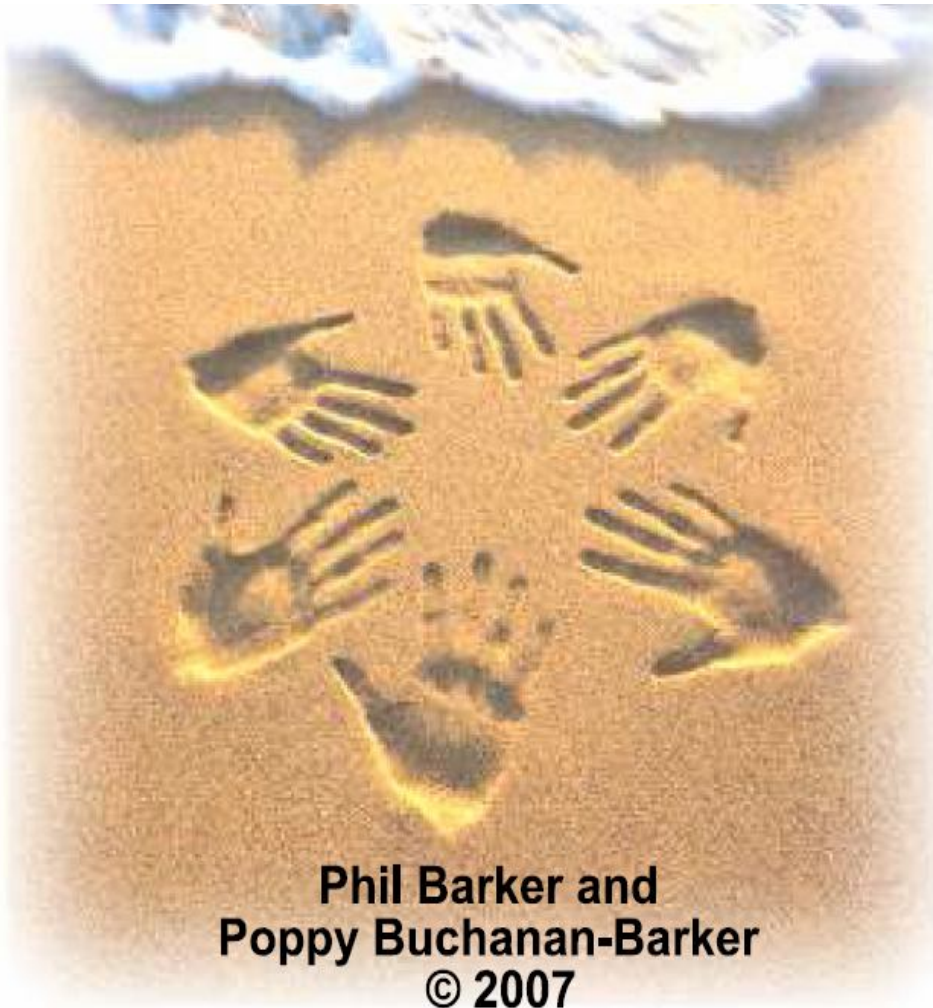


El Modelo Tidal®

Salud Mental

Reivindicación y Recuperación



Reivindicación

El arte de lo posible

Los problemas mentales pocas veces ocurren de la noche a la mañana. De la misma forma que la recuperación no ocurre de repente, sino que se desarrolla al ritmo de la persona, dependiendo de sus circunstancias.

Sabemos que la recuperación puede llevar mucho tiempo. Somos como las personas que limpian y reconstruyen tras una gran inundación. Sabemos que se necesitará un gran esfuerzo por nuestra parte y quizás de otras personas. La mayoría imaginamos que nada volverá a ser igual.

Sin embargo, “limpiar y reconstruir” es exactamente lo que **se necesita hacer**. Estamos ordenando y reconstruyendo las vidas que (casi) han sido destruidas por la inundación. Esto se convierte en nuestro trabajo más importante.

A través de este trabajo **reivindicamos** nuestra condición humana. Hacemos **lo que se puede hacer** y no más. Si podemos hacer eso, bien podemos recuperar las vidas que pensamos habíamos perdido.



Todas las personas no son más que historias. Historias que ellas mismas se cuentan y cuentan a otros, e historias que otros cuentan sobre ellas.

*En el **Modelo Tidal** ayudamos a las personas a recuperar las historias de su problema mental, su angustia y sus dificultades, para que así, otra vez, puedan hacerse dueños de su experiencia.*

Hablando de ellas mismas, se hacen más conscientes de cómo están “viviendo”, y quizás “haciendo lo que se necesita hacer” podrían avanzar más allá de sus problemas, hacia una nueva historia construida por ellas mismas.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, archivada o transmitida en cualquier forma, o por ninguna vía, mecánica, fotocopiada, grabada o de otra manera, sin el permiso de los autores.*

©Poppy Buchanan-Barker and Phil Barker 2007

Edición en Castellano

*Los autores concedieron al Servicio Andaluz de Salud el permiso para traducir este manual al castellano en diciembre de 2014.

Traducción:

Flora del Río Pedraza

Revisión:

Evelyn Huizing, Josefa Guerra Arévalo, Aurora Alés Portillo, M^a José García del Río.

© 2015 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

EDITA: Servicio Andaluz de Salud

Avda. de la Constitución, 18

41017 Sevilla

Tel. 955 01 80 00

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Reconocimientos y Dedicatorias

Hemos trabajado con muchas personas a lo largo de los años. Nos han dado generosamente parte de si misma, y nos han contado sus historias, para así ayudar a desarrollar el **Modelo Tidal**.

Son demasiadas personas como para mencionar aquí, pero el éxito del **Modelo Tidal** les pertenece.

Se lo agradecemos a todas ellas. Estamos en deuda con ellas para siempre.

Dedicamos este manual a los miles de enfermeros y enfermeras y otros compañeros que han trabajado con nosotros durante años, y que nos han inspirado con su compromiso en el cuidado de las personas. Ellos saben quiénes son porque se lo hemos hecho saber.

Que se multiplique su número y que se reconozca con el tiempo su compromiso con el cuidado.

Poppy y Phil

Índice

1. Reconocimientos y dedicatorias.	5
2. Tidal- Los primeros diez años.	7
3. ¿Qué es el Modelo Tidal?	9
4. Introducción.	12
5. Los Diez Compromisos- Los valores Tidal.	21
6. Resumen del Modelo Tidal.	25
7. Los Tres Dominios.	33
8. El Poder del Registro en Directo.	35
9. Construyendo Puentes.	37
10. Valoración Monitorizada.	45
11. Plan de Seguridad Personal.	51
12. Valoración Holística.	57
13. Sesión de Uno a Uno.	70
14. Los Grupos Tidal.	79
15. Conclusión.	90
16. Anexos:	91
1. Valoración Holística	92
2. Sesión Uno a Uno	100
3. Valoración Monitorizada	102
4. Plan de Seguridad Personal	104
5. Bibliografía	106



Tidal: Los Primeros Diez Años

Evolución y Cambio



El Modelo Tidal: de 1997 a 2007

El **Modelo Tidal** fue desarrollado entre 1995-1997 y el primer ensayo formal de **Tidal** fue llevado a cabo en Inglaterra entre 1997-1999. Este manual representa una versión revisada de la guía original para la práctica del Modelo Tidal, inicialmente escrita en 1997 y publicada tras completar el primer ensayo, en el año 2000.

Aquellos que han leído el manual original, *El Modelo Tidal: Los cuidados de salud mental desde la perspectiva de la recuperación*, apreciarán las muchas novedades en la práctica del **Tidal** en los últimos diez años. El escenario original en el que se puso en práctica el **Tidal** fue una unidad tradicional de “hospitalización de agudos”, donde se enmarcaron muchas de las prácticas llevadas a cabo para el modelo.

Sin embargo, desde el año 2000, el **Modelo Tidal** ha sido utilizado por una gran cantidad de comunidades, hospitales y entornos clínicos, abarcando sectores públicos y privados de salud mental, así como en diferentes servicios prestados por ONG. Hemos revisado muchos de nuestros registros y ejemplos para que queden reflejados los desarrollos clave, que tanto nos han impresionado.

Esta evolución y desarrollo del Modelo está en armonía con los principios clave de la teoría **Tidal**. *¡Nada dura para siempre!* Esperamos que en otros diez años encontremos que la práctica **Tidal** haya ido evolucionando y desarrollándose, y que aquellos que la pongan en práctica descubran otras maneras de poner la teoría **Tidal** en marcha.

Hospital o Comunidad- cuidados Clínicos o Domiciliarios

El **Modelo Tidal** proporciona una estructura para el desarrollo de los cuidados centrados en la persona, y colaborativos con la persona *en cualquier marco*. **Tidal** puede ser utilizado en el domicilio de la propia persona, donde el objetivo es abordar una crisis en su vida para prevenir un posible ingreso en una institución. Tidal puede ser usado fácilmente en un marco residencial, donde el foco está en resolver los problemas de larga duración, así como la preparación de la vuelta a casa de esa persona. En todos los marcos el *propósito* es el mismo: *identificar los problemas de la vida*, que son la causa del sufrimiento o molestias de la persona. De esta manera, la persona y los profesionales (y familiares y amigos) pueden empezar *juntos* a explorar los problemas que necesitan resolverse, o ayudar a la persona a aceptarlos.

Lenguaje común

El **Modelo Tidal** valora el uso del lenguaje común, aspirando a hablar en los mismos términos que la persona que necesita ayuda. Esto está completamente en contraste con la psiquiatría o salud mental tradicional, donde la jerga psicológica, médica o burocrática suele “enturbiar” la relación interpersonal.

Pensamos que adoptando el “lenguaje común” mostramos respeto hacia la persona y hacia su cultura. También creemos que esto transmite nuestro deseo de hablar con las personas a su nivel, haciéndoles ver que no estamos tratando de embaucarles con jerga profesional o que pretendamos hacerle la vida más complicada de lo absolutamente necesario.

Esperamos que tú, lector/a, estés de acuerdo.



Poppy y Phil

Escocia, 2007



¿Qué es el Modelo Tidal?



La gente suele pedirnos que les contemos en pocas palabras, y de forma sencilla, *¿qué es el Modelo Tidal?* Aquí están nuestras respuestas.

1. *El Modelo Tidal es una teoría internacionalmente aceptada dentro de la práctica de la recuperación en salud mental.*

Desde su introducción a mediados de los años 90, el **Modelo Tidal** ha generado más de 100 proyectos oficiales en el Reino Unido, Irlanda, Canadá, Japón, Australia y Nueva Zelanda.

Estos proyectos abarcan el amplio espectro de la salud mental: desde la atención domiciliaria y centros ambulatorios de adicciones, pasando por unidades de agudos, de rehabilitación y unidades forenses, hasta el cuidado de la gente mayor con un estado precoz de demencia. Más allá del campo de la salud mental, los profesionales de cuidados paliativos están explorando el **Modelo Tidal** como una filosofía alternativa para las personas que están en la fase final de la vida.

2. *El Modelo Tidal es una aproximación filosófica para el descubrimiento de la salud mental.*

Tidal es filosófico en el sentido de que es una manera de *pensar* acerca de lo que las personas necesitarían como ayuda en su camino. **Tidal** se pregunta: ¿Qué sería necesario hacer para que las personas recuperen su historia y, más tarde o más temprano, sus vidas?

Tidal enfatiza el *descubrimiento* de la salud mental, ya que su significado varía de una persona a otra. Esperamos que las personas descubran lo que la salud mental significa para ellas, como personas únicas.

3. *El Modelo Tidal ayuda a las personas a recuperar sus historias, sus problemas como ser humano, como primer paso hacia la recuperación de sus vidas.*

Tidal pretende ayudar a las personas a recuperar la historia personal de su sufrimiento, recuperando su voz.

Utilizando su propio lenguaje, metáforas e historias personales las personas empiezan a expresar algo del significado de sus vidas. Este es el primer paso en la ayuda a las personas para recuperar el control de sus propias vidas. Como personas, todo lo que tenemos son nuestras *historias*. Todo lo que podemos hacer está enmarcado en la historia de nuestra vida, los episodios que han ocurrido y cómo respondemos a ellos. Esta historia no sólo habla de los cambios que han ocurrido durante nuestro viaje, desde nuestro nacimiento, infancia, edad adulta, y tarde o temprano la muerte, sino también del crecimiento y del desarrollo que han tenido lugar.

4. *El Modelo Tidal se centra en ayudar a las personas a manejarse con sus problemas de la vida humana.*

Cuando una persona experimenta *problemas de la vida humana* se la define como “enferma mental” o afectada por algún “trastorno psiquiátrico” o “desorden psicológico”. Con frecuencia, la historia de la persona se ve ensombrecida por historias de “enfermedad” o “trastornos psicológicos”. La gente suele hablar menos de la “persona” y hablar más del “paciente”, “cliente”, “usuario” o “consumidor”.

Tidal se centra *explícitamente* en la historia de la persona. Aquí es donde aparecen los primeros problemas de la persona. Aquí es donde encontraremos cualquier crecimiento, beneficio o recuperación.

Tidal también se centra en los problemas que impiden a la persona a llevar una vida normal, completa y llena de significado.

La pregunta clave de **Tidal** es:

¿Qué se necesita hacer para que la persona empiece a dirigir, resolver y asumir sus problemas, y así empezar a recuperar su vida?

5. *El Modelo Tidal es una aproximación amable para la recuperación de la salud mental.*

Tidal no tiene edad, clase ni límites culturales, y actualmente se está utilizando para facilitar la recuperación tanto de gente joven, como de adultos y personas mayores, en un amplio espectro de sociedades y culturas.

Tidal evita de manera activa el uso de jerga profesional o técnica, centrándose en lugar de esto en el lenguaje natural de las personas. Originalmente desarrollado como un modelo alternativo de enfermería en salud mental, el **Modelo Tidal** sigue utilizándose sobre todo por enfermería, aunque también encuentra apoyo de la psiquiatría, el trabajo social, la terapia ocupacional y la psicoterapia. Cada vez más, Tidal es considerado

como un importante enfoque alternativo dedicado a ayudar a las personas a usar su voz como instrumento clave en su recuperación.

6. *El Modelo Tidal ayuda a las personas a dirigir su propio camino hacia la recuperación.*

El concepto de “recuperación” significa muchas cosas diferentes para diferentes personas. Tidal pretende ayudar a las personas a clarificar qué provoca sufrimiento o discapacidad en cuanto a sus problemas de la vida cotidiana, así como el primer paso hacia la clarificación de “qué es lo que se necesita hacer” para empezar a alejarse de los problemas o superarlos.

7. *El Modelo Tidal utiliza valores humanos concretos para guiar la ayuda y mejorar la práctica de la recuperación en salud mental.*

El **Modelo Tidal** tiene una base de valores - los **Diez Compromisos** - que guía todo el proceso práctico del trabajo individual o grupal dentro del modelo. Estos valores enfatizan la importancia del auténtico cuidado, centrado en la persona, que es respetuoso con la cultura y las creencias y que reconoce que sentirse parte de algo es vital para nuestra identidad personal y social.

8. *El Modelo Tidal es un patrón filosófico y teórico desde el cual construir y desarrollar la práctica de la recuperación en salud mental.*

Desde la teoría Tidal hemos desarrollado una gama de maneras de trabajar con personas, individualmente o en grupo, que pueden ser adaptadas a los cambios y circunstancias de la persona. Hemos desarrollado “ejemplos” de cómo los profesionales deberían trabajar individualmente y en los grupos. Éstos son ejemplos ilustrativos, no son normas.

“La regla de oro es que no hay reglas de oro” (George Bernard Shaw)

Las enfermeras y otros profesionales en todo el mundo están usando los principios filosóficos y teóricos del **Modelo Tidal** para desarrollar su propia práctica y encontrar las necesidades únicas de los muchos individuos que atienden.



Introducción



¿Cuál es el problema?

Antes solíamos llamar “locura” a lo que ahora la mayoría de la gente reconoce como experiencias o “problemas de salud mental”. Todavía podríamos referirnos a la “enfermedad mental”, pero, cada vez más, se tiende a aceptar que la gente tenga “problemas” con su “salud mental”, de la misma manera que las personas tienen problemas de salud física.

De todas formas, no hay un acuerdo sobre qué es exactamente la “salud mental”, y menos aún sobre cómo una persona desarrolla este estado vital.

Aunque las personas no están seguras de su “salud mental”, sí saben cuándo “no se están sintiendo demasiado bien”, o cuándo están aterrorizadas, o emocionalmente alteradas, o no son capaces de concentrarse o cuándo se preguntan si la vida merece la pena. De hecho, la mayoría de las personas han tenido “alguna” experiencia con estos problemas. Lo que llamamos ahora “un problema de salud mental”, antes llamado “enfermedad mental”, afecta sólo seriamente a una pequeña parte de la población. Sin embargo, la mayoría de las personas tiene algún conocimiento de lo que supone tener estos problemas.

Las personas con problemas de salud mental encuentran dificultades en su vida diaria. Tienen problemas en sus relaciones, algunas veces con ellos mismos y otras veces con los demás. Tienen problemas en el trabajo, en su ocio, y en lo que la mayoría de nosotros llamaríamos una “vida normal”.

Algo altera su ritmo diario. Algo afecta a su sentido del equilibrio y la estabilidad emocional. Experimentan lo que llamamos “**problemas de la vida humana**”.

Preferimos hablar sobre nuestros “problemas de la vida humana” porque es lo que las personas presencian, en privado, o lo que es obvio para otra gente cuando están agitadas, cuando sufren o cuando tienen molestias. Hablando de los “problemas de la vida humana” también nos recuerda qué es lo **hay que hacer**: ayudar a las personas a trabajar en cómo podrían afrontar los problemas que afectan a su vida diaria.

Problemas de la Vida Humana

Para aquellos de nosotros que no hemos sido “locos”, “enfermos mentales” o “seriamente estresados mentalmente”, lo mejor que podemos hacer es desarrollar nuestro sentido de la empatía. Intentamos acercarnos todo lo posible, o hasta donde nos atrevemos, a la experiencia que está viviendo la persona. Intentamos imaginar qué clase de experiencia sería.

Sally Clay es una mujer que sabe mucho sobre enfermedades mentales y de lo que es ser tratada con desesperanza y como “enferma mental” crónica. Para Sally, la experiencia fue un problema humano y espiritual. Su experiencia de crisis nerviosa, lo que ella elige llamar “locura”, fue todo por *ser* Sally Clay. El largo y difícil proceso de recuperación tenía que ver con lo que significaba ser *humana* y ser *Sally Clay*.

Recordando su crisis y su recuperación, Sally escribió:



“Estos días veo gente por todas partes viviendo en silencio vidas de mucha desesperación. Quienes hemos experimentado una enfermedad mental hemos aprendido lo mismo, sin importar si nuestros estados mentales extremos fueron inspiradores o aterradores. Sabemos que hemos llegado a lo más básico del espíritu y lo que significa ser humano. Cualquiera que sea nuestro sufrimiento, sabemos que no queremos ser autómatas y no queremos llevar la falsa apariencia que otros adoptan.”

Sally también sabe que la locura aterroriza a la gente, incluso cuando niegan tener miedo.

*“Sin importar si hemos tenido revelaciones o hemos llegado a lo más bajo, la mayoría de nosotros ha sufrido también la ignorancia de aquellos que temen ver lo que nosotros hemos visto, quien siempre intenta cambiar de tema. Aunque nosotros nos hemos roto, hemos **saboreado la esencia** de la realidad. Hay algo que aprender aquí sobre el misterio de la vida misma, algo importante tanto para nosotros que hemos sufrido como para aquellos que intentan ayudarnos. Debemos enseñarnos los unos a los otros.”*

La Pregunta Clave de Tidal

El **Modelo Tidal** se centra en responder a una pregunta importante:

¿Cómo podemos ayudar a las personas a afrontar, lidiar con, superar o aceptar sus problemas de la vida humana?

Sin importar si somos profesionales, amigos, miembros de una familia o alguien que está “en el mismo barco”, la respuesta es la misma.

1. *Primero, debemos dejar que la persona **nos enseñe** sobre su experiencia.*
2. *Después, y sólo después, podemos empezar a explorar- con la persona- **que puede ser que necesite hacerse** si la persona está preparada para abordar, resolver, arreglar o aceptar su particular problema de la vida humana.*

Escribiendo sobre el **Modelo Tidal**, Sally dijo:

“El Modelo Tidal hace que la comunicación auténtica y las historias que contamos sean el verdadero centro de la terapia. De este modo, el tratamiento de la enfermedad mental se convierte en un esfuerzo personal y humano. Una siente que está trabajando con amigos y compañeros, en lugar de trabajar con profesionales de un “nivel más alto.”



*¿Cómo podemos
ayudar a
las personas a afrontar,
lidiar con,
superar o aceptar
sus problemas de la
vida humana?*

Problemas Complejos - y Soluciones Simples

Los problemas del ser humano que les llevan a necesitar cuidados de salud mental son normalmente muy graves y a veces amenazan la vida. Pensamos que estos problemas complejos necesitarán igualmente soluciones complejas. Normalmente, también asumimos que esas soluciones sólo pueden ser proporcionadas por profesionales muy *expertos, cualificados o especializados*. Una de las paradojas del ser humano, reveladas en el **Modelo Tidal**, es que ¡cosas muy simples pueden tener a menudo un poderoso efecto en los problemas complejos!

Sin embargo, esto **no** significa que ofrecer tales soluciones sencillas sea fácil o que cualquiera pueda llevarlas a cabo. Seguimos necesitando personas muy expertas y altamente cualificadas. Pero deben ser expertos en *relaciones humanas*. Necesitamos personas que puedan usar sus habilidades como *ser humano* para convertirse en ayudantes eficaces.

Aprender de la Persona

Existen dos cualidades humanas claves necesarias para ayudar a otra persona. Estas son la *humildad* y la *paciencia*.

Necesitamos recordarnos a nosotros mismos que no tenemos idea de lo que es ser otra persona, ni de lo que esa persona está experimentando. Por esa razón tenemos que estar preparados para aprender. Necesitamos permitir a esa persona que nos enseñe sobre su experiencia.

Como la mayoría de la gente, no hemos estado nunca en la luna. La hemos observado desde un telescopio y podemos recordar haber visto a Neil Armstrong dar su “primer gran paso para la humanidad” en la televisión hace 40 años. Sin embargo, conocer las cosas “desde fuera” no es lo mismo que tener el conocimiento de ellas *desde dentro*. Si queremos saber cómo es *viajar y caminar sobre la luna* necesitaremos preguntar a un astronauta, alguien que haya ido más allá de los límites de nuestra experiencia.

Neil Armstrong y otros astronautas podrían enseñarnos mucho sobre cómo es *caminar sobre la luna* y viajar al espacio, incluso si no tenemos intención de seguir sus pasos.

Esta analogía podría valer para la experiencia de vivir con lo que llamamos “enfermedad mental” o “problemas de salud mental”. Podemos aprender mucho sobre *cómo es estar* afectado por diferentes tipos de sufrimiento mental. Incluso si pensamos que no seguiremos nunca a la persona en su “locura”, podemos aprender mucho sobre cómo sería una experiencia extraña.

Aprendiendo algo de sus experiencias, la gente a la que queremos ayudar nos parecerán menos “extraños”. Podríamos empezar a entenderles mejor, y también a sus problemas de la vida.



*Las cualidades
humanas
esenciales necesarias
para ayudar a las
personas son
la humildad y la
paciencia*

Vivir con el caos - Aprender de la experiencia

Nos gusta pensar que nuestras vidas siguen algunas reglas y que permanecen dentro de ciertos límites. Sin embargo, la realidad de nuestra vida es que no hay nada predecible y que suele ser muy caótica. Ninguno de nosotros sabe qué es lo que va a ocurrir a continuación. Simplemente pretendemos o esperamos saberlo. La idea de que la vida es impredecible es sencillamente demasiado aterradora.

¿Qué tiene esto que ver con la salud mental? Parece claro que solo averiguamos exactamente cómo las personas empezaron a padecer una “enfermedad mental”, qué sentido dieron a esto y cómo se recuperaron *después del suceso*. La gente mira hacia sus experiencias pasadas y de esas reflexiones aprenden algo de lo que ha sucedido, aprenden de la realidad de su experiencia. La *reflexión*- pensar sobre nuestras vidas- es una herramienta maravillosa. La reflexión es un espejo de nuestra experiencia.

Intentando ayudar a la gente tenemos que ser muy cuidadosos para no acabar intentando *controlar* su experiencia de sus problemas. Tenemos que dejar a las personas tiempo para *reflexionar*, para que ellos aprendan de su propia experiencia. Con suerte, esto les llevará a ser más conocedores de lo que les ha pasado. Cuando preguntamos a personas como Sally Clay qué clase de enfermera era realmente *de ayuda*, la respuesta suele ser- “alguien que no ha intentado controlarme completamente...”, “alguien que respeta que soy *la dueña* de mi experiencia”

El Salvavidas Comprensivo

Las personas con sufrimiento mental necesitan apoyo. Idealmente, necesitan a alguien que pueda tratar sus necesidades sin sacrificarse completamente ellos mismos durante el proceso. Los “salvavidas” reconocen que alguien está ahogándose y realizan un rescate rápido y eficiente, sin arriesgarse a ahogarse ellos mismos en el proceso. Ellos se “involucran” con la persona, y “comparten la experiencia de sumergirse”. Sin embargo, manteniéndose *equilibrados*, evitan “ahogarse” junto a la persona a la que intentan salvar.

Esta es un buen ejemplo para todos los que ayudan. Si estamos ahí para ayudar a que la persona evite “ahogarse en su angustia”, debemos involucrarnos; debemos compartir una parte de su experiencia; debemos mostrarles que no tememos “nadar” con ellos. Sin embargo, necesitamos mantener nuestro *equilibrio*, pues de otra manera nos arriesgamos a ahogarnos.

Aprender cómo ayudar sin arriesgar nuestra seguridad emocional no es fácil. No se puede aprender con libros o vídeos. Ciertamente, no es algo que podamos aprender de un manual como éste, o acudiendo dos días a un taller. Se debe aprender con la práctica. Aún así, *reconocer* la dificultad que tiene adquirir tal habilidad humana es el primer paso para su adquisición. Si no podemos hacer nada más, podemos recordarte lo difícil, y posiblemente tedioso, que puede ser el aprendizaje de “cómo mantenerse a flote”.

Todos necesitamos compartir nuestras experiencias y aprender del otro. Sin importar si llamamos a esto supervisión clínica o “simple conversación”. Lo importante es recordar que necesitamos seguir aprendiendo los unos de los otros.

Las Mareas Cambiantes

La experiencia humana tiene una naturaleza fluida; constantemente en movimiento, constantemente cambiando. “Todo fluye”, como dijo Epicteto. Muchos modelos de funcionamiento humano nos llevan a asumir que los seres humanos no cambian, que son como rocas. La mejor metáfora para el estado del ser humano es *el agua*.

El **Modelo Tidal** utiliza el agua como la metáfora nuclear, tanto para la experiencia vivida de la persona que entra en un servicio de salud mental, como para el sistema de cuidados que necesita amoldarse alrededor de la persona.



*Sabiendo lo difícil
que es aprender una
habilidad humana, es
el primer
paso para adquirirla*

La metáfora del agua es apropiada por varias razones:

- Las mareas bajas y altas de nuestras vidas se reflejan en la forma en que respiramos, hacia adentro y hacia afuera, como olas volviendo a la orilla.
- Toda vida humana emerge del océano.
- Todos nosotros emergemos de las aguas del útero de nuestra madre.
- El agua es utilizada en todo el mundo como metáfora de la limpieza del espíritu.
- El agua evoca el concepto del “ahogo”, usado con frecuencia por las personas que se sienten desbordadas por sus experiencias.
- El poder del agua no es fácil de contener. Podemos sacar agua del mar, pero no podemos sacar el agua de un océano entero.
- La única manera en la que podemos enfrentarnos con el poder del agua es aprender a convivir con sus fuerzas. Aprendemos a nadar en el agua, o construimos barcos que flotan sobre las olas. Aún así, finalmente el poder del agua es impredecible.

El Rostro Cambiante del Agua

El **Modelo Tidal** comienza con cuatro sencillos, aunque importantes, propósitos.

- El núcleo terapéutico primario en el cuidado de la salud mental se sustenta en la comunidad. La vida normal de una persona es un “océano de experiencia”. La crisis psiquiátrica es sólo una cosa, entre muchas, que podría ahogarla. Básicamente, el propósito del cuidado de la salud mental es devolver a la persona a ese “océano de experiencia” para que pueda continuar con su vida.
- El cambio es un proceso constante y duradero. Sin embargo, aunque la gente siempre está cambiando, a veces puede no ser consciente de ello. Uno de los propósitos esenciales de los enfoques del **Modelo Tidal** es ayudar a las personas a desarrollar su conciencia de los pequeños cambios que, finalmente, tendrán un gran efecto en sus vidas.
- El empoderamiento yace en el centro del proceso de cuidado. Sin embargo, la gente ya tiene su propio “poder”. Necesitamos ayudar a que las personas saquen su propio poder personal para que puedan usarlo y hacerse más cargo de sus vidas, utilizando todo esto de una manera constructiva.
- La enfermera y la persona están unidas (al menos temporalmente) como bailarines en una danza. Cuando tiene lugar una ayuda efectiva, ¿cómo distinguir al bailarín de la danza? Esto nos recuerda que los auténticos cuidados requieren “cuidar con” la persona, y no sólo “cuidar de” la persona, o hacer cosas que sugieran que estamos “cuidándoles”.

La Metáfora Tidal

La idea del “océano de experiencia” nos recuerda que la vida es un viaje en evolución que todo el mundo hace, pasando por varias etapas a lo largo de su vida. Este es un viaje de exploración y descubrimiento, donde aprendemos cosas sobre nosotros y nuestra vida.

Sin embargo, el viaje de la vida nos da no sólo la oportunidad de descubrir cosas sino que también conlleva muchos riesgos: tormentas metafóricas, y el riesgo de encallar o que el barco naufrague. La navegabilidad del barco puede ser una buena metáfora para el estado de salud o constitución de la persona. La extensión en que somos capaces de viajar a través de nuestro “océano de experiencia” depende del cuerpo físico en el que se desarrolla la historia de nuestras vidas.

Sin embargo, cuando la gente experimenta una interrupción de su viaje en barco pueden, como el Antiguo Marinero Coleridge, volver a la calma en el mar. La depresión

suele tener precisamente ese efecto calmante. O pueden estrellarse contra las rocas. La psicosis suele parecerse a la experiencia de un naufragio. De todas formas, una señal emerge para avisar de que se necesita hacer algo y si esta situación se resuelve con éxito, necesita tener un seguimiento con una serie de intervenciones, desde simplemente mantener a la persona a flote (apoyo comunitario) hasta bucear en el fondo del mar (explorando las causas “sumergidas” de las crisis).

Esto no es una nueva perspectiva para la condición humana. Sin embargo, los hallazgos sobre cómo funcionan las personas, psicológicamente y socialmente, suelen interponerse a nuestra apreciación del significado de nuestras vidas, en términos humanos.

Dickens acuñó la naturaleza tidal de la vida y la muerte, a través de su personaje - Mr. Peggotty- que nos recuerda al niño que fluye entre las aguas del útero de su madre:

“Siempre se muere con la marea baja, y, por el contrario, siempre se viene al mundo con la marea alta, y no se es totalmente del mundo más que en plena marea. Pues bien; él se irá con la marea”

Un entendimiento similar se encuentra en muchas partes del pensamiento oriental, donde la respiración - la fuerza de la vida o *prana* - proclama la vida con cada inhalación, y la muerte con cada exhalación. La gente está, por lo tanto, en equilibrio entre las cúspides de las mareas de la vida y la muerte.

Sin embargo, el más famoso Shakespeare resumía los principios fundamentales del Modelo Tidal en *Julio César*:

*“Existe una marea en los asuntos humanos,
Que, tomada en pleamar, conduce a la fortuna;
Pero, omitida, todo el viaje de la vida va circuido de escollos y desgracias.
En esa pleamar flotamos ahora,
Y debemos aprovechar la corriente cuando es favorable,
O perder nuestro cargamento”*

Deja de trabajar tan duro

El **Modelo Tidal** pretende proveer un tipo de cuidado centrado en la persona, o, si es apropiado, centrado en la familia. Esto reconoce la necesidad fundamental de la persona de seguridad existencial y física; haciendo hincapié en la capacidad de la persona de adaptarse a las circunstancias cambiantes de la vida; enfatizando los recursos existentes de la persona, personales *e* interpersonales. **Tidal** señala que tendríamos que aspirar a hacer *lo mínimo* que deberíamos hacer para apoyar y ayudar a la persona. Necesitamos asegurarnos de que estamos ayudando y facilitando, no interfiriendo. Es necesario estar seguros de que no estamos “trabajando demasiado duro” para cambiar a las personas.

La auténtica “enfermería” tiene lugar cuando la persona empieza su experiencia de crecimiento y desarrollo. En sus orígenes la enfermería significaba proporcionar sustento a la persona. Durante siglos nada ha cambiado. Actualmente, la gente que sufre una enfermedad mental necesita del sustento que las enfermeras pueden darle. Necesitan el apoyo humano que les ayudará a manejarse de una manera más efectiva con las fuerzas de la marea que han golpeado sus vidas. Necesitan ayuda para ganar confianza para volver al barco e irse, empujado desde la orilla, para empezar otra vez el viaje hacia su océano de experiencia.

Cuando hemos preguntado a las personas qué tipo de experiencia han tenido con la “buena enfermería”, se refieren precisamente a esta clase de apoyo que ha sido el más apreciado, y recordado.



Los 10 Compromisos



Los valores de Tidal

El **Modelo Tidal** está basado en 10 valores distintos que conciernen a la experiencia humana y a la ayuda en las relaciones interpersonales; los **Diez Compromisos**. Estos compromisos dirigen todos los aspectos de la práctica del Modelo Tidal, pero especialmente en:

- La Realización de la Valoración Holística.
- La Realización de las Sesiones de Uno a Uno
- El Desarrollo del Plan de Seguridad Personal.
- La Realización del trabajo Grupal.

Hemos desarrollado 20 **Competencias Tidal** específicas para facilitar la evaluación o la auditoría de la práctica del *Modelo Tidal*. Estas competencias se sitúan en el marco de los principios clave de los **Diez Compromisos**. Aquí describiremos brevemente cada uno de los **Diez Compromisos Tidal** al mismo tiempo que las **20 Competencias Tidal**.

1. **El valor de la voz:** La *historia* de cada persona sobre su sufrimiento mental, o los problemas de vivir ligados al sufrimiento mental, son el principio y el final del encuentro completo de ayuda. La historia de la persona no abarca sólo el sufrimiento de la persona, sino también la esperanza de su resolución.

Competencia 1: El/la profesional demuestra la capacidad de *escuchar activamente la historia de la persona*.

Competencia 2: El/la profesional se compromete a ayudar a esa persona a *registrar su historia con sus propias palabras* como parte del desarrollo del proceso de cuidado.

2. **Respetar el lenguaje:** La persona ha desarrollado una manera especial y única de contar su vida, y así presenta a otros lo que ella misma ha vivido.

Competencia 3: El/la profesional ayuda a la persona a expresarse siempre *en su propio lenguaje*.

Competencia 4: El/la profesional ayuda a la persona a expresar su *entendimiento* de experiencias particulares a través del *uso de historias personales, anécdotas, símiles o metáforas*.

3. **Convertirse en aprendiz:** La persona es la experta en la historia de su propia vida. El profesional aprende de la persona sobre “qué es lo que se necesita hacer” o “qué funciona”.

Competencia 5: El/la profesional desarrolla un plan de cuidados basado, *en la medida de lo posible*, en las *necesidades, requerimientos y deseos expresados por la persona*.

Competencia 6: El/la profesional ayuda a la persona a identificar problemas específicos de su vida y lo que se debería hacer para resolverlos.

4. **El uso de las herramientas disponibles:** La historia de la persona contiene ejemplos de “lo que ha funcionado” o de “lo que podría funcionar” para esa persona. Estas son las herramientas principales necesarias para desbloquear o construir la historia de la recuperación.

Competencia 7: El/la profesional ayuda a la persona a desarrollar su conocimiento sobre lo que le funciona y lo que no, en relación con los problemas específicos de su vida.

Competencia 8: El/la profesional se interesa en identificar lo que la persona piensa que determinada gente puede, o podría hacer, para ayudarlo, más a fondo, con los problemas específicos del día a día.

5. **La habilidad de dar un paso más allá:** El profesional y la persona trabajan juntos para construir una apreciación de lo que se necesita hacer “ahora”. El primer paso es revelar el poder del cambio y apuntar hacia la meta final.

Competencia 9: El/la profesional ayuda a la persona a identificar qué tipo de cambio representaría dar un paso para resolver o alejarse de un problema específico de la vida.

Competencia 10: El/la profesional ayuda a la persona a identificar lo que necesitará en un futuro inmediato, para ayudarla a experimentar lo que puede ser un “paso positivo” en la dirección de la meta deseada.

6. **El regalo del tiempo:** El tiempo que el profesional y la persona pasan juntos es la primera piedra del proceso de cambio.

Competencia 11: El/la profesional ayuda a la persona a ser consciente de que se está dedicando un tiempo importante a resolver sus necesidades específicas.

Competencia 12: El/la profesional reconoce el valor del tiempo que la persona dedica al proceso de valoración y a recibir cuidados.

7. **El desarrollo de una curiosidad auténtica:** La persona está escribiendo una historia de vida, pero no es un libro abierto. Los profesionales necesitan desarrollar maneras de expresar auténtico interés en la historia para poder entender mejor al narrador.

Competencia 13: El/la profesional se interesa por la historia de la persona *pidiendo la aclaración de asuntos importantes y un mayor desarrollo de algunos detalles.*

Competencia 14: El/la profesional muestra su disposición de ayudar a la persona *dejando que la persona desvele su historia a su propio ritmo.*

8. **Saber que el cambio es constante:** El principio clave del Modelo Tidal es que el cambio es inevitable porque el cambio es constante. La tarea del profesional es desarrollar la toma de conciencia de cómo ese cambio está ocurriendo y cómo podría usarse ese conocimiento para guiar a la persona lejos del peligro y del sufrimiento, y retomar el rumbo de la reivindicación y la recuperación.

Competencia 15: El/la profesional ayuda a la persona a desarrollar su conciencia sobre los sutiles cambios en los pensamientos, sentimientos o acciones.

Competencia 16: El/la profesional ayuda a la persona a desarrollar la conciencia sobre cómo ella misma, otros o determinadas situaciones influyen en estos cambios.

9. **La revelación de la sabiduría personal:** La persona ha desarrollado un poderoso depósito de sabiduría personal al describir su propia historia. Una de las tareas clave del profesional es ayudar a la revelación de esa sabiduría.

Competencia 17: El/la profesional ayuda a la persona a identificar y desarrollar la conciencia sobre sus puntos fuertes y sus puntos débiles.

Competencia 18: El/la profesional ayuda a la persona a desarrollar la confianza en sí misma, así como la habilidad para ayudarse a sí misma.

10. **Sé transparente:** La relación está basada en la confianza mutua.

Competencia 19: El/la profesional pretende asegurar que la persona es consciente, en todo momento, del propósito de todo el proceso de cuidados.

Competencia 20: El/la profesional asegura que la persona recibirá copias de todos los documentos de valoración y los planes de cuidados, para su propia referencia.



Resumen del Modelo Tidal



Las Creencias Tidal

El **Modelo Tidal** está basado en cuatro suposiciones centrales sobre la práctica enfermera.

1. *La enfermería de salud mental es una actividad humana interactiva y relacionada con el desarrollo; más implicada con el futuro desarrollo de la persona que con los orígenes o causas de su sufrimiento actual.*

Es importante tener en cuenta la posible influencia de la historia (eventos vitales) y factores sociales y físicos en los problemas actuales de la persona. Sin embargo, el núcleo central de la enfermería es la *relación de la persona con la salud y la enfermedad*, no la enfermedad en sí. La enfermería está centrada en identificar qué es *lo que se necesita hacer* para ayudar a la persona a vencer o adaptarse a los problemas del ser humano, que pueden ser diagnosticados como un tipo de “enfermedad mental” u otro.

2. *La persona expresa la experiencia con los problemas de la vida humana a través de algún tipo de exposición pública de conducta alterada o sufrimiento; o a través de su relato sobre situaciones privadas (pensamientos, sentimientos, creencias, etc.) el cual conoce sólo la persona implicada.*

Aunque la “conducta alterada” de la persona puede ser presenciada por otros, por ejemplo familia, amigos y profesionales, la *experiencia* del sufrimiento humano es siempre invisible. La enfermería pretende ayudar a la persona a *acceder* y *revisar* tales experiencias, en un esfuerzo por reescribir su vida, y de empezar la curación de sufrimientos pasados y presentes, como parte del desarrollo humano de la persona.

3. *La enfermera y el paciente entablan una relación basada en la influencia mutua.*

Los cuidados de enfermería no son procesos unidireccionales. La enfermería comprende *el cuidado con* la persona, más que *el cuidado de* la persona. La naturaleza colaboradora de la relación de los cuidados puede producir cambios en la enfermera, así como en el paciente.

4. *Lo que normalmente se llama “enfermedad mental” engloba una gran variedad de problemas de la vida humana. La enfermería está orientada a atender estos problemas, dentro de la experiencia cotidiana de la persona.*

Aunque las enfermeras pasen mucho tiempo con la persona, reviviendo y anticipando acontecimientos vitales, el foco fundamental está en conectar con el mundo real de la experiencia de esa persona. La enfermería no está centrada en la salud o en la enfermedad específicamente, sino en la experiencia personal de, o en la relación con, la salud o la enfermedad.

La Metáfora Tidal

Es un hecho comúnmente aceptado el que las personas tienen “necesidades”; ser querido, cuidado, tenido en cuenta, ayudado, etc. Estas necesidades no son fijas, sino que fluyen, están constantemente cambiando. El **Modelo Tidal** emplea la metáfora del agua para recordarnos que todas las experiencias humanas están continuamente fluyendo, continuamente cambiando.

Creemos que la gente vive en un metafórico *océano de experiencia*. La vida diaria parece tener límites y fronteras, pero éstas son ilusorias: no son más reales que el concepto de horizonte.

Cuando cruzamos el océano el horizonte se mueve con nosotros, pareciendo siempre que hay la misma distancia. La metáfora del horizonte sugiere la ilimitada naturaleza de la experiencia personal, los ilusorios “límites de nosotros mismos”.

La metáfora **Tidal** sugiere también que los pasos que una persona da durante su vida son como viajes por mar. La gente suele hablar de su “experiencia personal” o de las “etapas” o “fases” que han pasado en su vida. Éstas son similares a la navegación de un puerto a otro, de un continente a otro. Sean grandes o pequeños, nuestros viajes en la vida influyen en nuestro desarrollo como personas. Los viajes abren nuestra mente, en el sentido de que nuestros viajes a lo largo de la vida cambian la forma en que nos “experimentamos” a nosotros mismos y al mundo en que vivimos.

La metáfora del océano como experiencia nos da opciones para todas nuestras “experiencias vitales”. La gente puede experimentar un trauma, que puede aparecer como si le hubiesen “robado” aspectos de su identidad personal, por ejemplo, como si fuesen atacados por piratas. Las experiencias de violación, abuso físico y sexual, tortura y daño físico son los ejemplos más comunes de un “robo del yo”.

Puede que la gente experimente otras formas de trauma, desde “tormentas en el mar” a “encallamientos entre las rocas”. Los traumas del día a día, tales como las dificultades de relación, el fracaso o largos periodos de estrés, pueden acabar siendo una metáfora de “naufragio emocional”.

Más Preguntas Clave

La práctica del Modelo Tidal supone hacerse 4 preguntas:

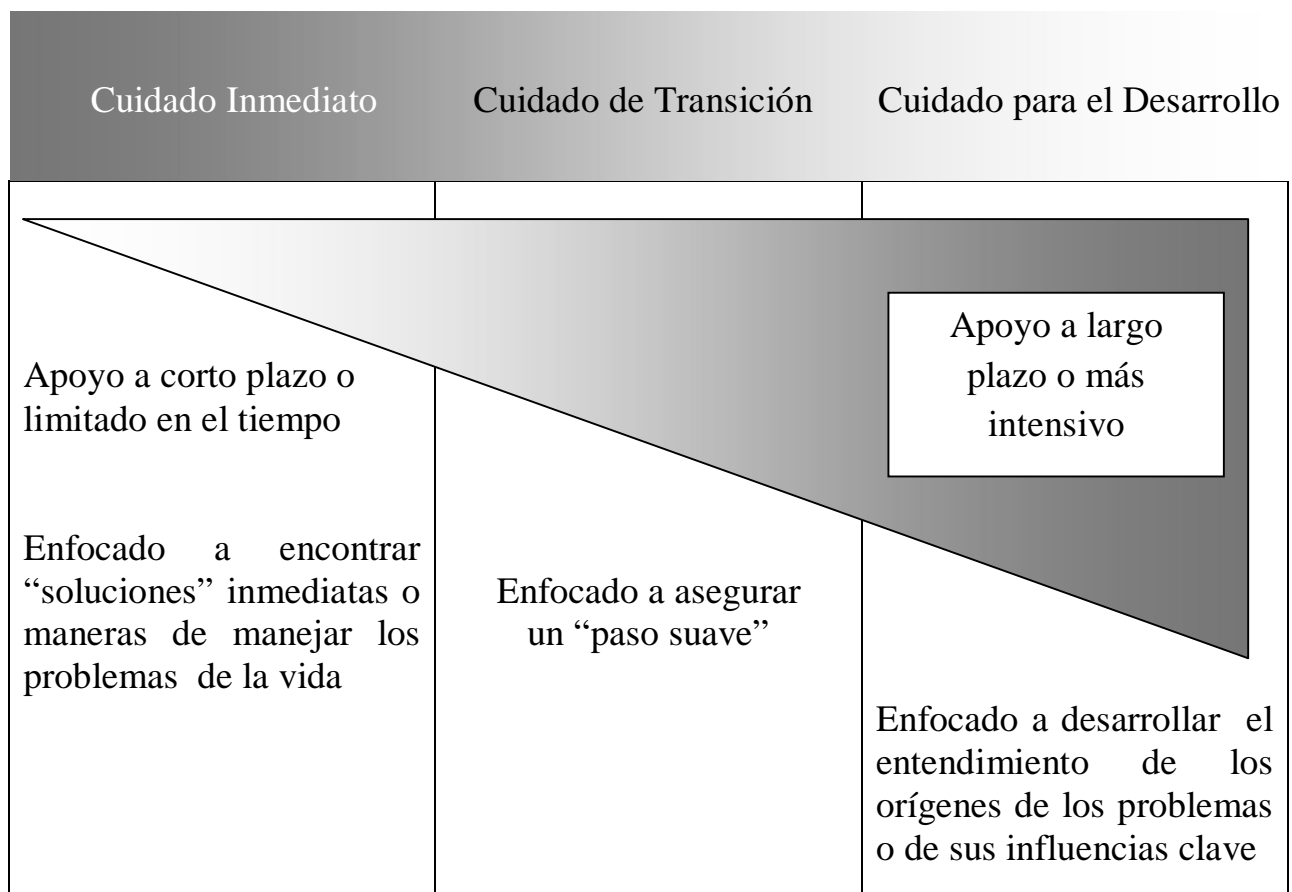
1. **¿Por qué esto - Por qué ahora?** Necesitamos considerar, primeramente, ¿por qué la persona está experimentando este tipo de dificultades de su vida *ahora*? Los cuidados se centran sobre todo en lo que la persona está experimentando *ahora* y qué debe hacerse *ahora* para redirigir y esperar resolver este problema.
2. **¿Qué funciona?** Es necesario preguntarse además ¿qué funciona (o qué podría funcionar) para la persona en sus circunstancias actuales? Esto hace referencia a la importancia de los cuidados “centrados en la persona”. Antes que usar técnicas especializadas y enfoques terapéuticos, que pueden tener un valor general, pretendemos identificar qué ha funcionado para la persona en el pasado y qué podría funcionarle en un futuro inmediato, dada su historia, su personalidad y en general las circunstancias de su vida.
3. **¿Cuál es la teoría personal de la persona?** Finalmente, necesitamos considerar cómo la persona entiende sus problemas. Qué “sentido” tienen los problemas para la persona. Más que darle a la persona una explicación profesionalizada de sus dificultades, en forma de alguna teoría o diagnóstico, intentamos entender cómo la persona entiende su experiencia. ¿Cuál es la “teoría personal” de la persona?
4. **¿Cómo limitar las restricciones?** Deberíamos procurar usar los recursos menos restrictivos para ayudar a la persona a resolver sus dificultades. Aunque esto se da por hecho, el Modelo Tidal trata de identificar *lo mínimo* que la enfermera podría hacer para ayudar a la persona, y *cuánto* podría hacer la persona para conseguir un cambio significativo. Todo esto podría dar como resultado la intervención menos restrictiva.

El *Continuum* de Cuidado

El foco primario del cuidado de enfermería es identificar *qué se necesita hacer ahora* para atender las necesidades *actuales*: las dificultades o problemas cotidianos de la persona.

El objetivo secundario, pero no menos importante, es identificar qué se necesita hacer *ahora* para reducir la probabilidad de que problemas *potenciales* o dificultades se desarrollen en el futuro. En este sentido, los cuidados enfermeros están dirigidos al presente y al futuro.

El *continuum* del cuidado oscila dentro de un amplio espectro, desde ayudar a la persona a resolver sus problemas *actuales e inmediatos*, pasando por ayudar a la persona a desarrollar un *entendimiento más profundo* de cómo se han desarrollado los problemas específicos de su vida cotidiana, y cómo la persona podría empezar a resolverlos o aceptarlos. Este entendimiento podría ayudar a la persona a manejarse de manera más efectiva con los problemas potenciales en el futuro.



La Necesidad del Cuidado Inmediato

Cuando las personas necesitan ayuda para manejarse con los problemas cotidianos que han aparecido de repente, o han empezado a incrementarse bruscamente, necesitan un *cuidado inmediato* que les ayude a encontrar maneras de abordar estos problemas. Cuando las personas experimentan estas crisis “agudas” normalmente son atendidas en el hospital o en otros centros de apoyo. El foco de atención en tales servicios está en identificar “qué se necesita hacer” para ayudar a la persona a volver a casa, resolviendo su problema de la mejor manera posible. El cuidado inmediato, en general, se centra en atender los problemas de las personas *a corto plazo*.

Sin embargo, tales crisis pueden ser atendidas y resueltas desde el “modelo comunitario de salud mental” sin requerir ingreso en ningún centro. Gran parte del cuidado comunitario implica *anticipación*, o intentar *prevenir y resolver* tales crisis. Se podría requerir el *cuidado inmediato* en la fase *inicial* de la crisis de la enfermedad mental, cuando alguien accede a los servicios de salud mental por primera vez, o cuando la crisis ocurre en la vida de alguien que ya es usuario/a de los servicios de salud mental.

El *cuidado inmediato* se centra en intentar buscar soluciones prácticas a problemas agudos de la persona, usando recursos personales e interpersonales identificados en la *Valoración Holística* (ver pág.57). Esto se puede completar con el desarrollo de un *Plan de Seguridad Personal* si es necesario (ver pág.51). Este *Plan* identifica lo que se necesita hacer para asegurar la seguridad física y emocional de la persona y para evitar daños a otras personas.

La Necesidad del Cuidado para el Desarrollo

En el otro lado del *continuum* la gente puede necesitar desarrollar a fondo su entendimiento sobre la *naturaleza* y la *función* de sus problemas: ¿cuáles son estos problemas y cómo les afectan? Además podrían necesitar desarrollar su habilidad para manejarse o vivir con esos problemas. Aquí la persona necesita el *cuidado para el desarrollo*. Al final de este *continuum* podríamos encuadrar los seguimientos domiciliarios tras un alta hospitalaria, o el apoyo a largo plazo en casa o en un centro, como parte de un programa de rehabilitación. El cuidado para el desarrollo se centra en un apoyo más intensivo y a largo plazo.

El *cuidado para el desarrollo* se enfatiza cuando se ayuda a la persona a tener un entendimiento mayor de la naturaleza y función de sus problemas cotidianos. Esta forma de cuidados puede ser parte de un trayecto más intensivo de rehabilitación, o de un programa de recuperación más amplio. El *cuidado para el desarrollo* normalmente incluye también un periodo de apoyo más extenso, proporcionado por una persona cercana o por un equipo profesional, sea en un hospital, o en el marco comunitario.

Cuidado de Transición

Cuando se prepara la derivación de una persona al hospital o cuando se le da el alta, la persona necesita el *cuidado de transición*. Esta forma de cuidado se requiere también cuando una persona se está moviendo de un centro a otro, o quizás a otra parte del mismo centro. Un ingreso en un hospital, o una transferencia de un equipo terapéutico, o terapeuta, a otro suele ser un hecho traumático. El *cuidado de transición* procura hacer que las experiencias de la persona sean un viaje (o transición) lo más liviano posible de un marco a otro.

Al mismo tiempo es importante asegurar que toda la información necesaria pase de un servicio a otro (el tipo de cuidados recibidos y los que se esperan recibir). Una responsabilidad importante de la enfermería dentro del cuidado de transición es garantizar que exista una coordinación apropiada entre compañeros, y de que la persona se involucre lo máximo posible en los acuerdos para la continuidad de cuidados.

La Figura en la página 32 ilustra las fases comunes que se dan en los movimientos dentro del *continuum* del cuidado **Tidal**.

En el ingreso en un servicio- sea un hospital, una clínica o la propia casa de la persona - el foco inicial será “orientar a la persona en el cuidado inmediato”: desarrollando y entendiendo las necesidades inmediatas de la persona y organizando el equipo para empezar a explorar esas necesidades, y proporcionar apoyo general.

Esto nos guía hacia una exploración centrada en la persona y en su historia, a través de la *Valoración Holística* y, cuando sea apropiada, la *Valoración de Seguridad*. Los problemas cotidianos de la persona y/o su necesidad de apoyo se exploran más a fondo en las *Sesiones de Uno a Uno*, y en las sesiones centradas en el desarrollo de un “*Plan de Seguridad Personal*”.

Junto al trabajo individual, la persona participa en tres tipos de trabajo grupal, donde recibe apoyo de iguales y da apoyo a otros. El tipo de cuidado que se requiere es determinado, en gran parte, por dónde se encuentra la persona en el continuum de cuidados. Cuando la persona entra por primera vez en un servicio de salud mental, se valorarán sus *necesidades inmediatas*. El cuidado inmediato está centrado en intervenir de la manera más sencilla posible para ayudarle a “dar un giro” y apoyarle para retornar al “océano de experiencia” más amplio de la vida diaria.

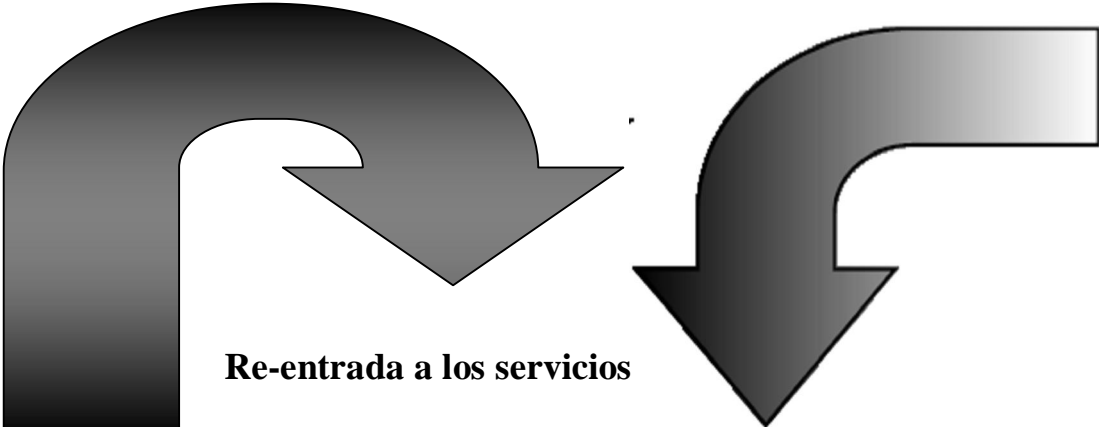
El cuidado inmediato está centrado en identificar soluciones a los problemas inmediatos de la persona, usando los recursos personales e interpersonales identificados en la *Valoración Holística*. Este enfoque *centrado en la solución a corto plazo*, se apoya (cuando proceda) en el *Plan de Seguridad Personal*. Este Plan identifica qué es necesario para asegurar la seguridad física y emocional, y para evitar cualquier riesgo para si misma o para otras personas.

Cuando la persona requiere el *cuidado para el desarrollo*, el énfasis habrá que ponerlo en ayudar a la persona a desarrollar habilidades o formas de lidiar con los problemas del día a día, a medio y largo plazo. Esta ayuda puede concretarse en forma de programa de rehabilitación, de asesoramiento o de psicoterapia. El cuidado para el desarrollo puede implicar también la oferta de un periodo de apoyo, tanto si es con un profesional o equipo de profesionales específico, como si es con un equipo que trabaja en colaboración con grupos de apoyo de la comunidad.

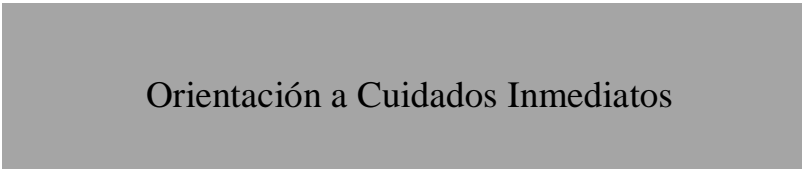
Cuando la persona necesita *cuidado de transición*, el trabajo en equipo efectivo y eficiente es vital. Aunque el trabajo en equipo es crucial en los tres niveles de cuidados, cuando la persona está pasando de un tipo de cuidado a otro es esencial la coordinación y la comunicación entre todas las partes, incluidas la persona y la familia.

En la próxima página se presenta un resumen del “viaje” que la persona podría realizar a través de cualquier servicio, desde la entrada hasta cualquiera de las muchas “salidas”.

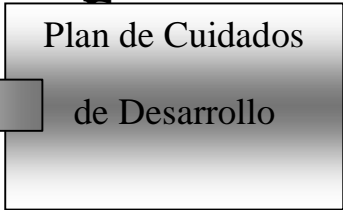
Entrada a los Servicios



Re-entrada a los servicios

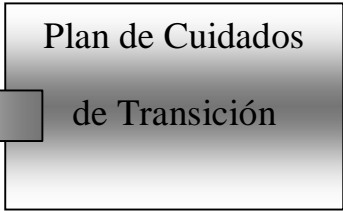


Orientación a Cuidados Inmediatos

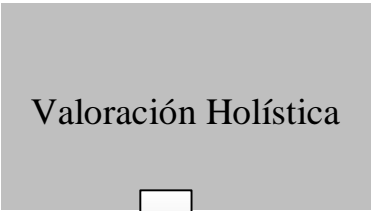


Plan de Cuidados de Desarrollo

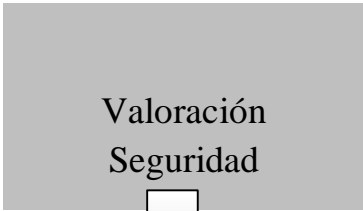
Salida



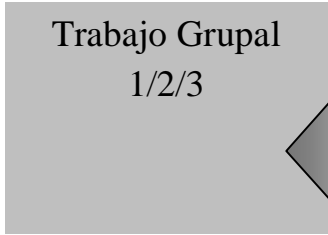
Plan de Cuidados de Transición



Valoración Holística



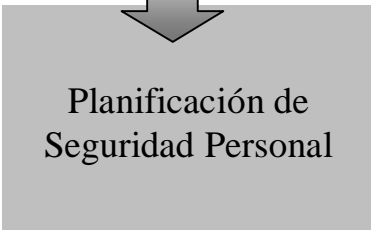
Valoración Seguridad



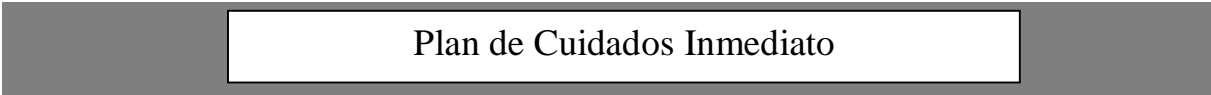
Trabajo Grupal 1/2/3



Sesiones de Uno a Uno



Planificación de Seguridad Personal



Plan de Cuidados Inmediato



Mapa del Continuum de Cuidado



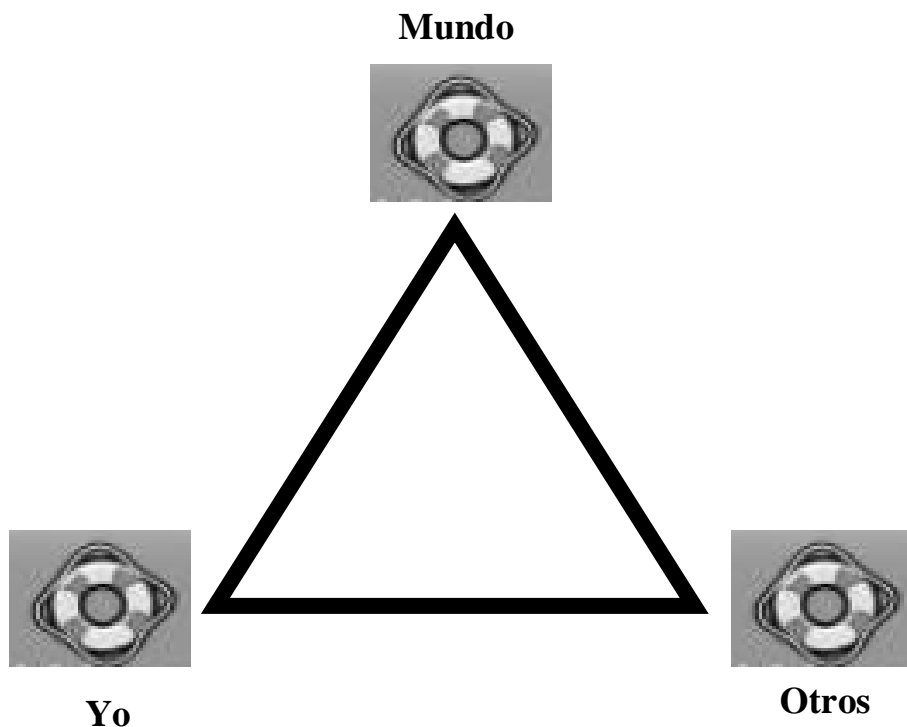
Los tres Dominios



El Modelo de la Persona

En el **Modelo Tidal** la persona está representada por tres **dominios** personales: el Yo, el Mundo y los Otros. Un *dominio* es una esfera de control o influencia: un lugar donde la persona experimenta o presenta aspectos de su vida pública y privada. Más sencillamente, un *dominio* es un lugar donde alguien *vive*.

Los dominios son como el domicilio de las personas. Su casa o piso tiene muchas habitaciones, pero no encontramos *siempre* a la persona en cada una de estas habitaciones. A veces la persona está en una habitación y a veces en otra. Los dominios personales son parecidos. A veces la persona está principalmente en el dominio del **Yo**, y otras veces está principalmente pasando tiempo en el dominio del **Mundo** o en el de los **Otros**.



El **Dominio del Yo** es el *lugar privado* donde la persona *vive*. Donde la persona experimenta pensamientos, sentimientos, creencias, valores, ideas etc., que sólo conoce la persona. En este mundo privado es donde el “sufrimiento” o la llamada “enfermedad mental” es experimentada por primera vez. Todo el mundo mantiene gran parte de su mundo privado en secreto, y sólo se lo revela a otros cuando quiere hacerlo. Esta es la

razón por la cual la gente suele ser un “misterio” para nosotros, incluso cuando son amigos íntimos o cercanos.

En el **Modelo Tidal** el **Dominio del Yo** se convierte en el centro de nuestra atención para ayudar a la persona a sentirse más “segura y a salvo”. Es donde intentamos ayudar a la persona a abordar y a empezar a manejarse con sus miedos privados, ansiedades y otras amenazas a su equilibrio emocional, que están relacionadas con problemas específicos de la vida cotidiana. El foco principal es desarrollar una relación de “conexión” o “puente” (descrita en la pág. 37), y ayudar a la persona a desarrollar un **Plan de Seguridad Personal** significativo (ver pág. 51). Este trabajo se convierte en la base del programa de “autoayuda” de la persona, que la sostendrá en su vuelta a su vida diaria.

El **Dominio del Mundo** es el lugar donde la persona comparte algunas de sus experiencias del Dominio del **Yo** con otra gente, en el mundo social de la persona. Cuando la gente habla con otros de sus pensamientos privados, sentimientos, creencias y otras experiencias que sólo ellos conocen, pasan al **Dominio del Mundo**.

En el **Modelo Tidal** el **Dominio del Mundo** se convierte en el foco de nuestros esfuerzos para *entender* a la persona y los problemas de su vida. Esto se hace a través de la **Valoración Holística** (descrita en la pág. 57). En el Dominio del Mundo intentamos además ayudar a la persona a empezar a identificar y atender sus problemas específicos, basándonos en sus problemas diarios. Esto se hace en las **Sesiones de Uno a Uno** (descritas en la pág. 70).

El **Dominio de los Otros** es el lugar donde la persona interactúa diariamente con otras personas; familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, profesionales, etc. Aquí la persona se ve en diferentes encuentros interpersonales y sociales, donde la persona puede verse influenciada por otros y, al mismo tiempo, puede influir en otros.

La organización y la prestación del cuidado profesional y otras formas de apoyo se encuentran en el **Dominio de los Otros**. De todas formas, el enfoque clave del Modelo Tidal está en las tres formas de trabajo grupal: Descubrimiento, Compartir información y búsqueda de Soluciones.

Participando en estos grupos, la persona desarrolla su conocimiento sobre el valor del apoyo social, el cual puede *recibir* pero también *dar* a otros. Esto se convierte en la base de la apreciación de la persona del valor del apoyo mutuo, que puede ser aplicado en la vida diaria.



El Poder del Registro en Directo



Los Beneficios del Registro “*in situ*”

Todos los registros de reuniones, evaluaciones o planes de cuidado desarrollados con la persona son registrados “en directo”, “*in situ*”- en el lugar donde la conversación, evaluación, etc. tiene lugar.

Aclaración: Para registrar las aportaciones de la persona se usan siempre sus *propias palabras*, y cuando las enfermeras están planificando los cuidados, las propias palabras de la persona se usan como “citas textuales”. A la persona siempre se le *ofrece* un bolígrafo al comienzo y se la invita a completar el registro. (Cuando alguien se siente incapaz o no desea hacer esto, le devuelve la tarea a la enfermera, manteniendo su dignidad intacta).

Hay muchos beneficios en el uso de este tipo de registro en directo:

- 1. Valor:** Siendo directamente implicada en el proceso, la persona se siente *valorada*. La implicación activa en el proceso de registro demuestra respeto por la contribución de la persona.
- 2. Propiedad compartida:** Un sentido de auténtica *colaboración* se desarrolla cuando el registro se realiza conjuntamente entre la persona y la enfermera.
- 3. Precisión:** Registrando los resultados de la conversación *en directo* las posibilidades de distorsión, o las salidas de contexto de lo que se ha dicho, se reducen. El registro real de la reunión o sesión es un registro preciso en el cual las partes implicadas están de acuerdo.
- 4. El foco centrado en la persona:** Registrando las propias palabras de la persona, la enfermera, u otro profesional, muestra un compromiso de trabajo con la persona en el desarrollo de intentos significativos y constructivos de atender los problemas actuales de su vida.
- 5. Economía:** Registrando sesiones en directo- *in situ*- la enfermera *ahorrará tiempo*, porque de otra manera tendría que pasar mucho tiempo en el despacho intentando reconstruir lo que se había dicho.

El Dominio del Yo

Desarrollando Seguridad Emocional

En el Dominio del Yo ayudamos a la persona a experimentar el grado de seguridad necesario para sentirse capaz de enfrentar y abordar los retos presentados por los diferentes problemas de la vida.

Hacemos esto desarrollando una **Relación Puente**, la cual pretende romper con el sentimiento de separación y fomentar un sentimiento de conexión humana.

Después ayudamos a la persona a desarrollar un **Plan de Seguridad Personal**, el cual identificará qué debe hacer la persona, y los demás, para ayudarla a sentirse más segura emocionalmente, y con ello, físicamente.

Esto formará la base para el futuro desarrollo de la sensación cotidiana del “autocuidado” o “autoayuda”.



Construyendo Puentes



La vida y sus muchos riesgos

Aunque es arriesgado generalizar, la mayoría de la gente que necesita el soporte de los servicios de salud mental experimenta lo que podríamos llamar una “crisis del yo”, encontrando difícil convivir con ellos mismos o con otra gente, derivando en una dificultad de convivencia recíproca: a otra gente les resulta difícil vivir con ellos.

La gente con algún tipo de sufrimiento mental suele experimentar un sentimiento de “amenaza”. Esto puede ir desde experiencias *internas* (ej. sentimientos de inutilidad o desesperanza o la escucha de voces amenazantes) hasta efectos del mundo *exterior* (estigma, persecución, discriminación o abuso).

El centro de nuestro trabajo dentro del **Dominio del Yo** es aprender algo de las amenazas a la *seguridad física y emocional* de la persona y ayudarla a trabajar en lo que se necesita hacer para minimizar esas amenazas.

La enfermería siempre ha tenido en cuenta la necesidad de garantizar la *seguridad física* de la persona, con planes de cuidados centrados en, por ejemplo, evitar el riesgo de caída en personas frágiles, o el riesgo de enfermedad física en aquellos que parecen incapaces o reacios a encargarse de sus necesidades físicas.

Actualmente, se pone mucho énfasis en las personas que presentan un riesgo para ellas mismas, por *autolesiones, suicidio, abandono de sí mismos o daño a otros*. Sin embargo, bajo nuestro punto de vista, todos estos diferentes problemas tienen un denominador común: algún misterio que yace en las profundidades del Dominio del Yo.

Construyendo puentes- construyendo seguridad emocional

De la Relación de Ayuda a la Colaboración

En menos de una década, el concepto de “riesgo” se ha convertido en el foco de la salud mental teórica y práctica. Todos los servicios, sea en lo público, privado o en el sector de las ONG, están obligados a incorporar varias formas de “evaluación del riesgo” para identificar a las personas que puedan ser un riesgo para otros o para ellas mismas.

No contemplar la valoración de tales riesgos podría ser considerado una negligencia, pudiendo derivarse en daños y consecuencias de responsabilidad profesional y patrimonial.

En consecuencia, se emplean diferentes procesos de “evaluación del riesgo” y “manejo del riesgo” para asegurar una eficaz gestión de la seguridad, atendiendo a las necesidades de responsabilidad civil y patrimonial de la organización y de la prestación de una atención segura a las personas.

La “relación enfermera-paciente”, por primera vez descrita hace más de cincuenta años por Hildegard Peplau, es la mejor “herramienta” de la práctica enfermera. Pero simplemente pasar tiempo con la persona no es suficiente. Todo este tiempo dedicado debería orientarse a alguna actividad, que nutriera la comunicación sobre el sufrimiento o la dificultad de la persona, de manera que esa acción más profunda desarrollaría el comienzo de la atención y resolución de los problemas de la persona.

Un problema de aparición reciente en la atención a la salud mental es la incorporación de conceptos (como *compañía* o *consumidor*) del campo de la gestión comercial, reajustándolos, con pocas consideraciones críticas, a contextos bastantes diferentes. El “compañerismo” entre enfermeras (y otros profesionales sanitarios y sociales) y las personas a su cuidado no podrían ser más diferentes del “mercado de libre comercio”.

Esto sugiere la necesidad de “deshacer” el lenguaje de cuidados y, quizás, usar un lenguaje más significativo.

Observación y riesgo

En muchos servicios de salud mental, si se piensa que una persona va a poner en riesgo a otras personas o a ella misma, se recomienda algún tipo de observación. En muchos países estas observaciones están enmarcadas en alguna estrategia o protocolo. Sin embargo, al menos para la persona no experta, la “observación” debe representar una respuesta bastante ilógica a una crisis humana.

Si estuviéramos en un barco y nos percatáramos de que el agua está inundando las partes bajas, ninguna persona razonable se pondría a hacer una observación de esta “inundación”. En lugar de eso, se pondría a asegurarse de que la inundación no llega al resto del barco (salvando la situación haciéndola segura). Una persona bien entrenada empezaría a explorar el barco para buscar una posible solución al problema. Creemos que este ejemplo es una analogía perfecta para el escenario de cuidados de salud mental. Si una persona está a punto de entrar en riesgo, la situación general de la persona necesita “hacerse segura”- dando apoyo social y confort físico. Entonces, una persona apropiadamente entrenada empezaría a explorar las posibles causas del “riesgo”.

- ¿Qué está *sucediendo* en el *mundo interior* de la persona que podría generar exposiciones de conductas de “riesgo”?

- ¿Qué *es necesario hacer* – por la persona y miembros del equipo profesional, para reducir o resolver estos problemas o asuntos para así reducir el nivel de riesgo?

Del Compromiso a la Construcción de Puentes

En los principios del desarrollo del Modelo Tidal se hicieron intentos para representar, de la forma más precisa posible, “qué” hicieron las enfermeras en nombre de los cuidados, especialmente con personas en riesgo, que suelen rehuir del contacto humano. Confirmamos que los profesionales necesitaban “intentar comunicarse” de alguna forma para contactar con la persona. Nosotros llamamos a esto “compromiso”.

A lo largo de los años, en talleres y debates con los compañeros en varios proyectos del Modelo Tidal, quedamos insatisfechos con el concepto de “compromiso”.

-El concepto de compromiso caracteriza hoy en día a muchos documentos legales y políticos, así como a la literatura profesional. A menudo, el término tiene varios significados, por lo que el concepto original se ha vuelto confuso.

-Aunque el “compromiso” puede significar una “promesa moral”- como en un “compromiso de boda”, más comúnmente implica un “encuentro entre fuerzas hostiles o contrarias”, como se puede ver en muchos conflictos en todo el mundo.

Revisamos nombres alternativos para los procesos de apoyo humano que pensamos eran necesarios para contactar con las personas que sufren, en un esfuerzo de *conectar* con ellos, de reunirnos con ellas, al menos, a mitad de camino. Finalmente, decidimos renombrar este proceso: *construir puentes*.



Construyendo puentes- ¡lo que ves es lo que hay!

Construir puentes nos proporciona una metáfora apropiada en el trabajo de *apoyo* necesario hacia las personas que sufren, que también pueden estar “en riesgo”.

-La gente ha construido puentes desde el principio de los tiempos, en todas las sociedades y culturas. Como resultado, la “necesidad de construir puentes” entre individuos alienados se ha convertido en una popular metáfora inglesa (*The need to build bridges*).

- “Construir puentes” es “construir conexiones”, tanto si hay grandes piezas de ingeniería o estructuras simples. Todos los puentes “hacen” lo mismo. El *propósito* de “construir puentes” es **acabar con la separación** y **promover las conexiones**.

-“Construir puentes” suele implicar un significado de *cruzar aguas peligrosas* porque tenemos que alcanzar algo de *importancia* en el otro lado. En cualquier puente siempre hay dos lados y siempre hay un hueco, un espacio. Metafóricamente esto significa la manera en que la gente está separada por diferencias de entendimiento, poder o estatus.

-El espacio puede ser “puenteado” por cualquier tipo de material- desde un puente con una cuerda en los Andes o los remaches de acero del Puente Forth Rail. Esto nos recuerda que podemos usar cualquier significado que tengamos a mano para “cruzar” el espacio que separa a dos personas.

-El “puente” no es un juez ya que conecta a todo aquel que exprese su deseo de cruzar, sin importar quiénes son o dónde han estado.

-El tránsito del “puente” no es de una sola dirección, permite a aquellos que lo usan volver hacia atrás y seguir hacia adelante si lo desean.

-Cuando dos personas se encuentran en un “puente” no hay un lugar fijo de encuentro, en el mismo sentido en que el puente es una conexión continua entre dos contrarios.

-En el billar o en el *snooker*, el “puente”, que puede ser un aparato mecánico o simplemente la forma de la mano del jugador, presta el apoyo necesario para jugar un golpe difícil. Esto puede ser una buena metáfora para los retos a los que las enfermeras se enfrentan cuando tratan con riesgos.

El Propósito de Construir Puentes en Salud Mental

En salud mental necesitamos “cruzar” las amenazantes aguas de la locura para “alcanzar” a la persona con sufrimiento mental. La metáfora del puente nos recuerda la *creatividad* y el *esfuerzo* que se ponen en la construcción de un puente para conectar con una persona que puede estar alienada, aislada, amenazada y con miedo. Esto no es fácil. Debería ser **una responsabilidad profesional altamente valorada**, *no* una “tarea rutinaria” ejecutada por personal auxiliar, estudiantes y personal de seguridad.

Construir este tipo de puentes conlleva peligros inherentes. Los constructores del puente necesitan actuar *habildosamente* y *cuidadosamente*, sabiendo todos los riesgos en los que se podrían ver envueltos. Además necesitan asegurarse de que los “primeros ladrillos del edificio” están bien puestos. En los cuidados de salud mental estos “ladrillos del edificio” son los procesos humanos. Estas metáforas nos recuerdan los peligros de los sistemas burocráticos y el riesgo deshumanizante para la persona destinataria de esos procesos " estandarizados " de cuidado.

Lo más significativo es que la “observación” es una *cosa* (un sustantivo), y “construir un puente” es una *acción* (un verbo), denota una *actividad* implicada en los cuidados. El equipo puede tener un protocolo con unas “reglas de observación” sobre la mesa del despacho que les dice “qué” hacer y “cuándo”. “Construir puentes” no existe fuera de la relación interpersonal entre la enfermera y la persona cuidada. “Construir puentes” sólo se puede desarrollar cuando dos personas empiezan a tener contacto. Sólo podemos saber cómo “funciona” la construcción examinando los resultados de la “construcción del puente” como lo haríamos con un encuentro humano. Es como tocar un instrumento musical o montar en bicicleta: sólo podemos aprender a “construir puentes” *haciéndolo*.

Construyendo puentes- algunos ejemplos sencillos

Como Sally Clay anotó en la introducción, la gente que está en “riesgo”, de cualquier tipo, experimenta algún tipo de amenaza a su equilibrio emocional (o espiritual). Pueden estar atormentados por demonios invisibles, angustiados por alguna fechoría del pasado (real o imaginaria) o “enfadados” por algún leve desprecio o insulto, sea antiguo o reciente. En todo caso, la historia del daño, amargura o desesperanza yace en lo profundo de la persona, dentro del **Dominio del Yo**.

Nuestra tarea es intentar contactar con la persona- para alcanzarla- haciéndoles saber que somos conscientes, en la medida de lo posible, que están dañados, enfadados o estresados. Sostenemos una mano metafórica que esperamos que la persona tome, y podamos trabajar juntos para empezar a explorar el problema, en un esfuerzo por encontrar **lo que se necesita hacer**.

Esto ocurre sin palabras, y no hay una única manera de hacerlo. Tenemos que usar toda nuestra imaginación, toda nuestra experiencia- como seres humanos, pero también como profesionales- para *crear* esa conexión; construir el puente que romperá la separación y fomentará un sentido de conexión.

La situación de “Alto Riesgo”

Cuando la persona está en situación de “alto riesgo” de cometer algún daño, el cuidado se centra en asegurarse de que la persona recibe el mayor nivel de “apoyo” posible.

Sería inapropiado intentar definir exactamente cómo el equipo debería “construir el puente” con la persona que está en un sufrimiento tan obvio, o bajo una seria amenaza. Aquí ofrecemos una sencilla visión de conjunto de cómo el equipo *podría* abordar esta tarea crítica.

Dejemos que la “preocupación humana” sea nuestra guía

-La enfermera responsable del cuidado de la persona debería hacer que la persona conociera la preocupación del equipo por su bienestar.

-La enfermera debería tratar con la persona cómo organizar mejor su cuidado a corto plazo (por ej. en las próximas 24 horas).

-La enfermera debería entonces preguntar a la persona si tiene alguna pregunta o desea comentar su situación.

Aclaración: Siguiendo los principios del **Modelo Tidal**, hay que decir que este proceso será un proceso *colaborativo*. Si la persona parece reacia a recibir este tipo de apoyo, la enfermera debería reconocerlo y anotar el punto de vista de la persona como apropiado. A continuación debería hacerse un intento por explicar, quizás con ejemplos diferentes, por qué el equipo está preocupado por la persona *en ese momento*.

He estado pensando en cómo te están yendo las cosas. Algunas cosas que has dicho me han hecho sentir que, quizás, te sientes un poco frágil. Por ahora me gustaría darte todo el apoyo posible. Se lo he sugerido a mis compañeros. Creo que necesitamos ayudarte en este periodo difícil. Me organizaré yo misma, u otra de las enfermeras, para estar contigo la mayoría del tiempo, para que te sientas apoyado, y quizás puedas tener alguna ayuda con tus cosas cuando lo necesites. Podríamos hablar de cosas, o simplemente ayudarte a pasar el día. Organizaré verme contigo mañana sobre esta hora para que podamos hablar de cómo te sientes entonces, y para saber qué opinas de la ayuda que te hemos prestado. Podemos hablar sobre las necesidades que tengas entonces. ¿Cómo te sientes acerca de esto?

La situación de Riesgo Significativa

Cuando la persona parece estar en una *situación significativa de riesgo*, donde puede haber daño, el cuidado se centra en proveer a la persona apoyo *de forma reglada* durante el día y la noche. De nuevo, es importante transmitir a la persona la preocupación del equipo por su bienestar, y explicarle, en palabras sencillas, cómo el equipo espera ayudar a la persona.

-La enfermera debería contarle a la persona que el equipo está preocupado por su bienestar.

-Se debería informar a la persona de que una enfermera contactará con ella regularmente durante el día para preguntarle cómo está y preguntarle si necesita algo.

-En la medida de lo posible, la enfermera tratará de cubrir las necesidades de la persona, en ese momento o en cuanto se pueda.

-Durante la noche, alguien controlará regularmente si la persona está cómoda o si necesita algo.

Creo que lo estás haciendo bien en estos momentos. Aunque quizás todavía necesitas un poco de apoyo. Las cosas no te han sido fáciles los últimos días. De vez en cuando contactaré contigo para preguntarte cómo estás. También le pediré a algunos de mis compañeros que hagan lo mismo. De esa manera, podremos saber si necesitas algo, necesitas hablar sobre algo o quizás organizar alguna actividad. Estamos a tu disposición. Sólo háznoslo saber. Además, si necesitas cualquier cosa en cualquier momento, háznoslo saber a mí o a otro de mis compañeros. ¿Cómo te sientes acerca de esto?

La situación del Riesgo Leve

Es siempre arriesgado definir cualquier situación como de “riesgo leve”, puesto que una crisis suele “aparecer de repente”. Sin embargo, se dice que cuando la persona *parece* estar en una situación de “riesgo leve” de hacer daño, el enfoque de la relación “puente” está en proveer apoyo significativo, pero *intermitente* a lo largo del día y de la noche.

- Debería informarse a la persona de que el equipo aún se preocupa por su bienestar.
- Debería informarse a la persona de que una enfermera contactará con ella de vez en cuando durante el día para preguntarle cómo está y preguntarle si necesita algo.
- Finalmente, se debería preguntar a la persona si le gustaría hacer algún comentario o sugerencia.

Creo que lo estás haciendo muy bien en estos momentos. Estoy segura de que has estado trabajando mucho en ello. Haré que alguien mantenga el contacto contigo para asegurarse de que todo va bien y preguntarte si necesitas algo. Sé que has estado trabajando mucho en desarrollar tu Plan de Seguridad Personal. Eso seguramente haya merecido la pena. ¿Hay algo de lo que quieras hablar conmigo ahora?

La situación de ‘No Riesgo’

Cuando la persona no parece estar *aparentemente en ninguna situación de riesgo*, el cuidado se centra en el desarrollo de algunas relaciones más “activas”.

- Organizar más **Sesiones de Uno a Uno**, centradas en tratar los problemas específicos que ha llevado a la persona a necesitar cuidados o los que le han llevado a la crisis.

Estas sesiones se centrarán en establecer **lo que se necesita hacer** para reducir o resolver los efectos de los problemas o crisis.

- Organizar una reunión familiar (cuando sea apropiado) involucrando a miembros de la familia que están activamente implicados con la persona. *Los participantes deberían ser elegidos por la persona.* El foco de esta reunión debería estar en identificar **lo que se necesita hacer** (o lo que debe suceder) para reducir o resolver el problema o la crisis, y definir el rol que cada persona puede jugar para que se consiga con éxito.

-Animar a la persona a que asista a una de las sesiones grupales. Ahí la persona puede empezar a obtener apoyo de iguales, no solamente de los profesionales.

-Se debería informar a la persona de las diferentes opciones de apoyo disponibles, en forma de apoyo individual, familiar o grupal.

Aclaración: *Cuando el cuidado es prestado dentro de la comunidad, tanto en casa de la persona como parte de una hospitalización parcial o en un programa ambulatorio, este nivel de apoyo será pactado “por acuerdo”.*

Ser Humano - Ser Creativo

Es demasiado fácil caer en la trampa de “dispensar” cuidados estandarizados, lo cual se debe evitar a toda costa.

Trabajando con personas que están de alguna manera “en riesgo”, nuestros esfuerzos deberían centrarse en valorar a la persona, respetándola como tal y transmitiendo nuestra auténtica preocupación por su bienestar. (Si algún miembro del equipo no siente esta preocupación, entonces la posibilidad de ofrecer un cuidado significativo y efectivo es, obviamente, *imposible*).

Como Hilda Peplau observó hace más de 50 años, la “herramienta terapéutica” clave que las enfermeras usan en su trabajo no es otra que *ellas mismas*. La enfermería es, entre otras cosas:

“Una fuerza de maduración y un instrumento educativo. En cuanto a la efectividad de los cuidados, a los individuos y a las comunidades se les puede ayudar a usar sus capacidades para conseguir los cambios que influyen en vivir de forma deseable.”

Para ser capaz de ayudar a las personas a modificar sus vidas de manera en que lo desean, las enfermeras deben ser flexibles, pragmáticas, y sobre todo, **creativas**.

No podemos decirte cómo ser creativo, pero por el bien de las personas con las que trabajas, esperamos que uses toda tu creatividad humana para ayudarles a aprender de sus propias experiencias, al apoyarles en hacer cambios significativos en sus vidas.



La Valoración Monitorizada



El **propósito** de la **Valoración Monitorizada** es ayudar a la persona a identificar y examinar las amenazas y otras inseguridades emocionales que incrementan el riesgo del daño a ella misma o a otros.

Explorando la amenaza emocional

Si el equipo tiene alguna razón para creer que la persona está en algún tipo de riesgo, de hacerse daño a ella misma o a otros, será necesario explorar el **Dominio del Yo**, de manera sensible y colaboradora. La **Valoración Monitorizada** (ver Anexo 3) es una parte vital de esta exploración, proporcionando no sólo una razón para construir “puentes” más a fondo con la persona, sino también para abrir el camino para el desarrollo del **Plan de Seguridad Personal** (ver próxima sección). (*Esta Valoración ha sido objeto de muchas revisiones desde que fue desarrollada por primera vez hace 10 años*).

La **Valoración Monitorizada** tiene 3 objetivos:

1. Ayudar a la persona a empezar a *evaluar* su propio *estado de riesgo*. Esto ayuda profundamente en el proceso de “empoderamiento”.
2. Facilitar una *medida sencilla* del nivel de riesgo percibido. **Tanto** desde la perspectiva de la persona **como** la de la enfermera.
3. Identificar *qué podría ayudar* a reducir el nivel de riesgo.

La **Valoración Monitorizada** debería completarse con una enfermera u otro miembro del equipo que tenga la responsabilidad del cuidado general de la persona.

La **Valoración Monitorizada** debería realizarse en privado y no consume necesariamente mucho tiempo. Puede que no lleve más de unos pocos minutos completarla.

Resumen de la Valoración

La enfermera empieza por ofrecer una introducción general a la valoración y luego comienza con preguntas generales sobre los sentimientos de la persona.

Esperaba que pudiésemos hablar hoy un poco sobre cómo te sientes. Sé que las cosas han sido un poco difíciles para ti los últimos días. He traído conmigo un registro que considero útil. Lo llamamos “Valoración Monitorizada”. Supongo que consiste en lo que su propio nombre dice: monitorizar cómo te sientes. Así podríamos trabajar con lo que “se debería hacer” para ayudarte. Te he traído una copia. ¿Te parece bien que hablemos de esto?

Bueno, lo primero es preguntarte cómo te sientes. Ya te dije que creía que las cosas han sido un poco difíciles para ti. Así es cómo yo lo veo. ¿**Tú** cómo te sientes?

Después de que la persona haya hablado, aunque sea un poco, sobre cómo se siente o de qué “está pasando”, la enfermera animará a la persona a anotar todos estos sentimientos (o pensamientos, etc.) en sus propias palabras o tomará nota en nombre de la persona.

A continuación, la enfermera explorará el posible impacto, o efecto, que tienen esos sentimientos etc. en su vida diaria, invitando otra vez a la persona a anotarlo y que haga una clasificación que represente cómo se siente de cómoda y segura.

¿Podrías anotar ahí cómo te sientes? – donde pone “*Cómo me siento*”. Dado que te sientes (nombrar los sentimientos mencionados), ¿cómo de cómodo y seguro te sientes hoy, *contigo mismo*? Si te digo, digamos, en una escala de 0-10, donde 0 significa que te sientes **muy vulnerable**, para nada cómodo y seguro, y 10 significara que te sientes todo lo cómodo y seguro que podrías estar, ¿dónde dirías que estás ahora?

Como el propósito de la evaluación es *explorar* cómo podría seguir la persona desarrollando un sentido de *seguridad personal*, entonces la enfermera pregunta:

Veo que te sientes como un 8 ahora mismo - eso es sentirse un poco vulnerable ¿verdad? Entonces dime, ¿qué te ayuda a sentirte más seguro contigo mismo, incluso un poquito más seguro? ¿Qué tipo de cosas haces para sentirte un poco más cómodo y seguro? A lo mejor puedes escribirlas conmigo, donde pone *¿Qué me ayuda ahora?*

Después la enfermera animará a la persona a valorar la medida en que se siente en riesgo hacía si misma o hacía otros. ¿Cuántas son las posibilidades de que te **hagas daño**?

De acuerdo. ¿Cuántas crees que son las posibilidades de hacerte *daño* a ti mismo? Usa la misma escala 0-10 (con 0; no hay ninguna posibilidad y 10; hay una posibilidad considerable) ¿Cómo te valorarías ahora mismo en la escala?

Si hay *alguna* posibilidad de autolesión, la enfermera le pide a la persona de anotar la puntuación en la casilla *¿Qué posibilidad hay de hacerme daño?* A continuación, la enfermera explora el juicio de la persona sobre la utilidad de apoyo.

Ahora aparece una pregunta importante...al menos para mí. ¿En qué medida crees que soy capaz de ayudarte?- a sentirte más *seguro contigo mismo* y, por tanto, ¿sentirte más *a salvo*? Si usas la misma escala, 0-10, ¿qué dirías? 10 significaría que estás muy seguro de que podrías ser ayudado y 0 significaría que no habría ninguna posibilidad de que pudiera ayudarte. ¿Qué dirías?

Si la persona da una puntuación alta en la pregunta “¿Podrían ayudarme a sentirme más seguro?” (más de 5), la enfermera exploraría las razones de la persona para pensar esto.

Así que eres positivo y confías en que puedo ayudarte - 6, eso parece bastante positivo. ¿Puedo preguntarte por qué crees que yo podría ayudarte? ¿Qué crees que yo puedo hacer que sea diferente?

La enfermera sigue explorando qué tipo de apoyo podría obtener la persona de otras personas, que le ayudaría a desarrollar un sentido de seguridad emocional.

Bien. Entonces tú opinas que si hago (nombrar una actividad) te sería de gran ayuda. Entiendo. ¿Y quién más crees que puede ayudarte ahora mismo? ¿Y qué clase de cosas harían ellos para ayudarte?

Entonces las respuestas se anotan en la casilla con el nombre *¿Qué más podría ser de ayuda?*

Antes de terminar, la enfermera pregunta *cómo de confiada* se siente la persona como para mantenerse “segura” hasta la próxima cita (especificando cuándo será la cita). La misma escala (0-10) se usa también para indicar “ninguna confianza - 0” o “mucho confianza - 10”.

Después de que la persona ha puntuado su “confianza”, entonces la enfermera puntúa cuánta confianza tiene ella en la seguridad de la persona.

De acuerdo. Te has puntuado con un 8. Eso significa que estás bastante confiada como para mantenerte así hasta la próxima cita. Ahora, si tengo que preguntarme a mi misma cómo de confiada estoy, supongo que puedo decir que un 4 o un 5. Supongo que no estoy tan segura como tú. (Esto se anota en la casilla *¿Cómo de confiada/a estás tu (el personal)?*). Quizás podríamos hablar un poco sobre esto. ¿Por qué crees que te sientes confiada aunque yo no lo esté tanto?

Aclaración: Cuando las puntuaciones de la enfermera y la persona **difieren**, se debería debatir el tema. Lo que se pretende no es llegar a un consenso, sino airear, abiertamente, las diferentes razones por las que una persona toma una perspectiva y la enfermera toma otra diferente. Finalmente, el equipo necesitará tomar una decisión, con respecto a cómo sus miembros cuidarán de la persona, salvaguardando también la posibilidad de una demanda por negligencia. De todas formas, explorando abiertamente el punto de vista de la situación de riesgo de la persona y, quizás, contrastándolo con el punto de vista de la enfermera, empezará a llevarse a cabo un diálogo abierto y honesto. Esperemos que esto sea el principio de un diálogo abierto y honesto para obtener un cuidado más significativo y colaborador. Este es el comienzo de la “construcción de puentes” (ver pág. 37).

Elección del momento

La **Valoración Monitorizada** se debería completar siempre cuando la persona parece estar en riesgo para ella o para otros. Normalmente la valoración sirve como preparación para el desarrollo de un **Plan de Seguridad Personal**. (Ver próxima sección). La **Valoración** puede utilizarse repetidamente, para ayudar a los miembros del equipo y a la persona a obtener una estimación de cómo están cambiando los riesgos percibidos, sutilmente, día a día.

Principales Características

Las características principales de la **Valoración Monitorizada** son:

- La persona se *involucra activamente*, opinando sobre el nivel de riesgo percibido.
- La valoración se centra en explorar “el mundo privado” de la persona y además *posibilita* la “*creación de puentes*” necesaria para una relación cercana y de confianza.
- Se respeta el punto de vista de la persona sobre la situación de riesgo.
- Se anima a un *diálogo abierto*, incluso cuando los puntos de vista pueden diferir.
- Se completa la recogida de datos con *las palabras* de la persona, y cuando sea posible lo realizará ella misma.
- Todo el proceso demuestra un *compromiso de colaboración*.
- El proceso de la evaluación es un trampolín para el **Plan de Seguridad Personal** y da pasos en la dirección de la “autoayuda”.

En la siguiente página se puede ver un ejemplo de una **Valoración Monitorizada** completada.



La Valoración Monitorizada



- **Cómo me siento**

Inestable. Mi cabeza está atormentada. No parece pensar.

- **¿Cuánto de cómodo/a y seguro/a me siento? (0-10)**

4

- **¿Qué me ayudaría ahora mismo?**

Dormir. Hablar un poco.
Un cigarrillo.

- **¿Qué posibilidad hay de que pueda hacerme daño?
(0-10)**

6

- **¿Podrían ayudarme a sentirme más seguro/a? (0-10)**

7

- **¿Qué más podría ser de ayuda?**

Salir por la noche. Ver las estrellas. Hablar con Jim (novio)

- **¿Cómo de confiado/a estoy?**

(La Persona) (0-10)

8

- **¿Cómo de confiado/a estás tú?**

(El Personal) (0-10)

5



Plan de Seguridad personal



El **propósito** del **Plan de Seguridad Personal** es ayudar a la persona a identificar lo que **ella misma** y **otras personas** hacen o podrían hacer; para “mantenerse a flote” y a salvo de riesgos graves.

Del Cuidado a la Autoayuda

El enfoque de todos los cuidados Tidal dentro del Dominio del **Yo** es identificar cualquier riesgo grave, que podría generar la persona a si misma o a otros, e intentar proveer las condiciones necesarias para que la persona se sienta (al menos un poco) más segura emocionalmente. Todos estos esfuerzos ponen el énfasis en que la valoración sea abierta y en colaboración con la persona, concluyendo con el desarrollo de un plan de apoyo y cuidado abierto y colaborador: el **Plan de Seguridad Personal**.

Originalmente el llamado “Plan de Seguridad”, fue cambiado a **Plan de Seguridad Personal** porque las personas que recibían los cuidados Tidal sugirieron que este nombre significa que les pertenece a ellos y no al equipo de profesionales. El plan es, de todas formas, desarrollado conjuntamente por la persona y una de las enfermeras del equipo y tiene dos propósitos:

1. Definir *qué* (exactamente) podría hacer la persona por ella misma para reducir la probabilidad de hacerse daño a si misma, o a otros, y cómo la persona se sentiría *emocionalmente* más segura.
2. Identificar lo que otras personas, miembros del equipo, otros pacientes, amigos, etc., podrían hacer para posibilitar esto.

El **Plan de Seguridad Personal** es la base de la contribución de la persona a su propio plan de cuidados y representa un momento crítico o un gran paso desde “ser cuidado por” a “autocuidarse” o “**autoayudarse**”. No acabaríamos nunca de insistir lo suficiente en la importancia que tiene el Plan de Seguridad Personal. Si la persona no se siente

segura- tanto *emocionalmente* como físicamente- entonces todos los ofrecimientos de ayuda, aunque sean sofisticados y apropiados, podrían tener muy poco efecto.

Aclaración: Dado que la sensación de seguridad emocional de la persona es cambiante, día a día, si no momento a momento, es vital que el *Plan de Seguridad Personal* sea revisado regularmente.

Cuando se califica el estado de la persona como de “alto riesgo” el plan podría necesitar ser revisado diariamente. Cuando la persona está en el *Cuidado de Transición* o cuando se cree que el nivel de riesgo se ha reducido o es bajo, la revisión del **Plan de Seguridad Personal** podría ser menos frecuente.

Seguridad y Confianza

Tradicionalmente, los servicios se han centrado en asegurarse de que la persona en tratamiento estuviera *segura*. Normalmente esto va desde eliminar o controlar el acceso a partes del entorno que pueden, razonablemente, ser asumidas como “peligrosas”, a eliminar el acceso a objetos, materiales u otras personas que pudieran ser dañinas. Claramente, estas precauciones de “sentido común” son una parte vital de la *seguridad* de la persona.

Sin embargo, las ventanas, los cristales, los cuchillos, etc. no representan las amenazas más graves a la seguridad de la persona. Las amenazas reales están dentro del **Dominio del Yo** de la persona, en forma de pensamientos, sentimientos, creencias, recuerdos, etc., que pueden llevar a la persona a usar el mundo exterior para hacerse daño a ella misma o a otros. En consecuencia, el **Plan de Seguridad Personal** se centra en qué está ocurriendo dentro del **Dominio del Yo** de la persona.

El propósito es identificar cómo la persona podría manejar estos pensamientos y sentimientos y sentirse más segura emocionalmente.

En el desarrollo del **Plan de Seguridad Personal**, la enfermera asume que la persona ya posee los *recursos personales* necesarios para manejar el riesgo, pero necesita algo de ayuda para clarificar cómo utilizarlos en el día a día. Esta asunción es otro ejemplo de la aproximación a la “acción” o del “empoderamiento” del Modelo Tidal, que consiste en ayudar a la persona a usar su propio “poder” personal en positivo y no hacia un efecto negativo.

El desarrollo del **Plan de Seguridad Personal** implica responder a las siguientes cuatro preguntas:

1. ¿Qué ha hecho la persona *en el pasado* que parece reducir la posibilidad de hacerse daño a si misma o a otros, y que fomenta el sentimiento de “seguridad emocional”?
2. ¿Qué está haciendo ahora la persona para reducir o eliminar el riesgo de daño y sentirse más segura emocionalmente?
3. ¿Qué ayuda recibe la persona de otros y que sirve para reducir el riesgo de daño y fomenta la seguridad emocional?
4. ¿Cómo podría la persona utilizar estos “recursos” personales para desarrollar su propio **Plan de Seguridad Personal**?

Ejemplo:

Enfermera: ¿Así que sientes que podrías hacerte daño otra vez?

Persona: Supongo. Esta idea está dando vueltas en mi cabeza- los pensamientos, quiero decir- dan vueltas en mi cabeza la mayoría del tiempo. Siento que nada tiene sentido. Voy a hacerlo otra vez. Sé que lo haré.

Enfermera: ¿Y cómo te manejas con eso? ¿Cómo te las arreglas con esos pensamientos dando vueltas en tu cabeza?

(Aclaración: *la enfermera no pregunta si la persona puede manejar estos pensamientos, sino que **asume** que la persona ya lo hace*)

Persona: Bueno, no estoy seguro de que lo haga. Quiero decir que no he pensado realmente en ello. Parecen tener vida propia...los pensamientos, quiero decir.

Enfermera: Bueno, debes estar haciendo algo. Algo *potente* o *poderoso*, porque tú no te has hecho daño desde que viniste aquí, a pedirnos ayuda.

Persona: Sí, pero eso es porque estoy aquí, ¿no?

Enfermera: Bueno, quizás tengamos que hablar de eso. Pasas mucho tiempo aquí solo, ¿no?

Persona: Sí, pero ¿eso qué tiene que ver?

Enfermera: Bueno, si estás solo, “nosotros” no te estamos impidiendo hacerte daño, o haciendo cualquier otra cosa en ese sentido.

Persona: Bueno,...de acuerdo. Entiendo lo que quieres decir.

Enfermera: Me gustaría hablar contigo sobre dos cosas, dos cosas muy importantes. Primero, ¿qué puedes hacer **tú** para ayudarte a ti mismo con tus problemas de ahora? Sospecho que ya estás haciendo algo para manejarte con estos pensamientos de hacerte daño, ¿no? Quizás deberíamos intentar encontrar qué es. Segundo, me gustaría saber qué puedo hacer yo, u otra persona, para ayudarte a manejar estos pensamientos. ¿Cómo te sientes hablando de ello?

Persona: Bueno...de acuerdo.

Enfermera: Entonces dime, ¿qué clase de cosas has hecho *en el pasado* que crees te han ayudado a manejar estos pensamientos sobre hacerte daño?

Persona: Bueno...he hablado de esto alguna vez con alguien. Eso a veces ayuda, pero por un tiempo corto. No ayuda completamente, ¿sabes? Los pensamientos siguen estando ahí.

Enfermero: De acuerdo, eso es muy interesante. Entonces hablar con alguien puede ser de ayuda. ¿Alguien en particular?

Persona: Bueno, quizás Janine, mi amiga. Ella me entiende de verdad. Nos conocemos desde hace mucho tiempo.

Enfermera: Bien. Entonces hablar con Janine puede ser de ayuda. ¿Con quién más te sirve de ayuda hablar?

*La enfermera anima a la persona anotar en su **Plan de Seguridad Personal** que “hablar con Janine” es una de las cosas que puede hacer para sentirse más segura, antes de explorar otras posibilidades.*

Enfermera: Entonces ¿qué otras cosa has hecho en el pasado que te hayan ayudado de alguna manera? (*Dense cuenta de que la enfermera **asume** que la persona ha hecho algo. Esta clase de preguntas animan a la persona a explorar recursos personales que quizás eran desconocidos por ella.*)

Persona: Bueno, parece una tontería pero a veces le digo a las voces: “¡Iros al carajo!”

Enfermera: (riendo) ¿Y se van... al carajo de verdad?

Persona: Bueno, quizás por un rato.

Enfermero: Umm...parece que esa es otra buena ayuda, quizás deberías anotar eso también.

Trabajando juntos de esta forma, la enfermera y la persona construyen una idea de la clase de recursos prácticos que puede o podría hacer para sentirse más segura y qué ayuda podría recibir de otros. Esto también incluye información sobre cómo estas cosas “funcionan” para la persona, lo que normalmente “hacen” o “podrían hacer” para la persona. Esto ayuda a la persona a construir algo de “sabiduría personal” sobre lo que funciona y lo que no.

En la página siguiente se muestra un ejemplo de un **Plan de Seguridad Personal** completado.

PLAN DE SEGURIDAD PERSONAL

¿Qué puedo hacer que me pueda ayudar a sentirme más confiado/a y seguro/a?

Hablar con mi amiga Janine- me hace sentir comprendido/a.

Leer cartas de mi madre- me hace sentir querido/a.

Anotar cada día qué personas me valoran- me hace sentir un poco mejor conmigo mismo/a.

Escuchar música en mi walkman- me hace olvidar las cosas durante un rato.

¿Qué pueden hacer otras personas que me pueda ayudar a sentirme más confiado/a y seguro/a?

Me gusta que las enfermeras me pregunten cómo estoy; demostraría que se interesan por mí.

Me gustaría que Max se trajera a su perro Toby a verme, Toby me hace feliz.

Me gustaría hablar con alguien del Grupo de "Escuchar Voces", quizás ellos puedan contarme cómo se las arreglan con sus voces.

El Dominio del Mundo

Reivindicando la Historia

En el Dominio del Mundo ayudamos a la persona a reivindicar la historia de su crisis y su recuperación. Lo hacemos preguntando - *quién es esta persona, y cuáles son los problemas de la vida de la persona*- para los que necesitaría ayuda a la hora de afrontarlos.

Respondemos a estas preguntas, antes que nada, completando la **Valoración Holística**. Ésta inicia la conversación colaboradora que será la base de la relación, como una corriente fuerte, guiando el fluir de todas las conversaciones sucesivas.

Esto nos llevará, de forma natural, a organizar las **Sesiones Individuales de Uno a Uno**, donde exploraremos con la persona problemas específicos de la vida, en un intento de desarrollar un plan de cuidados colaborativo que comenzará a abordarlos.



La Valoración Holística



El **propósito** de la **Valoración Holística** es desarrollar una conversación en la cual las personas puedan empezar a contar la historia de cómo llegaron a necesitar ayuda, y empezar a debatir cómo podrían abordar sus problemas de la vida.

Contando la Historia

Cuando la gente tiene una “crisis” o un “colapso nervioso” o son diagnosticados con alguna clase de “enfermedad mental”, experimentan problemas de la vida que son, al menos al principio, totalmente privados. Estas experiencias existen dentro del **Dominio del Yo**, en el mundo privado de la experiencia personal. Con el tiempo, puede que la persona empiece a expresar aspectos de estos problemas en su mundo cotidiano, donde se vuelven evidentes para otra gente: familia, amigos, y finalmente para profesionales de la salud mental. Sin embargo, puede pasar mucho tiempo hasta que estos problemas “privados” se hagan “públicos”. Alguna gente, como aquellos que, “de pronto”, cometen un suicidio, puede que nunca hayan contado sus problemas. Como resultado la familia y amigos quedan, por lo general, desconcertados.

Cuando una persona accede en los servicios de salud mental se desconoce en gran medida quién es y qué le ha estado pasando en su vida. El equipo profesional puede que tenga alguna información que identifica a la persona, pero ésta será esencialmente superficial.

Más aún, probablemente se representará una *historia* de una persona o una *historia* de la persona hecha por el equipo.

En el desarrollo del cuidado **Tidal** se pretende responder a estas preguntas:

- ¿*Quién* es esta persona?
- ¿*Qué* ha ocurrido en su vida que la hecho venir a nuestro servicio?
- ¿*Cómo* podemos ayudarla para que pueda empezar a manejar esta situación?

En el **Dominio del Mundo** las enfermeras se proponen aprender algo sobre el mundo vivencial de la persona, para poder entender mejor los problemas de la vida experimentados por la persona.

En la “búsqueda de entendimiento” la enfermera utiliza la **Valoración Holística** para establecer qué aspecto del mundo vivencial de la persona es importante *ahora* y cómo esa experiencia o vivencia se ha vuelto tan importante para la persona.

La **Valoración Holística** (ver Anexo 1) implica una conversación íntima y de confianza con la persona que conformará la base de la relación terapéutica, necesaria para satisfacer las necesidades de cuidados de la persona.

¿Qué pretende la Valoración Holística?

La **Valoración Holística** se utiliza para:

- Dar a la persona la oportunidad de *describir, debatir y examinar* su experiencia de salud y enfermedad.
- Desarrollar un *plan personal de cuidados* – centrado en las necesidades únicas de la persona, tal como ella las percibe.
- Desarrollar una relación *colaboradora* entre la enfermera y la persona cuidada que enfatice el “trabajo conjunto” y la “exploración” de las necesidades y problemas de la persona.
- Desarrollar una relación *basada en el empoderamiento* dentro de la cual la enfermera ayude a la persona a tomar decisiones y hacer elecciones de una manera informada.
- Descubrir “quién” es la persona.

¿Cuáles son los objetivos de la Valoración Holística?

La **Valoración Holística** tiene cuatro dimensiones y pretende establecer:

- ¿Cuáles son los “problemas” y “necesidades” actuales de la persona?
- ¿Cuál es la dimensión de estos problemas/necesidades? ¿Cómo son de importante para la persona?

- ¿Qué aspectos de la vida de la persona podrían ayudarle a resolver tales problemas, o satisfacer tales necesidades?
- ¿Qué es necesario que ocurra para que haya un cambio?

La gente habla pocas veces con naturalidad sobre los diferentes aspectos de sus problemas. Normalmente, un problema de la vida- se llame como se llame- se experimenta como un “conjunto” o “todo”. La **Valoración Holística** intenta reunir (tanto como sea posible) la experiencia de la persona de los diferentes aspectos de los problemas de su vida, para lograr una aproximación de esa “experiencia completa”. La **Valoración Holística** intenta hacer una representación de los problemas de la persona que parezca *real*.

La valoración tradicional es escrita siempre en un lenguaje o terminología profesional.

- Los resultados de la **Valoración Holística** se presentan en la propia “voz” de la persona, utilizando el lenguaje natural de la persona. Devolviéndole a la persona su propia voz, lo recibirá como un gesto que fomenta el “empoderamiento”, y le mostrará cuánto se valoran sus propias palabras.

Normalmente las valoraciones tradicionales están basadas en una relación muy *profesional*, donde la enfermera, o cualquier otro profesional es el “experto”.

- La **Valoración Holística** enfatiza la *colaboración* y el *diálogo*, reconociendo que la persona que necesita cuidados es el *experto* en estos problemas o necesidades.

¿Cuándo debería ser completada la Valoración?

El objetivo de la **Valoración Holística** es establecer la perspectiva de la persona en cuanto a su necesidad de cuidados de enfermería. La **Valoración Holística**, por lo tanto, puede ser utilizada en cualquier ámbito, en las unidades de hospitalización, en el ámbito comunitario, en los centros de día, etc.

- La **Valoración Holística** debería completarse *tan pronto como sea posible* después de la entrada de la persona en el servicio de salud mental.
- Cuando la persona se ve incapaz (por cualquier motivo) o esté reacio a participar en la valoración, ésta se debería posponer hasta más tarde e introducir un plan de cuidado y apoyo provisional, diseñado por la enfermera referente o el equipo.

¿Cómo debería iniciarse la Valoración?

La valoración debería realizarse en un lugar donde se garantice la privacidad y la mínima interrupción.

- La enfermera debería empezar por hacer que la persona se sienta cómoda, antes de empezar el proceso de valoración.
- Se debería dar una copia de la Valoración a la persona, como referencia durante la entrevista. Esto puede hacerse antes de la sesión.
- La enfermera debería explicar el propósito de la valoración, refiriéndose a cada página de la misma.
- Se debería invitar a la persona a escribir sus respuestas a cada una de las preguntas principales, a medida que la valoración progresa. (La enfermera debería dar un bolígrafo a la persona para escribir sus respuestas). Esto enfatizará la naturaleza de “empoderamiento” de todo el proceso.
- Si la persona es incapaz (o reacia) a completar el resumen, o preferiría no hacerlo, la enfermera anotará las respuestas a las preguntas, en nombre de la persona.
- Antes de anotar nada, la enfermera debería comprobar que la persona haya entendido correctamente lo que se ha dicho. Esta comprobación constante profundizará la naturaleza colaboradora de la valoración y mejorará la confianza de la persona en la enfermera.

¿Cómo debería ser registrada la Valoración?

Tradicionalmente, las evaluaciones eran resumidas y presentadas con las palabras o voz del profesional (ej: “El paciente *refiere* que ha tenido dificultades para dormir” o “*Dijo* que se sentía cansado”).

La **Valoración Holística** se centra en el entendimiento inmediato de la persona de sus problemas y necesidades. En consecuencia, los detalles de la evaluación se presentan en la voz de la persona. (Ver ejemplo completo en el Anexo 1).

¿Quién debería completar la Valoración?

La **Valoración Holística** debería ser completada por un miembro del equipo, el que tendrá una mayor implicación en el cuidado de la persona. Puede ser la persona asignada como “enfermera referente”, el “gestor del caso” u otro profesional de referencia, que será el responsable de todo el diseño, desarrollo y gestión del plan de cuidados.

¿Debería alguien más implicarse en la Valoración?

Normalmente la enfermera hará la valoración con la persona a solas, asegurando privacidad y confidencialidad. En algunos casos la persona puede pedir la presencia de un familiar, amigo o “defensor/representante del paciente” (*advocate* en inglés), para tener *apoyo moral*. Estas peticiones deberían ser respetadas. En estas situaciones, sin embargo, el amigo o “defensor/representante del paciente” normalmente no harán aportaciones al proceso de valoración, sino que simplemente ayudarán a la persona a expresar sus propias respuestas.

En algunas ocasiones, se puede considerar apropiado realizar la valoración con un miembro de la familia. Cuando se realiza este tipo de valoración conjunta, la enfermera debería asegurarse de que el familiar refleja los problemas, necesidades y deseos percibidos en la *persona cuidada* como distintos de las necesidades y los deseos del miembro de la familia.

¿Cada cuánto tiempo debería repetirse la Valoración?

Tradicionalmente, las valoraciones son repetidas cada cierto tiempo para medir el cambio o identificar problemas nuevos. La **Valoración Holística** se utiliza, en primer lugar, como instrumento de apoyo para la persona a contar su historia. También se utiliza para introducir a la persona en la relación colaboradora con la enfermera y para hacer el plan de cuidados colaborador.

El plan de cuidados, que se desarrollará a partir de la **Valoración Holística**, identificará cómo la persona y el equipo deberían responder ante los problemas cotidianos. Este plan de cuidados incluirá **Sesiones de Uno a Uno** específicas, que proveerá una valoración continuada de los cambios de la naturaleza y funcionamiento de los problemas específicos de la vida cotidiana. En consecuencia, la repetición de la **Valoración Holística** es innecesaria.

Cumplimentando la Valoración Holística

Cada página de la valoración se debería completar con la persona (y cualquier otra persona significativa). Esto incrementará la confianza en tu afán por trabajar de forma colaborativa con la persona desde el comienzo.

Introducción (página 1)

- En la primera página de la **Valoración Holística** (Ver Anexo 1) se identifican a la persona y la enfermera que completan la valoración, con la fecha y la hora de la valoración.
- Introducir un breve resumen de las circunstancias, qué llevó a la persona al servicio (unidad de hospitalización, unidad comunitaria o programa comunitario).
- Finalmente, se anota quien es la enfermera referente o profesional referente asignado a la persona.

Resumen del Problema o Necesidad (páginas 2 y 3)

Al iniciar la parte formal de la **Valoración Holística** la enfermera debería intentar determinar la *percepción* de la persona sobre qué la ha llevado al hospital o unidad etc., o sobre qué necesita o le gustaría hablar.

- **No** preguntar específicamente por los “problemas”. (¡Mucha gente cree que no tiene problemas!) . En lugar de eso, haz preguntas más generales, que permitirán a la persona hablar de lo que es *importante*, en sus propias palabras.

Ejemplo:

- “Muy bien, Bob. Cuéntame entonces sobre que quieres o necesitas hablar.”

- “Así que, ¿de qué te apetece hablar? ¿Qué tienes en mente? ¿Por dónde empezamos?”
- “¿Qué te ha traído aquí? (hospital, unidad, programa, etc.)”
- “¿Por qué crees que me han llamado para atenderte?”
- “¿Qué te ha pasado últimamente de lo que te gustaría hablar (o necesitas hablar)?”

Orígenes del problema (Cómo empezó esto)

La valoración se centra en la experiencia de la persona de *ahora*. Sin embargo, la gente espera, o quiere, dedicar algún tiempo poniendo su situación actual en contexto. Por esta razón es importante *empezar* por el *principio*. Pregunta a la persona por sus antecedentes, cualquiera que sean, que la han llevado al servicio.

Ejemplo:

- ¿Cuándo te *diste cuenta* por primera vez (del problema o asunto)?
- ¿Cuándo empezaste a *tomar conciencia* de ello?
- ...y todo esto empezó, ¿cuándo?
- ...cuéntame un poco sobre lo que estaba ocurriendo en tu vida cuando todo esto empezó.

La Función del Problema del Pasado (Cómo esto me afectó)

La próxima serie de preguntas se centran en explorar las experiencias directas de la persona sobre los problemas de su vida: ¿qué efecto ha tenido esto en su vida? Una manera útil de introducir estas preguntas es haciendo un breve resumen de los orígenes del problema. Esto también muestra a la persona que la enfermera ha estado escuchando con interés la historia.

Ejemplo:

- “...así que (resumiendo los orígenes) ¿cómo te afectó esto al principio?”
- “Cuéntame un poco más sobre cómo te afectó.”
- “...así que, ¿qué efecto tuvo esto en ti y en tu vida?”

Emociones Pasadas (Cómo me sentí al principio)

La próxima serie de preguntas examina el impacto emocional del problema *al principio*.

Ejemplo:

- ¿Y cómo te sentiste con respecto a eso, en aquel entonces?
- ¿Y cómo te sentiste con respecto a eso, al principio?

Historia del Desarrollo (Cómo las cosas han cambiado con el tiempo)

La enfermera está desarrollando una buena idea de cuándo surgió el problema por primera vez en el mundo vivencial de la persona, cómo le afectó a la persona y qué sentimientos fueron asociados (entonces) con el problema. Ahora la enfermera intenta *actualizar* la situación.

Ejemplo:

- (Resumiendo brevemente, el origen del problema, efecto y sentimientos). Así que eso fue por entonces. ¿De qué manera las cosas han cambiado para ti ahora?
- ...¿de qué manera han cambiado las cosas a lo largo del tiempo, entre entonces y ahora?
- ¿Cómo describirías las cosas ahora? ¿Qué es diferente ahora?

Relaciones (El efecto en mis relaciones)

Incluso los problemas más personales son experimentados de manera interpersonal. Aunque las personas que comparten el mundo de la persona desconozcan los detalles del problema, pueden verse afectados por él, y de hecho pueden contribuir a él. La enfermera explora ahora brevemente el efecto del problema en las relaciones sociales de la persona.

Ejemplo:

...¿Y cómo ha afectado todo eso (el problema) a tus relaciones con otra gente? Cuéntame un poco ¿cómo ha afectado eso a tus relaciones- con amigos, familia (compañeros de trabajo si es apropiado) o sólo con “otra gente” en general? ¿Y qué dice otra gente sobre esto (el problema)?

Emociones Actuales (Cómo me siento ahora)

La siguiente etapa de “actualizar el problema” implica explorar el contexto emocional actual: ¿cómo te sientes ahora? O ¿cómo te sientes con todo esto (el problema) *ahora*? O ¿qué sentimientos tienes (sobre el problema) ahora, *en este mismo momento*?

Contenido Holístico (¿Qué pienso que esto significa?)

Ahora que la enfermera tiene una buena idea sobre cuál es la naturaleza y función del problema, es hora de explorar su *significado*. La enfermera podría preguntar directamente a la persona qué cree que significa todo esto, o podría preparar la pregunta con un ligero tacto.

Ejemplo:

(Resumiendo brevemente: “Así que tú primero notaste algo...y en ese momento...estaba ocurriendo en tu vida y esto te afectó por.....y sentiste que.....Ahora, piensas que esto ha afectado a tu familia y amigos....y ahora te sientes...”).

“Así que ahora puedo preguntarte ¿qué *significa* todo esto para ti?”

Ejemplo:

Me gustaría que pensaras en la próxima pregunta. Es una pregunta importante. Porque a mí me gustaría saber qué *opinas* de todo esto. Tú me has contado la historia de por qué estás aquí (o qué te ha pasado, o qué crees que está mal), y cómo te sientes con las cosas. Así que ¿qué *significa* todo esto para ti, *a nivel personal*?

Contexto Holístico (¿Qué dice esto sobre mí como persona?)

Llevando la exploración de los significados un paso más allá, la enfermera invita a la persona a pensar qué podría significar “todo esto” para ella “como persona”.

Ejemplo:

...entonces, ¿qué crees que esto dice sobre ti *como persona*?

Necesidades, apetencias y deseos (¿Qué necesita ocurrir ahora/ qué quiero que ocurra o deseo que ocurra a continuación?)

Habiendo conseguido un dibujo detallado del problema y su contexto más amplio, la enfermera ahora empieza a considerar qué sería necesario hacer desde el punto de vista

de la enfermería. La respuesta a las dos últimas preguntas de esta sección ayudará al equipo a decidir qué clase de intervención cree la persona que sería apropiada.

Ejemplo:

- ...y ¿qué esperarías que se hiciera con todo esto (resumiendo el problema)?
- ...y ¿qué te gustaría que ocurriera *ahora*?
- Si yo fuera capaz de concederte un solo deseo, en relación con lo que hemos estado hablando, ¿qué desearías?
- ...y ¿qué *más* desearías?

Expectativas

Finalmente, en esta sección, la enfermera intenta establecer cuáles son las expectativas que la persona tiene del equipo de enfermería. ¿Qué se espera de la enfermera, o de otros miembros del equipo, que hagan por ella?

- Esta es la última pregunta de esta sección, y también es una pregunta importante. ¿Qué esperas que haga por ti? ¿Qué crees que mis compañeros podrían ser capaces de hacer para ayudarte?

Evaluando el problema o necesidad (páginas 4 y 5)

En la siguiente sección, la enfermera intentará valorar el problema usando un sencillo formato de escalas. Antes de empezar esta nueva etapa la enfermera debería pedir permiso de nuevo para continuar.

- Me gustaría tener una idea ahora de cómo de “grande” es el problema para ti.
- ¿Estás de acuerdo en que prosigamos? (Si la respuesta es “no”, retomar este punto más tarde).
- Quiero hacerte tres preguntas. Están al principio de la página. Son preguntas muy importantes. De hecho, todas estas preguntas son importantes. No obstante, estas tres preguntas ayudarán a mis compañeros y a mí a tener una idea de cuánto sufrimiento te provoca este problema. Además, esto nos dirá hasta qué punto este problema te provoca perturbación, o malestar, en tu vida diaria. Y finalmente, esto nos dirá cuánto control crees que tienes sobre el problema- y hasta dónde puedes manejarte con él. ¿Cómo te suena esto?

Antes de empezar con la puntuación, la enfermera necesita saber si el problema debería ser evaluado “como un todo” o como diferentes “partes” del problema (ver página 4)

- Podemos usar este formato para hacernos una idea de cómo de “grande” es el problema. ¿Quieres hablar del problema como un todo o prefieres separarlo en algunos de los pedazos de los que hemos estado hablando? Podemos escribir “el todo” o romperlo en diferentes partes. ¿Qué opinas?

La enfermera debería entonces evaluar cada “parte” del problema o “el problema entero” con la persona.

- Usando esta escala (ver página 5), donde 1 significa “no estás sufriendo en absoluto” y 10 significa “no podrías imaginar estar sufriendo más” ¿dónde dirías que estás ahora mismo? ¿Cuánto sufrimiento, entre 1 y 10, te está causando el problema ahora?
- Y, usando la misma escala, ¿cuánto afecta (nombrar el problema) o perturba tu vida cotidiana? 1 significa que “no perturba tu vida para nada” y 10 significa que “no puedes imaginar tu vida más perturbada”.
- Finalmente, me gustaría hacerme una idea de hasta dónde tú crees que puedes ejercer algún control sobre esto (el problema). 1 significa que sientes que no puedes hacer nada para influir o controlar el problema. 10 significa que tienes todo el control de la situación. ¿Dónde te colocarías ahora mismo?

Las puntuaciones se deberían meter en las casillas, una por cada aspecto del problema, antes de proceder a las etapas finales de la evaluación. *Completa estas escalas por cada “sub-problema” identificado.*

Recursos Personales (página 6)

La enfermera ahora abre la valoración considerando algunos de los “recursos” o “activos” de la persona. La gente, las cosas y las creencias que son importantes para la persona deberían tener su parte en el plan de cuidados definitivo.

Las personas que son importantes

- Cuéntame un poco acerca de la gente que es importante para ti en tu vida.

- ¿Quiénes son, y de qué manera son importantes para ti? (Los nombres de cada persona deberían meterse en la casilla, junto con una breve nota que explicara *por qué* la persona piensa que son importantes).

Las cosas que son importantes

- Háblame de las cosas que son importantes para ti. ¿Qué “cosas” echarías de menos si de repente no estuvieran ahí nunca más?

...y ¿por qué es esto (nombrar la cosa) importante para ti? Los nombres de cada cosa- junto con una breve descripción de su importancia- se deberían meter en la casilla.

Ideas sobre la vida que son importantes

- ¿Qué creencias sobre la vida en general son importantes para ti?
- La gente suele tener ciertos valores, o normas, según las cuales viven su vida- una filosofía personal quizás. ¿Cuáles son tus valores o normas sobre la vida?

De nuevo, estas ideas, creencias o valores deberían anotarse junto a una explicación de por qué son importantes.

Resolución del Problema o Necesidad (página 7)

En la última etapa de la evaluación, la enfermera pregunta a la persona cómo sería tener el problema resuelto o la necesidad cubierta. La respuesta ayudará a identificar la meta final de cualquier intervención, en palabras de la propia persona.

¿Cómo sabré que el problema se ha resuelto o la necesidad está cubierta?

La enfermera explora junto a la persona la idea de cómo sería cuando el “problema” deje de ser un “problema” o cuando la necesidad se vea cubierta. Si es apropiado, se animará a la persona a “imaginar” cómo sería. En el marco de estas preguntas es necesario asumir que esto *ocurrirá*. Enmarcando esta pregunta de esta manera se estará ayudando a la persona a imaginar un futuro sin el problema.

- ¿Cómo *sabrás* cuándo este problema (nombrarlo) no te estará dando problemas o dificultando tu vida?

- ¿Cómo *será* la vida para ti cuando este problema (nombrarlo) no sea un problema?
- Si pudiera tener una lámpara mágica y hacer que tu problema desapareciera- lo que, por supuesto, no puedo hacer, ¿cuál es la primera cosa que notarías que es diferente?
- Cuando *esto (nombrarlo)* no sea más un problema, para ti ¿qué será diferente?
- ¿Qué más *será* diferente?

¿Qué se necesita cambiar para que esto ocurra?

La pregunta final invitará a la persona a reflexionar sobre lo que podría ser necesario para que este cambio ocurra.

- ¿Qué crees que debería cambiar para que esto deje de ser un problema para ti?
- ¿Qué puedes hacer tú para ayudar a que este cambio ocurra?
- ¿Qué podría hacer otra persona que pudiera ayudar a que esto ocurra?
- ¿Qué crees que notarás- en ti mismo, en tu vida, o en otra gente- que te dirá que las cosas están cambiando?
- ¿Qué crees que otra gente notará diferente en ti cuando esto ya no sea un problema para ti?

Conclusión de la Valoración

Al final de la valoración la enfermera debería dar a la persona una oportunidad para hacer algunos comentarios finales o para comentar el proceso de valoración en sí mismo.

La enfermera debería además avisar a la persona de lo que “va a pasar a continuación” y debería darle las gracias a la persona por su ayuda en la valoración.

- Bueno, ahora que hemos terminado iré a hacer una copia de esto y te la traeré, para que así puedas guardarla. Así podrás saber exactamente de lo que hemos estado hablando aquí hoy. Pondré la copia original en las observaciones de enfermería, para que así el equipo pueda saber de lo que hemos estado hablando aquí. Para ellos será de gran ayuda.
- Antes de irnos me gustaría darte las gracias por tu ayuda con esto. Sé que este tipo de cosas pueden resultar muy difíciles y a veces parece que estamos dándole muchas vueltas a lo mismo. Sin embargo, me ha parecido de gran ayuda y estoy segura de que a mis compañeros también. Así que muchas gracias de nuevo.



La Sesión de Uno a Uno



Reivindicando la historia

Completando la **Valoración Holística** la persona ha empezado a contar la historia de qué es lo que la trajo a los servicios de salud mental. Lo que resulta más importante es que la persona ha empezado a *reivindicar* esta historia personal como lo más *significativo* de lo que ha pasado hasta que ha llegado aquí, a los servicios de salud mental. Este acto de *reivindicación* es, bajo nuestro punto de vista, el primer paso de la recuperación. Antes de que la persona pueda recuperar su vida, debe *reivindicar* la historia de esa vida, arraigando esa historia dentro de su experiencia como persona. Se escribirán muchas historias- por diferentes miembros de los equipos sanitarios y sociales y de salud mental- sobre la persona, en forma de notas, observaciones, cartas, informes, etc. Sin embargo, la historia más *vital* es la historia de la propia persona- “¡mi historia!”. Es vital porque es la única historia realmente vivida por la persona. Todas las demás son simplemente historias *sobre* la persona, desde la perspectiva de un espectador.

Esta conversación sobre “mi historia” es continuada en las constantes **Sesiones de Uno a Uno**, donde se anima a la persona a debatir más a fondo estos problemas de su vida, hablando de cuál es el problema, el asunto o la dificultad *hoy*. El enfoque de estas **Sesiones de Uno a Uno** está en ayudar a la persona a que empiece a conocer cómo el cambio es una parte de la vida; y cómo los problemas que experimenta cambian- por muy pequeño que sea el cambio-, en ciertas circunstancias. El desarrollo de este conocimiento empieza en la **Valoración Holística**, donde la enfermera ayuda a la persona a debatir cómo sería no tener el problema, y qué podría necesitar cambiar, o que sucediera, para que ese cambio tuviera lugar.

Empoderamiento de la persona

En todos los servicios se debería dedicar tiempo a **Sesiones de Uno a Uno** focalizadas. Al principio, este contacto puede ser muy informal, porque la enfermera procura ganarse la confianza de la persona y empezar a desarrollar una relación más profunda y colaboradora. Gradualmente la enfermera centrará esta relación cada vez más, animando a la persona a explorar cómo las cosas están cambiando, cómo serían las cosas si la situación cambiara, o cómo eran las cosas en el pasado, cuando la persona no tenía este problema en particular.

Propósito

La **Sesión de Uno a Uno** debería parecer una “conversación normal”. El *propósito* de la Sesión es ayudar a la persona a conocer:

- Los *cambios* que ya se están produciendo en ella.
- Cómo podría ayudar a que estos cambios se desarrollen.
- Cómo el equipo de enfermería, u otros podrían jugar un rol en la promoción de *pequeños, pero firmes cambios* en cómo la persona se siente o piensa y qué es capaz de hacer la persona, en el día a día.

Toda esto es parte del proceso de “empoderamiento”, donde se anima a la persona a buscar recursos dentro de sí misma, que pueden utilizarse para abordar los diferentes problemas de la vida.

Aclaración: Aunque la gente suele “esperar” que el cambio aparezca u ocurra, el cambio es un proceso en curso. El cambio te está pasando a ti, incluso cuando lees estas palabras. El cambio fluye a través de la persona de forma casi invisible, como el agua. La enfermera pretende ayudar a la persona a empezar a notar estos ligeros cambios, que representan los pequeños pasos que se dan en el largo camino de la recuperación. Sin embargo, antes que nada, la persona debe empezar a imaginar cómo podría ser este camino hacia la recuperación. En ese sentido, el camino de miles de kilómetros empieza verdaderamente en la imaginación.

Ejemplo

En la **Sesión de Uno a Uno** representada en la página 77, “Clare Sweeny” está en una cita con una enfermera, “Mary Burns”. La sesión se centra en una conversación entre Mary y Clare, en la cual la enfermera trata de ayudar a Clare a percibir pequeños cambios en sus sentimientos y luego negociar una “tarea” práctica que ella pueda hacer por sí misma, en la cual utilizará su “conocimiento personal”. El objetivo de la sesión es “empoderar” a Clare, ayudándola a reconocer lo que puede hacer por ella misma y las capacidades no descubiertas que ella podría poseer. No obstante, la enfermera también habla sobre cómo ella y sus compañeros podrían ayudar a Clare a hacer algo diferente, manejándose con su problema.

Dado que esto es un registro de un aspecto de los cuidados de Clare, los detalles de la fecha y de la hora están incluidos y, en la medida de lo posible, tanto la enfermera como la persona cuidada firman el registro para confirmar que es un trabajo conjunto.

Como con la Valoración Holística, la enfermera empieza por subrayar el propósito de la sesión, invitando a Clare a escribir sus respuestas a medida que avanza la sesión. Si no es capaz o se muestra reacia, la enfermera las completará en su nombre, pero *en sus propias palabras*.

El formato de la **Sesión de Uno a Uno** de la página 77 incluye dos columnas de registro. La columna izquierda (sombreada) es para registrar las respuestas y los comentarios de la persona durante la sesión. La columna derecha se utiliza para escribir notas que informarán al equipo de la Sesión y de qué se necesita que los miembros del equipo hagan para apoyar a la persona. *Aclaración: hemos enumerado las preguntas para destacar el orden en el cual surgen. El registro no incluye esta enumeración.*

1. Introduciendo la Sesión

Mary: Hola, Clare. Me alegro de volver a verte. Ya tuvimos una de estas sesiones ayer. ¿Recuerdas? Creo que fue muy bien para ser la primera vez. Sé que todo puede parecer un poco extraño. Pero, como dije ayer, esto es sencillamente que dediques un tiempo a cualquier cosa que sea importante para ti, ahora mismo. Esperemos que, hablando, las dos juntas, te surjan algunas ideas de cómo podrías manejar el tipo de cosas que te molestan. ¿Estás preparada para empezar?

Clare: Supongo que sí.

2. ¿Cuál es el problema?

Es importante darle a la persona unos minutos para hablar del “problema”, o asunto o dificultad. La persona necesita ese tiempo para conectar con la historia.

Sin embargo, es importante también avanzar en la conversación, a buen ritmo, para poder hablar sobre “qué se necesitaría hacer”.

Mary: Así que, ¿sobre qué quieres hablar? ¿Qué es importante para ti hoy?

Clare: Bueno...no lo sé. Nada tiene sentido. No creo que...quiero decir...es...estoy tan desesperanzada. Soy yo. Sé que soy yo. Soy la única que no tiene sentido. Soy la inútil.

Mary: Bien. Cuéntame un poco más sobre este sentimiento de “desesperanza”, de “inutilidad”. ¿Sobre qué va todo eso?

Clare: Oh, siempre he sentido eso. Bueno, quizás no siempre, pero durante mucho tiempo. Soy inútil. Soy yo, sé que soy yo.

Mary: ¿Te sientes mal contigo misma? ¿Sí?

Clare: (riendo y llorando) Apuesta por eso. Oh, soy tan INÚTIL.

3. Imaginando el futuro (Mi objetivo)

Mary: De acuerdo. Te sientes muy mal contigo misma. Entiendo. ¿Cómo te gustaría sentirte contigo misma? ¿Cómo te gustaría ser?

Clare: (Tras una larga pausa). Bueno, así no. No lo sé. No así. Me gustaría sentirme mejor conmigo misma...o mejor que así. Nunca me he sentido bien conmigo misma.

Mary: Así que ¿te gustaría sentirte “mejor contigo misma”? ¿Sí?

Clare: Sí. Mejor.

Mary: Aquí (señalando el registro) dice “mi objetivo”. ¿Querrías escribir aquí que te gustaría “sentirte mejor contigo misma”?

Clare: No me interesa. Escríbelo tú si quieres.

Mary: De acuerdo. (Escribiendo). Lo estoy escribiendo aquí, como si fueras tú quien lo escribe...Me gustaría sentirme mejor conmigo misma.

Clare: De acuerdo. Supongo que si...pero no servirá de mucho. Soy tan inútil. Es culpa mía, de todas formas.

4. Notando el cambio (¿Qué he notado diferente?)

Se animó a Clare a recordar un paseo que dio unos días antes, con algunas mujeres y con un miembro del equipo, alrededor de los jardines. Mary animó a Clare a anotar esto en el registro de la Sesión.

Mary: Entonces...cuéntame cuándo fue la última vez que no te sentiste tan mal contigo misma, o cuando no pensabas en ti misma, de una manera u otra.

Clare: Oh, eso es difícil.

Clare recordó que la enfermera estaba hablando sobre los pájaros en el jardín y pensó para sí misma “cómo sería ser un pájaro, ser libre”. Mary la animó a que anotara eso también en el registro.

Mary: Intente recordar lo que estabas *haciendo* ese día... Estabas en el jardín, pensando en los pájaros. ¿Qué estabas haciendo *exactamente*? - vuelve sobre tus pasos.

Clare: Bueno, como he dicho, estaba paseando por el jardín.

Mary: ¿Puedes sentir tus pies en la tierra en este momento?

Clare: Sí, es un camino de piedras. Estoy haciendo un crujido mientras camino. Me envuelvo en mi bufanda. Hace un poco de viento.

Mary anima a Clare a ir de nuevo a ese día, para volver a experimentarlo. La anima a recordar lo que estaba “haciendo” con el mayor detalle posible, facilitando que ella pueda volver a esos momentos.

6. Utilizando la experiencia (¿Qué puedo hacer con esto?)

Mary: Eso es muy interesante. Entonces parece que cuando estás haciendo cosas como “salir a pasear” y “pensar en cómo sería ser un pájaro” *de alguna forma* te preocupas menos de ti misma y de cómo te estás sintiendo. Parece que pierdas esa conciencia de ti misma de la que tanto me has hablado. ¿Te he entendido bien? ¿Es así?

Clare: Supongo que sí. Debo de haber parado de pensar en mí misma porque he empezado a pensar en cómo sería ser aquel pájaro pequeño. Sí.

Mary: Entonces, ¿qué podrías hacer con eso...con ese *conocimiento* que tienes de ti misma?

Clare iba a hablar de lo que podría “hacer” con su conocimiento sobre ella misma. Finalmente dijo: “Supongo que podría hacer más cosas. Paso mucho tiempo en mi habitación porque encuentro muy difícil hacer las cosas - estar con la gente”. Mary la animó a anotar de lo que *podría* hacer y Clare escribió: “Estar menos tiempo sin hacer nada. Hacer más cosas”.

7. Hacer lo que se necesita hacer (¿Qué haré a continuación?)

Mary: Hablemos de cómo vas a hacer eso, Clare- “estar menos tiempo sin hacer nada, hacer más cosas”. ¿Qué *necesitas* hacer a continuación? ¿Cuál es la primera cosa que necesitas hacer?

Después de unos minutos, Clare decidió que lo que ella realmente necesitaba hacer era “intentar hacer una especie de plan diario”, y Mary la animó a anotar esto en el registro.

Mary: De acuerdo. Entonces tienes una especie de plan acerca de lo que necesitas hacer a continuación. ¿Cómo podría ayudarte yo a que sigas adelante con él? ¿O cómo podrían otros miembros del equipo ayudarte a seguir con el plan?

Clare decidió que las enfermeras deberían sólo animarla a hacer más cosas con otra gente, como salir a pasear. También pensó que quizás ella debería pasar más tiempo haciendo cosas y menos tiempo sentada hablando y pensando en sí misma y en su vida. Mary tomó nota de esto en el registro.

9. Apoyo general (¿Cómo dará el equipo apoyo general?)

Mary: Entonces el equipo te dará un “empujoncito” si tú quieres, para ayudarte a seguir adelante. ¿Qué más podríamos hacer - en general- para ayudarte? ¿Qué tipo de cosas son útiles para ti?

Clare decidió que todo lo que realmente necesitaba “ahora mismo” era que le “recordaran” seguir con los objetivos que se había planteado, y quizás los miembros del equipo podrían preguntarle cómo iban las cosas “dos o tres veces al día”. Mary tomó nota de esto para sus compañeros.

10. El enfoque de la Sesión (¿De qué hemos estado hablando?)

Mary: Bueno, estamos empezando a finalizar la sesión. Antes de que lo hagamos, ¿qué debería contarle al resto del equipo sobre que hemos estado hablando aquí hoy?

Clare reflexionó unos minutos y luego dijo que “todo sobre el que nunca me he gustado mucho a mí misma y lo negativa que me siento conmigo.” Mary le preguntó si estaba de acuerdo en que escribiera esto en el registro y Clare aceptó. Añadió: “cuéntales también que hemos estado hablando sobre cómo podría manejarme mejor con todo esto. Y cuáles son mis opciones ahora mismo.” Mary resumió esto, usando las propias palabras de Clare, en el registro.

11. Reflexión (¿Qué me ha parecido esta sesión?)

Mary: Bueno Clare, antes de que terminemos, cuéntame qué te ha parecido esta sesión. A mí me ha resultado muy interesante. ¿Qué te ha parecido a ti?

Clare dijo que todavía encontraba “muy difícil hablar sobre ella misma. No es nada nuevo”, y añadió: “Pero creo que ahora veo el sentido de ello. No estoy segura de que lo viera la última vez que hablamos”. Mary animó a Clare a hacer comentarios durante la sesión y luego le preguntó si quería firmar la hoja, para mostrar que estaba de acuerdo con todo lo que se había escrito.

Colaboración, Cuidado y Comunicación

Se puede realizar la **Sesión de Uno a Uno** en cualquier escenario, desde un despacho hasta debajo de un árbol en un jardín. El escenario no es tan importante como su **propósito**.

El **propósito** de la **Sesión de Uno a Uno** es:

-Prestar a la persona un cuidado sincero, expresando un claro interés hacia la persona *como persona*. Esto se consigue poniendo atención en las *experiencias* o *vivencias* de la persona, desarrollando una conversación sobre ello, respetando en todo momento las palabras, frases y metáforas que la persona utiliza para describir estas experiencias.

-Ayudar a la persona a sentir que la enfermera está trabajando *con* él o ella está sinceramente interesada en desarrollar dicha conversación con un espíritu auténtico de *colaboración*. Esto lo logra la enfermera comprobando de vez en cuando que ha oído a la persona correctamente y asegurándose también de que se ha llegado a un acuerdo completo de lo que se ha hablado.

-El propósito clave de estas Sesiones es *comunicar* un entendimiento de “¿qué se necesita hacer AHORA!” Lo que la *persona* necesita hacer – y lo que las enfermeras, sus compañeros, y quizás alguien más que sea importante para la persona, *necesitan* hacer para ayudar a conseguir un cambio constructivo.

Nombre: Clare Sweeny		Fecha: 22 /06/ 2003	
Enfermera: Mary Burns		Hora: 15.15	
3.Mi objetivo: Sentirme mejor conmigo misma			
4. ¿Qué he notado que es diferente? Cuando estoy de paseo.		10. ¿De qué hemos hablado? Clare nunca se ha gustado a sí misma realmente y es muy negativa consigo misma. Hemos hablado de cómo podría manejarse con esto- qué opciones tiene ahora mismo.	
5. ¿Qué estaba haciendo? Mirando a los pájaros, preguntándome cómo sería ser un pájaro.			
6. ¿Qué puedo hacer con esto? Estar menos tiempo sin hacer nada. Hacer más cosas.			
7. ¿Qué será lo próximo que haga? Intentar hacer una especie de horario para mí día a día.		8. ¿Cómo ayudará el equipo? Animando a Clare a que haga cosas con otra gente. Animándola a centrarse en "hacer" más que en "sentir".	
11. ¿Qué me ha parecido esta sesión? Es algo muy difícil pero ahora veo su sentido.		9. ¿Cómo dará apoyo general el equipo? "Recordando" a Clare su plan del día. Preguntándole a Clare cómo van las cosas, 2 o 3 veces al día.	
Firma: Clare Sweeny		Firma: M. Burns	
Fecha: 22/junio/2003		Fecha: 22 de junio de 2003	

El Dominio de los Otros

Trabajo en Grupo del Modelo Tidal

En el Dominio de los Otros ayudamos a la persona a desarrollar conocimiento sobre los muchos aspectos de su vida que no están defectuosos, rotos o de otra manera “problemáticos”. Estos activos, fortalezas y atributos positivos de gran valor, jugarán un papel vital en la recuperación.

Aquí la persona también desarrollará conciencia de diferentes fuentes de apoyo que encontrará en otras personas que están, en ese momento, “en el mismo barco”- otras personas que reciben cuidados.

La persona además desarrollará conciencia de cómo puede ayudar a otros, por tanto reconocerá su valía como persona.

Estas experiencias del “yo y otros” se nutren de tres diferentes formas de trabajo en grupo: **Descubrimiento, Compartir Información y Soluciones.**



Los Grupos Tidal



El propósito del trabajo grupal de Tidal es proporcionar escenarios sociales donde las personas puedan compartir sus problemas con otros, desarrollar conciencia de su valía personal y reivindicar su identidad como persona.

Humanidad Común

Cada problema específico de la vida de una persona es único y particular de esa persona y sus circunstancias. Sin embargo, los problemas de la vida de la persona, los que la llevan a los servicios de salud mental, son sorprendentemente similares- con denominadores comunes. La gente suele creer que está *sola* en sus experiencias de sufrimiento o dificultad, pero esto raramente ocurre. Dada nuestra experiencia común de “ser humano”, la gente suele encontrar un gran apoyo y consuelo en el hecho de que sus dificultades son compartidas por un amplio espectro de otra gente que experimentan cosas similares en su vida.

Nuestros problemas de la vida humana tienen mucho en común. En consecuencia, el trabajo en grupo representa una parte vital del proceso de recuperación dentro del **Modelo Tidal**. El trabajo en grupo refleja las experiencias que las personas han tenido, durante sus vidas, en el “aprendizaje de ser humano”.

A medida que se crece, las personas van al colegio, al instituto y muchas veces a la universidad, para aprender diferentes temas y asignaturas; para aprender a ser enfermera, médico o mecánico.

Pregunta: ¿Dónde aprende la gente a convertirse en un “ser humano”?

Respuesta: Al principio de sus vidas, con sus familias, y posteriormente con varios grupos de amigos y compañeros, con quienes hablan de sus vidas y comparten diferentes experiencias.

Maduramos como seres humanos yendo a diferentes sesiones de grupos vitales, aunque informales, realizados en la “universidad de la vida”, en el patio del instituto, en el bar con nuestros amigos, apuntándonos a clubs, asociaciones, etc.

El **Modelo Tidal** reproduce esta “universidad de la vida” con diferentes grupos informales, donde la gente puede aprender mucho sobre ellos mismos- qué piensan,

sienten y creen- y pueden aprender más sobre otras personas, con quienes comparten su mundo de experiencias.

En los entornos grupales la gente tiene la oportunidad de:

- Compartir sus experiencias, dificultades o sufrimiento.
- Ganar el apoyo de otra gente que está “en el mismo barco”.
- Ver sus problemas- y sus vidas- desde una perspectiva diferente, a través de otra gente.
- Experimentar ser “él que ayuda”, para variar, ofreciendo apoyo a otra gente.
- Explorar otras opciones para afrontar problemas.
- Aprender de las experiencias de otro.
- Hacer un balance de sus vidas y su valía como personas.

Los Tres Grupos Tidal

El **Modelo Tidal** utiliza tres clases de trabajo en grupo, que serán resumidos brevemente a continuación. Estos no son los únicos grupos que serían de ayuda a la persona. Se utilizarán otros grupos recreativos, de desarrollo y terapéuticos según el criterio del equipo, para satisfacer las distintas necesidades de la persona o la familia.

Sin embargo, nuestra experiencia con el Modelo Tidal en la pasada década sugiere que los grupos Tidal son potentes, no menos por su simplicidad y cotidianidad. Los grupos Tidal difieren tanto de las otras “terapias” de grupo que la gente suele olvidar que son parte de su programa de recuperación.

El Grupo del Descubrimiento

En sus orígenes conocido por “*el Grupo de Recuperación*”, este grupo fue re-nombrado por gente del servicio forense de Rangiaipa en Nueva Zelanda. Nos contaron que habían descubierto tanto sobre ellos mismos, de otra gente de la unidad y del personal, que decidieron que “Descubrimiento” era la palabra más apropiada para el nombre del grupo.

El **Grupo del Descubrimiento** proporciona un marco en el cual la gente puede hablar sobre sí misma y los aspectos de su vida con otra gente que recibe cuidados, y con miembros del personal en un ambiente de gran apoyo. Convertirse en “paciente” en un servicio de salud mental puede ser una experiencia alienadora. La gente suele retirarse de situaciones sociales cotidianas, aislarse del mundo y de lo que la vida social puede

ofrecer. Esto puede agravar el sentimiento de aislamiento y de fracaso de la persona, afectando al sentido del “yo” de la persona, especialmente a su valía como persona.

El **Grupo del Descubrimiento** pretende proporcionar un marco en el cual la gente pueda experimentar un empuje a su autoestima. El **Grupo del Descubrimiento** provee una oportunidad a los miembros de desarrollar su habilidad de compartir con otros, de una manera sencilla pero gratificante y esperanzadora, simplemente a través de la conversación.

No hay reglas fijas para el grupo, pero valoramos el siguiente formato de inmenso valor, confirmado por la investigación continuada de los efectos de Tidal en personas y servicios.

Los Facilitadores

Dos enfermeras, u otros miembros del personal, hacen de facilitadores. Participarán en el grupo para ayudar a que la conversación “fluya”, pero también para “dar ejemplo” del valor de “hablar de uno mismo”. Normalmente, en otros grupos de “terapia”, los facilitadores “toman distancia” manteniendo su papel de “profesional”. En el Grupo del Descubrimiento es importante que la gente del grupo conozca *algo* sobre los miembros del personal como *personas*. Esto les ayuda a darse cuenta de que no son “pacientes” y “personal”, sino que somos todos personas- con nuestras vidas, sueños y pesadillas, ambiciones y fracasos. Para empezar, los facilitadores se presentan a sí mismos y ofrecen una justificación sencilla para el grupo, antes de empezar.

Buenos días a todos. Me llamo Sandy y ésta es Jill. Estamos aquí esta mañana para ayudar a que el Grupo del Descubrimiento funcione. Para aquellos que sean nuevos en el grupo, esperamos que lo disfrutéis. Vamos a hablar todos entre nosotros durante los próximos cuarenta minutos aproximadamente. Esperamos que al terminar ese tiempo cada uno conozca al otro mucho mejor. Si el grupo de hoy es como otros grupos en los que hemos estado, esperamos que nos conozcamos mucho mejor también a nosotros mismos al final. Bueno, después de esto, vamos a comenzar. Lo primero que necesitamos son cuatro o cinco voluntarios para coger un sobre. ¿Quién va a ser el primero?

La Estructura de la Conversación

El propósito del grupo es desarrollar una conversación bastante desenfadada, que permita a la gente reflexionar sobre ellos mismos, su vida y lo que es importante en la vida.

Aunque no hay una sola manera de desarrollar esta conversación, durante muchos años hemos utilizado el siguiente formato:

- Una serie de tarjetas, cada una en un sobre cerrado, se pone en una silla.
- Los “voluntarios” deberán levantarse y coger un sobre.
- Se les pedirá a los “voluntarios” que sostengan el sobre mientras los facilitadores explican qué hay en los sobres.
- Cada sobre está numerado (ej. 1-10).
- En cada sobre hay una tarjeta *con tres preguntas*.
- La persona con el sobre nº 1 deberá abrir el sobre, leer las preguntas de la tarjeta y luego *escoger* una pregunta, a la que la persona le gustaría responder.
- Se animará entonces a la persona a leer la pregunta al grupo antes de contestarla.
- Después de que la primera persona haya hablado, los facilitadores hacen la pregunta al resto del grupo, invitándoles a comentar lo que la primera persona ha dicho, o a responder la pregunta con sus propias respuestas.
- Es importante que los facilitadores del grupo hablen también, por ejemplo preguntando entre ellos qué responderían a esta u otra pregunta.
- El grupo finaliza cuando se han abierto todos los sobres y las preguntas elegidas, contestadas.

Ejemplos de Preguntas

Hemos desarrollado cientos de preguntas, agrupadas por temas, así que cada tarjeta tendrá tres preguntas sobre un tema similar. Normalmente el orden de las preguntas progresa de preguntas más superficiales a preguntas más retadoras o profundas.

Sencillas

- ¿Qué libro o disco te llevarías a una isla desierta?
- Describe tu fotografía favorita.
- ¿Qué salvarías de tu casa si hubiera un incendio?

Más retadoras

- ¿Qué te gustaría lograr en el futuro?
- Si pudieras pedir tres deseos, ¿qué pedirías?
- Salud, riqueza o amor. ¿Qué es más importante para ti?

Pequeño alivio

- ¿Qué te gustaría preguntar *a todo el grupo*?
- ¿Qué te gustaría preguntar a *una persona* del grupo?
- ¿Qué te gustaría preguntarle a los *facilitadores* del grupo?

Es importante ayudar a los participantes a sentirse cómodos puesto que no hay respuestas correctas o erróneas. El grupo quiere oír lo que los participantes piensan y sienten, ni más ni menos. Sin embargo, muchas de las preguntas destaparán temas importantes para la gente y quizás animará poco a poco a las personas a reconocer sus puntos fuertes y los pasos que ya han dado en su recuperación.

El **Grupo del Descubrimiento** puede ser liderado en un principio por miembros del equipo pero, con el tiempo, los miembros del grupo pueden turnarse para liderar la sesión. En muchos de los proyectos Tidal la gente en tratamiento ha tomado parte importante en el desarrollo del formato y la estructura del Grupo, generando preguntas y haciendo sugerencias alternativas a cómo el grupo podría funcionar. Este sentido de *propiedad compartida* - entre personas en tratamiento y el personal del equipo- es central en la filosofía del **Modelo Tidal**.

El **Grupo del Descubrimiento** pone el foco - como su nombre indica- en ayudar a las personas a descubrir cosas sobre ellas mismas y otras personas con quienes comparten su vida. Este foco es constructivo, esperanzador, optimista y, con suerte, mejora la vida. Dado este enfoque, resulta inapropiado hablar de “problemas”. Si algún miembro saca algún problema en el grupo y expresa su deseo de hablar de ello, los facilitadores deberían animar a la persona a llevar el tema al **Grupo de Soluciones** o tratar este tema en una **Sesión de Uno a Uno**.

Horario del Grupo de Descubrimiento

La experiencia nos ha enseñado que una buena hora para el Grupo de Descubrimiento es a media mañana, justo antes de la hora de comer. Mucha gente encuentra difícil “ponerse en movimiento” por la mañana temprano. Poniendo el grupo a las 11h proporciona un “refuerzo” útil para el día y suele proporcionar temas interesantes sobre los que hablar durante el almuerzo.

El Grupo de Compartir Información

Ser usuario de los servicios de Salud Mental puede ser una experiencia desconcertante o confusa. El lenguaje de la psiquiatría, de la psicología y del trabajo social puede representar un obstáculo enorme en cuanto al entendimiento, especialmente cuando la jerga es utilizada para redefinir conceptos sencillos y cotidianos. Como resultado, las personas en tratamiento (y muchas veces sus familiares también) necesitan información sobre los servicios que se les ofrece y otras oportunidades de apoyo que podrían ir más allá de los cuidados que ya reciben. Algunas de estas “necesidades de información” serán cubiertas dentro del contacto individual con miembros del equipo. Sin embargo, mucha de la información que la gente necesita es común en los grupos de personas, por eso es de gran valor hablar y debatir esto juntos.

Cualquier tema puede ser tratado en el **Grupo de Compartir Información**. Aquí mencionamos algunos de los temas más populares, abordados en diferentes proyectos Tidal.

- **Medicación**- Sus efectos, efectos secundarios, etc. Este grupo suele ser facilitado por el farmacéutico, quien es conocedor y no está involucrado directamente con la gente que pregunta sobre medicación.
- **Terapias que usan la palabra**- ¿Qué clase de psicoterapia o de terapia está disponible? ¿Qué implica? ¿Cómo es de útil? Este tema podría ser llevado por un psicoterapeuta o terapeuta del servicio.
- **Prestaciones sociales**- ¿Cómo se aplican y quién califica? Un representante de servicios sociales o un “defensor del paciente” es el mejor facilitador.
- **Apoyo Comunitario**- ¿Qué apoyo estará disponible cuando la persona deje el hospital? ¿Quién lo ofrece y qué implica? Representantes del “grupo de apoyo mutuo” o la “Red de Escuchadores de Voces” pueden ofrecer consejos útiles.
- **La Policía y la Ley**- Representantes de la policía local o abogados pueden ayudar a la gente a hablar de temas legales y cómo podrían obtener apoyo dentro de la comunidad.

Organizando el Grupo

En la mayoría de escenarios, se procura buscar un acuerdo sobre los temas que interesarían a las personas del servicio. Se puede usar una “pizarra blanca” en la cual se invitaría a la gente a escribir sus intereses personales. Como alternativa se puede pasar una hoja en blanco que vaya circulando entre la gente para que vayan escribiendo ideas para el grupo. Una vez que el equipo haya identificado cuál es el tema más popular, se escogerá a un ponente conveniente para el grupo y se negociará el tiempo y el lugar de la sesión.

Se debería animar la contribución de usuarios que ejercen de “defensores de pacientes”, o expacientes con un conocimiento específico, a los **Grupos de Compartir Información**. Muchos de usuarios que ejercen de defensores de pacientes han desarrollado un conocimiento valioso sobre los servicios y los métodos de manejo de varios problemas, como parte de un estilo de vida cotidiano. La contribución de gente con esta experiencia no puede ser subestimada. En muchos casos estas personas serán capaces de comunicarse con la persona en tratamiento de una forma en que los profesionales no podrán.

Horario del Grupo de Compartir Información

Aunque estos grupos se ofrecen sólo ocasionalmente- una vez a la semana, por ejemplo- en servicios como la unidad de hospitalización sería de gran valor ofrecer estos grupos diariamente para promover la estimulación, y la información. Estos grupos funcionan mejor por las tardes- cuando la gente se siente más relajada y está terminando su día. Esta suele ser la mejor hora también para la gente que ofrece su ayuda en el manejo del grupo.

El Grupo de Soluciones

El **Grupo de Soluciones** se dedica a ayudar a la gente a aprender más sobre sí mismos y sus problemas, y a *infundir la esperanza* en su recuperación. La tradicional “terapia de grupo” se suele usar para poner el foco en cómo la gente ha desarrollado sus problemas actuales, y pretende resolver algunas complejidades que rodean los orígenes del problema. El **Grupo de Soluciones** continúa con el énfasis de las Sesiones de Uno a Uno, donde la persona explora cómo *ya* está cambiando una parte de su vida.

El **Grupo de Soluciones** es muy práctico y pone el foco en las conversaciones sobre el cambio, animando a la persona a buscar elementos familiares y “denominadores comunes” con otros miembros del grupo.

El **Grupo de Soluciones** debería estar liderado por enfermeras que también están de manera individual implicadas en el trabajo con las personas.

Organización del Grupo

Normalmente a los asistentes se les anima a participar en el grupo por el personal que trabaja con ellos de manera individual. En muchos casos, la enfermera suele sugerir que algún asunto o problema se podría debatir de forma provechosa en el **Grupo de Soluciones**. De esta manera, cuando el grupo se encuentra, al menos dos o tres personas ya habrán pensado en algún asunto o problema a plantear. Normalmente el Grupo comprenderá de seis a ocho personas, pero sólo uno o dos de ellos sugerirán un tema de debate.

Estructura del Grupo

Normalmente, un solo facilitador abrirá el grupo, proporcionando una introducción y justificación para el grupo.

Buenas tardes a todos, me llamo Brenda. Voy a dirigir el grupo hoy. Veo algunas caras conocidas - me alegro de veros de nuevo. Para los que son nuevos, espero que aprendáis algo esta tarde. Mi trabajo aquí es dirigir la conversación para hacerla fluida. No voy a participar activamente, sino que os invitaré a hablar unos con otros. Lo que hacemos aquí es que le pediré, dentro de un momento, a una persona que hable sobre el problema o dificultad que sufre ahora mismo, y os pediré al resto que habléis sobre eso con él o ella. Es algo muy sencillo. Hemos encontrado que mucha gente obtiene mucho apoyo y ánimo solamente “hablando” de esta manera. Espero que ocurra eso hoy. Bueno, empecemos. ¿Quién ha traído algo al grupo sobre lo que no le importaría hablar?

Empoderando a las personas

La gente se puede sentir muy intimidada en un grupo, especialmente si son ellos el único foco de atención. Por esta razón es importante apoyar a la persona para que no sienta bajo demasiada presión. En el **Grupo de Soluciones** hacemos esto asegurándonos de que la persona está “al mando” o “en el asiento del conductor” en todo momento, conduciendo su propio rumbo a través de la conversación.

Bien, Jack. Gracias por dar un paso adelante. ¿Qué tema has escogido del cual quieres hablar, o quizás necesitas hablar? Cuenta todo de lo que quieras o puedas decir.

(Después de dar unos minutos a la persona para que hable de su problema o asunto)

Bueno. Ahora lo que solemos hacer es que yo le pido al grupo si alguien quiere preguntarle a Jack algo sobre la historia que nos ha estado contando. ¿Estás de acuerdo, Jack?

Bien. ¿Quién tiene una pregunta para Jack? Aceptaremos dos o tres preguntas y luego Jack decidirá la pregunta que quiere responder. Quizás no quiera contestar a ninguna de estas. En este caso, haremos más preguntas.

Es importante que la persona se sienta “con el control de la situación” en todo momento. “Desplegar” una serie de preguntas y dejar a la persona que tome la decisión final, incluso dejando que rechace preguntas, se consigue que la persona que habla se sienta más segura emocionalmente.

A medida que la persona responde preguntas de otros miembros del grupo, la historia de la angustia o la dificultad empieza a surgir, de forma natural. (En nuestra experiencia, esto es muy similar a la manera que tiene la gente de hablar en “grupos normales”, cuando alguien tiene un problema o dificultad. Utilizando este proceso, estamos “normalizando” la conversación del grupo).

Buscando permiso

Después de haberse hecho unas “rondas” de preguntas, el facilitador le pregunta a la persona si quiere oír lo que otros tienen que decir sobre su asunto o problema

Creo que la gente tiene ahora una buena idea de lo que estás hablando, Jack. ¿Cómo te sentirías escuchando lo que los demás piensan sobre todo esto? (Si la persona está de acuerdo) Bien, entonces. ¿Qué piensan los demás sobre la historia que Jack nos ha estado contando? ¿Qué queréis decirle? A lo mejor algunos de vosotros tenéis historias parecidas que podríais contarle a Jack.

(Si la persona no está preparada para esto, entonces se invita al grupo a hacer más preguntas)

Empatía y Simpatía grupal

Llegados a este punto, algunos miembros “harán sugerencias”- “si yo fuera tú haría...”, y los demás continuarían “haciendo preguntas”. No obstante, nuestra experiencia nos ha hecho ver que en este punto muchos participantes “oyen” su propia historia cuando la persona que habla cuenta la suya. La historia les llega de alguna manera y desarrolla una especie de “empatía”.

“Bueno, sé que no es exactamente lo mismo, pero escuchándote...me recuerda lo que me ha estado pasando últimamente. No puedo dormir. He probado de todo. Nada me ha hecho efecto. Un poco como a ti, verdad. Sólo que el problema es diferente, no sé si me entiendes.”

El facilitador anima a los miembros del grupo a hacer sus comentarios, invitando a la persona que habló primero (Jack) a responder, si él quiere, haciendo a lo mejor algún comentario el mismo.

A través de este proceso tan altamente comprensivo, la persona que habla suele desarrollar conocimiento sobre “su problema”, que puede ser diferente a los de otros, pero tiene un impacto o efecto parecido en sus vidas. Con frecuencia, la persona que habla gana simpatía y apoyo de los otros, lo cual, invariablemente, se valora más que si viniera de un terapeuta profesional.

Preparándose para concluir el debate, el facilitador hace una pregunta final importante.

Bien, Jack. Antes de darte las gracias en nombre del grupo, hay una pregunta que me gustaría hacerte. Nos has contado esta historia de (nombrar el asunto o problema) hace 20 minutos. Ahora lo que me estoy preguntando es, después de hablar con nosotros, cuéntanos: **¿Qué es diferente?**

Aclaración: El facilitador **no** pregunta *si* algo es diferente. En vez de eso, se invita a la persona a reflexionar sobre la “*diferencia*”, basado en la asunción de que las cosas no pueden quedarse exactamente igual.

¿El Principio de una Solución?

En muchos aspectos definir el grupo como **Grupo de Soluciones** no es muy acertado porque sugiere que el grupo posee soluciones “adecuadas” para todo. El Grupo no busca activamente una solución, y raramente viene alguien con una respuesta clara a los problemas que se han tratado en el grupo. Sin embargo, la persona ha dado algunos pasos muy importantes hablando de su problema con otros, y oyendo cómo su problema

tiene en común cosas con el mundo de experiencias de otros. En ese sentido puede que hayan dado pasos vitales *hacia* la búsqueda de alguna clase de solución (aunque temporalmente) para el problema.

“Bueno, Jack, en nombre del grupo me gustaría agradecerte que hayas hablado hoy. Nunca es fácil. De hecho estoy segura de que si yo hubiese estado sentada en tu lugar lo habría encontrado muy difícil. Nos has contado que te sientes un poco diferente, habiendo escuchado lo que otros han dicho y dándote cuenta de que no estás solo en esto. Eso es bueno. A lo mejor no has encontrado una “respuesta” a esto, pero quizás has dado importantes pasos hacia la búsqueda de tu propia respuesta- buscando tu propia solución. Te deseamos lo mejor con eso.”



Conclusión



Trabajar con personas con graves problemas en su vida no es fácil. Requiere la dedicación de un tiempo considerable y un compromiso emocional. En este manual hemos ofrecido la más simple de las introducciones a la práctica del **Modelo Tidal**. Para traducirlo a un entendimiento significativo del potencial de **Tidal** para posibilitar y facilitar la recuperación, habría que comprometerse con nuestras ideas, dándoles significado dentro de tu propia práctica profesional.

Hemos utilizado repetidamente el término *cuidado*: una palabra sencilla pero que sigue teniendo un poder considerable, que puede ser usada con gran efecto, como apoyo en la recuperación. Si has tenido tanta suerte como nosotros, entonces tus primeras memorias serán de como haber sido *cuidado de* niño dentro de la familia. A medida que hayas crecido habrás encontrado mucha gente que *te han cuidado* como persona, en el sentido de preocuparse por ti, como amigo, pareja, compañero o familiar.

El **Modelo Tidal** compagina estas dos formas de cuidado, añadiendo su propio aspecto que es *cuidar con* las personas; trabajando de una manera en la que se sientan apoyadas para hacer lo que ellas consideren importante. Creemos que este tipo de *cuidado* es bueno para las dos partes implicadas en la relación de cuidados. Llegados a cierto punto, se olvida quién es el “cuidador” y nos damos cuenta de que *ambos* nos encontramos en una “relación de cuidado”.

Enfatizamos el cuidado por otra razón importante. Mucha gente hoy en día- incluidas algunas enfermeras- parece avergonzarse al hablar de cuidados. ¿Está demasiado pasado de moda o es demasiado “blando”? Bajo nuestro punto de vista, las modas son muy variables; vienen y van. El cuidado no puede ser parte de ninguna moda ya que existe desde los principios de la humanidad y es valorado por la gente en cualquier parte del mundo. Más importante aún es que hemos sido testigos de algunos de los mejores ejemplos de “cuidados”, ofrecidos y llevados a cabo por hombres y mujeres grandes y robustos, que en otra situación podrían fácilmente parecer aterradores e imponentes. Así que quizás ahora sea el momento de acabar de una vez con los estereotipos sobre el cuidado, aceptando que *el cuidado es humano*. Esta es una de las actividades humanas más valoradas en cualquier sociedad civilizada.

Te deseamos mucho éxito en ayudar a las personas navegando su propio viaje hacia la recuperación

Te deseamos mucho éxito en vivir una vida llena y significativa

Esperamos que las ideas de este manual te ayuden a lograr estos dos objetivos humanos tan importantes.

Con nuestra amistad, Poppy y Phil

Anexos

En las siguientes páginas aportamos copias en blanco de algunas de las plantillas clave del Modelo Tidal y la bibliografía para más lectura.

1. La **Valoración Holística.**
2. La **Sesión de Uno a Uno.**
3. La **Valoración Monitorizada.**
4. El **Plan de Seguridad Personal.**
5. Una breve **Bibliografía.**

1. La Valoración Holística

Nombre:

Enfermera/o:

Fecha:

Hora:

Otros presentes:

Resumen:

Enfermera referente/trabajador clave:

Firma:

Fecha:

La Valoración Holística

Completa la valoración tan pronto como sea posible después de la entrada en el servicio.

1. Explica el propósito de la valoración
2. Anima a la participación activa.
3. Registra el nombre de la persona/enfermera que hace la valoración u otro trabajador referente.
4. Registra fecha y hora.
5. Registra el nombre de otras personas presentes, ej. defensor del paciente, estudiante, amigo.
6. Registra un breve resumen de las circunstancias que llevaron al ingreso a la unidad.
7. Informa a la persona de la enfermera referente u otro trabajador referente y registra los detalles.

Cómo empezó todo:

Cómo me ha afectado:

Cómo me afectó al principio:

Cómo han cambiado las cosas con el tiempo:

Cómo ha afectado esto a mis relaciones:

La Valoración Holística

Entrada en el servicio:... ¿qué te ha traído aquí?... ¿por qué has venido ahora aquí?

Orígenes del problema: ...
¿Cuándo notaste por primera vez el problema...o te diste cuenta de él?

Función del problema en el pasado: ... ¿Cómo te afectó esto al principio?

Emociones Pasadas: ...
¿Cómo te sentiste en ese momento?

Desarrollo de la historia: ...
¿En qué manera las cosas han ido cambiando con el tiempo?

Relaciones:... ¿Y cómo ha afectado esto en tus relaciones con la gente?

Cómo me siento ahora:

¿Qué pienso que significa?:

¿Qué dice todo esto sobre mí como persona?:

¿Qué necesita ocurrir ahora/qué quiero que ocurra o deseo que ocurra a continuación?

¿Qué espero que la enfermera haga?:

La Valoración Holística

Pide permiso para seguir

Emociones actuales:... ¿y cómo te sientes acerca de eso ahora?

Contenido holístico: ... ¿y qué significa todo esto para tí?

Contexto holístico: ... ¿y qué dice esto sobre ti como persona?

Necesidades, cosas que quieres y deseos: ... ¿y que esperarías que se hiciera acerca de eso?

Expectativas: ... ¿y que podríamos hacer por ti aquí, en este servicio?

- Anota los problemas principales/necesidades de la persona.
- Comprueba las palabras elegidas con la persona.
- Marca una casilla por cada problema/necesidad o una para el problema como un "todo"

SUFRIMIENTO

PERTURBACION

CONTROL

--

--

--

--

--

Evaluación del problema o necesidad

- ¿En qué cantidad te provoca esto *sufrimiento*?
- ¿Cuánto *perturba* esto tu vida?
- ¿Cuánto *control* tienes sobre el problema?

Sufrimiento

Ninguno	2	4	6	8	10
<hr/>					
1	3	5	7	9	Extremo

Perturbación

Ninguna	2	4	6	8	10
<hr/>					
1	3	5	7	9	Extrema

Control

Ninguno	2	4	6	8	10
<hr/>					
1	3	5	7	9	Extrema

Personas que son importantes:

Cosas que son importantes:

Ideas o creencias sobre la vida que son importantes:

Valoración Holística

Recursos Personales

Pide a la persona que describa "activos" o recursos (inter)personales que podrían ayudarle con la solución de su problema/necesidad.

¿Quién...es importante en tu vida-familia, amigos, grupos, otros?
¿Por qué... son importantes para ti?

¿Qué cosas...son importantes en tu vida. Ej. dinero, casa, posesiones, etc.? **¿Por qué...** son importantes para ti?

¿Qué creencias o valores son importantes para ti acerca la vida en general, fe o filosofía personal? **¿Por qué** estas creencias o valores son importantes para ti?

¿Cómo sabré si el problema se ha resuelto y la necesidad solucionada?

Valoración Holística

Resolución

Pide a la persona que describa cómo sería su vida **sin** el problema o con la **necesidad resuelta**.

¿**Cómo** sabrás que el problema se ha solucionado o la necesidad resuelta?

¿**Dame** un ejemplo de cómo las cosas serían diferentes?

¿**Qué** se necesita para que este cambio ocurra?

¿**Cómo** se presentaría este cambio- en ti, en otra gente, o en otro aspecto de tu vida cotidiana?

¿Qué necesita cambiar para esto ocurra?

2. Sesión de Uno a Uno

Sesión de Uno a Uno.

Nombre:		Fecha:	
Enfermera/o		Hora:	
Mi objetivo:			
Persona		Equipo	
¿Qué he notado diferente?		¿De qué hemos estado hablando?	
¿Qué estaba haciendo?			
¿Qué puedo hacer con esto?			
¿Qué haré a continuación?		¿Cómo puede ayudar el equipo?	
¿Cuál es mi opinión sobre esta sesión?		¿Cómo ofrecerá el equipo ayuda en general?	
Firma: Fecha:		Firma: Fecha:	

3.La Valoración Monitorizada

Valoración Monitorizada

- **Cómo me siento**

- **¿Cuánto de cómodo/a y seguro/a me siento (0-10)?**

- **¿Qué me ayudaría ahora mismo?**

- **¿Qué posibilidad hay de que pueda hacerme daño?
(0-10)**

- **¿Podrían ayudarme a sentirme más seguro/a?
(0-10)**

- **¿Qué más podría ser de ayuda?**

¿Cómo de confiado/a estoy?

(La Persona)(0-10)

¿Cómo de confiado/a estás tu?

(El personal) (0-10)

4. El Plan de Seguridad Personal

Plan de Seguridad Personal

¿Qué puedo hacer que me pueda ayudar a sentirme más confiado/a y seguro/a?

¿Qué pueden hacer otras personas que me pueda ayudar a sentirme más confiado/a y seguro/a?

5. Bibliografía

Books and papers relevant to the Tidal Model

Books

Barker P and Buchanan-Barker P (2005) *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals*. London and New York, Brunner-Routledge

Brookes N (2005) Phil Barker: The Tidal Model of Recovery and Reclamation. In AM Tomey & MR Alligood (Eds) *Nursing Theorists and Their Work* (6th Edition) St Louis: Mosby

Papers

Barker P (1996) Chaos and the Way of Zen: Psychiatric nursing and the uncertainty principle. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 3, 235-244

Barker P (1997) A meta-theory of nursing practice. *Mental Health Practice* 1(4) 18-21

Barker P (1998) Its time to turn the tide. *Nursing Times* 94(46) 70-72

Barker P (2000) Turning the tide. *Open Mind* 106 Nov/Dec

Barker P, Leamy M and Stevenson C (2000) The philosophy of empowerment. *Mental Health Nursing* 20 (9) 8-12

Barker P (2000) The Tidal Model of mental health care: personal caring within the chaos paradigm. *Mental Health Care* 4(2) 59-63

Barker P (2000) The Tidal Model: The lived experience in person-centred mental health care. *Nursing Philosophy* 2 (3) 213-223

Barker P (2001) The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8(3) 233-40

Barker P (2001) The Tidal Model: A radical approach to person-centred care. *Perspectives in Psychiatric Care*. 37(2)

Barker P (2002) The Tidal Model: The healing potential of metaphor within the patient's narrative. *Journal of Psychosocial Nursing* 40 (7) 42-50

Barker P (2003) The Tidal Model: Psychiatric Colonisation, recovery and the paradigm shift in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12. (2) 96-102

Barker P (2003) Putting acute care in its place. *Mental Health Nursing* 23 (1) 12-15

Barker P (2004) Uncommon sense: The Tidal Model of mental health recovery *New Therapist* 33 (Sept/Oct) 14-19

Barker P and Buchanan-Barker (2001) Apologising for our colonial past. *Openmind* 112 Nov/Dec p 10

Barker P and Buchanan-Barker P (2003) Death by assimilation. *Asylum* 13 (3) 10-13

Barker P and Buchanan-Barker P (2003) Beyond empowerment: revering the storyteller *Mental Health Practice* 7 (5) 18-20

Barker P and Buchanan-Barker P (2004) Bridging: Talking meaningfully about the care of people at risk *Mental Health Practice* 8 3 12-16

- Barker P and Buchanan-Barker P (2004) Caring as craft. *Nursing Standard* 19 (9) 1718
- Barker P, Jackson S and Stevenson C (1999) The need for psychiatric nursing: Towards a multi-dimensional theory of caring. *Nursing Inquiry* 6, 103-111
- Buchanan-Barker P (2004) The Tidal Model: Uncommon sense *Mental Health Nursing* 24(3) 6-10
- Buchanan-Barker P and Barker P (2002) Lunatic language. *Openmind* 115, p 23
- Buchanan-Barker P and Barker P (2004) Compassion: More than a feeling *Nursing Standard* 19(11) 18-19
- Buchanan-Barker P and Barker P (2005) Observation: The original sin of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12(5) 541-9
- Buchanan-Barker P and Barker P (2006) The Ten Commitments: A value base for mental health recovery. *Jl of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* Vol. 44 No. 9, 29-33
- Buchanan-Barker P and Barker P (2008) The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, 93-100
- Cook NR, Phillips BN and Sadler D (2005) The tidal model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12 (5) 536-40
- Fletcher E and Stevenson C (2001) Launching the Tidal model in an adult mental health programme. *Nursing Standard* 15 (49) 33-36
- Gordon W, Morton T and Brooks G (2005) Launching the Tidal Model : Evaluating the evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12 (6) 703-12
- Lafferty S and Davidson R (2006) Person-Centred Care in Practice: An account of the implementation of the Tidal Model in an adult acute admission ward in Glasgow. *Mental Health Today* (March) pp 31-34
- Stevenson C, Barker P and Fletcher E (2002) Judgement days: developing an evaluation for an innovative nursing model. *J Psychiatric and Mental Health Nursing* 9(3) 271-6
- Stevenson C, Jackson S and Barker P (2003) Finding solutions through empowerment: a preliminary study of a solution-oriented approach to nursing in acute psychiatric settings. *J Psych and Mental Health Nursing* 10 (6) 688-696
- Stevenson C and Fletcher E (2002) The Tidal Model: The questions answered. *Mental Health Practice* 5(8) 29-37

For more information and contacts visit the **Tidal Websites**.

www.tidal-model.com

www.tidal-model.co.uk

