

# REFORMULAMOS UN RECURSO PARA LA RECUPERACIÓN: EL “ESPACIO DE ACTIVIDAD” EN EL HOSPITAL DE DÍA

WE REFORMULATE A RESOURCE FOR RECOVERY:  
THE “ACTIVITY SPACE” IN THE DAY HOSPITAL

Arantza Larizgoitia  
FUNDACION ARGIA FUNDAZIOA  
Getxo, España  
alarizgoitia@argiafundazioa.org  
944911946

## RESUMEN:

Introducción, El espacio de actividad del Hospital de día, concebido en origen desde la “rehabilitación en la dependencia”, se ve sometido a tensiones a consecuencia del cambio de orientación de Argia hacia el modelo de Calidad de Vida-Recuperación. Método, Desarrollamos un proceso iterativo de cambio organizacional, basado en el consenso, en el que tomarán parte todos los agentes implicados: dirección de Argia y del Hospital de día, educadoras, personas usuarias, equipo técnico, y orientado a un horizonte deseable para todos los agentes implicados. Las herramientas de trabajo han sido la facilitación y la conversación que busca potenciar las fortalezas. Las fases son: consenso, puesta en marcha, afianzamiento y aprendizajes, descripción de la nueva organización y cierre. Resultados Hemos definido un recurso para la “Recuperación”, en concreto: las características del modelo de actividad en el Hospital de Día, la estructura y organización del espacio, su funcionamiento, el cómo se establece y lleva a cabo el apoyo a cada persona usuaria, y los instrumentos de aprendizaje y evaluación del funcionamiento del “espacio de actividad”. Discusión Las claves de este éxito son: el apoyo de la dirección, el consenso, la colaboración entre los agentes, la orientación a un futuro de “recuperación”, la conversación orientada a las fortalezas, la larga duración del proceso.

**Palabras clave:** Recuperación, actividad, autodeterminación, cambio organizacional

## ABSTRACT:

Introduction, The “activity space” of the Day Hospital, originally conceived from the “dependency rehabilitation”, is subject to tensions as a result of Argia’s change of orientation towards the Quality Life and Recovery model. Method, We develop an iterative process of organizational change, based on consensus, in which all the agents involved will take part: management of Argia and of the Day Hospital, educators, users, technical team, and oriented towards a desirable horizon for all the agents involved. The working tools have been facilitation and conversation that seeks to enhance strengths. The phases are: consensus, start-up, consolidation and learning, description of the new organization and closure. Results, We have defined a resource for the “Recovery”, specifically: the characteristics of the activity model in the Day Hospital, the structure and organization of the space, its operation, how support is established and carried out for each user, and the instruments of learning and evaluation of the functioning of the “activity space”. Discussion. The keys to this success are: the support of the management, the consensus, the collaboration between the agents, the orientation to a future of “recovery”, the conversation oriented to strengths, the long duration of the process

**Keywords:** Recovery, activity, self-determination , organizational change



## INTRODUCCIÓN

Argia Fundazioa, con 30 años de historia, tiene por Misión "responder a la demanda social de dar apoyo a las personas con enfermedad mental y su entorno afectivo para mejorar su calidad de vida y su imagen pública". Interpretada la Misión desde un enfoque bio-psico-social de la enfermedad, el modelo de intervención sigue la senda de la rehabilitación psico-social, esto es: intervenciones que pueden ir dirigidas a mitigar la vulnerabilidad, a reducir el estrés, o a mejorar los factores protectores por medio de estrategias de afrontamiento o de adiestramiento de la competencia social<sup>1</sup>. En virtud de tal planteamiento, desarrollamos una estructura organizacional de: equipamientos, perfiles y equipos profesionales, funciones, procedimientos, instrumentos de seguimiento y control, sistema de información, normas, derechos, cultura, que sustenta un abanico de recursos comunitarios de diferente intensidad: apoyo en el domicilio, club social, piso tutelado, hospital de día, residencia.

A partir de 2012, participando de un amplio movimiento en la psiquiatría comunitaria, comenzamos un giro hacia el Modelo de Calidad de Vida y de Recuperación en la enfermedad mental<sup>2</sup>. Afrontamos el reto de ayudar a que la persona diseñe sus proyectos, a que elija en función de sus posibilidades (lo que ya puede hacer, y lo que podría con el apoyo adecuado) y de cómo las valora<sup>3</sup>. Así, revisamos la estructura organizacional subyacente a nuestros recursos. El "Club social"<sup>4</sup> es el espacio experimental donde iniciamos un proceso de cambio con el resultado de insospechados niveles de autogestión, empoderamiento y satisfacción entre las personas socias. El cambio paulatinamente afecta más ámbitos y surgen tensiones. Una de ellas se produce en el recurso Hospital de día, cuya misión es la prestación de apoyo socio-sanitario de día a personas con trastorno mental grave de larga duración. Surge específicamente en el "espacio de actividades ocupacionales".

El "espacio de actividades ocupacionales" del Hospital de día buscaba en 2015 propiciar un cambio en la vida de la persona usuaria, de modo que mejorara la adaptación a sus circunstancias personales y contextuales<sup>5,6</sup>. Con su participación en el PAI (plan de atención individualizada), aportaba al proceso rehabilitador: una estructura de ocupación del tiempo, comprometerle en el cumplimiento de normas y en la participación en actividades, desarrollar competencias: practicar habilidades laborales/ocupacionales y cognitivas, favorecer relaciones interpersonales, y asegurar un adecuado mantenimiento de las condi-

ciones de vida. Para atender a 97 personas usuarias (de algo más de 50 años de edad media, y dos tercios hombres), con un diagnóstico de enfermedad mental grave cronificada; contaba con un equipo de seis educadoras y media que en ese año ofrecieron 43 actividades, de lunes a viernes, dos sesiones de mañana y dos de tarde; las principales (laborterapia, artesanía, costura, limpieza) por propia iniciativa y muchas del resto a propuesta de las usuarias.

En paralelo, en ese momento había comenzado un proyecto dirigido a promover el protagonismo de la persona usuaria en su experiencia en Argia; Como resultado, describimos las herramientas de "grupo" y de "relación individual de referencia", en las que la "profesional de referencia" actúa como facilitadora<sup>7</sup>; ambas propician que la persona usuaria, partiendo del día a día, desarrolle su proyecto vital. Por último, a partir de esta "relación", la profesional de referencia traslada las expectativas vitales de la persona usuaria al PAI<sup>8</sup>. El nuevo escenario tuvo un impacto determinante en la organización del "espacio de actividades ocupacionales" (las educadoras pasaron a ser personas de referencia, lo que ocupaba parte de su jornada), y en las expectativas de las implicadas, usuarias y profesionales. Surgieron demandas de mayor participación (opinar en la compra del mobiliario, cambiar las normas...) y proyectos de abrir nuevas vías colaborativas (comisión de usuarios y voluntariado para pensar nuevas actividades desde intereses y gustos de los usuarios), que chocaban con una estructura organizativa rígida. Tras intentos de cambio fallidos, en 2017 hacemos un nuevo planteamiento: aplicaremos en este espacio los aprendizajes del "club social". Para ello 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 autotélicas (en las que la recompensa obtenida se deriva del mismo acto de realizar la actividad) que hagan fluir su mente y permitan que la personalidad crezca y se haga más compleja<sup>9</sup>, se empodere.

A partir de este momento iniciamos un proceso de cambio organizacional planteado como un ejercicio de diseño social iterativo<sup>10</sup> en el que tomarán parte todos los agentes implicados: dirección de Argia y del Hospital de día, educadoras, personas usuarias, equipo técnico.

### OBJETIVO DEL PROCESO DE CAMBIO ORGANIZACIONAL

Queremos redefinir el "espacio de actividades ocupacionales" y su aportación a la misión del Hospital de

día, de tal forma que efectivamente sea un espacio orientado a facilitar que las personas usuarias puedan desarrollar aquí una actividad significativa y estén satisfechas con el apoyo recibido.

### MÉTODO:

Durante dos años hemos trabajado en la redefinición de este "espacio de actividad", con el apoyo e implicación de la dirección de Argia (director médico, responsable de innovación) y del Hospital de día (responsable del recurso). Tras un primer consenso sobre el objetivo final (horizonte desde el que evaluaremos el proceso) y el plan de trabajo (formulación, ejecución, revisión-reformulación intensivo), creamos una comisión (educadoras, responsable del Hospital, responsable de Innovación) que guía el proceso. Con regularidad, las educadoras registran-evalúan su actividad y la de las personas usuarias en relación al objetivo buscado. Semanalmente al inicio, luego cada tres semanas, la comisión revisa tales registros (diarios de campo), así como las incidencias en los espacios de actividad y con otros profesionales; se extraen aprendizajes y se reformula el planteamiento. Cada seis meses el proceso es evaluado, para ello se analizan indicadores de logro, así como la evaluación de las personas usuarias, las educadoras, y la dirección del Hospital. La evaluación final identifica los logros, y define claves de un funcionamiento autónomo.

La responsable de Innovación es facilitadora en esta comisión. El proceso de cambio<sup>11</sup> se apoya en los recursos del "espacio de actividad", esto es: la estructura del Hospital, el equipo de educadoras, su conocimiento experimentado, y las propias personas usuarias; buscamos descubrir funciones útiles en el desempeño de estos recursos, para potenciarlas y conseguir el cambio. El instrumento de trabajo es el reconocimiento, la escucha, y la conversación entre los diferentes agentes. Desde ahí tiene lugar una transformación integradora y creativa que conduce a superar las contradicciones en una nueva formulación del "espacio de actividad" incardinado en el Hospital de día.

### FASES DE DESARROLLO DEL PROYECTO

1º fase: Acuerdo marco y puesta en marcha (dos meses). El proceso de cambio se inicia con el consenso entre dirección (Argia y Hospital de día) y equipo de educadoras, sobre la necesidad de repensar el "espacio de actividades ocupacionales". El equipo de educadoras elabora una propuesta de nuevo funcionamiento que reformulamos a la luz del Modelo de Calidad de Vida-Recuperación, ahora entenderemos la "actividad" ligada a la identidad, a la satisfacción con uno mismo, y al proyecto vital, y por tanto esencialmente auto-determinada.

A partir de ahí, establecemos un acuerdo marco que redefine la estructura del Hospital, y el papel del equipo de educadoras. En el Hospital de día se van a conjugar dos ámbitos de intervención: la atención socio-sanitaria a la vulnerabilidad producida por la enfermedad mental y a sus efectos

secundarios, realizada a través del PAI por el equipo técnico (psiquiatra, psicóloga, enfermera, trabajadora social, y profesional de referencia); y el apoyo al proceso de recuperación (proyecto vital, empoderamiento y autodeterminación en la actividad, participación), realizada en el día a día por equipo técnico, profesional de referencia y educadoras, y específicamente por estas en el "espacio de actividad". Las educadoras habrán de responder con flexibilidad a la necesidad subjetiva de actividad de las personas usuarias, esto es: desarrollar un rol significativo, desarrollar una identidad positiva, disfrutar, obtener logros, desarrollar habilidades. Este acuerdo rompe el status anterior; ahora la "actividad" de las personas usuarias no es objeto de tratamiento en su PAI, o lo es solo de manera particular y coyuntural. Pierden sentido, por tanto, los seguimientos sistemáticos sobre su desempeño en el espacio de actividad. Las educadoras redefinen su perfil competencial como facilitadoras que trabajan en equipo, Los espacios de actividad se estructuran en función de los recursos disponibles como espacios de autogestión por las personas usuarias.

El lanzamiento de este acuerdo implica su presentación previa a todas las personas del Hospital (profesionales y usuarios), y la apertura de un proceso de cambio estimado en dos años.

2º fase. Puesta en marcha del nuevo planteamiento y re-encuadre del "espacio de actividad" (nueve meses, el seguimiento es semanal). Empiezan a funcionar cuatro espacios paralelos: espacio laboral, arte, lúdico, y deporte salud. En cada espacio, hay una asamblea semanal donde las personas usuarias diseñan, organizan y evalúan las actividades con el apoyo de las educadoras. Estas si bien trabajan preferentemente desde un espacio, se coordinan para dar cobertura a todos ellos. A primera hora hay una reunión de "buenos días" de carácter voluntario, abierto a todas las personas del Hospital. Las personas usuarias acuden a uno u otro espacio según sus preferencias y sin compromiso ajeno al que decidan iniciar y mantener.

Es una etapa de grandes dudas. Las educadoras deben afrontar el reto de delegar su protagonismo en las personas usuarias, y estas se deben empoderar; y a la vez las primeras han de transferir competencias a las segundas para que efectivamente se autodeterminen como sujetos de su actividad, y todas (incluido el equipo técnico del Hospital) han de confiar en que sucederá. El proceso sigue diferentes ritmos en cada espacio, en función: de lo estructurado de las actividades que ahí se realizan, de lo competente en facilitación que es cada educadora, de las propias personas usuarias que acuden (su experiencia previa e interés por la actividad, su dinamismo, su edad, su experiencia de institucionalización, etc.). Surgen dudas acerca de: la pertinencia de las pautas de actuación acordadas, especialmente sobre la existencia de contenidos para una asamblea se-

<sup>1</sup>Del Olmo Romero Nieva F. Rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia. Informaciones Psiquiátricas. 2002; 168. Disponible en: [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2002/02\\_168\\_06.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/02_168_06.htm)

<sup>2</sup>Shepherd G, Boardman J, Slade M. Implementando la recuperación. Un nuevo marco para el cambio organizativo. Sainsbury Centre for Mental Health, 2008. Edición en castellano: Hacer de la recuperación una realidad. 2008. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Disponible en: <http://bit.ly/1B5Hjej>

<sup>3</sup>Exeberria X. Ética y discapacidad. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. 2004; 35(2):68-79.

<sup>4</sup>Larizgoitia A. Club Social para personas con discapacidad relativa a salud mental, espacio para el ocio que posibilita su participación. Rehabilitación Psicosocial 2015; 12(12): 25-33. Disponible en: [http://www.argiafundazioa.org/gw\\_argia/images/secciones245/item556/ARTICULO%20CLUB%20SOCIAL%20-%202015.pdf](http://www.argiafundazioa.org/gw_argia/images/secciones245/item556/ARTICULO%20CLUB%20SOCIAL%20-%202015.pdf)

<sup>5</sup>Cano Deltell E.E. TP: Modelo de ocupación humana MOHO. Máster en Cuidados de Salud en la Dependencia, Discapacidad y Fin de Vida. Disponible en: <https://www.ugr.es/~kogniv/Preguntas/21%20Modelo%20ocupacion%20humana.pdf>

<sup>6</sup>Navarrón Cuevas E L; Ortega Valdivieso A. Rehabilitación psicosocial: una perspectiva desde el modelo de ocupación humana. Terapia-ocupacional.com. Disponible en: [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehab\\_PsicoS\\_Emi\\_Navarron.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehab_PsicoS_Emi_Navarron.shtml)

<sup>7</sup>La facilitación es el proceso de conducir a una persona/un grupo, a través de la discusión, el aprendizaje o el cambio, de modo que se le anime a participar. También se refiere a los procesos y funciones que permiten que el grupo trabaje en torno a un objetivo común en forma eficiente, efectiva y agradable. Este enfoque parte de la base que cada persona tiene algo único y valioso que aportar.

<sup>8</sup>Larizgoitia A. Promovemos la participación del usuario en la construcción de su proyecto vital. El "grupo de referencia". Rehabilitación Psicosocial 2018; 14(1 y 2): 11-18 11. Disponible en: [http://www.argiafundazioa.org/gw\\_argia/images/secciones245/item556/ARTICULO%20participacion%20C3%B3n%20usuario.pdf](http://www.argiafundazioa.org/gw_argia/images/secciones245/item556/ARTICULO%20participacion%20C3%B3n%20usuario.pdf)

<sup>9</sup>Csikszentmihalyi M. Fluir. Kairos. 1997. Resumen disponible en: <https://www.leadersummaries.com/ver-resumen/fluir>

<sup>10</sup>El diseño iterativo se basa en un proceso continuo de experimentación, prueba y evaluación del producto, de manera que progresivamente se eliminan problemas y este se adecua a los usuarios que lo tienen que utilizar. <http://design-toolkit.recursos.uoc.edu/es/iterativo/>

<sup>11</sup>Kourilsky F. Coaching. Cambio en las organizaciones. Pirámide. 2011.

manal; lo determinante de la enfermedad mental respecto a las expectativas de desempeño de las personas usuarias, y la necesidad de guiar y de establecer límites externos que garanticen "una calidad de cuidado"; el nexo de unión entre el "espacio de actividad" y el equipo técnico del Hospital, y los canales de comunicación y coordinación.

En este contexto, resultan determinantes: la claridad del objetivo final consensuado que realiza un efecto tractor sobre la dinámica del proceso de cambio; el reconocimiento mutuo al valor y la aportación de cada una como recurso esencial en este proceso; y la determinación y flexibilidad con que conseguimos mantener una comunicación abierta, enfocada a identificar y potenciar los aciertos sobre los que podemos construir a futuro. Resulta además importante el soporte formativo continuo a las educadoras en facilitación y Modelo de Recuperación.

La evaluación identifica cambios en el desempeño de las educadoras (se escuchan y consideran las propuestas, se implica a las usuarias en todo el proceso, se ofrece apoyo para planificar, ejecutar y evaluar, se respeta la individualidad); esto se refleja en cambios en el desempeño de las personas usuarias (se han desarrollado actividades significativas, nuevos roles, situaciones de apoyo mutuo, creado más relaciones, conversaciones en espacios informales, y actividades en solitario), y a la vez en un altísimo nivel de satisfacción (9,25 sobre 10 puntos); si bien tales logros alcanzan a algo menos de la mitad del colectivo. También se identifican áreas de mejora para las educadoras: mejorar las competencias de facilitación, la creatividad en su desempeño y la personalización de las conversaciones. La asamblea se establece como centro articulador del espacio de actividad, autogestionado por las personas usuarias, y entra en fase de mejora.

3º fase. Extracción de aprendizajes y consolidación del nuevo "espacio de actividades" (doce meses, el seguimiento es cada tres semanas). Se trata de consolidar las nuevas prácticas en el "espacio de actividad", lo que lleva implícito la identificación de aprendizajes que deben ser incorporados en el funcionamiento normalizado. Se plantean retos relativos a la relación de apoyo: cómo dar cabida en los espacios a las particularidades personales: sexo, edad, intereses, diferentes formas de entender la participación; cómo compatibilizar la dinámica de participación asamblearia con interés minoritarios; cómo entender la "no actividad"; cómo identificar y potenciar la asunción de roles; cómo entender la opción de algunas por reducir su presencia en el Hospital; cómo motivar desde el respeto al proyecto vital de cada persona. Se plantean retos también 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".

Ante estas y otras preguntas surgen nuevas soluciones y se re-conceptualizan antiguas: las asam-

bleas toman decisiones respecto a las normas, los derechos, y los compromisos de las personas usuarias, la decoración y la organización física de los espacios de actividad; las educadoras transfieren competencias a las personas usuarias, al igual que en el pasado, si bien ahora el objetivo es la autogestión; la dificultad, el objetivo (nivel de logro buscado) de la actividad lo establece cada persona; las asambleas deciden la capacidad del espacio para asumir actividades muy complejas, atribuyendo los recursos disponibles (el tiempo de la educadora) a las diferentes opciones; las educadoras intensifican su coordinación previendo las situaciones estresantes y delegan tareas en personas usuarias. En un plano más abstracto: se consensua una definición operativa de "rol significativo" que recoge al anterior "trabajo de motivación" orientándose al empoderamiento y al reconocimiento; se redefine el concepto de "actividad significativa" atendiendo a los diferentes "ritmos" de cada persona, y contemplando la no actividad, "el estar", como opción válida. Las educadoras van abandonando tareas que antes ocupaban su tiempo (una especialmente significativa es la presencia constante en el espacio de actividad, y las actividades rutinarias), y que ahora son ejecutadas por personas usuarias que asumen estos roles. Como en un movimiento sincronizado, las educadoras adquieren un perfil cada vez más de facilitadoras y las personas usuarias más de promotoras y autogestoras.

El método de trabajo ha continuado la fase anterior: reconocimiento, conversación abierta orientada a la potenciación de las fortalezas, y tracción desde el objetivo final sobre el ahora.

Las evaluaciones muestran un crecimiento de espacios-ámbitos donde las personas usuarias conviven, un incremento de la movilidad de las personas usuarias entre los espacios, y de su implicación en la gestión de las actividades (si bien centrado en actividades poco complejas), se mantiene el desarrollo de roles significativos por los espacios; se incrementan las relaciones de apoyo; se mantiene la satisfacción (si bien ahora en niveles más normales: 7-8 puntos). Se identifican también áreas de mejora: además de aumentar y profundizar las oportunidades de participación, estas se centran en mejorar las competencias de las educadoras para "ver y reconocer" las relaciones de apoyo y el desempeño de roles significativos por parte de las personas usuarias. Se pone también atención en la mejora de la dinámica de las asambleas.

4º fase. Cierre del proceso de cambio (seis meses, el seguimiento es cada tres semanas). Se trata de concretar las claves del "espacio de actividades" que garantizan su eficiencia y eficacia, su crecimiento como espacio de Recuperación, y su aporte de valor a la misión del Hospital.

No todos los espacios de actividad han avanzado al mismo ritmo. Parece que los espacios con actividades más genéricas, lúdico y salud deporte, tienen límites poco claros. En el lúdico se juntan personas muy activas con otras de asistencia intermitente y escasa implicación, las asambleas

resultan sobrecargadas y muchas iniciativas van dirigidas a actividades deportivas. En el de salud deporte se juntan intereses muy específicos (una sola actividad con gran implicación, ejemplo: fútbol), con otros mucho más difusos; las asambleas encuentran dificultades de convocatoria, así como de gestionar actividades de interés general y participativas. Por contrapartida los espacios laboral y de arte, con un tipo de actividades mucho más estructuradas, han puesto en marcha asambleas muy activas y eficientes; las actividades, gestionadas a través de alianzas de las educadoras con las personas usuarias (reparto de tareas, organización del espacio) han entrado en un ciclo de creciente autogestión, además hay muchas relaciones de apoyo mutuo. De otro lado, entre las personas usuarias se observan muy diferentes evoluciones: en un grupo se constata un altísimo nivel de desempeño y satisfacción, unido en muchos casos a una creciente demanda a las educadoras para nuevos logros; en el otro extremo está el grupo de personas que básicamente "se adapta" y demanda mucho menos, sus niveles de logro son también muy moderados. Todo ello plantea en cada espacio retos diferentes a las educadoras.

Como respuesta, se decide unificar la actividad y asambleas del espacio lúdico y el de salud deporte; en todos los espacios se crean mini-asambleas que dan solución a temas concretos y dependen de la asamblea general vinculante, lo que facilita la participación en el diseño y ejecución de las actividades, y la asunción de roles; en todos los espacios se impulsa el "trabajo de roles" como herramienta de reconocimiento, motivación, e implicación en la actividad, lo que va ligado a la personalización de las conversaciones; se impulsa el apoyo mutuo orientado a la realización de actividades (surge la figura del artesano experto); crecen las coordinaciones y la movilidad de las educadoras inter-espacios. Hay un importante cambio de mentalidad en todos los implicados, educadoras y personas usuarias. Las educadoras ahora facilitadoras, definen su función como: imaginar un futuro diferente en su desempeño y en las propias actividades (cambios en las responsabilidades, en las rutinas, y en la relación con las personas usuarias). Las personas usuarias perciben un espacio amigo, que ellos construyen. La noción de "actividad" ha abandonado definitivamente "lo terapéutico", y se construye en torno a "lo significativo",

Finalmente identificamos las claves de trabajo en el "espacio de actividad" del Hospital de día, estas son: otorgar el protagonismo a las personas usuarias en el diseño, ejecución y evaluación de las actividades significativas; potenciar los roles significativos; facilitar asambleas vinculantes; potenciar que se de apoyo entre iguales (apoyo mutuo); ofrecer flexibilidad; coordinación entre espacios. La conversación abierta y orientada a la

identificación de fortalezas sobre las que avanzar y al aprendizaje, herramienta de trabajo constante a lo largo del proceso de cambio, se incorpora ahora como clave del crecimiento del equipo de facilitadoras. Este se redefine como equipo autogestionado: desaparece la figura del coordinador, e incorpora la técnica de la "reunión delegada"<sup>12</sup> a su dinámica de trabajo, como instrumento de gestión y de aprendizaje de equipo<sup>13</sup>.

La evaluación muestra que los espacios de actividad son gestionados por asambleas semanales en las que las propuestas son paulatinamente más complejas, más del 88% de las actividades son diseñadas, organizadas y evaluadas por las personas usuarias, y como media cada persona desempeña más de tres roles de los que se siente orgullosa y por los que recibe reconocimiento. Finalmente, se constata que: algunas personas usuarias adoptan roles protagonistas en la sociedad (interacción en primera persona con proveedores, con clientes, con otros productores, etc.); y algunas demandan mayor participación en el Hospital, más allá del "espacio de actividad".

## RESULTADOS OBTENIDOS.

Hemos redefinido el "espacio de actividad" del Hospital como espacio de Recuperación, dirigido a facilitar que las personas usuarias encuentren aquí oportunidades y apoyos para relacionarse con otras personas y desarrollar actividades satisfactorias y significativas para su proyecto vital.

- **Características del modelo de actividad en el Hospital de Día** La "actividad significativa" está directamente relacionada con el "proyecto vital", este es el fundamento de su "significancia". La implicación de la persona usuaria en el "espacio de actividad" con actividades que le son significativas responden al resultado clave del recurso de "satisfacción de las personas usuarias" con el hecho de formar parte de la vida del Hospital. El "espacio de actividad" se caracteriza por ser un espacio amigo: que ellos construyen, donde son reconocidos, esto les produce un sentimiento de pertenencia y de preocupación por el otro. El proceso da lugar a la toma de responsabilidades y las relaciones de ayuda mutua entre iguales, y relaciones horizontales facilitadora-persona usuaria, donde esta última asume un papel activo.
- **Estructura y organización del espacio:** Hay tres espacios: laboral, de arte, y lúdico y deporte. Funcionan con autonomía y se coordinan entre ellos y con el resto del Hospital. Cada espacio es lugar de variedad de actividades (remunerada/desarrollo de la creatividad/ hobbies más o menos estructurados, descanso, disfrute/actividad física), orquestadas en función de los intereses e implicación

<sup>12</sup>En la "reunión delegada" las funciones del líder de: dotar de contenido, dinamizar, controlar el tiempo, facilitar la toma de decisiones, y dar feed-back en la reunión, son delegadas de forma rotatoria a los asistentes. Ello garantiza una dinámica de reuniones eficaces y eficientes.

<sup>13</sup>Cardon A. Coaching de equipos. Gestión 2000. 2005.

<sup>11</sup>Merino T, Ostolozaga Z. La implantación del Modelo de Recuperación en un taller de artesanía. IV Jornadas de Hospitales de Día de la AEN. 2017. Disponible en: [http://www.argia-fundazioa.org/gw\\_argia/images/secciones245/Item556/poster%20implantac%C3%B3n%20del%20modelo%20de%20recuperac%C3%B3n%20en%20taller%20artesan%C3%ADa.png](http://www.argia-fundazioa.org/gw_argia/images/secciones245/Item556/poster%20implantac%C3%B3n%20del%20modelo%20de%20recuperac%C3%B3n%20en%20taller%20artesan%C3%ADa.png)

de los actores. La función de las facilitadoras es acompañar y apoyar a las personas, y generar nuevas oportunidades de crecimiento.

- **Funcionamiento:** La reunión de “buenos días”, conducida por personas usuarias y abierta a todas las personas del Hospital, es el punto de encuentro donde compartir informaciones, celebrar logros. Los espacios permanecen abiertos de inicio a fin de la jornada, y las personas usuarias se mueven, adquieren y mantienen compromisos en función de sus intereses, eligen: horario, tipo de actividad. En cada espacio se realiza: la acogida diaria, el funcionamiento habitual del espacio y la organización del mismo. Semanalmente, una asamblea por espacio toma decisiones acerca de la organización, las actividades, el reparto de responsabilidades; en esta, las personas usuarias asumen el protagonismo con propuestas, planes de acción y evaluaciones. La facilitadora se responsabiliza de implicar a las personas en la construcción del orden del día para la asamblea; y facilitar una dinámica participativa. Los espacios coordinan sus asambleas con el objetivo de que los interesados puedan acudir a todas ellas. Las facilitadoras, tienen dos reuniones semanales de análisis de buenas prácticas y de coordinación para dar respuesta a cuestiones organizativas y mantener simultáneamente activos los tres espacios.
- **Como se establece y lleva a cabo el apoyo a cada persona usuaria** En los espacios facilitadora y persona usuaria establecen conjuntamente los retos, los procesos de trabajo y el modo de evaluación. La facilitadora apoya y promueve la asunción de roles significativos por parte de la persona usuaria.

Entendemos por rol significativo: El papel que voluntariamente desempeña una persona en un grupo de una manera consistente y continuada, es identificable por los demás y genera expectativas en los otros, de tal manera que si la persona no lo ejerce se echa de menos. Por otro lado, el desempeño de un rol refuerza la autoestima, y la identidad personal. Los roles se van creando a través de la actividad y de la convivencia. El trabajo de fomentar roles consiste en ofrecer apoyo y oportunidades para ejercer un papel que la propia persona pueda gestionar, dándole el reconocimiento merecido. Hay varias maneras de crear oportunidades: detectar, valorar, y potenciar funciones que alguien ya está ejerciendo y visualizarlas en el grupo; observar habilidades y cualidades de las personas y apoyarle para que asuma roles relacionados con éstas; crear oportunidades de experimentar con éxito el rol, delegando funciones en la persona usuaria y proporcionándole ayuda para que las asuma; potenciar el apoyo entre iguales.

Para potenciar el reconocimiento que merece el rol debemos considerar dos dimensiones que podemos utilizar de forma combina-

da: ofrecer reconocimiento a nivel individual o colectivo (asambleas, grupos,..), y ofrecer reconocimiento formal o informal (de manera sutil o manifiesta).

- **Instrumentos de aprendizaje y evaluación del funcionamiento del “espacio de actividad” en el Hospital de Día** Las facilitadoras cumplimentan diarios de campo de los espacios y las asambleas, donde registran reflexiones (dudas y aciertos en su desempeño, hipótesis explicativas) y datos sobre la actividad. Estos registros son la base para una reunión mensual orientada exclusivamente al aprendizaje, de ellos extraemos los “recursos” que deberán ser analizados más a fondo y potenciados por el equipo. Utilizaremos una dinámica de “reunión delegada” como instrumento del aprendizaje de equipo.

La evaluación de resultados se realiza en base a tres indicadores: oportunidades de participación en la asamblea, porcentaje de actividades diseñadas, organizadas y evaluadas por las personas usuarias, y media de roles significativos entre las personas usuarias. Además, a fin de año, en cada asamblea se plantea un debate evaluativo sobre el funcionamiento del año; por último, cada persona usuaria hace una pequeña redacción sobre su experiencia durante el año en ese espacio.

#### DISCUSIÓN

Creemos que el trabajo realizado ha conducido a: la reformulación del “espacio de actividad” del Hospital de día como un recurso para la “recuperación” de las personas usuarias que aquí participan. Podemos identificar una serie de aspectos que han resultado determinantes:

1. El cambio se plantea en base al consenso entre todas las agentes implicadas, y cuenta de inicio a fin con el apoyo de los estamentos directivos. El proceso ha sido planteado como un ejercicio de participación y facilitado con dinámicas de gestión del cambio.
2. En torno al proceso de cambio hay un ejercicio de humildad, de generosidad, y de 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 que les lanzaban las educadoras, y se han implicado en cambios, si no dolorosos, cuando menos rupturistas con su experiencia.
3. El cambio se plantea también como un ejercicio de confianza en el futuro, el de las personas usuarias y el de las profesionales, 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 se ha opuesto a resistencias al cambio basadas en construcciones mentales que describían una realidad en sí misma limitante, la de las personas dependientes.

4. 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 básicamente que podamos comunicarnos y entre todas, y cada persona por su parte, identifiquemos y desarrollemos nuestras fortalezas, recursos, cara al objetivo.

También debemos citar algunas limitaciones en los logros reseñados: como que algunas personas, si bien adoptan roles en su “estar” en la actividad, estos son muy simples o dependientes; o que la participación en las actividades y en la asamblea sea a veces muy limitada. Creemos que estos “peros” aquilatan el nivel de logro alcanzado y apuntan nuevas líneas de trabajo: profundizar la participación, apoyar la complejización de los roles, incrementar el abanico y la complejidad de opciones de actividad. Entendemos que el “espacio de actividades” siempre deberá estar en constante proceso de re-creación y crecimiento, para dar apoyo a las expectativas de las personas usuarias para empoderarse y desarrollar una actividad significativa que les produzca bienestar y satisfacción, sea cual sea.



### Método

#### Asambleas

- Colaboración de igual a igual

#### Técnicas de facilitación

- Escucha activa, respeto,
- Transmitir esperanza
- Atender a las habilidades de la persona
- Motivación
- Promocionar la autonomía

### Impacto

- Se utiliza el taller para distintos fines. Existen diferentes maneras de participar.
- La relación entre profesional y persona usuaria es más horizontal, de mayor confianza y colaboración.
- Se han creado pequeños talleres dentro del taller, algunos llevado por personas usuarias.
- Las personas usuarias hacen más demandas y participan en todo el proceso.
- Hay más participación en la comunidad.
- Se fomenta la creatividad.
- Se promueve la autonomía

@ARGIA\_FUNDAZIOA

[www.argiafundazioa.org](http://www.argiafundazioa.org)

ARGIA\_FUNDAZIOA

ARGIA FUNDAZIOA



AUTORAS: Teresa Merino y Ziortza Ostolozaga



[contacta@argiafundazioa.org](mailto:contacta@argiafundazioa.org)

