

# Planificación de la recuperación centrada en la persona para la salud mental y el bienestar

Herramienta de autoayuda de QualityRights de la OMS

QualityRights



Generalitat  
de Catalunya

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

2022, © Generalitat de Catalunya



Esta publicación es una traducción, de acuerdo con la licencia de Creative Commons [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/), del texto original de la OMS escrito en inglés.

Esta traducción no es obra de la OMS, y por tanto no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés *Person-centred recovery planning for mental health and well-being self-help tool*. WHO QualityRights. Geneva: World Health Organization; 2019 es el texto auténtico y vinculante.

**Edita:**

Pacto Nacional de Salud Mental. Generalitat de Catalunya.

**Traducción:**

Servicio de Planificación Lingüística del Departament de Salut.

**Primera edición:**

Octubre de 2022

# Índice

Agradecimientos.....	iii
Prefacio .....	xi
Declaraciones de apoyo.....	xii
¿Qué es la iniciativa QualityRights de la OMS? .....	xix
La iniciativa QualityRights de la OMS: herramientas de formación y orientación .....	xx
Sobre esta formación y orientación .....	xxi
Nota preliminar sobre el lenguaje .....	xxiii
¿Qué es la recuperación?.....	1
Parte 1. Plan para hacer realidad sueños y objetivos .....	3
Parte 2. Mi plan de bienestar .....	9
Parte 3. Plan de gestión de momentos difíciles .....	13
Parte 4. Plan de respuesta a una .....	18
Parte 5. Plan para después de una.....	33
Referencias.....	41

# Agradecimientos

## Coordinación, conceptualización y redacción

Esta herramienta de autoayuda de planificación de la recuperación centrada en la persona ha sido elaborada por Michelle Funk (OMS, Ginebra) y Natalie Drew Bold (OMS, Ginebra), que se basa en la adaptación del texto de varias publicaciones clave del Nottinghamshire Healthcare NHS Trust: **Personal Recovery Plan**. Nottinghamshire Healthcare NHS Trust. Nottingham, Reino Unido; **Taking Back Control: A guide to planning your own recovery**. Nottinghamshire Healthcare NHS Trust, Nottingham, Reino Unido. 2008; **Advance Statement**. Nottinghamshire Healthcare NHS Trust, Nottingham, Reino Unido. Copyright de South West London y St George 's mental Health NHS Trust 2008. Estas publicaciones se basan a su vez en WRAP - Wellness Recovery Action Plan® de la doctora Mary Ellen Copeland, Peach Press, revisado en 2011.

## Expertos internacionales clave

Celia Brown, MindFreedom International (Estados Unidos); Mauro Giovanni Carta, Universidad de Cagliari (Italia); Yeni Rosa Damayanti, Asociación Indonesia de Salud Mental (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (Estados Unidos); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (Suiza); Julian Eaton, CBM International y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Salam Gómez, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Colombia); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemania); Diane Kingston, Alianza Internacional contra el VIH/Sida (Reino Unido); Itzhak Levav, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad de Haifa (Israel); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Australia); Tina Minkowitz, Centro para los Derechos Humanos de los Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría (Estados Unidos); Peter Mittler, Dementia Alliance International (Reino Unido); Maria Francesca Moro, Universidad de Columbia (Estados Unidos); Fiona Morrissey, consultora de investigación en legislación sobre discapacidad (Irlanda); Michael Njenga, Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría en Kenia (Kenia); David W. Oaks, Acui Institute, LLC (Estados Unidos); Soumitra Pathare, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Suiza); Jolijn Santegoeds, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Países Bajos); Sashi Sashidharan, Universidad de Glasgow (Reino Unido); Gregory Smith, consultor internacional (Estados Unidos); Kate Swaffer, Dementia Alliance International (Australia); Carmen Valle, CBM International (Tailandia); Alberto Vásquez Encalada, relator especial sobre los derechos de las personas con discapacidad ante la Oficina de las Naciones Unidas (Suiza).

## Colaboraciones

### Revisores técnicos

Abu Bakar Abdul Kadir, Hospital Permai (Malasia); Robinah Nakanwagi Alambuya, Red Panafricana de Personas con Discapacidad Psicosocial (Uganda); Anna Arstein-Kerslake, Facultad de Derecho de Melbourne, Universidad de Melbourne (Australia); Lori Ashcraft, Resilience Inc. (Estados Unidos); Rod Astbury, Asociación de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Joseph Atukunda, Heartsounds, Uganda (Uganda); David Axworthy, Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Simon Vasseur Bacle, EPSM Lille Metropole, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Sam Badege, Organización Nacional de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría en Ruanda (Ruanda);

Página | iii

Amrit Bakhshy, Asociación de Concienciación sobre la Esquizofrenia (India); Anja Baumann, Acción para la Salud Mental de Alemania (Alemania); Jerome Bickenbach, Universidad de Lucerna (Suiza); Jean-Sébastien Blanc, Asociación para la Prevención de la Tortura (Suiza); Pat Bracken, consultor independiente en psiquiatría (Irlanda); Simon Bradstreet, Universidad de Glasgow (Reino Unido); Claudia Pellegrini Braga, Universidad de São Paulo (Brasil); Fiscalía de Río de Janeiro (Brasil); Patricia Brogna, Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (Argentina); Celia Brown, MindFreedom International (Estados Unidos); Kimberly Budnick, maestra de Head Start/educadora de la primera infancia (Estados Unidos); Janice Cambri, Psychosocial Disability - Inclusive Philippines (Filipinas); Aleisha Carroll, CBM Australia (Australia); Mauro Giovanni Carta, Universidad de Cagliari (Italia); Chauhan Ajay, Autoridad Estatal de Salud Mental, Gujarat (India); Facundo Chavez Penillas, Oficina del Alto Comisariado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Suiza); Daniel Chisholm, Oficina Regional para Europa de la OMS (Dinamarca); Louise Christie, Red Escocesa de Rehabilitación (Reino Unido); Oryx Cohen, Centro Nacional de Empoderamiento (Estados Unidos); Celline Cole, Universidad Libre de Berlín (Alemania); Janice Cooper, Carter Center (Liberia); Jillian Craigie, Kings College de Londres (Reino Unido); David Crepez-Keay, Fundación para la Salud Mental (Reino Unido); Rita Cronise, International Association of Peer Supporters (Estados Unidos); Gaia Montauti de Harcourt, Fondation de Harcourt (Suiza); Yeni Rosa Damayanti, Indonesia Mental Health Association (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (Estados Unidos); Laura Davidson, abogada y consultora en desarrollo (Reino Unido); Lucía de la Sierra, Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Suiza); Theresia Degener, Bochum Center for Disability Studies (BODYS), Universidad Protestante de Estudios Aplicados (Alemania); Paolo del Vecchio, Administración de Servicios de Salud Mental y de Drogodependencias (Estados Unidos); Manuel Desviado, Atopos, Salud Mental, Comunidad y Cultura (España); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (Suiza); Alex Devine, Universidad de Melbourne (Australia); Christopher Dowrick, Universidad de Liverpool (Reino Unido); Julian Eaton, CBM International y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Rabih El Chammy, Ministerio de Salud (Líbano); Mona El-Bilsha, Universidad de Mansura (Egipto); Ragia Elgerzawy, Iniciativa Egipcia para los Derechos Humanos (Egipto); Radó Iván, Foro de Interés por la Salud Mental (Hungría); Natalia Santos Estrada, Colectivo Chuhcan (México); Timothy P. Fadgen, Universidad de Auckland (Nueva Zelanda); Michael Elnemais Fawzy, Hospital de Salud Mental El-Abbassia (Egipto); Alva Finn, Mental Health Europe (Bélgica); Susanne Forrest, NHS Education for Scotland (Reino Unido); Rodrigo Fredes, Locos por Nuestros Derechos (Chile); Paul Fung, Mental Health Portfolio, HETI Higher Education (Australia); Lynn Gentile, Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Suiza); Kirsty Giles, South London and Maudsley (SLaM) Recovery College (Reino Unido); Salam Gómez, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Colombia); Ugnė Grigaitė, ONG Instituto de Seguimiento de Derechos Humanos y Perspectivas en Salud Mental (Lituania); Margaret Grigg, Departamento de Servicios Humanos y de Salud, Melbourne (Australia); Oye Gureje, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Ibadan (Nigeria); Cerdic Hall, Camden e Islington NHS Foundation Trust (Reino Unido); Julie Hannah, Human Rights Centre, Universidad de Essex (Reino Unido); Steve Harrington, International Association of Peer Supporters (Estados Unidos); Akiko Hart, Mental Health Europe (Bélgica); Renae Hodgson, Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Nicole Hogan, Hampshire Hospitales NHS Foundation Trust (Reino Unido); Frances Hughes, Cutting Edge Oceanía (Nueva Zelanda); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemania); Hiroto Ito, Centro Nacional de Neurología y Psiquiatría (Japón); Maths Jespersen, PO-Skåne (Suecia); Lucy Johnstone, consultora en psicología clínica y formadora independiente (Reino Unido); Titus Joseph, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Dovilė Juodkaitė, Foro Lituano de Discapacidad (Lituania); Rachel Kachaje, Disabled People's International (Malawi); Jasmine Kalha, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Elizabeth Kamundia, Comité Nacional sobre Derechos



Humanos (Kenia); Yasmin Kapadia, Sussex Recovery College (Reino Unido); Brendan Kelly, Trinity College de Dublín (Irlanda); Mary Keogh, CBM International (Irlanda); Akwatu Khenti, Dirección contra el Racismo de Ontario, Ministerio de Seguridad Comunitaria y Servicios Penitenciarios (Canadá); Seongsu Kim, Centro Colaborador de la OMS, Hospital Mental Yongin (Corea del Sur); Diane Kingston, Alianza Internacional contra el VIH/Sida (Reino Unido); Rishav Koirala, Universidad de Oslo (Noruega); Mika Kontiainen, Departamento de Asuntos Exteriores y Comercio (Australia); Sadhvi Krishnamoorthy, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Anna Kudiyarova, Instituto Psicoanalítico para Asia Central (Kazajistán); Linda Lee, Mental Health Worldwide (Canadá); Itzhak Levav, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad de Haifa (Israel); Maureen Lewis, Comité de Salud Mental (Australia); Laura Loli-Dano, Centro para las Adicciones y la Salud Mental (Canadá); Eleanor Longden, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust (Reino Unido); Crick Lund, Universidad de Ciudad del Cabo (Sudáfrica); Judy Wanjiru Mbuthia, Servicios de Salud Mental de Uzima (Kenia); John McCormack, Red Escocesa de Rehabilitación (Reino Unido); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Australia); Emily McLoughlin, consultora internacional (Irlanda); Bernadette McSherry, Universidad de Melbourne (Australia); Roberto Mezzina, Centro Colaborador de la OMS, Trieste (Italia); Tina Minkowitz, Centro para los Derechos Humanos de los Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Estados Unidos); Peter Mittler Dementia Alliance International (Reino Unido); Pamela Molina Toledo, Organización de Estados Americanos (Estados Unidos); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (Reino Unido); Maria Francesca Moro, Universidad de Columbia (Estados Unidos); Fiona Morrissey, consultora de investigación en legislación sobre discapacidad (Irlanda); Melita Murko, Oficina Regional de Europa de la OMS (Dinamarca); Chris Nas, Trimbos International (Países Bajos); Sutherland Carrie, Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido); Michael Njenga, Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría en Kenia (Kenia); Aikaterini - Katerina Nomidou, GAMIAN-Europe (Bélgica) y SOFPSI N. SERRON (Grecia); Peter Oakes, Universidad de Hull (Reino Unido); David W. Oaks, Acui Institute, LLC (Estados Unidos); Martin Orrell, Instituto de Salud Mental, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Abdelaziz Awadelseed Alhassan Osman, Hospital Al Amal, Dubai (Emiratos Árabes Unidos); Gareth Owen, King's College de Londres (Reino Unido); Soumitra Pathare, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Sara Pedersini, Fundación de Harcourt (Suiza); Elvira Pérttega Andía, Universidad Saint-Louis (España); Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Suiza); Thara Rangaswamy, Schizophrenia Research Foundation (India); Manaam Kar Ray, Cambridgeshire y Peterborough NHS Foundation Trust (Reino Unido); Maysa Rekhis, Facultad de Medicina, Universidad El Manar de Túnez (Túnez); Julie Repper, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Genevra Richardson, King's College de Londres (Reino Unido); Annie Robb, Centro Ubuntu (Sudáfrica); Jean Luc Roelandt, EPSM Lille Metropole, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Eric Rosenthal, Disability Rights International (Estados Unidos); Raúl Montoya Santamaría, Colectivo Chuhcan A.C. (México); Jolijn Santegoeds, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Países Bajos); Benedetto Saraceno, Instituto de Lisboa para la Salud Mental Global (Suiza); Sashi Sashidharan, Universidad de Glasgow (Reino Unido); Marianne Schulze, consultora internacional (Austria); Tom Shakespeare, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Gordon Singer, consultor experto (Canadá); Frances Skerritt, especialista de iguales (Canadá); Mike Slade, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Gregory Smith, consultor internacional (Estados Unidos); Natasa Dale, Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Michael Ashley Stein, Harvard Law School (Estados Unidos); Anthony Stratford, Mind Australia (Australia); Charlene Sunkel, Red Global de Iguales en Salud Mental (Sudáfrica); Kate Swaffer, Dementia Alliance International (Australia); Shelly Thomson, Departamento de Asuntos Exteriores y Comercio (Australia); Carmen Valle, CBM International (Tailandia); Alberto Vásquez Encalada, relator especial sobre los derechos de las personas con discapacidad frente a la Oficina de las Naciones Unidas (Suiza); Javier Vasquez,

vicepresidente, Programas de Salud, Juegos Olímpicos Especiales, Internacional (Estados Unidos); Benjamin Veness, Alfred Health (Australia); Peter Ventevogel, Sección de Salud Pública, Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Suiza); Carla Aparecida Arena Ventura, Universidad de Sao Paulo (Brasil); Alison Xamon, presidente del Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia).

### Alumnos en prácticas en la OMS

Mona Alqazzaz, Paul Christiansen, Casey Chu, Julia Faure, Stephanie Fletcher, Jane Henty, Angela Hogg, April Jakubec, Gunnhild Kjaer, Yuri Lee, Adrienne Li, Kaitlyn Lyle, Joy Muhia, Zoe Mulliez, Maria Paula Acuna Gonzalez, Jade Presnell, Sarika Sharma, Katelyn Tenbensel, Peter Varnum, Xin Ya Lim, Izabella Zant.

### Sede y oficinas regionales de la OMS

Nazneen Anwar (OMS / Asia sudoriental), Florence Baingana (OMS/África), Andrea Bruni (OMS/Américas), Darryl Barrett (OMS / Pacífico occidental), Rebecca Bosco Thomas (sede de la OMS), Claudina Cayetano (OMS/Américas), Daniel Chisholm (OMS/Europa), Neerja Chowdary (sede de la OMS), Fahmy Hanna (sede de la OMS), Eva Lustigova (sede de la OMS), Carmen Martinez (OMS/Américas) , Maristela Monteiro (OMS/Américas), Melita Murko (OMS/Europa), Khalid Saeed (OMS / Mediterráneo oriental), Steven Shongwe (OMS/África), Yutaro Setoya (OMS / Pacífico occidental), Martin Vandendyck (OMS / Pacífico occidental ), Mark Van Ommeren (sede de la OMS), Edith Van't Hof (sede de la OMS) y Dévora Kestel (sede de la OMS).

### Apoyo administrativo y editorial de la OMS

Patricia Robertson, Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (OMS/Ginebra); David Bramley, edición (Suiza); Julia Faure (Francia), Casey Chu (Canadá) y Benjamin Funk (Suiza), diseño y apoyo.

### Colaboraciones en soporte de vídeo

Queremos agradecer a las siguientes personas y organizaciones su autorización al uso de sus vídeos en estos materiales:

#### **50 mums, 50 kids, 1 extra chromosome**

*Vídeo producido por Wouldn't Change a Thing*

#### **Breaking the chains, de Erminia Colucci**

*Vídeo producido por Movie-Ment*

#### **Chained and locked up in Somaliland**

*Vídeo producido por Human Rights Watch*

#### **Circles of support**

*Vídeo producido por Inclusion Melbourne*

**Decolonizing the mind: A trans-cultural dialogue on rights, inclusion and community**  
(International Network toward Alternatives and Recovery – INTAR, India, 2016)

*Vídeo producido por el Bapu Trust for Research on Mind & Discourse*

**Dementia, disability & rights – Kate Swaffer**

*Vídeo producido por Dementia Alliance International*

**Finger prints and foot prints**

*Vídeo producido por PROMISE Global*

**Forget the stigma**

*Vídeo producido por The Alzheimer Society of Ireland*

**Ghana: Abuse of people with disabilities**

*Vídeo producido por Human Rights Watch*

**Global campaign: the right to decide**

*Vídeo producido por Inclusion International*

**Human rights, ageing and dementia: challenging current practice, de Kate Swaffer**

*Vídeo producido por Your aged and disability advocates (ADA), Australia*

**I go home**

*Vídeo producido por WITF TV, Harrisburg, PA. © 2016 WITF*

**Inclusive health overview**

*Vídeo producido por Special Olympics*

**Independent advocacy, James' story**

*Vídeo producido por The Scottish Independent Advocacy Alliance*

**Living in the community**

*Vídeo producido por la Lebanese Association for Self Advocacy (LASA) y el Disability Rights Fund (DRF)*

**Living it forward**

*Vídeo producido por LedBetter Films*

**Living with mental health problems in Russia**

*Vídeo producido por Sky News*

**Love, loss and laughter – living with dementia**

*Vídeo producido por Fire Films*

**Mari Yamamoto**

*Vídeo producido por el Bapu Trust for Research on Mind & Discourse*



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

*Vídeo producido por Cerdic Hall*

**Moving beyond psychiatric labels**

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

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

*Vídeo producido por The Guardian*

**My story: Timothy**

*Vídeo producido por End the Cycle (Initiative of CBM Australia)*

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

*Vídeo producido por Rethink Mental Illness*

**No force first**

*Vídeo producido por Mersey Care NHS Foundation Trust*

**No more barriers**

*Vídeo producido por la BC Self Advocacy Foundation*

**'Not without us' from Sam Avery & mental health peer connection**

*Vídeo producido por la Mental Health Peer Connection*

**Open Dialogue: an alternative Finnish approach to healing psychosis (complete film)**

*Vídeo producido por Daniel Mackler, cineasta*

**The Open Paradigm Project – Celia Brown**

*Vídeo producido por The Open Paradigm Project / Mindfreedom International*

**Open Paradigm Project – Dorothy Dundas**

*Vídeo producido por The Open Paradigm Project*

**Open Paradigm Project – Oryx Cohen**

*Vídeo producido por The Open Paradigm Project / National Empowerment Center*

**Open Paradigm Project – Sera Davidow**

*Vídeo producido por The Open Paradigm Project / Western Mass Recovery Learning*

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

*Vídeo producido por L4 Filmes*

**Paving the way to recovery – The Personal Ombudsman System**

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

**Peer advocacy in action**

*Vídeo producido y dirigido por David W. Barker, Createus Media Inc. ([www.createusmedia.com](http://www.createusmedia.com))*

© 2014 Createus Media Inc., todos los derechos reservados. Utilizado con permiso de la Organización Mundial de la Salud. Contacte con [info@createusmedia.com](mailto:info@createusmedia.com) para más información. Un agradecimiento especial a Rita Cronise por toda su ayuda y apoyo.

### **Planning ahead – Living with younger onset dementia**

Vídeo original producido por Office for the Ageing, SA Health, Adelaida, Australia. Copyright de Creative: Kate Swaffer y Dementia Alliance International

### **Quality in social services – Understanding the convention on the rights of persons with disabilities**

Vídeo producido por la Garantía de Calidad Europea en Servicios Sociales (EQUASS). Unidad de Plataforma Europea para la Rehabilitación (EPR) ([www.epr.eu](http://www.epr.eu) – [www.equass.be](http://www.equass.be)). Con el apoyo financiero del Programa Europeo de Ocupación e Innovación Social (EaSI) (2014-2020) – <http://ec.europa.eu/social/easi>.

Animación: S. Allaeys – QUIDOS. Apoyo al contenido: Foro Europeo de la Discapacidad

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

Vídeo producido por Mental Health Foundation (Reino Unido)

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

Vídeo producido por Patricia E. Deegan, Pat Deegan PhD & Associates LLC

### **Reshma Valliappan (International Network toward Alternatives and Recovery – INTAR, India, 2016)**

Vídeo producido por el Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

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

Vídeo producido por Amnistía Internacional Irlanda

### **Seclusion: Ashley Peacock**

Vídeo producido por Attitude Pictures Ltd. Courtesy Attitude – todos los derechos reservados.

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

Vídeo producido por el Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

### **Self-advocacy**

Vídeo producido por Self Advocacy Online (@selfadvocacyonline.org)

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

Vídeo producido por Daniel Mackler, cineasta

### **Special Olympic athlete Victoria Smith (entrevista), ESPN, 4 de julio de 2018**

Vídeo producido por Special Olympics

**Discurso de Craig Mokhiber, director adjunto del secretario general de Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisariado para los Derechos Humanos**, pronunciado durante el evento «Time to act on global mental health – building momentum on mental health in the SDG era», mantenido con motivo de la 73.ª sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Vídeo producido por UN Web TV

**Thanks to John Howard peers for support**

*Vídeo producido por Cerdic Hall*

**The Gestalt Project: Stop the stigma**

*Vídeo producido por Kian Madjedi, cineasta*

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

*Vídeo producido por LedBetter Films*

**This is the story of a civil rights movement**

*Vídeo producido por Inclusion BC*

**Uganda: ‘Stop the abuse’**

*Vídeo producido por Validity, denominada previamente ‘Mental disability advocacy centre (MDAC)’*

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

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

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

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

**Universal declaration of human rights**

*Vídeo producido por la Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*

**What is recovery?**

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

**What is the role of a personal assistant?**

*Vídeo producido por Ruils – Disability Action & Advice Centre (DAAC)*

**Why self advocacy is important**

*Vídeo producido por Inclusion International*

**Women institutionalized against their will in India**

*Vídeo producido por Human Rights Watch*

**Working together – Ivymount School and PAHO**

*Vídeo producido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional para las Américas)*

**You can recover (Reshma Valliappan, India)**

*Vídeo producido por ASHA International*

## Apoyo financiero

La OMS quiere expresar su agradecimiento a Grand Challenges Canada, organización financiada por el Gobierno de Canadá, al Comité de Salud Mental, al Gobierno de Australia Occidental, a CBM International y al Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) por su generoso apoyo financiero para desarrollar los módulos de formación de la iniciativa QualityRights.

También quiere agradecer a International Disability Alliance (IDA) el apoyo financiero que ha prestado a varios revisores de los módulos de la iniciativa QualityRights de la OMS.

## Prefacio

Garantizar la salud mental y el bienestar se ha convertido en un imperativo a escala mundial y es un hito importante de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS).

Desgraciadamente, nuestra respuesta en todos los países del mundo ha sido insuficiente y no hemos conseguido muchos avances en promoción de la salud mental como derecho humano fundamental.

Una de cada diez personas sufre un trastorno de salud mental, doscientos millones tienen una discapacidad intelectual y se calcula que cincuenta millones tienen demencia. Muchas personas con trastorno de salud mental o discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva no tienen acceso a unos servicios de salud mental de calidad, que satisfagan sus necesidades y que respeten sus derechos y su dignidad.

Aún hoy, las personas son recluidas en instituciones donde se las aísla de la sociedad y se las margina de sus comunidades. En muchos casos, sufren abusos físicos, sexuales y emocionales, y son objeto de negligencia en los servicios sanitarios, las prisiones y la comunidad. Además, se ven privadas del derecho a decidir por sí mismas sobre la atención y el tratamiento, sobre el lugar donde quieren vivir y sobre cuestiones personales y económicas. A menudo se les deniega el acceso a la atención sanitaria, a la educación y a oportunidades laborales, impidiéndoles una inclusión y una participación plenas en la vida comunitaria. A consecuencia de ello, las personas con trastorno de salud mental y discapacidad intelectual mueren entre diez y veinte años antes que la población general, tanto en los países de renta baja como en los de renta media y alta.

El derecho a la salud es fundamental para la visión y la misión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y es el eje de nuestros esfuerzos para conseguir una cobertura sanitaria universal (CSU). La base de la CSU son unos sistemas sanitarios basados en la atención primaria que presten unos servicios fundamentados en la evidencia y centrados en la persona, y que respeten los valores y preferencias.

Para hacer realidad esta visión, ahora existen catorce nuevos módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights de la OMS. El objetivo de estos módulos es que los diferentes países puedan trasladar a la práctica las normas internacionales en materia de derechos humanos ejerciendo influencia en las políticas y desarrollando las aptitudes y los conocimientos necesarios para implantar abordajes centrados en la persona y basados en la recuperación. Esto permitirá prestar una atención y un apoyo de calidad, y fomentar la salud mental y el bienestar.

Estamos convencidos de que todas las personas —desde los profesionales de los servicios hasta los miembros de la comunidad— deben tener las aptitudes y los conocimientos necesarios para apoyar a cualquier persona que tenga un trastorno de salud mental o psicosocial, intelectual o cognitivo.

Esperamos que se haga un uso extensivo de estos módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights, y que el abordaje que ofrecen sea la norma, y no la excepción, en los servicios sociales y de salud mental de todo el mundo.



---

**Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus**  
*Director general*  
*Organización Mundial de la Salud*

## Declaraciones de apoyo

**Dévora Kestel, directora, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra**

En todo el mundo, cada vez se es más consciente de la importancia de la salud mental y de que los servicios y apoyos estén centrados en la persona, así como de fomentar un abordaje basado en los derechos humanos y que impulse la recuperación. Esta tendencia va acompañada del reconocimiento de que los sistemas de salud mental de los países de renta baja, media y alta no cumplen con sus obligaciones respecto a muchos individuos y comunidades porque ofrecen un acceso limitado y unos servicios de baja calidad, y vulneran los derechos humanos.

Es inaceptable que las personas usuarias de los servicios de salud mental estén expuestas a unas condiciones de vida inhumanas y a unas prácticas terapéuticas perjudiciales, así como a situaciones de violencia, negligencia y abuso. Según varios informes, un buen número de servicios no satisfacen las necesidades de las personas o no les dan el apoyo necesario para poder vivir con independencia en su comunidad, por lo que la interacción con estos servicios a menudo hace que se sientan desesperadas y desempoderadas.

En el contexto más amplio de la comunidad, las personas con trastorno de salud mental o discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva son objeto de estigmatización, discriminación e importantes desigualdades que impregnan todos los aspectos de su vida. Se les niega la oportunidad de vivir donde quieren, de casarse, de formar una familia, de ir a la escuela, de buscar trabajo y de disfrutar de actividades de ocio.

Si queremos cambiar esta situación, debemos adoptar abordajes basados en la recuperación y en los derechos humanos. Un abordaje basado en la recuperación garantiza que los servicios sitúen a las personas en el centro de la atención que necesitan. Su objetivo es apoyar a las personas para que

puedan definir cómo entienden su recuperación, y ayudarlas a recuperar el control de su identidad y de su existencia, tener esperanza en el futuro y encontrar un sentido a la vida gracias, por ejemplo, al trabajo, a las relaciones personales, a la participación en la comunidad o a la espiritualidad.

Los abordajes basados en la recuperación y los derechos humanos tienen muchos puntos en común. Ambos fomentan derechos clave recogidos en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, tales como la igualdad, la no discriminación, la capacidad jurídica, el consentimiento informado y la inclusión comunitaria. Ahora bien, el abordaje basado en los derechos humanos impone obligaciones a los países con el fin de que promuevan estos derechos.

Mediante estos módulos de formación y orientación, desarrollados en el marco de la iniciativa QualityRights, la Organización Mundial de la Salud ha adoptado medidas contundentes para abordar estos retos y ayudar a los países a cumplir con sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. Estas herramientas permiten realizar diversas acciones cruciales orientadas a promover la participación y la inclusión comunitaria para las personas con experiencia vivida de trastorno mental; a impulsar el entrenamiento en habilidades sociales para poner fin a la estigmatización y la discriminación, y para fomentar los derechos y la recuperación; a fortalecer el apoyo entre iguales y las organizaciones de la sociedad civil con el fin de crear relaciones de apoyo mutuo y de empoderar a las personas para que reclamen que los servicios sociales y de salud mental adopten un abordaje centrado en la persona y en los derechos humanos.

Confío en que los diferentes países utilicen estas herramientas de la Organización Mundial de la Salud para dar una respuesta global a los retos a los que deben hacer frente las personas con trastorno mental o discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

### **Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**

QualityRights ofrece un nuevo abordaje de la atención en salud mental; un abordaje basado en los derechos y orientado a la recuperación.

Esta iniciativa de la Organización Mundial de la Salud es muy acertada. Cada vez se pone más de manifiesto que las políticas y los servicios de salud mental deben cambiar en todo el mundo. Es muy frecuente que los servicios para las personas con discapacidad psicosocial y otros trastornos de salud mental recurran a la coacción, la sobremedicación y la institucionalización. Esta situación es inaceptable, dado que puede seguir reforzando la estigmatización y la impotencia, tanto entre los usuarios como entre los profesionales de los servicios de salud mental.

Todas las partes interesadas –desde los responsables de políticas hasta los profesionales de la salud mental y los usuarios de los servicios de salud mental– deben disponer de conocimientos y aptitudes que les permitan gestionar el cambio de una manera eficaz, así como desarrollar servicios de salud mental sostenibles y basados en los derechos.

La iniciativa QualityRights, mediante unos módulos específicos y bien concebidos, proporciona los conocimientos y las aptitudes necesarias para conseguirlo, además de demostrar de una manera convincente que el cambio es posible y que este cambio se traducirá en una situación favorable para todas las partes. En primer lugar, las personas con discapacidad y con otros trastornos de salud mental, que quizás necesitan servicios de salud mental, estarán motivadas a utilizar unos servicios que las empoderen y que respeten sus opiniones. En segundo lugar, los profesionales de los servicios serán



competentes y confiarán en la aplicación de medidas que impiden la coacción. A consecuencia de ello, se reducirán las asimetrías de poder y, a su vez, se reforzarán la confianza mutua y la alianza terapéutica.

Dejar atrás el legado de abordajes de la atención en salud mental –obsoletos y basados en asimetrías de poder, en la coacción y en la discriminación– no será un camino fácil. Ahora bien, cada vez es más obvio que es necesario un cambio a escala global –tanto en los países de renta baja como en los de renta media y alta– para conseguir unos servicios de salud mental basados en los derechos y en la evidencia. La iniciativa QualityRights de la OMS y sus materiales de formación y orientación son herramientas sumamente útiles que ayudarán y empoderarán a todas las partes implicadas que quieran avanzar en esa dirección. Recomiendo sin reservas que todos los países se sumen a la iniciativa QualityRights.

### **Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad**

Las personas con discapacidad, en especial las que tienen discapacidad psicosocial e intelectual, son a menudo objeto de vulneraciones de los derechos humanos en el contexto de los servicios de salud mental. En muchos países, la legislación en materia de salud mental permite el ingreso hospitalario y el tratamiento involuntarios de personas con discapacidad debido a su deficiencia –tanto real como percibida– y otros factores, como la «necesidad médica» y la «peligrosidad». Muchos servicios de salud mental recurren con regularidad al aislamiento y a la contención en casos de crisis emocional y de malestar grave, pero también los utilizan como castigo. Las mujeres y las niñas con discapacidad psicosocial e intelectual suelen estar expuestas a la violencia y a menudo son sometidas a diversas prácticas perjudiciales en ámbitos de la salud mental, como la anticoncepción, el aborto y la esterilización forzosos.

En este contexto, la iniciativa QualityRights de la OMS puede proporcionar una orientación fundamental sobre cómo implantar servicios de salud mental y dar respuestas basadas en la comunidad desde la perspectiva de los derechos humanos, y ofrecer un camino para poner fin a la institucionalización y al tratamiento involuntario de las personas con discapacidad. Esta iniciativa exige impartir formación a los profesionales sanitarios para que proporcionen a las personas con discapacidad una atención y ayuda psicosociales que respeten sus derechos. Al promover el cumplimiento de los marcos de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) y de la Agenda 2030, los módulos de la iniciativa QualityRights de la OMS nos acercan a hacer valer los derechos de las personas con discapacidad.

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

El aumento del interés por la salud mental como eje de desarrollo ofrece la oportunidad de reducir las enormes diferencias existentes en cuanto a la atención y el apoyo, y de permitir que las personas puedan hacer valer, en todos los casos, su derecho a una atención sanitaria de calidad. A lo largo de la historia, los servicios de salud mental han tendido a ser muy deficientes y no han tenido en cuenta las prioridades y las opiniones de las personas usuarias.

El programa QualityRights de la OMS ha contribuido significativamente a adoptar los medios necesarios para medir los servicios de salud mental de acuerdo con los estándares de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Esto a menudo representa un cambio de paradigma en relación a cómo los servicios han funcionado históricamente. Estos nuevos módulos de formación y orientación son un excelente recurso que facilita una mejor práctica a la hora de apoyar

a las personas con trastorno mental y discapacidad psicosocial, y que fomenta entornos más saludables que favorecen la recuperación. Aun queda un largo camino por recorrer, pero el programa QualityRights es una herramienta fundamental para los profesionales de los servicios y los usuarios, dado que establece las directrices para llevar a cabo una reforma práctica de los servicios, con independencia del país donde estén, que valora la dignidad y el respeto.

**Charlene Sunkel, directora general, Red Global de Iguales en Salud Mental**

El conjunto de materiales de formación y orientación de la iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud fomenta un sólido abordaje participativo. Reconoce los valores y la importancia de la experiencia vivida de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva a la hora de fomentar su recuperación, de emprender actividades de promoción, de llevar a cabo estudios de investigación y de reducir la estigmatización y la discriminación. Las herramientas de la iniciativa QualityRights garantizan el cumplimiento de los estándares en materia de derechos humanos e implementan estrategias para acabar con las prácticas coactivas. Explican cómo las personas con experiencia vivida pueden aportar apoyo entre iguales, además de contribuir a desarrollar, diseñar, implantar, supervisar y evaluar los servicios sociales y de salud mental.

La experiencia vivida va mucho más allá de la adquisición de conocimientos y de aptitudes. La vivencia proviene de una profunda comprensión, tanto del impacto social y en materia de derechos humanos que comporta vivir con una discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, como de las adversidades sufridas al sentir el rechazo, la segregación y la discriminación. Proviene de tener que luchar para moverse por un sistema de salud mental que a menudo no proporciona los servicios ni el apoyo que beneficiaría tratar a la persona como individuo único, y que satisfaría sus necesidades de recuperación específicas.

El sistema de salud mental no es el único sistema de la sociedad que pone obstáculos que las personas deben superar; el acceso a otras oportunidades en la vida, como la educación, un puesto de trabajo, la vivienda, la salud en general y el bienestar, puede suponer un reto igual de importante. Las perspectivas únicas y profundas de las personas con experiencia vivida pueden ser el catalizador para el cambio y la transformación de todos los sistemas de la sociedad para proteger los derechos humanos, fomentar la inclusión comunitaria, mejorar la calidad de vida y promover el empoderamiento, aspectos que en todos los casos pueden contribuir a mejorar la salud mental y el bienestar.

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

Ha sido un honor y un placer para Dementia Alliance International (DAI) trabajar con la iniciativa QualityRights de la OMS y sus colaboradores en un proyecto tan primordial como este. En la práctica, se ha tendido a no tener en cuenta los derechos humanos para las personas con demencia. Ahora, estos módulos introducen un nuevo abordaje a la salud mental, así como a la demencia, un trastorno neurodegenerativo que provoca discapacidades cognitivas. A diferencia del actual camino posdiagnóstico para la demencia, que se centra solo en los déficits y se traduce únicamente en discapacidad y en dependencia, este nuevo abordaje y estos módulos únicos y formadores fomentan los derechos, alientan a las personas con demencia y las apoyan para que puedan vivir de una forma más positiva.

Los módulos promueven la necesidad de un acceso claro a los derechos y son unas herramientas muy prácticas que todas las personas, sin excepción, pueden utilizar. En esencia, toman principios clave de

los derechos humanos y hacen que sean viables en la práctica. Son tan apropiados y efectivos para los profesionales sanitarios como para las personas con demencia y sus familiares. Así, por ejemplo, al subrayar la necesidad y los beneficios del apoyo entre iguales —un servicio gratuito que la DAI ha venido ofreciendo a las personas con demencia desde 2003, incluso antes de que este apoyo se pusiera en marcha oficialmente—, y al centrarse en la cuestión de la capacidad jurídica y en su adecuación según el artículo 12 de la CDPD, estos módulos ofrecen maneras tangibles de informar mejor a los profesionales y los familiares para garantizar que a las personas con demencia no se le sigan denegando sus derechos. Personalmente, tengo plena confianza en que estos módulos ayudarán a todas las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva a disfrutar de una mejor calidad de vida.

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

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de las Naciones Unidas es un tratado pionero sobre los derechos humanos que promueve un cambio de paradigma, consistente en dejar de considerar a las personas con discapacidad como receptoras de servicios de beneficencia o de tratamiento médico para pasarlas a reconocer plenamente como sujetos de derechos. Este cambio de paradigma es especialmente significativo para las personas con discapacidad intelectual, psicosocial y múltiple, o para las personas con necesidades de apoyo más intensivas. El artículo 12 de la CDPD es clave para promover este cambio, dado que reconoce que las personas con discapacidad pueden ejercer su capacidad jurídica. Este es el derecho humano fundamental que establece las bases para ejercer el resto de los derechos.

QualityRights es una herramienta excelente para que los especialistas y los profesionales de la salud comprendan mejor la CDPD y se adhieran a ella. Establece un puente entre las personas con discapacidad psicosocial, los usuarios y supervivientes de la psiquiatría, y los servicios de salud mental y en el ámbito de la salud, respetando los principios y los valores de la CDPD. Los módulos de QualityRights se han desarrollado en estrecha colaboración con los usuarios y supervivientes de los servicios de salud mental, vinculando sus voces a los mensajes transmitidos a los estados que forman parte de la CDPD. International Disability Alliance (IDA) y sus organizaciones miembros celebran con satisfacción el trabajo realizado en el marco de la iniciativa QualityRights. Animamos firmemente a la OMS a continuar realizando esfuerzos para transformar las leyes, las políticas y los sistemas de salud mental hasta que cumplan la CDPD, así como a hacerse eco de las voces que reclaman con fuerza «¡Nada sobre nosotros sin nosotros!».

### **Connie Laurin-Bowie, directora ejecutiva, Inclusion International**

La iniciativa QualityRights de la OMS pretende empoderar a los individuos, así como a las organizaciones de personas con discapacidad, para que conozcan sus derechos humanos e impulsen el cambio para poder vivir con independencia en la comunidad y poder recibir el apoyo adecuado. Inclusion International celebra esta iniciativa, que pretende promover los derechos que a menudo se deniegan a las personas con discapacidad intelectual; concretamente, el derecho a acceder a unos servicios de salud mental adecuados en el marco de la comunidad; el derecho a decidir; el derecho a tener una vida familiar; el derecho a vivir en la comunidad; y el derecho a ser ciudadanos activos. QualityRights es una aportación muy valiosa a nuestros esfuerzos colectivos por configurar e influir en unas políticas y prácticas que permitan la inclusión de todas las personas en sus comunidades.

### **Alan Rosen, catedrático, Illawarra Institute of Mental Health, Universidad de Wollongong, y Brain & Mind Centre, Universidad de Sydney, Australia**

La libertad es terapéutica. Promover los derechos humanos en nuestros servicios de salud mental puede contribuir a la curación. Puede garantizar que, siempre que sea posible, una persona que viva con un trastorno de salud mental: a) conserve el derecho de elección de la asistencia y de la atención que recibe y tenga control sobre ella, y b) reciba, si es necesario, un buen apoyo clínico y domiciliario para poder vivir en la comunidad sin trabas, «en su propio terreno y de acuerdo con sus condiciones».

Después de una larga historia de defensa de los derechos humanos en el campo de la psiquiatría, estos módulos demuestran que es posible satisfacer sin contradicciones el derecho a una adecuada atención, a todos los derechos humanos y a todas las libertades fundamentales. Es necesario reducir la coacción en la atención sanitaria, como la contención física, el aislamiento, la medicación forzosa, las unidades de hospitalización cerradas con llave, la reclusión en espacios confinados e instituciones. Para que en la atención sanitaria se alcance un grado de libertad óptimo, es necesario llevar a cabo un cambio radical, como puede ser una sistematización generalizada de alternativas prácticas basadas en la evidencia para impedir la coacción; es decir, puertas abiertas, centros de relevo abiertos, un acceso libre y abierto, comunidades abiertas, mentes abiertas, conversaciones abiertas entre iguales, apoyo a la vida comunitaria, una mejora de la comunicación individual y familiar, habilidades y apoyo para la resolución de problemas, documentos de voluntades anticipadas, formación en técnicas de alivio y desescalada, apoyo a la toma de decisiones, orientación a la recuperación por parte de todos los servicios y de todos los profesionales expertos, y elaboración conjunta de políticas con todas las partes interesadas.

El programa QualityRights de la OMS, basado en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de Naciones Unidas, consta de un conjunto de módulos muy prácticos. A nosotros, como profesionales, estos módulos nos ofrecen una trayectoria y un horizonte hacia el que trabajar, y no una respuesta finita o un límite temporal. Además de optimizar los servicios clínicos y de apoyo, nuestras acciones políticas, jurídicas y sociales con las personas usuarias de los servicios y con sus familiares deben combinarse con nuestra propia emancipación como profesionales del pensamiento institucional y de las restricciones que conllevan las prácticas habituales en la atención a la salud mental. Solo así, todos juntos, podremos mejorar significativamente las perspectivas de una vida empoderada, con sentido y enriquecedora, con ciudadanía plena y con todos los derechos para las personas con problemas de salud mental graves, persistentes o recurrentes.

**Victor Limaza, activista y formador del programa «Discapacidad y justicia» de Documenta, A. C. (México)**

La dignidad y el bienestar son conceptos estrechamente interrelacionados. Hoy en día se cuestionan los criterios mediante los cuales juzgamos el sufrimiento psicológico como si fuera solo una serie de desequilibrios neuroquímicos, así como la idea de que determinadas manifestaciones de la diversidad humana son patologías que hay que atacar para proteger a la persona y la sociedad de supuestos peligros, aunque las intervenciones utilizadas pueden vulnerar derechos y causar daños irreversibles. La perspectiva interdisciplinaria y holística, que permite abordar el malestar subjetivo sin pisotear la dignidad ni la capacidad de decidir, incluso en situaciones críticas, debería ser el fundamento sobre el que se elaboraran los nuevos modelos de atención en salud mental, respetando los principios de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). Es posible comprender la experiencia de una persona que se enfrenta a un estado crítico en su salud mental gracias al vínculo generado por la empatía, la escucha, el diálogo abierto, el acompañamiento (en especial, entre iguales), el apoyo en la toma de decisiones, la vida comunitaria

y los documentos de voluntades anticipadas con salvaguardias muy estrictas. Las personas con discapacidad psicosocial son expertas en salud mental debido a su propia experiencia, y deben implicarse en el desarrollo de instrumentos que tengan la recuperación como finalidad. La iniciativa QualityRights de la OMS es un buen ejemplo de este cambio de paradigma, dado que proporciona herramientas y estrategias para la atención en salud mental con los más altos estándares en materia de respeto de los derechos humanos. No cabe duda de que el goce pleno y equitativo de todos los derechos humanos por parte de todas las personas promueve la salud mental.

**Peter Yaro, director ejecutivo, Basic Needs Ghana**

El conjunto de documentos de formación y orientación de la OMS es una extensa colección de materiales cuyo objetivo es mejorar el trabajo en salud mental y el desarrollo inclusivo basado en los derechos. Representan, por tanto, un paso significativo hacia una programación e inclusión eficaces de la discapacidad, en especial de la discapacidad psicosocial, intelectual y del desarrollo, en las intervenciones orientadas a satisfacer las necesidades y los derechos de las personas, tal y como prevé la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). La iniciativa QualityRights representa un salto enorme hacia la firme recomendación de que las personas con experiencia vivida formen parte de la conceptualización e implantación de las intervenciones, así como del seguimiento y la evaluación de los logros del proyecto. Esta orientación permite garantizar la sostenibilidad de las iniciativas, por lo que se recomienda que los profesionales, los usuarios de los servicios, los cuidadores y todas las partes interesadas hagan uso de estos documentos. En el abordaje que presentan, no existe lugar para ejercer violencia ni maltrato a las personas especialmente vulnerables.

**Michael Njenga, presidente, Red Panafricana para Personas con Discapacidad Psicosocial, miembro del Consejo Ejecutivo, Africa Disability Forum y consejero delegado de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría, Kenia**

Se está produciendo un cambio de paradigma en la forma en que debemos abordar la salud mental a escala mundial. El impulso de este cambio ha sido fruto de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD), de la adopción de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) y de la Agenda 2030 de desarrollo sostenible.

Las herramientas y materiales de la iniciativa QualityRights de la OMS para la formación y la orientación se basan en este derecho humano internacional clave y en los instrumentos internacionales de desarrollo. Esta iniciativa adopta un enfoque basado en los derechos humanos a efectos de garantizar que los servicios de salud mental se presten en un marco de derechos humanos y sean sensibles a las necesidades de las personas con discapacidad psicosocial y trastorno de salud mental. Estos materiales también subrayan la necesidad de prestar los servicios lo más cerca posible de donde vivan las personas.

El abordaje de QualityRights reconoce la importancia de respetar la dignidad inherente a cada individuo y de garantizar que todas las personas con discapacidad psicosocial y con trastorno de salud mental tengan voz, poder y capacidad de elección al acceder a los servicios de salud mental. Este es un elemento esencial de la reforma de los sistemas y servicios de salud mental, tanto a escala mundial como local y nacional. Por consiguiente, es fundamental asegurarse de que estas herramientas de formación y materiales de orientación se utilizan ampliamente con la finalidad última de que se traduzcan en resultados tangibles en todos los ámbitos para las personas con experiencia vivida, sus familiares, las comunidades donde viven y las sociedades en general.

## ¿Qué es la iniciativa QualityRights de la OMS?



La iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene el propósito de mejorar la calidad de la atención y del apoyo que se prestan en los servicios sociales y de salud mental, y de promover los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva en todo el mundo. Adopta un enfoque participativo para conseguir los siguientes objetivos:

1

Crear capacidad para combatir la estigmatización y la discriminación, y para promover los derechos humanos y la recuperación.

2

Mejorar la calidad de la atención y de las condiciones de los derechos humanos en los servicios sociales y de salud mental.

3

Crear unos servicios basados en la comunidad y orientados a la recuperación que respeten y promuevan los derechos humanos.

4

Apoyar el desarrollo de un movimiento de la sociedad civil para promover e influir en la formulación de políticas.

5

Reformar políticas y leyes nacionales en consonancia con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y otros estándares internacionales en materia de derechos humanos.

Más información: <https://www.who.int/activities/transforming-services-and-promoting-human-rights-in-mental-health-and-related-areas>



# La iniciativa QualityRights de la OMS: herramientas de formación y orientación

Los siguientes módulos de formación y orientación, así como las presentaciones de diapositivas que les acompañan, son parte de la iniciativa QualityRights de la OMS y se pueden consultar en: <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

## Herramientas para la transformación de los servicios

- [Caja de herramientas de evaluación de la iniciativa QualityRights de la OMS](#)
- [La transformación de los servicios y la promoción de los derechos humanos](#)

## Herramientas de formación

### Módulos básicos

- [Los derechos humanos](#)
- [La salud mental, la discapacidad y los derechos humanos](#)
- [La recuperación y el derecho a la salud](#)
- [La capacidad jurídica y el derecho a decidir](#)
- [Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato](#)

### Módulos especializados

- [El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas](#)
- [Estrategias para acabar con el aislamiento y la contención](#)
- [Prácticas de recuperación para la salud mental y el bienestar](#)

## Herramientas de evaluación

- [Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario previo a la formación](#)
- [Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario posterior a la formación](#)

## Herramientas de orientación

- [Apoyo individualizado entre iguales para personas con experiencia vivida](#)
- [Grupos de apoyo entre iguales para personas con experiencia vivida](#)
- [Organizaciones de la sociedad civil para promover los derechos humanos en materia de salud mental y en otros ámbitos relacionados](#)
- [La defensa de la salud mental, de la discapacidad y de los derechos humanos](#)

## Herramientas de autoayuda

- [Planificación de la recuperación centrada en la persona para la salud mental y el bienestar: herramienta de autoayuda](#) ←

## Sobre esta formación y orientación

Los módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights tienen como propósito aumentar los conocimientos, las habilidades y la comprensión entre las partes implicadas clave sobre cómo promover los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, así como mejorar la calidad de los servicios y apoyos prestados en el ámbito de la salud mental y en otros ámbitos relacionados, en consonancia con los estándares internacionales en materia de derechos humanos y, en particular, con la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y con el abordaje de la recuperación.

### ¿A quién va dirigida esta formación y orientación?

- **A las personas con discapacidad psicosocial.**
- **A las personas con discapacidad intelectual.**
- **A las personas con discapacidad cognitiva, incluyendo demencia.**
- **A las personas que son o han sido usuarias de servicios sociales y de salud mental.**
- **A los gestores sanitarios, de salud mental y de servicios sociales.**
- A los profesionales de la salud mental y de otras disciplinas (como medicina, enfermería, psiquiatría, enfermería psiquiátrica y geriátrica, neurología, geriatría, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, trabajo de apoyo comunitario, asistencia personal, apoyo entre iguales y voluntariado).
- **A otras personas que trabajen en el ámbito de los servicios sociales y de la salud mental o que presten servicios en este ámbito, incluyendo los servicios comunitarios y los servicios de atención domiciliaria** (como ayudantes, personal de limpieza, de cocina, de mantenimiento y administradores).
- **A las organizaciones no gubernamentales (ONG), a las asociaciones y organizaciones religiosas que trabajan en el ámbito de la salud mental, de los derechos humanos o en otros ámbitos pertinentes** (como organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones de usuarios o supervivientes de la psiquiatría u organizaciones de defensa de los derechos en salud mental).
- **A los familiares, a las personas de apoyo y a otros cuidadores.**
- **A los ministerios pertinentes (de sanidad, de derechos sociales, de educación, etc.) y a los responsables de políticas.**
- **A las instituciones y servicios gubernamentales pertinentes** (como la policía, el poder judicial, el personal penitenciario, los organismos que supervisan o inspeccionan centros de internamiento –incluidos los servicios sociales y de salud mental–, las comisiones de reforma legislativa, los consejos de personas con discapacidad y las instituciones nacionales de derechos humanos).
- **A otras organizaciones y partes interesadas pertinentes** (como defensores de los derechos en salud mental, abogados y organizaciones de asistencia jurídica, académicos, estudiantes universitarios, líderes comunitarios o espirituales y, en su caso, curanderos tradicionales).

### ¿Quién debe impartir la formación?

Es conveniente que esta formación la diseñe y la imparta un equipo multidisciplinar que incluya, entre otros, personas con experiencia vivida, miembros de organizaciones de personas con discapacidad y profesionales que trabajen en el ámbito de la salud mental, de la discapacidad y en otros ámbitos relacionados.

Si la formación pretende abordar específicamente los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, es importante contar con representantes de ese grupo como responsables de la formación. Del mismo modo, si el propósito es reforzar las capacidades en lo que respecta a los derechos de las personas con discapacidad intelectual o cognitiva, los responsables de la formación también deberían pertenecer a estos grupos.

Para conseguir que los debates sean más ágiles y dinámicos, existen varias opciones, como solicitar la colaboración de formadores que tengan conocimientos específicos sobre un apartado determinado de la formación para algunos aspectos en concreto de los materiales que se quieran impartir. También puede resultar útil disponer de un equipo de formadores para apartados específicos de la formación.

Conviene que los formadores estén familiarizados con la cultura y el contexto del lugar en el que se imparta la formación. Puede que haya que llevar a cabo sesiones de formación de formadores para crear un equipo de personas que pueda impartir la formación en una cultura o un contexto determinados. Estas sesiones de formación para formadores deberían incluir personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, así como otras partes interesadas locales que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios sociales y de salud mental y los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

### ¿Cómo se debe impartir la formación?

Si es posible, es necesario impartir todos los módulos de formación QualityRights, empezando por los cinco módulos básicos. Después, se puede impartir una formación más exhaustiva con los módulos especializados (ver más arriba).

Toda la formación se puede completar realizando varios talleres a lo largo de varios meses. No es necesario acabar un módulo de formación independiente en un solo día, sino que se puede dividir en diferentes temas e impartirlo a lo largo de varios días.

Dado que los materiales de formación son bastante extensos, y que es posible que el tiempo y los recursos sean limitados, se puede adaptar la formación a los conocimientos y la experiencia del grupo, así como a los resultados que se quieran obtener.

Por tanto, la manera de utilizar y de impartir estos materiales de formación se puede adaptar a diferentes contextos y necesidades.

- Por ejemplo, si los participantes todavía no tienen experiencia en los ámbitos de la salud mental, los derechos humanos y la recuperación, sería importante realizar un taller de entre cuatro y cinco días de duración utilizando los cinco módulos básicos de la formación. En el siguiente enlace hay un programa de muestra de cinco días de duración: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Sample-program-QR-training.pdf>
- Si los participantes ya tienen conocimientos básicos sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva, pero necesitan

unos conocimientos más avanzados sobre cómo promover en la práctica y, específicamente, el derecho a la capacidad jurídica, se podría organizar un taller que el primer día se centrará en el módulo *La capacidad jurídica y el derecho a decidir*, y después dedicar los días 2, 3 y 4 al módulo especializado *El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas* (o algunos apartados seleccionados de este módulo).

En cuanto a adaptar los materiales educativos según las necesidades específicas de la formación, también es importante que previamente se revisen todos los módulos que se impartirán para eliminar las repeticiones innecesarias.

- Por ejemplo, si se tiene la intención de impartir una formación que abarque todos los módulos básicos, no es necesario tratar el tema 5 (que se centra en el artículo 12) ni el tema 6 (que se centra en el artículo 16), puesto que estas cuestiones se abordarán con detenimiento en los módulos posteriores (en el módulo *La capacidad jurídica y el derecho a decidir* y en el módulo *Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato*, respectivamente).
- Ahora bien, si se prevé impartir una formación introductoria basada únicamente en el módulo 2, entonces es fundamental tratar los temas 5 y 6 de este módulo, ya que los participantes no volverán a estar en contacto con estos temas y artículos.

Estos ejemplos ilustran algunas de las diferentes formas en que se pueden utilizar los materiales de formación. También existen otras variaciones y cambios posibles según las necesidades y los requisitos de la formación en un contexto específico.

## Nota preliminar sobre el lenguaje

Somos conscientes de que el lenguaje y la terminología reflejan la evolución de la conceptualización de la discapacidad y que, a lo largo del tiempo, cada persona puede utilizar términos diferentes en contextos distintos. Las personas deben poder decidir sobre el vocabulario, las expresiones y las descripciones que quieren utilizar para referirse a su experiencia, situación o malestar. Así, por ejemplo, en relación con el ámbito de la salud mental, algunas personas utilizan términos como *personas con diagnóstico psiquiátrico*, *personas con trastorno mental* o *con enfermedad mental*, *personas con trastorno de salud mental*, *personas consumidoras*, *personas usuarias de los servicios* o *personas supervivientes de psiquiatría*. Otros consideran que algunos o todos estos términos son estigmatizantes o utilizan otras expresiones para hacer referencia a sus emociones, experiencias o malestar. De la misma manera, para referirse a la discapacidad intelectual se emplean expresiones diferentes en contextos diferentes, como *discapacidad de aprendizaje*, *trastorno del desarrollo intelectual* o *dificultad de aprendizaje*.

El término *discapacidad psicosocial* se ha adoptado para incluir a las personas que han recibido un diagnóstico relacionado con la salud mental o que se identifican con este término. Los términos *discapacidad cognitiva* y *discapacidad intelectual* han sido concebidos para referirse a las personas que han recibido un diagnóstico relacionado específicamente con su función cognitiva o intelectual, como, por ejemplo, la demencia y el autismo.

El uso del término *discapacidad* es importante en este contexto porque pone de manifiesto los significativos obstáculos que dificultan la participación plena y efectiva en la sociedad de las personas

con discapacidad —real o percibida— y el hecho de que estas están amparadas por la CDPD. El uso del término *discapacidad* en este contexto no implica que las personas tengan ninguna deficiencia ni trastorno.

También utilizamos los términos *personas usuarias* o *personas que han sido usuarias* de los servicios sociales o de salud mental para referirnos a las personas que no consideran necesariamente que tengan una discapacidad, pero que tienen diversas experiencias aplicables a esta formación.

Además, el uso en estos módulos del término *servicios sociales y de salud mental* hace referencia a un amplio abanico de servicios que actualmente se ofrecen en diferentes países, como centros de salud mental comunitarios, centros de atención primaria, servicios de atención ambulatoria, hospitales psiquiátricos, unidades de psiquiatría en hospitales generales, centros de rehabilitación, curanderos tradicionales, centros de día, centros residenciales para personas mayores y otros centros colectivos, así como servicios de atención domiciliaria y servicios y apoyos que representan alternativas a los servicios sociales o de salud mental convencionales y que son prestados por una amplia gama de profesionales de la atención socio-sanitaria en los sectores público, privado y no gubernamental.

La terminología adoptada en este documento se ha seleccionado por motivos de inclusión. Es una opción individual identificarse con unas expresiones o conceptos determinados, pero los derechos humanos siguen siendo aplicables a todo el mundo y en todas partes. Por encima de todo, nunca debemos dejar que un diagnóstico o una discapacidad definan a una persona. Todos somos individuos, con un contexto social, personalidad, autonomía, sueños, objetivos, aspiraciones y relaciones con los demás que son únicos.

## ¿Qué es la recuperación?

### Definición de *recuperación*

Muchos servicios sociales y de salud mental de todo el mundo se basan en un concepto clínico de la recuperación o, en el peor de los casos, en la creencia de que muchas personas no pueden recuperarse. Sin embargo, gracias a la cantidad sustancial y cada vez mayor de casos que demuestran lo contrario, ha quedado bien claro que, en el contexto de la salud mental, las personas sí pueden recuperarse, y se recuperan (1).

El concepto tradicional o clínico entiende como recuperación el momento en el que una persona deja de comportarse de manera «extraña» o en el que los «síntomas» relacionados con el malestar emocional desaparecen. Ahora bien, para muchas personas, la recuperación no pasa por «curarse» o «volver a ser normal», sino por retomar el control de sus vidas e identidades, tener esperanza y vivir una vida con sentido, ya sea a través del trabajo, de las relaciones, de la participación en la comunidad o de todos o algunos de estos aspectos.

«Lo que es importante en la recuperación no es si se hace uso o no de los servicios ni si se toma o no medicación. Lo más importante en términos de orientar la recuperación es preguntarnos: ¿vivimos la vida que queremos vivir? ¿Estamos logrando nuestros objetivos personales? ¿Tenemos amigos? ¿Tenemos lazos con la comunidad? ¿Estamos aportando o devolviendo algo, de la manera que sea?» (2)

«La recuperación tiene lugar cuando las personas pueden vivir bien en presencia o ausencia de su enfermedad mental y de las múltiples pérdidas que se pueden derivar, como son el aislamiento, la pobreza, el desempleo y la discriminación.» (3)

La idea de recuperación es muy personal y su significado puede variar de persona a persona. Por ejemplo, algunas personas en proceso de recuperación pueden encontrar muy beneficioso para su salud mental tener un trabajo asalariado, ya que les transmite la sensación de estar aportando algo y se sienten realizadas a través del trabajo. A algunas personas que pasan por épocas especialmente difíciles, determinados tipos de trabajo les pueden parecer abrumadores y estresantes, y pueden acabar siendo un obstáculo para su recuperación. Por eso resulta esencial tener en cuenta los valores y las preferencias de cada persona a la hora de acompañar su recuperación y proporcionarle una asistencia y un espacio en concordancia con sus deseos y valores para poder superar las barreras y alcanzar sus objetivos y sueños en la vida.

### ¿Qué significa *recuperación* para ti?

Las personas que han hecho un recorrido hacia la recuperación encuentran útil trazar un plan de recuperación personal.

Este plan puede incluir:

1. Cómo perseguirás tus sueños y tus ambiciones. Decide lo que quieres conseguir en la vida y cómo te propones hacerlo.
2. Qué harás para estar bien.



3. Cómo gestionarás los momentos difíciles. Si eres capaz de identificar tus puntos sensibles y señales de malestar cuando las cosas se tuercen, podrás establecer estrategias para volver a sentirte bien.
4. Qué podéis hacer tú y tus acompañantes cuando tengas una crisis.
5. Qué puedes hacer para salir adelante después de una crisis.

### Cómo se elabora y se utiliza un plan de recuperación

1. No es necesario que completes el plan de recuperación de un tirón; puedes ir haciéndolo a tu ritmo y según tus preferencias.
2. Puedes redactar el plan de recuperación solo o con la ayuda de otras personas de tu confianza. Pueden ser desde compañeros hasta familiares, amigos o profesionales de la salud mental y otros ámbitos. Recuerda que es *tu* plan y que solo tú decides lo que incorporas y con quién lo compartes.
3. Puedes introducir cambios en el plan en cualquier momento, a medida que vayas descubriendo cosas de ti mismo.

A menudo puedes tener la sensación de que los retos a los que te enfrentas en materia de salud mental y bienestar quedan fuera de tu control, y es fácil creer que solo los expertos los pueden resolver. Si bien los profesionales de la salud mental y otros ámbitos relacionados han desarrollado tratamientos y terapias que pueden ser útiles, cada persona puede acabar siendo la auténtica experta en su propio cuidado y atención.

### Mis acompañantes y cómo pueden ayudarme

Te puede resultar útil identificar quién te podría ayudar a desarrollar un plan de recuperación y, en términos más generales, quién te podría ofrecer apoyo en momentos difíciles de la vida.

Un acompañante puede ser un familiar, un amigo, un compañero de apoyo o cualquier otra persona de confianza dispuesta a ayudarte, incluso en los momentos de crisis. Una persona puede decidir que no quiere ayuda, o que solo la quiere en circunstancias específicas. Además, puede tener más de un acompañante, si quiere.

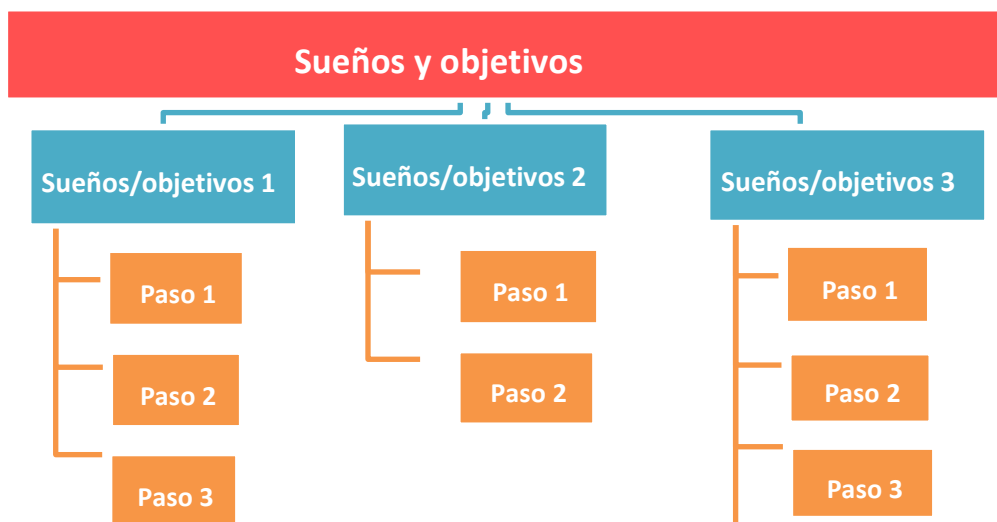
Nombre	Teléfono	Cómo me puede ayudar
<b>En caso de emergencia</b>		


## Parte 1. Plan para hacer realidad sueños y objetivos

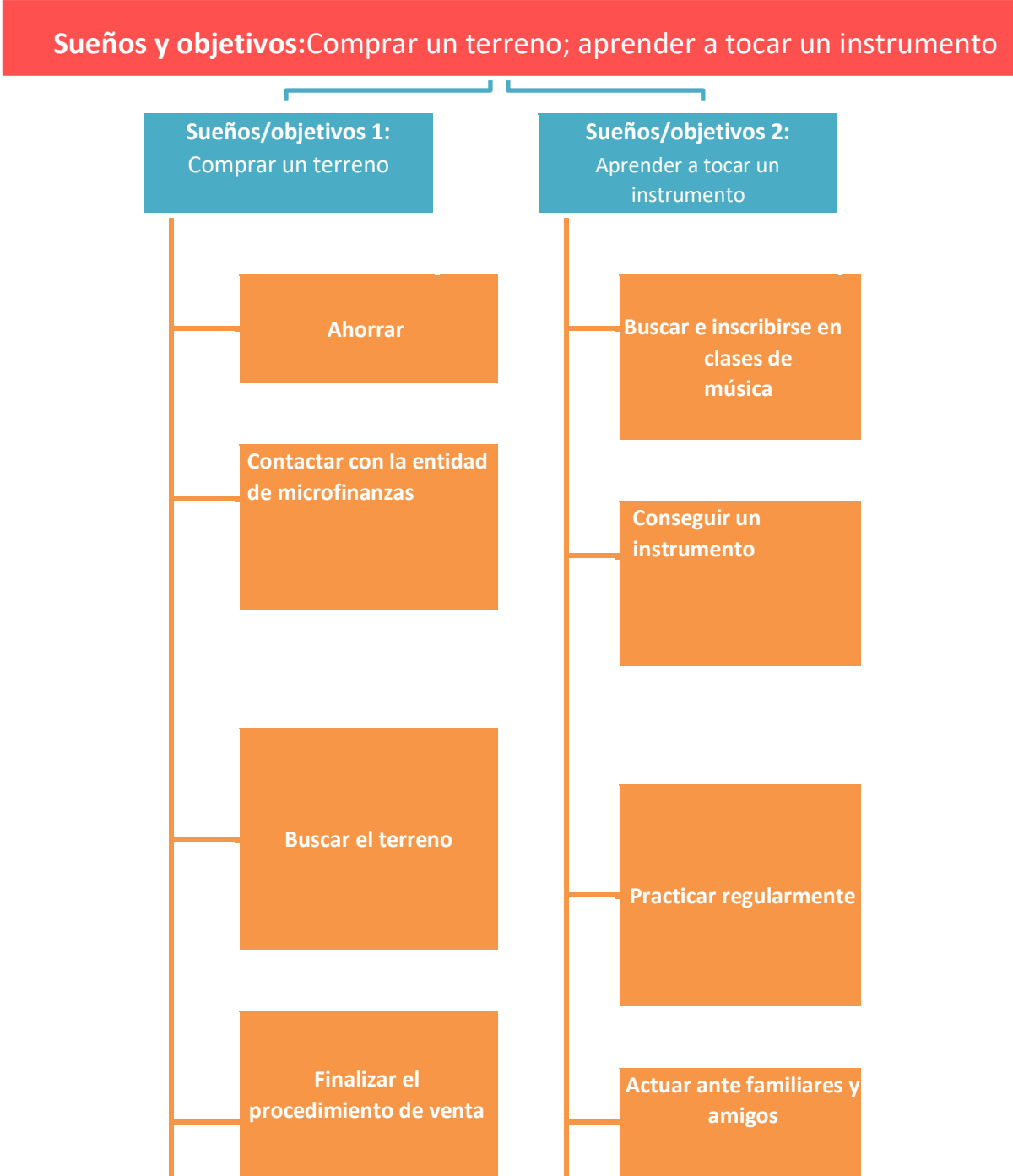
**La recuperación consiste en aprovechar al máximo las habilidades y las capacidades personales en el momento de construir la vida que uno quiere vivir.**

Si te han dado un diagnóstico, es muy fácil que te centres solo en el diagnóstico y pierdas de vista tus habilidades, tus activos, tus fortalezas, tus intereses y tus capacidades. Una parte muy importante del plan de recuperación, por tanto, consiste en hacer una lluvia de ideas de tus activos y puntos fuertes, y de las posibilidades que tienes delante, con el fin de introducir cambios positivos en tu vida.

En esta fase de desarrollo del plan de recuperación, puedes identificar los sueños y los objetivos que quieres alcanzar. Estos sueños y objetivos pueden ser lo que quieres conseguir en el futuro próximo o lejano, como aprender a tocar un instrumento, comprar un terreno, hacerte maestro, acceder a una vivienda digna, enviar a los hijos a la escuela o viajar. Los sueños y los objetivos también pueden ser cosas concretas que quieres conseguir, como encontrar un trabajo a jornada parcial o completa, hacer trabajo voluntario en una organización que te interese, encontrar un amigo con quien puedas compartir pasatiempos o terminar un libro que siempre has querido leer. Cada objetivo puede desglosarse en pasos que, en esencia, pueden ser objetivos más pequeños que puedes abordar de uno en uno. Abajo puedes ver una representación visual de este proceso.



A continuación, se muestra un ejemplo:



El primer paso es pensar en tus sueños y objetivos.

En el siguiente recuadro, escribe o dibuja tus sueños y objetivos.

### **Mi(s) sueño(s) y objetivo(s)**



De entre estos sueños y objetivos, ESCOGE UNO que quieras alcanzar ahora

#### **Consejos para ayudarte a identificar tus sueños y objetivos:**

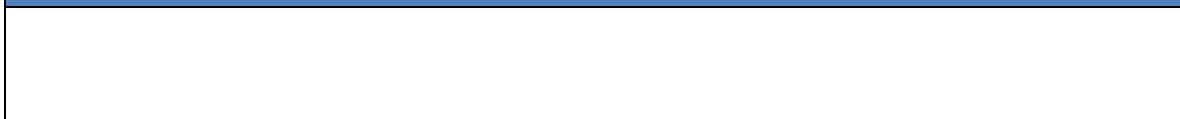
- Plantéate lo que es importante para ti; por ejemplo, la carrera profesional, la educación, tener una vivienda digna, formar parte de un grupo o de una comunidad, hacer de voluntario para ayudar a otras personas, tus creencias religiosas/políticas, etc.
- Piensa en distintas actividades o experiencias de las que hayas disfrutado.
- Piensa en cosas que querías hacer en la vida.
- Piensa en lo que te hace feliz. ¿Cuál es tu pasión?
- Mira revistas, periódicos o Internet y habla con amigos y familiares para obtener ideas.

Elige un sueño u objetivo pequeño para empezar y divídelo en pasos más pequeños.

**El SUEÑO/OBJETIVO en el que quiero trabajar primero es:**



**Cuánto tiempo tardaré en hacer realidad este sueño/objetivo:**



Posibles PASOS que deberé seguir para alcanzar este sueño/objetivo. Escribe <i>con libertad</i> todas las ideas que se te ocurran. Seleccionarás los pasos específicos en la siguiente página:

De entre los pasos que has enumerado en la página anterior, selecciona los que sean más relevantes y asequibles. Escríbelos en el recuadro de abajo.

### Los PASOS que deberé seguir para alcanzar mi sueño/objetivo


Para planificar los PASOS que debes dar para tus otros sueños/objetivos, haz copias adicionales de estos recuadros.

En el espacio de abajo puedes tomar notas para recoger la información o la asistencia que puedes necesitar para llevar a cabo los PASOS que has esbozado.

### Información que necesitaré para seguir estos PASOS y dónde la obtendré

Información que necesitaré:

Dónde encontraré la información:

--

Acompañamiento o ayuda que necesitaré:

Quién me ayudará:

--

En la tabla de abajo puedes hacer una lista de tus activos y puntos fuertes personales. Esto ofrece la oportunidad de reflexionar sobre las herramientas que pueden ayudarte a alcanzar tus sueños y aspiraciones.





## Parte 2. Mi plan de bienestar

### Rutinas para estar bien

Tener una rutina regular y cosas que hacer puede ser útil para mantener el bienestar. Te puede ayudar a equilibrar la vida y a darte una estructura que te sirva de apoyo. Piensa en las cosas cotidianas que necesitas para estar bien. Pueden ser cosas que ya haces o cosas que te gustaría hacer porque te harían sentir mejor.

La mayor parte de las rutinas son bastante simples, cosas tales como:

- Cocinar y comer platos saludables en horarios regulares.
- Dar un paseo y disfrutar de la naturaleza.
- Ocuparte del jardín.
- Trabajar o estudiar.
- Leer un libro, el periódico o una revista.

En los siguientes recuadros, haz una lista de cosas que puedes hacer CADA DÍA y ALGUNOS DÍAS de la semana para estar bien.

En el siguiente recuadro, escribe cosas que puedes hacer CADA DÍA para estar bien.

Cosas a hacer CADA DÍA para estar bien

En el siguiente recuadro, escribe cosas que puedes hacer SEMANALMENTE o ALGUNOS DÍAS A LA SEMANA para estar bien.

Cosas para hacer SEMANALMENTE o ALGUNOS DÍAS A LA SEMANA para estar bien	

**Cosas que debes EVITAR para estar bien**

También puede ser útil pensar en las cosas que te conviene evitar para estar bien. Pueden ser cosas tales como:

- No dormir lo suficiente.
- Quedarte sentado sin hacer nada.
- Tomar demasiada cafeína, ya sea en forma de café, té o refrescos.
- Beber demasiado alcohol o tomar drogas.
- Fumar.
- Quedar con gente con quien no te entiendes mucho.
- Cualquier otra cosa que te altere o te preocupe.

En el siguiente recuadro, haz una lista de las cosas que debes evitar para estar bien.

Cosas a EVITAR para estar bien

Puedes incorporar las «cosas a hacer para estar bien» en este programa para crear un calendario del bienestar. Puedes introducir cambios en el programa a medida que vayas averiguando lo que te funciona mejor.

### CALENDARIO SEMANAL para ESTAR BIEN

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana							
Tarde							
Noche							

### Parte 3. Plan de gestión de momentos difíciles

Otro componente del plan de recuperación es planificar cómo se pueden gestionar las épocas difíciles de la vida.

Puede resultar útil para la persona indicar cómo se describiría en términos generales. Esto también puede ayudar a los acompañantes a identificar los momentos en los que una persona tiene malestar y puede necesitar ayuda. Y puede ayudar a la persona a recordar que ella es mucho más que las limitaciones percibidas, que un diagnóstico o una serie de problemas.

**¿Qué me define en términos generales?**

Sociable	Simpático/a	Impulsivo/a	Confiado/a
Solitario/a	Hablador/a	Callado/a	Entusiasta
Prudente	Introverso/a	Enérgico/a	Terco/a
Deportista	Extroverso/a	De aprendizaje rápido	Optimista
Feliz	Reflexivo/a	Pesimista	Diligente
Alentador/a	Responsable	Comprensivo/a	Curioso/a
Aventurero/a	Serio/a	Relajado/a	Franco/a
Trabajador/a	Amable	Apasionado/a	Independiente
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Para gestionar momentos difíciles, puede resultar de ayuda utilizar un sencillo sistema de semáforos para hacer el seguimiento del estado de ánimo.

### El sistema de semáforos verde-amarillo

Cuando intentáis superar momentos difíciles en la vida, puede resultar útil utilizar el siguiente sistema de semáforos para hacer un seguimiento fácil. A continuación, véase lo que indica cada color.

**VERDE** = te sientes bien. Puedes experimentar momentos puntuales de estrés, pero eres capaz de gestionarlos con tus habilidades, hacer frente a los problemas y resolverlos.

**AMARILLO** = percibes señales de malestar emocional. Sería conveniente tener un mejor cuidado de tu salud física y mental, y obtener ayuda de amigos, familiares o profesionales de la salud mental o de otros ámbitos.

Puedes utilizar este sistema para hacer el seguimiento y gestionar momentos difíciles en la vida:

1. Utiliza el gráfico de registro diario para hacer el seguimiento de cómo te sientes
2. Haz una lista de tus:
  - Puntos sensibles
  - Señales de malestar
  - Acciones a realizar en beneficio de los puntos sensibles y para reducir el malestar

Consejo: A medida que rellenéis vuestro gráfico de registro diario, intentad observar lo que pasó justo antes de que vuestro estado de ánimo subiera o bajara para entender mejor lo que suele provocar cambios en vuestro estado de ánimo.

3. Utiliza la información que usaste en «Cosas a hacer para estar bien» para mantenerte en el nivel **VERDE**, y volver a **VERDE** cuando llegues a **AMARILLO** en el gráfico de registro diario.

### Mis puntos sensibles

Para gestionar momentos difíciles, lo primero que tienes que hacer es identificar tus puntos sensibles. Los puntos sensibles son cosas que pasan (circunstancias o acontecimientos internos o externos) que pueden hacer que una persona se sienta nerviosa, asustada, triste o desanimada. Para algunas personas pueden ser, por ejemplo, que otras personas se les acerquen demasiado, que no se las escuche, las aglomeraciones, tener mucha carga laboral, que se las moleste, que se las critique, sentir que no son respetadas por los otros, entre otras cosas.

Puntos sensibles	Acciones a hacer en relación con los puntos sensibles

### Mis señales de malestar

Las **señales de malestar** son cambios en los sentimientos, los pensamientos o el comportamiento que indican que puede haber una crisis. Las señales de malestar son importantes porque si las reconocéis y actuáis de manera precoz, podéis evitar que se produzcan. Enumerad las señales de malestar en el siguiente recuadro. Recordad que esta lista no las incluye todas.








Puedes hacer copias de este **gráfico de registro de estado de ánimo diario**. También resulta útil tomar nota de los **acontecimientos** que han provocado un cambio en tu estado de ánimo (ya sean buenos o no tan buenos) para entender mejor tus puntos sensibles y reforzar el uso de las propias capacidades de recuperación.

## Gráfico de registro diario

Mes:  Año:

																																													
																																													
																																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31														

Notas: Cualquier evento que haya provocado un cambio en mi estado de ánimo

## Parte 4. Plan de respuesta a una

Si bien los planes de recuperación animan a las personas a tomar medidas para evitar las crisis cuando experimentan altos niveles de malestar, puede haber momentos en los que se produzca alguna crisis, momentos en los que, a pesar de todos los esfuerzos de la persona, la situación empeore.

Resulta útil tener por escrito tus preferencias de tratamiento y el tipo de acompañamiento que querrías recibir de cada persona, así como información sobre el tratamiento, el acompañamiento y los servicios que recibes actualmente. De esta manera, la persona que te acompañe y las otras personas alrededor podrán saber cómo ayudarte mejor si sufres una crisis de salud mental o emocional. También es un buen momento para dejar por escrito específicamente lo que NO quieres en términos de acompañamiento y servicios.

A menudo es difícil coordinar la ayuda de la manera más personalizada cuando uno se encuentra en plena crisis de salud mental; por ello se recomienda planificarla de antemano, rellenando este documento, por si se experimenta una crisis en el futuro.

Rellenando este documento podrás dar indicaciones e información sobre cuándo, cómo, dónde y de quién te gustaría recibir ayuda y acompañamiento.

En algunos países, las personas pueden establecer que su voluntad y sus preferencias sean legalmente vinculantes para otras personas en determinadas situaciones. Puede resultar interesante comprobar si la ley en tu país permite esta posibilidad.

### Sobre mí - Cuando experimento una crisis

Este apartado del plan te puede resultar difícil de rellenar y puede que le tengas que dedicar cierto tiempo. El objetivo es que describas las señales que pueden indicar que te gustaría que te ofrecieran más apoyo. De este modo, los demás te podrán ayudar a estar bien y a tomar decisiones.

En la parte 3 («Gestión de los momentos difíciles») de este plan de recuperación ya has hecho una lista de los factores que indican que las cosas no van muy bien y que existe la amenaza de una crisis. ¿Te podría ser útil revisarla y preguntarte qué ocurre después? ¿Cómo soy cuando experimento una crisis?

A menudo puede ir bien preguntar a tus acompañantes, familiares, compañeros, profesionales de la salud mental u otros ámbitos o amigos lo que notan en ti cuando tienes una crisis.

Recuerda: conviene que tomes nota de lo que pueden percibir los demás, porque habrá terceras personas que también usarán este plan para ayudarte. Por ejemplo: «Dejo de cuidar de mi higiene personal», «Creo que soy a alguien que no soy» o «No me levanto de la cama para nada». Intenta ser tan específico como puedas para que los demás puedan saber exactamente lo que deben observar.

Es muy importante actualizar este documento a medida que creces y aprendes como persona, ya que tus necesidades y tus reacciones ante las situaciones también cambian.

Señales que indican que tengo una crisis y me gustaría que otras personas ayudaran a cuidar de mí, a tomar decisiones y a mantenerme sano y salvo

## Acompañantes

En el recuadro de abajo, puedes indicar: 1) quiénes son tus acompañantes y 2) cuál o cuáles son tus personas de contacto preferidas en caso de urgencia. Tus acompañantes pueden ser familiares, compañeros, amigos u otras personas de confianza, como vecinos o miembros de tu comunidad religiosa.

También es importante hablar con los acompañantes que quieres incluir en la lista antes de hacerlo para asegurarte de que están dispuestos a ayudarte en momentos de crisis.

### 1. Persona de contacto en momentos de urgencia o de crisis

Persona o personas de contacto en caso de urgencia		
Nombre	La relación que tienen conmigo	Teléfono y/o correo electrónico

### 2. Acompañantes

Nombre	La relación que tienen conmigo (p. ej. amigo, pariente, trabajador/a social)	Teléfono y/o correo electrónico


### 3. Personas a las que quiero evitar en mi atención

Tan importante es tener personas que te apoyen como indicar las personas a las que te gustaría evitar si tienes una crisis.

Personas a las que quiero evitar en caso de crisis	
Nombre (relación)	Motivos por los que las quiero evitar (opcional)


### Cómo pueden ayudarme mis acompañantes

En momentos de crisis, hay varias cosas de las que hay que ocuparse, tales como solicitar la baja en el trabajo, dar de comer a las mascotas, pagar las facturas, explicar a otras personas que no te encuentras bien, cancelar citas, etc. En el recuadro de abajo, haz una lista de las personas que te pueden ayudar con tareas concretas cuando no estás bien.

Cosas de las que quiero que mis acompañantes se ocupen cuando tengo una crisis	
Nombre	De qué quiero que se ocupe esta persona cuando tengo una crisis

### Cosas que los demás pueden hacer para ayudarme cuando tengo una crisis

Cuando tienes una crisis, puede haber cosas que otras personas pueden hacer para ayudarte a sentirte mejor y otras que te hagan sentir peor. Puede resultar útil pensar en las personas que te han ayudado cuando has experimentado una crisis en el pasado: ¿qué hicieron?

Puede que:

- Sencillamente pasaron un rato conmigo en silencio o sin hablar de la crisis.
- Se quedaron conmigo cuando me sentía asustado o solo.

**Qué pueden hacer los demás para AYUDARME cuando tengo una crisis (haz una lista)**


**Cosas que los demás podrían hacer y NO ME AYUDAN (haz una lista):**

También puedes indicar cosas que la gente dice y que no te ayudan, y por qué. Por ejemplo:

- Quizás no encuentras útil que los amigos traten de animarte a gestionar el malestar bebiendo alcohol.
- Quizás no te va bien que tus familiares te digan que «intentas relajarte», ya que esto solo te altera más, y preferirías que se limitaran a estar contigo durante esos momentos difíciles.
- Quizás no te gusta que los profesionales de la salud mental u otros ámbitos te ofrezcan una nueva medicación antes de buscar maneras de aliviar tu malestar.

A continuación, haz tu propia lista:

Qué NO me resulta útil	Por qué no es útil




### Servicios y apoyos que son útiles

En el recuadro de la página siguiente, puedes hacer una lista de los servicios y los apoyos que encuentras útiles. Por ejemplo:

1. **Servicios o apoyos que recibes actualmente**, tales como terapia cognitivo-conductual (CBT), orientación, psicoterapia y grupos de apoyo entre iguales.
2. **Servicios o apoyos que te han ayudado cuando has tenido una crisis en el pasado**, como la terapia de grupo, la atención plena, ir al gimnasio, gestión de la ansiedad, salir a dar un paseo o que algún amigo se quede a dormir en tu casa.
3. **Servicios o apoyos que no quieres y por qué preferirías evitarlos**. Por ejemplo, podrías indicar «TEC (terapia electro-convulsiva), por sus posibles efectos negativos», «terapia de grupo, porque hablar en público me angustia» o «ver a mi hermana, porque no nos llevamos bien».
4. **Servicios o apoyos para abordar problemas familiares u otras situaciones críticas** de tu vida social, trabajo, amistades o cambios vitales.

Servicios o apoyos que recibes actualmente
Servicios o apoyos que te han ayudado cuando has tenido una crisis en el pasado

<b>Servicios o apoyos que NO quieres y por qué preferirías evitarlos</b>
<b>Servicios o apoyos para tratar problemas familiares u otras situaciones críticas</b>

### Medicación

En la página siguiente, haz una lista con cualquier información sobre medicación que pueda ser útil para tus acompañantes y los profesionales de salud mental y otros ámbitos cuando tienes una crisis. Así te podrán ayudar de la mejor manera posible (por ejemplo, evitando los medicamentos que no te han ido bien en el pasado).

En las tablas de abajo, haz una lista de los tipos de medicamentos que tomas actualmente (incluida la medicación no relacionada con la salud mental). Tanto tú como tus acompañantes podéis pedir asesoramiento a tu médico o a otro profesional si no estáis seguros de la medicación y de las dosis.

<b>Medicación actual</b> (Enumera todos los medicamentos para todos tus problemas de salud)	
<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Dosis (mg)</b>


### Preferencias de medicación y alergias

En la tabla de abajo, toma nota de tus preferencias de medicación y de cualquier alergia a un medicamento para que todo el mundo tenga constancia.

Medicamentos que preferirías tomar durante una crisis	
Tipo de medicación	Motivos por los que me gustaría tomarla

<b>Medicamentos que NO tomarás</b>	
<b>Tipo de medicación</b>	<b>Motivos por los que me gustaría evitarla</b>
<b>Medicamentos que te provocan ALERGIA</b>	

### Dónde me gustaría estar cuando tengo una crisis

Cuando tienes una crisis, te puede ir bien alojarte allí donde tengas ayuda y apoyo, ya sea de la familia, de amigos, de acompañantes o de profesionales de la salud mental y otros ámbitos, hasta que te vuelvas a encontrar bien, en lugar de quedarte solo. En los siguientes recuadros puedes hacer una lista de los lugares favoritos donde te gustaría quedarte cuando tienes una crisis. Algunos ejemplos pueden ser: quedarme en casa de mis padres, ingresar en el hospital, quedarme en casa con un equipo de tratamiento y apoyo a domicilio (por ejemplo, una unidad de crisis móvil, si existen en tu comunidad), ir a una residencia o quedarme en casa con visitas a los servicios ambulatorios.

<b>Primera preferencia</b>
----------------------------

<b>Segunda preferencia</b> (si la primera preferencia no es posible)
<b>Tercera preferencia</b> (si la segunda preferencia no es posible)

Es posible que quieras ir a un hospital específico o a un servicio para agudos de manera voluntaria. Sin embargo, puede que haya otros lugares a los que no quieras ir. Es importante recordar que no siempre es posible elegir.

PREFIERO ir a	
Nombre del hospital/unidad/servicio	Por qué prefiero ir a este lugar
Prefiero NO ir a	
Nombre del hospital/unidad/servicio	Por qué prefiero NO ir a este lugar

### Necesidades especiales

En esta página, haz una lista de todas tus necesidades personales y especiales que es importante que otras personas conozcan.

Enfermedades

<b>Necesidades religiosas o culturales</b>
<b>Necesidades alimentarias o dietéticas (incluidas las alergias alimentarias)</b>
<b>Cosas que quiero tener conmigo si me ingresan en el hospital (como las gafas o el teléfono)</b>
<b>Cosas que no me gustan</b>
<b>Otras cosas que los demás deben saber sobre mí</b>
<b>Otras necesidades especiales</b>

### **Acciones y situaciones que podrían empeorar una crisis**

A veces, acciones concretas de otras personas pueden empeorar la situación cuando alguien experimenta malestar emocional.

Algunos ejemplos incluyen:

- Tener la sensación de que no me escuchan.
- No tener intimidad.
- Que se me queden mirando.

- Los ruidos fuertes.
- Que me revisen la habitación.

En el recuadro de abajo, indica algunas de estas acciones o situaciones que los trabajadores de la salud (mental) y otros acompañantes (como familia y amigos) deban conocer para evitar estas situaciones o ayudarte si se producen.

Cosas que me gustaría que los demás tuvieran en cuenta	

### Si estoy en peligro

A veces, durante las crisis, las personas pueden hacerse daño a ellas mismas. Por ello resulta práctico incluir en el plan de acciones lo que otras personas pueden hacer para ayudarte en esos momentos. Escribe en el recuadro inferior lo que te gustaría que hicieran o no hicieran tus acompañantes durante esos momentos.

Si hago cosas peligrosas, me gustaría que mis acompañantes...
---

Si hago cosas peligrosas, NO QUIERO que mis acompañantes...

**Recuerda:**

- 1. Asegúrate de que tanto tus acompañantes como los profesionales de la salud mental u otros ámbitos y otras personas de apoyo que puedas tener (como familia y amigos) tengan una copia de este documento de voluntades anticipadas para que conozcan su existencia y su contenido.
- 2. Conserva una copia para ti, para que, en caso de que sufras una crisis, la puedas enseñar a quien sea necesario.



## Sobre mi plan

Creé este plan el (fecha):

Con la ayuda de: (lista de las personas que te ayudaron a elaborar el plan, si procede)

Cualquier plan con una fecha más reciente sustituirá a este plan.

Firmado: (tu firma)

Fecha:

Testigo:

Nombre:

Firma:

Fecha:

## Parte 5. Plan para después de una crisis

### Seguir adelante después de una crisis

Seguir adelante después de una crisis puede resultar duro. Siempre es difícil retomar las cosas que se han abandonado durante un tiempo. Estas dificultades pueden tardar cierto tiempo en desaparecer por completo. Tu confianza puede haber quedado tocada por la crisis. Debido a la crisis, puede que haga tiempo que no ves a personas que consideras importantes para ti, puedes tener la sensación de haber disgustado a los amigos, a la familia y a otras personas que amas, o puedes sentirte muy agradecido por la ayuda que te proporcionaron durante la situación de crisis.

Tanto si estuviste en el hospital como en casa durante la crisis, lo más sensato es empezar a pensar en un plan para seguir adelante tan pronto como puedas, una vez superada la crisis.

No es necesario que te hayas recuperado del todo para volver a asumir la responsabilidad de hacer algunas de las cosas que te hacen sentir bien y que te parecen importantes. A pesar de que no siempre sea fácil, empezar a retomar las rutinas habituales puede hacerte sentir mejor y puede ayudarte a avanzar en el camino de la recuperación. A muchas personas les resulta útil retomar la rutina de manera gradual.

Por ejemplo:

- Comienza recibiendo a algunos amigos íntimos en casa y ve ampliando hasta que puedas salir con un círculo más amplio de personas.
- Comienza por volver al trabajo reuniéndote con tu jefe o tus compañeros. Planea un regreso gradual al trabajo y ve aumentando las horas y las tareas que asumes durante un tiempo.

### Sobre el apartado de este documento «Parte 5: Plan para después de una crisis»

Tanto si estás en tu casa como en casa de otra persona o en el hospital mientras tienes una crisis, va bien tener un plan sobre cómo recuperar la vida cotidiana y mantener el bienestar. Esta parte del plan de recuperación consiste en planificar los días y las semanas inmediatamente posteriores a una crisis de salud mental para que puedas continuar el recorrido hacia la recuperación.

Es posible que esta sea la primera parte del plan de recuperación que rellenes si, por ejemplo, apenas ahora te estás recuperando de una crisis y aún no has rellenado las otras partes. No te preocupes: no pasa nada.

## Preparativos para volver a casa

(Rellena los puntos 1 y 2 más abajo solo si te has alojado en un lugar que no era tu casa)

**Escribe el nombre de dos personas** que te podrían ayudar a acomodarte nuevamente a tu vida y a tu casa.

### Primera opción

Nombre:

Información de contacto:

### Segunda opción

Nombre:

Información de contacto:

**Me gustaría que la siguiente persona o personas se queden conmigo cuando vuelva a casa o me ayuden a instalarme de nuevo:**

### Primera opción

Nombre:

Información de contacto:

### Segunda opción

Nombre:

Información de contacto:

### Cosas que tengo que resolver

Después de una crisis, puede ser interesante plantearte si la crisis ha podido generar algún problema, como dificultades económicas o cuestiones médicas que tienes que resolver.

En cada caso, puede ser sensato pensar en las cosas que tienes que resolver lo antes posible y dejar las que puedan esperar para cuando tengas más fuerzas.

También puede resultar útil pensar en cuándo harás cada una de estas cosas, cómo las harás y si te gustaría que alguien te ayudara (por ejemplo, si querrías recibir asesoramiento para las dificultades económicas, obtener apoyo emocional por parte de amigos o familiares para resolver problemas, encontrar un transporte para ir a determinados lugares, etc.). Puedes hacer los planes para todo esto en la tabla de abajo.

Qué debo hacer	Qué ayuda necesitare	Con qué acompañante tendré que contactar	Cuándo tengo que hacerlo

### Establecer una rutina

Retomar una rutina habitual lo antes posible puede ayudarte a volver a gozar de la vida, y algunas rutinas pueden ser muy simples. Por ejemplo:

- Levantarte e ir a dormir a horas concretas.
- Cocinar y comer tres comidas saludables cada día.
- Salir a dar un paseo o hacer ejercicio.

Cosas que hacer A DIARIO que me ayudan a disfrutar de la vida después de una crisis			
Cosas que hacer	Cuándo las haré		
	Mañana	Tarde	Noche
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cosas que hacer ALGUNOS DÍAS de la semana que me ayudan a disfrutar de la vida después de una crisis (y qué días las haré)							
Cosas que hacer	Qué días las haré						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

También puede ser útil pensar en las cosas que te conviene evitar para estar bien. Pueden ser cosas tales como:

- Cansarte en exceso.
- Quedarte sentado sin hacer nada.



1. El primer horario de la página siguiente es para la semana después de haber sufrido una crisis. Puedes hacer planes específicos día a día o ir definiendo el horario a medida que avanza la semana.
2. El segundo horario de la página siguiente es para después de la primera semana posterior a la crisis, a medida que la vida se estabiliza y reanudas las rutinas diarias y semanales, y las actividades que planeaste en la «Parte 2. Mi plan de bienestar» de este documento.

Usa estos horarios para programar las actividades que te hacen sentir bien:

### Horario para la primera semana después de la crisis

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Mañana							
Tarde							
Noche							

### Horario semanal para estabilizar mi vida

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Mañana							
Tarde							
Noche							



### Qué he aprendido de mi crisis

Pasar una crisis ofrece una oportunidad para aprender. Tras atravesar una crisis, puedes haber aprendido cosas nuevas sobre ti mismo, además de desarrollar capacidad para hacerle frente.

Puedes introducir modificaciones en tu plan de recuperación, así como en la parte «Plan de decisiones anticipadas» del plan, para reflejar estos cambios. También puedes borrar cosas que habías escrito en el plan de recuperación si dejan de tener sentido para ti.

### Lo que he aprendido de mi crisis

Sección	Cambios que quiero hacer
Mis objetivos (parte 1)	
Mi plan de bienestar (parte 2)	
Mis puntos sensibles (parte 3)	
Mis señales de malestar (parte 3)	
Plan de respuesta a una crisis (parte 4)	

## Referencias

1. Rights and recovery in mental health. SRN Briefing Paper. Glasgow: Scottish Recovery Network (SRN); 2015. Disponible en: [https://scottishrecovery.net/wpcontent/uploads/2015/06/srn\\_connectinggrandr\\_oct15.pdf](https://scottishrecovery.net/wpcontent/uploads/2015/06/srn_connectinggrandr_oct15.pdf) [consulta: 18 de enero de 2019].
2. Cita de Pat Deegan. Extracto de The 10 Essential Shared Capabilities for Mental Health Practice: learning materials [página 21]. Edimburgo: NHS Education for Scotland (NES); 2011. Disponible en: [http://www.nes.scot.nhs.uk/media/351385/10\\_essential\\_shared\\_capabilities\\_2011.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/351385/10_essential_shared_capabilities_2011.pdf) [consulta: 26 de febrero de 2017].
3. Mental Health Commission. Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: how things need to be. Wellington: Mental Health Commission; 1998. Disponible en: [http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/0E6493ACAC236A394C25678D000BEC3C/%24file/Blueprint\\_for\\_mental\\_health\\_services.pdf](http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/0E6493ACAC236A394C25678D000BEC3C/%24file/Blueprint_for_mental_health_services.pdf) [consulta: 18 de enero de 2019].

*La planificación de la recuperación centrada en la persona para la salud mental y el bienestar de QualityRights de la Organización Mundial de la Salud guía a las personas en el proceso de elaborar un plan de recuperación.*

La herramienta se ha diseñado para que las personas puedan usarla tanto solas como en colaboración con otra gente. Por ejemplo, puede utilizarse como marco para el diálogo y el debate entre usuarios y profesionales de los servicios u otros acompañantes.

La herramienta de autoayuda comienza exponiendo lo que es la recuperación y qué significado tiene en la vida de las personas. A continuación, invita a las personas a hacer el ejercicio de identificar sus sueños y objetivos, les enseña a crear un plan de bienestar y a planificar por adelantado cómo hay que actuar durante épocas difíciles o crisis en el recorrido hacia la recuperación.

Toda aquella persona que utilice esta herramienta de autoayuda hará una serie de ejercicios de autorreflexión que la animarán a entenderse a sí misma y a aprovechar la ayuda de su red de apoyo.