experiencia única y que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Todos somos expertos de nuestra propia experiencia.</li><li>• Hay muchos tipos de recuperación y diferentes formas de comprender e interpretar la experiencia.</li><li>• Compartir experiencias puede ser un poderoso catalizador para el cambio y el crecimiento personal.</li><li>• Los agentes usan su experiencia de manera intencionada para animar y apoyar la recuperación.</li></ul>
<b>AUTENTICIDAD</b>
<p>Creemos que ser auténtico gira en torno a ser sincero con nosotros mismos y que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La empatía y la compasión son el motor de la relación.</li><li>• Las relaciones auténticas son abiertas, honestas y mutuas.</li><li>• El apoyo mutuo trata de construir conexiones que permiten a la gente confiar en su sabiduría y compartirla.</li></ul>
<b>RESPONSABILIDAD</b>
<p>Creemos que el bienestar y la recuperación requieren tomar responsabilidades y que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Apoyar a la gente para que realice cambios se consigue a través del 'estar con' más que con el 'hacer para'.</li><li>• Los agentes son responsables de asegurarse de que se promueven y se desarrollan los valores del apoyo mutuo.</li><li>• Los agentes deberían ser responsables de su aprendizaje y desarrollo.</li><li>• Los agentes son responsables de superar el estigma y la discriminación.</li></ul>

## MUTUALIDAD

Creemos que la mutualidad es el corazón del apoyo mutuo y que:

- Somos interdependientes y todos tenemos algo con lo que contribuir.
- La mutualidad se desarrolla compartiendo ideas, conocimiento y experiencias de manera respetuosa.
- La mutualidad se desarrolla por medio del debate y la negociación de lo que es de ayuda en la relación.
- Todo aquel que forma parte de la relación es responsable de que funcione.

## FORTALECIMIENTO

Creemos que el fortalecimiento significa estar al mando y que:

- La recuperación es un trabajo individual y la relación se base en el aprendizaje conjunto.
- El fortalecimiento ocurre cuando aprovechamos nuestras virtudes y capacidades individuales y colectivas.
- Tomar riesgos, intentar cosas nuevas y alejarse de la zona de confort es esencial para el crecimiento y el cambio personal.
- Tener poder y control se consigue identificando nuestras necesidades, tomando decisiones y asumiendo la responsabilidad para buscar soluciones.

## **COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:**

---

---

---