



OPCIONES DE RECUPERACIÓN

La rehabilitación basada en la comunidad y el modelo Clubhouse como medio para la reforma de la salud mental

Resumen

El informe se centra en las reformas de la salud mental, la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) y el modelo Clubhouse como una de sus aplicaciones, junto con otros planteamientos orientados a la recuperación. Es fruto del proyecto transnacional Empoderamiento de adultos con enfermedad mental para el aprendizaje y la inclusión social (EMPAD 2010-2012), en el que participan Finlandia, Alemania, Países Bajos, Rumanía, Eslovenia, España, Suecia y EE.UU.

El informe fue elaborado en el contexto de cerca de 30 recomendaciones para políticas internacionales de salud mental desde la década de 1990 en adelante. Estos documentos fueron analizados y comparados con cinco planteamientos diferentes orientados a la recuperación y conceptos clave de rehabilitación. Los derechos humanos, la igualdad de oportunidades, la participación y elección de los usuarios, el planteamiento basado en la comunidad, las relaciones humanas y el empoderamiento son los principios comunes más importantes de las recomendaciones para políticas de salud mental. Todos estos factores son altamente significativos en lo relativo a los Clubhouses, así como en los otros planteamientos de recuperación basados en la comunidad que se describen en el informe. Un punto fuerte especial del modelo Clubhouse lo constituyen los 25 años de experiencia en el desarrollo del sistema de gestión de calidad de los Clubhouses.

El modelo Clubhouse se acepta en los EE.UU. y Finlandia como una buena práctica sobre la base de diversos estudios de evaluación. En Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Escocia y Suecia, los gobiernos nacionales apoyan el uso de este modelo. La conclusión principal del informe es que la política de salud mental recomendable es la estructura de pirámide de la OMS para un mix óptimo de servicios de salud mental, complementados con la colaboración a través de sectores y disciplinas diferentes, en línea con las directrices de la RBC. La política de salud mental recomendada incluye roles claros para los Clubhouses y otros servicios orientados a la recuperación.

Las reformas de la salud mental y las políticas basadas en la comunidad

Las reformas de la salud mental se iniciaron tras la segunda guerra mundial con una atención especial a los nuevos tipos de servicios basados en la comunidad. Particularmente desde la década de 1960, los cambios llevaron a *políticas de salud mental con desinstitutionalización*, primero en Norteamérica y posteriormente también en Europa Occidental, los países nórdicos y Australia. Se inició el cierre de los hospitales psiquiátricos y, en compensación, se desarrollaron servicios de salud mental comunitarios. Durante la década de 1960 iniciaron su actividad los primeros centros de día, los equipos de tratamiento domiciliario y el personal de enfermería para pacientes ambulatorios. En 1963 se inauguraron en los EE.UU. los primeros centros de salud mental comunitarios (CMHC, por sus siglas en inglés) y las unidades psiquiátricas agudas en los hospitales generales. (Jenkins 2011).



La reforma de la salud mental en Italia a finales de la década de 1970 ofreció una ilustración de estas nuevas políticas basadas en la comunidad en Europa. En Trieste, se cerraron los hospitales psiquiátricos, sustituidos por toda una variedad de servicios comunitarios (OMS 2003a). Los cambios tuvieron lugar lentamente y a ritmos diferentes según los países. Sin embargo, el *planteamiento médico* dominó las políticas de salud mental hasta la década de 1980, dando paso a la emergencia gradual de un *paradigma social más amplio* junto a un *planteamiento basado en los derechos humanos*. (OMS 2010b: 15).

En paralelo con las reformas de la salud mental, en 1948 comenzó a desarrollarse el modelo de rehabilitación psicosocial en la Fountain House de Nueva York, fruto de una iniciativa de antiguos pacientes de hospitales mentales. En la década de 1970, Fountain House comenzó a diseminarse en los EE.UU. y Canadá, y algunos años más tarde, a partir de 1980, también en Europa (Propst 2003: 29-32).

Recomendaciones de políticas y denominadores comunes

Durante el periodo de 1990-2011, organizaciones intergubernamentales como las Naciones Unidas con sus organismos especializados la OMS, la OIT y la UNESCO, el Consejo de Europa y la Unión Europea lanzaron al menos 30 directrices para políticas, recomendaciones o informes expertos diferentes para activar las reformas de las políticas de salud mental. En 2006, Naciones Unidas definió los principios generales para las políticas de discapacidad en su nueva Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, que abarca también a las personas con afecciones de salud mental. Asimismo, la Unión Europea ha ratificado la Convención. El planteamiento holístico similar que exige la cooperación entre sectores y profesiones diferentes también se incluyó en las otras recomendaciones clave que le siguieron:

- Resolución de la ONU sobre los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (ONU 1991);
- Normas Uniformes de la ONU sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (ONU 1993);
- Organización de los servicios de salud mental; una publicación del Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental (OMS 2003b);
- Recomendaciones del Consejo de Europa para sus Estados Miembros acerca de la Protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales (CdE 2004);
- Plan de acción de salud mental para Europa: abordando los retos, creando soluciones (OMS 2005b);
- Guías para la rehabilitación basada en la comunidad (OMS 2010).

La OMS publicó en 2003 la primera versión de un mix óptimo de los servicios de salud mental. En 2007 su nombre cambió a *Estructura de pirámide de la OMS*. El mensaje clave es que la mayor parte de las prácticas de hospitalización pueden reemplazarse con toda una diversidad de servicios basados en la comunidad (OMS 2007). El reto es cómo organizar los servicios de la forma más rentable y más orientada a la recuperación y cómo seguir la Estructura de pirámide de la OMS. En el momento presente, las estructuras y variedades de los servicios de salud mental no están siguiendo el mix óptimo en ninguno de los países EMPAD ni



en ningún otro (OMS 2001: 86; OMS 2011: 44). Los máximos comunes denominadores de las recomendaciones para políticas internacionales de salud mental son:

- Igualdad de oportunidades para ejercer los derechos humanos y las libertades en todos los entornos;
- Implicación de las personas con problemas de salud mental en toda la toma de decisiones y el desarrollo de los servicios;
- Eliminación de todos los tipos de discriminación y estigmatización;
- Plena participación, reintegración e inclusión social en la comunidad, en igualdad de condiciones con las demás personas;
- Derecho a recibir servicios públicos basados en las necesidades, por ejemplo protección social, vivienda, servicios de salud, formación profesional y servicios de empleo;
- Políticas de salud mental creadas con el mix de servicios óptimos basados en la comunidad, Clubhouses y otros métodos incluidos para el apoyo a la recuperación;
- Coordinación de servicios basados en la comunidad con asistencia primaria y servicios de salud general; y
- Autodeterminación y vida independiente.

Jose M. Caldas de Almeida y Helen Killaspy (2011, 16) resumen las tendencias internacionales y recomendaciones: desde un punto de vista científico, lo que está en juego es la sustitución del modelo biomédico estricto por un *planteamiento más holístico* que comprenda los trastornos mentales como resultado de las interacciones complejas de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Conceptos clave para el empoderamiento

Empoderamiento: Históricamente, las personas con problemas de salud mental carecían de voz propia. Ni ellos ni sus familiares han participado en la toma de decisiones acerca de los servicios de salud mental y siguen presentando riesgo de exclusión y discriminación social en todas las facetas de la vida (p. ej., Chamberlin 1997; Fawcett y otros. 1996; OMS 2010d). La teoría del empoderamiento y las intervenciones vinculan el bienestar individual con el contexto social y político a mayor escala y no sólo en el ámbito médico. En el ámbito del bienestar mental, el empoderamiento conecta la salud mental con la ayuda mutua, la confianza en los demás, la confianza en uno mismo, las relaciones sociales y la participación: *Nos emplaza a pensar en términos de bienestar frente a malestar, competencias frente a carencias y fortalezas frente a debilidades.* La investigación relativa al empoderamiento se centra en la identificación de capacidades (Perkins y Zimmerman 1995: 569). Las personas empoderadas con problemas de salud mental toman sus propias decisiones, tienen voz y son escuchadas (OMS 2004; OMS 2010c). *Los perfiles de empoderamiento – desempoderamiento* varían en función de las experiencias personales y el tiempo de vida de las personas.

Rehabilitación basada en la comunidad: la RBC es una estrategia de sentido común para la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad. Esto se consigue mejorando la prestación del servicio para llegar a todas las personas que lo necesitan, ofreciéndoles oportunidades más equitativas y protegiendo sus derechos. La RBC desarrolla la participación coordinada de las personas con discapacidad y sus familiares (Helander 1993: 8). Los organismos internacionales colaboradores, la OIT, la OMS y la UNESCO, publicaron los primeros documentos acerca de la RBC en la década de 1980, borradores conjuntos en la década



de 1990 y en 2003 y 2004. Las directrices de la RBC se publicaron en octubre de 2010. Estas directrices son aplicables y adaptativas para todos los grupos de personas implicados y en todos los entornos. Las directrices especiales relativas a las personas con trastornos mentales fueron incluidas en un folleto suplementario destinado a la inclusión de estas personas en todos los aspectos y las actividades de la vida en la comunidad a la que pertenecen. (OMS 2010d: 3-20).

Planteamientos para la recuperación: las opciones ofrecidas a los usuarios y la recuperación de éstos se encuentran en primer plano del desarrollo de políticas para la salud mental. Las teorías sobre la recuperación se basan en el reconocimiento de que las personas que padecen enfermedades mentales tienen los mismos deseos y necesidades que cualquier otra persona (por ejemplo empleo, educación, vivienda, relaciones y necesidades recreativas). En un sistema de servicios orientado a la recuperación, los usuarios están incluidos como plenos colaboradores de cada aspecto de la prestación de los servicios, incluidos el establecimiento de prioridades de servicios, la toma de decisiones compartidas o la opción de aceptar o no sus planes de tratamiento (i.e. plena colaboración). En el informe se describen los planteamientos de recuperación aplicados en Escocia, la declaración de consenso de los EE.UU. y conceptos como la plena recuperación de la persona, el capital de recuperación y el modelo Clubhouse. Asimismo, existen decenas de otros planteamientos, que no se incluyen dado que la mayoría de ellos se centran en el planteamiento médico. (Bradstreet 2004; Connor 2004; Dorrer 2006; Coutts 2007; McCormack 2007; Daddow y Broome 2010).

Capital social: Diversos estudios han identificado una relación positiva entre el capital social y la salud mental, así como otros resultados relacionados, tales como un menor aislamiento social, mayor protección social, menores niveles de criminalidad, mejora de la escolarización y la educación y mejores resultados de cara al mundo laboral. Las principales características del capital social son: redes comunitarias, acción voluntaria, compromiso cívico, participación y uso de las relaciones personales, identidad cívica local, sensación de pertenencia, solidaridad e igualdad y confianza en la comunidad. Se identifican tres formas de capital social: los puentes con lazos débiles, las uniones con lazos fuertes y las vinculaciones del capital social con relaciones externas influyentes dentro de una comunidad (Lehtinen 2008; Putnam 1995; Woolcock 1998).

Cohesión social: la cohesión social se basa en el deseo de los individuos de trabajar conjuntamente en todos los niveles de la sociedad o la comunidad para conseguir objetivos comunes. Existen numerosos factores que influyen en la cohesión social o en una sociedad que presenta un determinado nivel de cooperación. Las políticas gubernamentales constituyen sólo un conjunto de estos factores. La sociedad civil y el capital social y cultural son otros componentes importantes del sistema, al igual que las instituciones y los valores sobre los que se asienta la sociedad o una comunidad.

Inclusión social – exclusión social: La inclusión social, al igual que su contraparte la exclusión social, presenta numerosas dimensiones: espacial, relacional y funcional, así como dimensiones de empoderamiento. Cada una de las dimensiones consta de elementos más concretos; por ejemplo, la dimensión espacial incluye el acceso a los espacios públicos y privados, la ubicación física y la proximidad y las distancias; la dimensión relacional presenta elementos de conexión emocional, reconocimiento y solidaridad. La inclusión social es uno de los componentes de la cohesión social y es un *resultado* de las políticas que fomentan la igualdad (Jeannotte 2008: 2-3). Según el concepto de *lente de inclusión* de Malcolm Shookner (2002), las personas se sienten incluidas o excluidas, por ejemplo, en la familia, el vecindario, la educación, el mercado



de trabajo u otras comunidades. La exclusión e inclusión sociales pueden contemplarse en su dimensión cultural, económica, funcional, participativa, física, política, estructural y relacional. Todas estas dimensiones presentan elementos a partir de los cuales es posible construir un instrumento de autoevaluación para su uso en comunidades de servicios de salud mental, por ejemplo los Clubhouses.

Integración social: la integración social es el proceso que fomenta unas sociedades estables, seguras y justas, basadas en la promoción y la protección de todos los derechos humanos, así como en valores como la no discriminación, tolerancia, respeto de la diversidad, igualdad de oportunidades, solidaridad, seguridad y participación de todas las personas, incluidas las personas desfavorecidas y los grupos vulnerables. Se ha demostrado repetidamente que el desfavorecimiento social está asociado a una mayor tasa de trastornos mentales en la comunidad. (Jeannotte 2008: 6-7).

El modelo Clubhouse como un medio de empoderamiento e inclusión social

El término «Clubhouse» deriva de los trabajos de Fountain House, el primero de todos los Clubhouses, fundado en Nueva York en 1948. Desde su concepción, Fountain House ha servido como modelo para todos los Clubhouses posteriores abiertos en todo el mundo. El Clubhouse se organizó como un sistema de apoyo para personas que conviven con la enfermedad mental, no como un servicio o programa de tratamiento. Los Clubhouses ofrecen a las personas con enfermedad mental esperanza y oportunidades para alcanzar su pleno potencial humano. Los Clubhouses demuestran que las personas con trastornos mentales pueden llevar, y de hecho llevan, una vida normal y productiva.

El Centro internacional para el desarrollo de los Clubhouses (International Centre for Clubhouse Development, ICCD) lleva desde 1994 coordinando el desarrollo de los Clubhouses. La Alianza europea para el desarrollo de los Clubhouses (European Partnership for Clubhouse Development, EPCD) fue establecida en 2011 para apoyar al ICCD en la coordinación del desarrollo de los Clubhouse en el «viejo continente». En todo el mundo existen 350 Clubhouses ICCD en servicio, de los cuales 85 se encuentran en 19 países europeos. Existen Clubhouses emergentes en fase de planificación, pero en aproximadamente 30 países europeos no existe aún ningún Clubhouse. Además, existen varios Clubhouses que no son miembros del ICCD.

Los estándares internacionales para programas Clubhouse son la herramienta de gestión de calidad de los Clubhouses. El procedimiento de acreditación se ha desarrollado durante los últimos 25 años, lo que significa que el modelo Clubhouse es uno de los pioneros en la gestión de calidad de los modelos de rehabilitación y ayuda en la salud mental.

La Administración de salud mental y abuso de sustancias (SAMSHA) de los EE.UU. ha aprobado el modelo Clubhouse como una buena práctica demostrada (<http://www.nrepp.samhsa.gov/>). También en Finlandia el modelo Clubhouse está identificado por el Instituto nacional de salud y bienestar (Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos, THL) como una buena práctica sobre la base de diversos estudios de evaluación. Los Clubhouses ICCD consiguen los siguientes resultados tangibles para los miembros y sus comunidades: los Clubhouses promueven la recuperación de sus miembros, su participación reduce las estancias en los hospitales y el uso de otros servicios sociales y de salud, ayudan a sus miembros a obtener motivación de cara a la educación y el empleo y mejoran el bienestar y la salud física y mental de sus miembros. Sin embargo, las



actividades de los Clubhouses no están satisfaciendo las necesidades de algunos de sus miembros; para ellos se requieren otras opciones. (McKay 2011; Hietala-Paalamaa y otros 2009; Nääppä y Rantanen 2009).

Conclusiones principales

A continuación se resumen las conclusiones principales basadas en las observaciones del informe Opciones de recuperación:

- El planteamiento recomendable para las políticas de salud mental parece ser una combinación de la estructura de pirámide de la OMS para un mix óptimo de servicios de salud mental, y las directrices de RBC con fuertes mensajes de colaboración entre sectores y profesiones diferentes;
- La realidad es que el contenido de las políticas y los servicios de salud mental están muy alejados del mix óptimo recomendado; Las pirámides de servicios están invertidas tanto en algunos países miembros del EMPAD como en otros países de Europa;
- La parte principal de los recursos de salud mental se dedica a la atención hospitalaria, los servicios basados en la comunidad están infradesarrollados y, además, Europa sigue siendo en la actualidad líder mundial en el uso de la hospitalización. Esto constituye un cuello de botella que obstaculiza el desarrollo de los servicios de salud mental basados en la comunidad;
- El análisis de las necesidades en los países pertenecientes al EMPAD indica que las necesidades de oportunidades y formación profesional de los usuarios deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar el mix óptimo de servicios. La baja participación de los usuarios en el desarrollo de los servicios ha sido una de las causas de insatisfacción;
- Una conclusión interesante del análisis de necesidades fue la relativamente baja concienciación de los profesionales y responsables de decisión acerca de las recomendaciones internacionales sobre políticas de salud mental;
- Las disparidades entre los países europeos en cuanto a los recursos humanos cualificados en el campo de la salud mental son enormes y completamente inaceptables. Este es otro cuello de botella en la construcción del mix óptimo de servicios de salud mental basados en la comunidad;
- La pertenencia a un Clubhouse genera ahorros en otros servicios sociales y de salud, lo que apoya un uso más extenso del modelo Clubhouse. Los puntos fuertes clave de los Clubhouses son el sentimiento de pertenencia de sus miembros y la sensación de comunidad, así como la gestión de la calidad mediante procedimientos de acreditación;
- El informe también contiene consejos prácticos acerca de cómo implementar el mix de políticas combinadas de salud mental de la estructura de pirámide de la OMS y las directrices de RBC, donde los Clubhouses y otros modelos de recuperación pueden demostrar sus efectos positivos.

REFERENCIAS. La lista de referencias aparece en el informe completo:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80493/URN_ISBN_978-952-245-694-6.pdf?sequence=1

Hänninen E: Choices for Recovery: Community-Based Rehabilitation and the Clubhouse Model as Means to Mental Health Reforms. THL report 50/2012. Juvenes Print – Tampere University Print Oy. Tampere.