



BUENA PRÁCTICA: REFORMULAMOS EL “**ESPACIO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA**”, EN EL HOSPITAL DE DÍA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN ARGIA FUNDAZIOA, COMO UN RECURSO PARA LA RECUPERACIÓN.

**FUNDACIÓN ARGIA**

## EJE B: VIDA COTIDIANA Y SIGNIFICATIVA

### DESCRIPCIÓN BUENA PRÁCTICA:

El “espacio de actividades ocupacionales” del Hospital de día (97 personas usuarias) buscaba mejorar la adaptación de la persona usuaria a sus circunstancias. Aportaba a su rehabilitación una estructura de: ocupación del tiempo, normas y actividades, con que desarrollar competencias: laborales/ocupacionales y cognitivas, favorecer relaciones interpersonales, y asegurar condiciones de vida. En paralelo, un proyecto piloto buscaba promover el protagonismo de la persona usuaria, el desarrollo su proyecto vital, y la relación con su profesional de referencia. Este proyecto impactó fuertemente en la organización del “espacio de actividades ocupacionales”, y en las expectativas de las personas implicadas, usuarias y profesionales. Surgieron demandas de mayor participación (opinar en la compra del mobiliario, cambiar las normas...), que chocaban con una estructura organizativa rígida.

En 2017 replanteamos este espacio: aplicaremos aquí los aprendizajes del “club social” (articulado en base a la asamblea de personas socias). Así, redefinimos la “actividad” acorde a los modelos de Calidad de Vida y Recuperación, ahora buscaremos: facilitar las condiciones para que la persona usuaria pueda vivir experiencias en las que es protagonista de la actividad y se siente recompensada por ello, que den continuidad a su identidad anterior, y posibiliten su empoderamiento. Iniciamos un proceso de cambio organizacional planteado como un ejercicio de diseño social, en permanente revisión, en el que participaran todos los agentes implicados: dirección de Argia y del Hospital de día, educadoras, personas usuarias, equipo técnico. Durante dos años, liderado por una comisión que guía el proceso, hemos trabajado en la redefinición de este “espacio de actividad”. El proceso de cambio se apoya en los recursos del propio “espacio”, esto es: la estructura del Hospital, el equipo de educadoras, su conocimiento experimentado, y las personas usuarias; busca identificar y potenciar las buenas prácticas para conseguir el cambio. El instrumento de trabajo es la facilitación, el reconocimiento, la escucha, y la conversación entre los diferentes agentes.

1ª fase: **Definición del contexto para iniciar el proceso de cambio.** Elaboramos una propuesta de funcionamiento del espacio de actividades según el Modelo de Calidad de Vida-Recuperación: entenderemos la “actividad” ligada a la identidad, a la satisfacción con uno mismo y al proyecto vital y, por tanto, esencialmente autodeterminada.

2ª fase **Lanzamiento del proceso de cambio, primeras resistencias y logros.** Establecemos diferentes espacios de actividad, articulados con una asamblea semanal de personas usuarias que diseña, organiza y evalúa las actividades con el apoyo de las educadoras. Estas, se coordinan para dar cobertura a todos los espacios. Observamos primeros cambios en el desempeño de las educadoras: más flexibilidad, escucha, colaboración. Por su parte, las personas usuarias comienzan a desarrollar actividades significativas, nuevos roles, situaciones de apoyo mutuo, nuevas relaciones, conversaciones informales, y altísimo nivel de satisfacción.

3ª fase. **Nuevas prácticas, extracción de aprendizajes, reajustes y consolidación del cambio.** Surgen nuevas prácticas y se reconceptualizan antiguas: las asambleas toman decisiones respecto a: normas, decoración, organización y nuevas actividades, atribuyendo recursos a cada opción; cada persona establece su objetivo (nivel de logro) en la actividad. Las educadoras transfieren competencias a las



personas usuarias con el objetivo es la autogestión, y delegan tareas. Las educadoras adquieren un perfil más de facilitadoras y las personas usuarias más de promotoras y autogestoras. Constatamos que las personas usuarias participan en más ámbitos, se mueven por todos los espacios, se implican en la gestión de las actividades, desarrollan roles significativos; se incrementan las relaciones de apoyo; se mantiene la satisfacción.

4ª fase. **Cierre del proceso.** Concreción de las claves del cambio evidenciadas con éxito en la evaluación final, esto es: otorgar el protagonismo a las personas usuarias en el diseño, ejecución y evaluación de actividades significativas; potenciar roles significativos; facilitar asambleas vinculantes; potenciar que se de apoyo entre iguales (apoyo mutuo); ofrecer flexibilidad; coordinación entre espacios.

5ª fase. **Pandemia, restricciones, reapertura y recuperación del espacio de actividades.** Las restricciones originadas por la pandemia provocan limitaciones que hacen inviables muchos elementos clave en el espacio de actividades. Se mantienen las asambleas y la participación en las actividades en grupos burbuja. En 2022 relanzamos los espacios abiertos, las asambleas vinculantes, la participación de las personas usuarias. La realización del cambio en el espacio de actividades ha durado dos años y medio. En este proceso las inversiones han consistido en:

- Tiempo dedicado a construir y asentar las nuevas relaciones y formatos organizativos
- Apoyo y formación a las profesionales en el desarrollo de nuevas competencias y en la experimentación de nuevas prácticas.
- Confianza de las implicadas en el compromiso de todas las partes

Surgen miedos y resistencias entre las educadoras, dudas:

- Acerca de la pertinencia, adecuación de propuestas (asamblea semanal), y su realismo (las “posibilidades reales de cambio” de las personas con enfermedad mental, la necesidad de guiar para garantizar la “calidad de cuidado”).
- Sobre cómo dar cabida en un planteamiento general a particularidades (sexo, edad, intereses, formas de participación).
- Respecto al desempeño del equipo de educadoras: cómo garantizar la autocrítica y el aprendizaje en equipo, cómo responder simultáneamente a las demandas del “espacio de actividad” y a sus funciones como “profesionales de referencia-dinamizadores de grupos de referencia”.

Surgen disfuncionalidades en la puesta en marcha de las propuestas. Asambleas sobrecargadas, frente a otras con dificultades de convocatoria, y otras muy activas y eficientes. Diferentes evoluciones entre las personas usuarias.

Entre las personas usuarias también surgen resistencias:

- Algunas personas muestran dificultad/rechazo para asumir control/responsabilidad sobre sus decisiones, debatir, colaborar, implicarse...
- Algunas personas optan por la pasividad, la demanda de normas, de programación, ...

Por último, la pandemia impacta negativamente: educadoras y personas usuarias hemos perdido hábitos de relaciones que potencian el protagonismo de las personas usuarias, y adquirido hábitos de control.

El proceso respeta los ritmos de las partes implicadas, se fomenta la escucha, y la conversación abierta. El equipo es apoyado por una facilitadora externa y cuenta con soporte formativo continuo en facilitación y Modelo de Recuperación. La confianza en las personas implicadas, ya sean facilitadora, educadoras o usuarias, es un elemento determinante que crece a lo largo de todo el proceso.

El método de trabajo es: facilitación, formación, escucha, reconocimiento mutuo al valor y la aportación de cada una, conversación abierta orientada a la potenciación de las fortalezas, y tracción desde el objetivo final, consensuado y definido con claridad, sobre la dinámica del ahora.



- **INNOVACIÓN**, La buena práctica surge al constatar que el “espacio de actividades ocupacionales” se fundamenta en una visión de la enfermedad mental limitadora, y las personas que la sufren como personas “necesariamente dependientes”, sin otra opción que la de ser cuidadas. Ante ello:

Propone una nueva visión de persona con enfermedad mental que se empodera, y se construye en la búsqueda de un horizonte que ofrezca oportunidades.

Rompe con los modelos tradicionales y se dirige a una ocupación “significativa”, que da continuidad a una identidad anterior, y ofrece posibilidades relacionales y ocupacionales satisfactorias, que tienen sentido y generan bienestar.

Profesionales y personas usuarias hemos redefinido el concepto de persona con enfermedad mental (ahora: artesano, deportista, secretario), hemos redefinido perfiles profesionales y relación de apoyo y la organización de los espacios.

- **TRANSFERIBILIDAD**, La experiencia se ha realizado siguiendo líneas de pensamiento ampliamente contrastado. Estas son: Modelo de recuperación, diseño social iterativo, coaching para el cambio organizacional. En concreto los elementos que han hecho posible el éxito y garantizan su replicabilidad son:

El cambio se plantea en base al consenso, y cuenta con el apoyo de los estamentos directivos. Es un ejercicio de participación.

Hay una asunción del riesgo por parte de todas, especialmente las educadoras, que han incorporado la evaluación y autoevaluación como elemento de aprendizaje y de mejora continua, el riesgo del error y el consiguiente volver a iniciar, y la exposición pública de su profesionalidad que ello ha supuesto. También han asumido riesgos las personas usuarias cuando han dado su confianza a las nuevas propuestas, y se han implicado en cambios, si no dolorosos, cuando menos rupturistas con su experiencia.

Es un ejercicio de confianza en el futuro a la luz del Modelo de Recuperación. La Visión de un “espacio de actividad” deseable para todas y cada una de nosotras, esperanzador, ha ejercido de criterio de bondad y fuerza tractora durante todo el proceso. Con ello ha frenado resistencias al cambio que describen una realidad limitante, la de las personas dependientes.

El cambio se plantea como un proceso de larga duración. Esto ha permitido que cada agente disponga de tiempo para evolucionar a su ritmo, probar diferentes alternativas, y finalmente entre todas seleccionar las más adecuadas. Este largo tiempo ha posibilitado que podamos comunicarnos e identifiquemos y desarrollemos fortalezas, recursos, cara al objetivo.

La comisión que supervisa todo el proceso de cambio, semanalmente al inicio, luego cada tres semanas, revisa registros de actividad e incidencias en los espacios y con otros profesionales; extrae aprendizajes y reformula el planteamiento. Cada seis meses el proceso es evaluado; la evaluación final identifica los logros, y define claves de un funcionamiento autónomo. En este análisis conjugamos aspectos cualitativos y cuantitativos, en donde consideramos:

- Incremento en la autogestión del equipo de educadoras. Mejora en las competencias
- Mejora en las dinámicas de las asambleas: más participativas, más auto gestionadas, con propuestas más elaboradas. Mayor elaboración y complejidad en los roles desempeñados por las personas usuarias. Mayor elaboración y complejidad en la participación (diseño, organización, evaluación) en las actividades por las personas usuarias. Mayor complejidad en la satisfacción que expresan las personas usuarias.
- Medidas de actividad: media de roles por persona, porcentaje de actividades participadas, cumplimiento de oportunidades de participación en la asamblea.



## RESULTADOS E IMPACTO:

PERSONAS USUARIAS	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Actividades diseñadas y evaluadas por las personas usuarias	67,90%	57,81%	77,23%	88,33%	26,99%	80,66%	84,02%
Ratio de ejecución de asambleas (desaparece en 2022)			85,26%	75,00%	32,64%	85,76%	
Ratio de asambleas vinculantes (Valora el carácter VINCULANTE de las decisiones)							59,79%
Roles significativos por usuario		1,20	2,24	3,07	1,49	5,97	8,45
Satisfacción de la persona usuaria con el apoyo que recibe.	7,82	8,39	7,85	7,83		7,69	7,51

Los datos muestran (obviando el impacto de la pandemia en 2020) una tendencia positiva. La satisfacción que despunta al inicio del cambio en 2017, se mantiene en el nivel de 7,5, lo que valoramos como éxito dada su alta dependencia de las “expectativas” de quien emite el juicio, y que evolucionan al alza en función de las crecientes oportunidades que encuentra en el espacio de actividad: asambleas vinculantes, protagonismo en las actividades, roles significativos.

PROFESIONALES, ENCUESTA DE SATISFACCIÓN BIENAL	2017	2019	2021
Recibo el tiempo y apoyos necesarios para asumir los nuevos retos profesionales que me plantea Argia	6,18	6,55	5,95
Recibo la formación necesaria para asumir los nuevos retos profesionales que me plantea Argia (Por ejemplo, el cambio de modelo de atención, pilotos ...)	6,06	7,82	
Ofrecemos un servicio de calidad a las personas usuarias de Argia (atención, infraestructura...)	7,29	7,09	7,68

La satisfacción por los apoyos recibidos para asumir retos sube y cae en coincidencia con el momento de negociación del convenio colectivo, la relativa a la calidad del servicio aumenta

Las personas usuarias perciben un espacio amigo. La noción de “actividad” ha abandonado “lo terapéutico”, y se articula en torno a “lo significativo”. En el “espacio de actividades” del hospital de día las personas usuarias organizan horarios y actividades, desde sus propios intereses, preferencias, ritmos, hábitos, y relaciones significativas, y así dan continuidad a su identidad anterior; encuentran posibilidades de relación y ocupación satisfactorias, con sentido y que les generan bienestar. La interrelación de facilitadoras y personas usuarias es el elemento constructivo.

La mentalidad ha cambiado. Las facilitadoras definen su función como: imaginar un futuro diferente en su desempeño y en las propias actividades (cambios de responsabilidades, rutinas, y de relación con las personas usuarias). La conversación abierta y orientada a la identificación de fortalezas sobre las que avanzar y al aprendizaje, se incorpora como clave del crecimiento del equipo de facilitadoras.

Tras el paso de la pandemia, facilitadoras y personas usuarias son competentes para reconstruir un espacio de actividades en el que encuentran oportunidades de bienestar.