

Módulo  
técnico

# Asistencia a la vida cotidiana en materia de salud mental

Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Módulo  
técnico

# Asistencia a la vida cotidiana en materia de salud mental

Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos

Versión oficial en español de la obra original  
*Supported living services for mental health: promoting person-centred and rights-based approaches*  
© Organización Mundial de la Salud, 2021  
ISBN: 978-92-4-002582-0 (versión electrónica)

Asistencia a la vida cotidiana en materia de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos

ISBN: 978-92-75-72600-6 (PDF)

ISBN: 978-92-75-22600-1 (versión impresa)

© **Organización Panamericana de la Salud, 2022**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

**Cita propuesta:** Organización Panamericana de la Salud. Asistencia a la vida cotidiana en materia de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Washington, DC: OPS; 2022. (Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos). Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275726006>.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

**Ventas, derechos y licencias:** para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros —como cuadros, figuras o imágenes—, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

NMH/MH/2022

Diseño y maquetación por Genève Design.

Créditos de las fotos: Fotos de la portada: Hand in Hand – Ami Vitale. Página 6: Hand in Hand – Ami Vitale. Página 17: Home again/ Kapil Ganesh. Página 29: Keyring/Sean Kelly

El documento acompañante de las orientaciones y los módulos técnicos están disponibles [aquí](#)

# Índice

Prefacio . . . . .	.iv
Agradecimientos . . . . .	.v
Resumen . . . . .	xii
¿En qué consiste la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS? . . . . .	xix
Acerca de las Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental de la OMS . . . . .	xx

## 1. Introducción ..... 1

## 2. Servicios de asistencia a la vida cotidiana en materia de salud mental: descripción y análisis 5

<b>2.1</b> Hand in Hand Georgia . . . . .	.6
<b>2.2</b> Home Again Chennai (India) . . . . .	17
<b>2.3</b> Redes de apoyo KeyRing Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. . . . .	29
<b>2.4</b> Shared Lives Sudeste de Gales (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte) . . . . .	42

## 3. Avanzar del concepto a las buenas prácticas en los servicios de asistencia a la vida cotidiana en materia de salud mental .....56

Referencias . . . . .	62
-----------------------	----

## Prefacio

En todo el mundo, los servicios de salud mental se esfuerzan por prestar apoyo y atención de calidad a las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales. Sin embargo, en muchos países las personas aún no tienen acceso a servicios de calidad que respondan a sus necesidades y respeten sus derechos y su dignidad. Incluso hoy en día, las personas son objeto de todo tipo de discriminación y violación de sus derechos en los entornos de atención de salud mental, lo que incluye las prácticas coercitivas, las condiciones de vida deficientes e inhumanas, situaciones de negligencia y, en algunos casos, incluso de abuso.

En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, firmada en el 2006, se reconoce el imperativo de emprender algunas reformas importantes para proteger y promover los derechos humanos en materia de salud mental. Esto se reafirma en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en los que se insta a promover la salud mental y el bienestar, con los derechos humanos como un elemento central, y en la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre la cobertura universal de salud.

Si bien en los últimos dos decenios se ha observado un aumento de la conciencia sobre la necesidad de mejorar los servicios de salud mental, en todos los países, ya sean de ingresos bajos, medianos o altos, la respuesta colectiva se ha visto limitada por marcos jurídicos y normativos obsoletos, así como por la falta de recursos.

La pandemia de la COVID-19 ha puesto de relieve, además, las deficiencias y el desfase de los sistemas y servicios de salud mental en todo el mundo. Ha sacado a la luz los efectos perjudiciales de las instituciones, la falta de redes sociales cohesivas, el aislamiento y la marginación de muchas personas con problemas de salud mental, junto con la insuficiencia y fragmentación de los servicios comunitarios de salud mental.

En todas partes, los países necesitan servicios de salud mental que rechacen las prácticas coercitivas, que apoyen a las personas para que tomen sus propias decisiones acerca de su tratamiento y atención, y que promuevan su participación e inclusión en la comunidad, abordando todas las esferas importantes de su vida —en particular las relaciones interpersonales, el trabajo, la familia, la vivienda y la educación—, en lugar de centrarse solo en reducir los síntomas.

En el *Plan de acción integral sobre salud mental 2020-2030* de la OMS se proporciona inspiración y un marco a fin de ayudar a los países a priorizar y poner en práctica en el ámbito de la salud mental un enfoque que esté centrado en las personas, basado en sus derechos y orientado a la recuperación. En las presentes orientaciones se describen las buenas prácticas que han adoptado diversos servicios de salud mental de todo el mundo, con miras a que ayuden a los países a diseñar y reformar las respuestas y los servicios basados en la comunidad desde una perspectiva de derechos humanos, promoviendo derechos fundamentales como la igualdad, la no discriminación, la capacidad jurídica, el consentimiento informado y la inclusión social. Además, se brinda una hoja de ruta para poner fin a la institucionalización y a la hospitalización y el tratamiento involuntarios, y se proporcionan medidas de acción concretas para establecer servicios de salud mental que respeten la dignidad inherente de cada persona.

Todos tienen un papel que desempeñar para lograr que los servicios de salud mental se ajusten a las normas internacionales de derechos humanos: los responsables de las políticas, los prestadores de servicios, la sociedad civil y las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales.

Estas orientaciones tienen por objeto transmitir un sentido de urgencia a los responsables de las políticas de todo el mundo y aportarles claridad, y promover la inversión en servicios de salud mental basados en la comunidad que estén en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos. Proporcionan una visión de la atención de salud mental con las normas más altas de respeto de los derechos humanos y brindan la esperanza de una vida mejor para millones de personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales y para sus familias, en todo el mundo.



**Dr Ren Minghui**

*Subdirector General*

*Cobertura Sanitaria Universal/Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles*

*Organización Mundial de la Salud*

# Agradecimientos

## Dirección estratégica

*La dirección estratégica de los documentos de la OMS estuvo a cargo de:*

Keshav Desiraju, ex secretario de Salud, Nueva Delhi (India).

Julian Eaton, director de Salud Mental, CBM Global, Londres (Reino Unido)

Sarah Kline, cofundadora y directora ejecutiva interina, United for Global Mental Health, Londres (Reino Unido).

Hernan Montenegro von Mühlenbrock, coordinador de atención primaria de salud, Programa Especial de Atención Primaria de Salud, OMS, Ginebra (Suiza).

Michael Njenga, miembro del consejo ejecutivo, Foro de Discapacidad de África; director ejecutivo, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya, Nairobi (Kenya).

Simon Njuguna Kahonge, director de Salud Mental, Ministerio de Salud, Nairobi (Kenya).

Soumitra Pathare, director del Centro de Derecho y Política de Salud Mental, Indian Law Society, Pune (India).

Olga Runciman, psicóloga, propietaria de Psycovery Denmark, presidenta de la red danesa Hearing Voices, Copenhague (Dinamarca).

Benedetto Saraceno, secretario general del Lisbon Institute Global Mental Health, CEDOC/NOVA, Facultad de Medicina, Lisboa (Portugal).

Alberto Vásquez Encalada, presidente de Sociedad y Discapacidad (SODIS), Ginebra (Suiza).

## Equipo de investigación y redacción

Michelle Funk y Natalie Drew Bold fueron las redactoras principales de los documentos y supervisaron un equipo de investigación y redacción integrado por las siguientes personas:

Patrick Bracken, psiquiatra y consultor independiente, oeste de Cork (Irlanda); Celline Cole, consultora del Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, OMS, Aidlingen (Alemania); Julia Faure, consultora de Políticas, Legislación y Derechos Humanos del Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, OMS, Le Chesnay (Francia); Emily McLoughlin, consultora de Políticas, Legislación y Derechos Humanos del Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias, OMS, Ginebra (Suiza); María Francesca Moro, investigadora y doctoranda del Departamento de Epidemiología de la Facultad de Salud Pública Mailman de la Universidad de Columbia, Nueva York (Estados Unidos); Cláudia Pellegrini Braga, Fiscalía de Río de Janeiro (Brasil).

**Afiya House (Massachusetts, Estados Unidos):** Sera Davidow, directora de Wildflower Alliance (antes conocida como Western Massachusetts Recovery Learning Community), Holyoke (Estados Unidos).

**Atmiyata (Gujarat, India):** Jasmine Mala, directora de programas y becaria de investigación; Soumitra Pathare, director del Centro de Derecho y Política de Salud Mental, Indian Law Society, Pune (India).

**Clínica Aung (Rangún, Myanmar):** Radka Antalikova, investigadora principal, Thabyay Education Foundation, Rangún (Myanmar); Aung Min, profesional de salud mental y terapeuta de arte, jefa del segundo equipo de la iniciativa de salud mental de la Clínica Aung, Rangún (Myanmar); Brang Mai, consejero supervisor e investigador de evaluación (miembro del equipo) de la iniciativa de salud mental de la Clínica Aung, Centro de asesoramiento de YMCA, Rangún (Myanmar); Polly Dewhirst, consultora e instructora de trabajo social y derechos humanos, e investigadora de documentación de estudios de casos, iniciativa de salud mental de la Clínica Aung, Rangún (Myanmar); San Oo, psiquiatra consultor y terapeuta de EMDR y jefe de equipo de la iniciativa de salud mental de la Clínica Aung, Rangún (Myanmar); Shwe Ya Min Oo, psiquiatra e investigador de evaluación (miembro del equipo) de la iniciativa de salud mental de la Clínica Aung, Hospital de Salud Mental, Rangún (Myanmar).

**Unidad de BET, Hospital Blakstad de Vestre Viken Hospital Trust (Viken, Noruega):** Roar Fosse, investigador principal, Departamento de Investigación y Desarrollo, División de Salud Mental y Adicciones; Jan Hammer, asesor especial, Departamento de Psiquiatría, División Blakstad de Salud Mental y Adicciones; Didrik Heggdal, Unidad de BET, Departamento Blakstad; Peggy Lilleby, psiquiatra, Unidad de BET del Departamento Blakstad; Arne Lillelien, consultor clínico, Unidad de BET del Departamento Blakstad; Jørgen Strand, jefe

de personal y gerente, Unidad de BET del Departamento Blakstad; Inger HWilde Vik, consultora clínica, Unidad de BET del Departamento Blakstad (Vestre Viken Hospital Trust, Viken [Noruega]).

**Redes comunitarias de salud mental de Brasil, el caso de Campinas:** Sandrina Indiani, presidenta, Consejo Directivo del Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, Campinas (Brasil); Rosana Teresa Onocko Campos, catedrática, Universidad de Campinas, Campinas (Brasil); Fábio Roque leiri, psiquiatra del Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Ors, Campinas (Brasil); Sara Sgobin, coordinadora, área técnica de salud mental de la Secretaría Municipal de Salud, Campinas (Brasil).

**Centros de atención psicosocial (CAPS) III en Brasilândia (São Paulo, Brasil):** Carolina Ibuquerque de Siqueira, enfermera, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Jamile Caleiro Abbud, psicóloga de CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Anderson da Silva Dalcin, coordinador, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Marisa de Jesús Rocha, terapeuta ocupacional, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Debra Demiquele da Silva, auxiliar de enfermería, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Glaucia Galvão, gestión de redes y servicios, salud mental, Associação Saúde da Família, São Paulo (Brasil); Michele Goncalves Panarotte, psicóloga, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Cláudia Longhi, coordinadora, área técnica de salud mental, Secretaría de Salud Municipal, São Paulo (Brasil); Thais Helena Mourão Laranjo, gestión de redes y servicios, salud mental, Associação Saúde da Família, São Paulo (Brasil); Aline Pereira Leal, asistente social, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Iara Soares Pires Fontagnelo, terapeuta ocupacional, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Igor Manoel Rodrigues Costa, profesional de talleres, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Douglas Sherer Sakaguchi, supervisor técnico, Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo (Brasil); Davi Tavares Villagra, profesional de educación física, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Alessandro Uemura Vicentini, psicólogo, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil).

**Red de servicios de salud mental del este de Lille (Francia):** Antoine Baleige, facultativo hospitalario, sector 59G21, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia); Alain Dannel, coordinador del GCS, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia); Laurent Defromont, facultativo hospitalario, jefe de unidad, sector 59G21, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia); Géry Kruhelski, enfermera jefa, sector 21, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia); Marianne Ramonet, psiquiatra, sector 21, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia); Jean-Luc Roelandt, psiquiatra, Centro Colaborador de la OMS para la investigación y la capacitación en salud mental, Establecimiento Público de Salud Mental (EPSM) Lille-Métropole, Francia; Simon Vasseur Bacle, psicólogo clínico, encargado de misión y asuntos internacionales, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia), EPSM Lille-Métropole y sector 21 (Francia).

**Friendship Bench (Zimbabwe):** Dixon Chibanda, director ejecutivo; Ruth Verhey, directora de programas (Harare (Zimbabwe)).

**Servicio de asistencia a la vida cotidiana Hand in Hand (Georgia):** Eka Chkonía, presidenta de la Sociedad de Psiquiatras de Georgia, profesora adjunta de la Universidad Médica Estatal de Tiflis, directora clínica del Centro de Salud Mental de Tiflis, Tiflis (Georgia); Amiran Dateshidze, fundador de la ONG Hand in Hand, Tiflis (Georgia); Giorgi Geleishvili, director del Centro de Prácticas Basadas en la Evidencia, psiquiatra del equipo comunitario de tratamiento asertivo de Tiflis, miembro particular de la Asociación Internacional de Psicología Analítica, Tiflis (Georgia); Izabela Laliashvili, gerente de la ONG Hand in Hand, Tiflis (Georgia); Tamar Shishniashvili, director de la ONG Hand in Hand, Tiflis (Georgia); Maia Shishniashvili, fundadora de la ONG Hand in Hand, Tiflis (Georgia).

**Grupos de apoyo Hearing Voices:** Gail Hornstein, profesora de psicología, Mount Holyoke College, South Hadley (Estados Unidos); Olga Runciman, psicóloga, propietaria de Psycovery Denmark, presidenta de la red danesa Hearing Voices, Copenhagen (Dinamarca).

**Home Again (Chennai, India):** Vandana Gopikumar, cofundadora, administradora; Lakshmi Narasimhan, consultora de investigación; Keerthana Ram, investigadora asociada; Pallavi Rohatgi, directora ejecutiva (The Banyan, Chennai [India]); Nisha Vinayak, colíder del Centro de Acción Social e Investigación, The Banyan Academy, Chennai (India).

**Home Focus (Cork occidental, Irlanda):** Barbara Downs, instructora de capacitación en rehabilitación, equipo de Home Focus; Kathleen Harrington, gerente de área; Caroline Hayes, promotora de desarrollo y recuperación, equipo de Home Focus; Catriona Hayes, especialista en enfermería clínica y enfermera de salud mental comunitaria, equipo de Home Focus; Maura O'Donovan, auxiliar de recuperación, equipo de Home Focus; Aidan O'Mahony, instructor de capacitación en rehabilitación, equipo de Home Focus; Jason Wycherley, gerente de área (National Learning Network, Bantry [Irlanda]).



**Redes de apoyo KeyRing:** Charlie Crabtree, gerente de mercadotecnia y comunicaciones; Sarah Hatch, coordinadora de comunicaciones; Karyn Kirkpatrick, gerente general; Frank Steeples, jefe de garantía de la calidad; Mike Wright, gerente general adjunto (KeyRing Living Support Networks, Londres [Reino Unido]).

**Kliniken Landkreises Heidenheim gGmbH (Heidenheim, Alemania):** Martín Zinkler, director clínico, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Heidenheim (Alemania).

**Link House (Bristol, Reino Unido):** Carol Metters, ex gerente general; Sarah O'Leary, gerente general (Missing Link Mental Health Services Bristol [Reino Unido]).

**Grupo de ayuda mutua Mind Empowerment, USP (Kenya):** Elizabeth Kamundia, subdirectora de la Dirección de Investigación, Promoción y Extensión de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya, Nairobi (Kenya); Michael Njenga, miembro del consejo ejecutivo, Foro de Discapacidad de África, y gerente general, Usuarios y Sobrevivientes de Psiquiatría en Kenya, Nairobi (Kenya).

**Naya Daur (Bengala occidental, India):** Mrinmoyee Bose, coordinadora de programas; Sarbani Das Roy, directora y cofundadora; Gunjan Khemka, subdirector; Priyal Kothari, directora de programas; Srikumar Mukherjee, psiquiatra y cofundador; Abir Mukherjee, psiquiatra; Laboni Roy, subdirectora (Iswar Sankalpa, Kolkata, Bengala Occidental [India]).

**Open Dialogue Crisis Service (Laponia, Finlandia):** Brigitta Alakare, exjefa de psiquiatra; Tomi Bergström, psicólogo, PhD, Hospital Keropudas; Marika Biro, enfermera y terapeuta familiar, enfermera en jefe, Hospital Keropudas; Anni Haase, psicóloga, instructora en psicoterapia; Mia Kurtti, enfermera, MSc, instructora en familia y psicoterapia; Elina Löhönen, psicóloga, instructora en familia y psicoterapia; Hannele Mäkiöllitervo, licenciada en ciencias sociales, trabajadora de ayuda entre pares, unidad de psiquiatría; Tiina Puotiniemi, directora, unidad de psiquiatría y adicciones; Jyri Taskila, psiquiatra, instructor en familia y psicoterapia; Juha Timonen, enfermero y terapeuta familiar, Hospital Keropudas; Kari Valtanen, médico psiquiatra, instructor en familia y psicoterapia; Jouni Petäjaniemi, enfermero en jefe, consultorio de crisis del Hospital Keropudas y servicios ambulatorios de la ciudad de Tornio (distrito de atención de salud de Laponia occidental, Laponia [Finlandia]).

**Peer Support South East Ontario (Ontario, Canadá):** Todd Buchanan, profesor, gerente de negocios y operaciones del Loyalist College, Peer Support South East Ontario (PSSEO), Ontario (Canadá); Deborah Cuttriss Sherman, apoyo de pares para la transición después del alta, Providence Care, Ontario (Canadá); Cheryl Forchuk, cátedra Beryl y Richard Ivey para la investigación en envejecimiento, salud mental, rehabilitación y recuperación, Parkwood Institute Research/Lawson Health Research Institute, Western University, Londres, Ontario (Canadá); Donna Stratton, coordinadora del modelo de alta de transición, Peer Support South East Ontario, Ontario (Canadá).

**Ómbudsman de las personas (Suecia):** Ann Bengtsson, responsable de programas, Consejo Nacional de Salud y Bienestar (Socialstyrelsen), Estocolmo (Suecia); Camilla Bogarve, gerente general, ómbudsman de Escania (Suecia); Ulrika Fritz, presidente, Asociación Profesional de Ómbudsman de las Personas de Suecia (YPOS), Suecia.

**Phoenix Clubhouse, Región Administrativa Especial (RAE) de Hong Kong (República Popular China):** Phyllis Chan, coordinadora clínica (salud mental), Hong Kong West Cluster, jefa de servicio del Departamento de Psiquiatría, Queen Mary Hospital, profesora adjunta clínica honoraria del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina Li Ka Shing Faculty de la Universidad de Hong Kong, RAE de Hong Kong (República Popular China); Anita Chan, terapeuta ocupacional principal del Departamento de Terapia Ocupacional, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); June Chao, gerente del Departamento de Terapia Ocupacional, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Bianca Cheung, miembro del personal de Phoenix Clubhouse, Phoenix Clubhouse/Departamento de Terapia Ocupacional de Clubhouse, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Eileena Chui, consultora del Departamento de Psiquiatría, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Joel D. Corcoran, director ejecutivo, Clubhouse International, Nueva York, (Estados Unidos); Enzo Lee, miembro del personal de Phoenix Clubhouse, Phoenix Clubhouse/Departamento de Terapia Ocupacional de Clubhouse, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Francez Leung, directora de Phoenix Clubhouse, terapeuta ocupacional, Phoenix Clubhouse/Departamento de Terapia Ocupacional, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Eric Wong, miembro del personal de Phoenix Clubhouse, Phoenix Clubhouse/Departamento de Terapia Ocupacional de Clubhouse, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Mimi Wong, miembro del personal de Phoenix Clubhouse, RAE de Hong Kong, República Popular China; Eva Yau, miembro

honoraria de Friends of Phoenix Clubhouse, miembro de la facultad de Clubhouse International, directora fundadora de Phoenix Clubhouse, RAE de Hong Kong (República Popular China).

**Shared Lives (sudeste de Gales, Reino Unido):** Emma Jenkins, gerente de Shared Lives for Mental Health Crisis, South East Wales Shared Lives Scheme, Caerphilly CBC (Reino Unido); Martín Thomas, gerente comercial, South East Wales Shared Lives Scheme, Caerphilly CBC (Reino Unido); Benna Waites, directora conjunta de psicología, asesoramiento y terapias de arte, salud mental y discapacidades de aprendizaje, Aneurina Bevan University Health Board (Reino Unido); Rachel White, gerente del equipo de tratamiento domiciliario, dirección de salud mental de adultos, Aneurina Bevan University Health Board (Reino Unido).

**Sotería (Berna, Suiza):** Clare Christine, directora gerente de Soteria Berne, Berna (Suiza); Walter Gekle, director médico, Soteria Berne, médico jefe y director adjunto, Centro de Rehabilitación Psiquiátrica, Servicios Psiquiátricos Universitarios, Berna (Suiza).

**Red de servicios comunitarios de salud mental de Trieste (Italia):** Tommaso Bonavigo, psiquiatra, Centro Comunitario de Salud Mental 3, Domio, Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Mario Colucci, psiquiatra, director del Centro Comunitario de Salud Mental 3, Domio, Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Elisabetta Pascolo Fabrici, directora del Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Serena Goljevscek, psiquiatra del Centro Comunitario de Salud Mental 3: Domio, Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Roberto Mezzina, International Mental Health Collaborating Network (IMHCN), Italia, exdirector del Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Alessandro Saullo, psiquiatra del Centro Comunitario de Salud Mental de Gorizia, Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Daniela Speh, enfermera especializada, coordinadora de capacitación, Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación, Oficina Corporativa de Capacitación y Desarrollo de ASUGI, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Marco Visintin, psicólogo del Centro Comunitario de Salud Mental de Gorizia, Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia).

**Tupu Ake (sur de Auckland, Nueva Zelandia):** Janice McGill, jefa de desarrollo de servicios de pares; Ross Phillips, gerente de operaciones comerciales (Pathways, Auckland [Nueva Zelandia]).

### Redes de salud mental de Bosnia y Herzegovina, Líbano y Perú

**Bosnia y Herzegovina:** Dzenita Hrelja, directora de proyectos de salud mental, Asociación XY, Sarajevo (Bosnia y Herzegovina).

**Líbano:** Rabih El Chammy, director; Nayla Geagea, asesora de legislación y derechos humanos; Racha Abi Hana, coordinadora de desarrollo de servicios, programa nacional de salud mental del Ministerio de Salud Pública de Líbano; Thurayya Zreik, coordinadora del proyecto Calidad y Derechos (QualityRights) de Líbano.

**Perú:** Yuri Cutipé, director de salud mental del Ministerio de Salud, Lima (Perú).

### Revisión técnica y contribuciones por escrito

María Paula Acuña González, expasante de la OMS (Irlanda); Christine Ajulu, Foro de promoción de los derechos humanos (Kenya); John Allan, área de salud mental, alcohol y otras drogas, Clinical Excellence Queensland, Queensland Health (Australia); Jacqueline Aloo, Ministerio de Salud (Kenya); Caroline Amissah, Autoridad de Salud Mental (Ghana); Sunday Anaba, BasicNeeds (Ghana); Naomi Anyango, hospital docente y de referencia Mathari (Kenya); Aung Min, iniciativa de salud mental de la Clínica Aung (Myanmar); Antoine Baleige, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Shantha Barriga, división de derechos

relacionados con la discapacidad, Human Rights Watch (Bélgica); Peter Bartlett, Facultad de Derecho e Instituto de Salud Mental de la Universidad de Nottingham (Reino Unido); Marie Baudel, laboratorio de derecho y cambio social, Universidad de Nantes (Francia); Frank Bellivier, Ministerio de Salud (Francia); Alison Brabban, Tees, Esk & Wear Valleys NHS Foundation Trust (Reino Unido); Jonas Bull, Mental Health Europe (Bélgica); Peter Bullimore, National Paranoia Network (Reino Unido); Raluca Bunea, Open Society Foundations (Alemania); Miroslav Cangár, Consejo Asesor de Trabajo Social (Eslovaquia); Mauro Giovanni Carta, Departamento de Ciencias Médicas y Salud Pública de la Universidad de Cagliari (Italia); Marika Cencelli, Mental Health, NHS England (Reino Unido); Vincent Cheng, Hearing Voices (Hong Kong); Dixon Chibanda, Friendship Bench (Zimbabwe); Amanda B. Clinton, Asociación Estadounidense de Psicología (Estados Unidos); Jarrod Clyne, International Disability Alliance (Suiza); Joel D. Corcoran, Clubhouse International (Estados Unidos); Alain Dannet, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Bhargavi Davar, Transforming Communities for Inclusion – Asia-Pacific (TCI-AP) (India); asesor Liron David, Enosh – Asociación Israelí de Salud Mental (Israel); Sera Davidow, Wildflower Alliance (antes conocida como Western Massachusetts Recovery Learning Community) (Estados Unidos); Larry Davidson, programa para la recuperación y la salud comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale (Estados Unidos); Gabriela B. de Luca, Open Society Foundations (Estados Unidos); Laurent Defromont, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Keshav Desiraju, exsecretario de salud (India); Julian Eaton, CBM Global (Reino Unido); Marie Fallon-Kund, Mental Health Europe (Bélgica); Julia Faure, consultora de la OMS (Francia); Silvana Galderisi, Universidad de Campania; Luigi Vanvitelli (Italia); Rosemary Gathara, Basic Needs Basic Rights Kenya (Kenya); Walter Gekle, Soteria Berne (Suiza); Piers Gooding, Melbourne Social Equity Institute de la Universidad de Melbourne (Australia); Ugne Grigaite, ONG Mental Health Perspectives (Lituania); Ahmed Hankir, Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencias, King's College de Londres (Reino Unido); Sarah Harrison, International Medical Corps (Turquía); Akiko Hart, National Survivor User Network (Reino Unido); Hee-Kyung Yun, Centro Colaborador de la OMS para la Rehabilitación Psicosocial y la Salud Mental Comunitaria, Hospital Mental Yong-In (República de Corea); Helen Herrman, Orygen y Centro de Salud Mental Juvenil, Universidad de Melbourne (Australia); Mathew Jackman, Global Mental Health Peer Network (Australia); Florence Jaguga, hospital docente y de referencia Moi (Kenya); Jazmín Kalha, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Olga Kalina, European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry (Dinamarca); Elizabeth Kamundia, Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya (Kenya); Clement Kemboi Cheptoo, Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya (Kenya); Tim Kendall, Salud Mental, NHS England (Reino Unido); Judith Klein, INclude-The Mental Health Initiative (Estados Unidos); Sarah Kline, United for Global Mental Health (Reino Unido); Humphrey Kofie, Sociedad de Salud Mental de Ghana (Ghana); Martijn Kole, Lister Utrecht Enik Recovery Center (Países Bajos); Géry Kruhelski, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Kimberly Lacroix, Bapu Trust for Research on Mind and Disclosure (India); Rae Lamb, Te Pou o te Whakaaro Nui (Nueva Zelanda); Marc Laporta, Centro de Investigación del Hospital Douglas, Centro Colaborador de la OPS/OMS para Referencia e Investigación sobre Salud Mental, Montreal (Canadá); Tuncho Levav, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad de Haifa (Israel); Konstantina Leventi, The European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (Bélgica); Long Jiang, Shanghai Mental Health Centre, Universidad de Shanghai Jiao Tong, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación en Salud Mental (China); Florence Wangechi Maina, Medical Training College de Kenya, Mathari Campus (Kenya); Felicia Mburu, Validity Foundation (Kenya); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, David McGrath Consulting (Australia); Roberto Mezzina, International Mental Health Collaborating Network (IMHCN), Italia, exdirector del Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia del Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Matilda Mghoi, División de Salud Mental del Ministerio de Salud (Kenya); Jean-Dominique Michel, Pro Mente Sana (Suiza); Tina Minkowitz, Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry (Estados Unidos); Faraaz Mohamed, Open Society Foundations (Estados Unidos); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (Reino Unido); María Francesca Moro, Departamento de Epidemiología de la Facultad de Salud Pública de Mailman, Universidad de Columbia (Estados Unidos); Marina Morrow, Realizing Human Rights and Equity in Community Based Mental Health Services, Universidad de York (Canadá); Joy Muhia, QualityRights Kenya, División de Salud Mental del Ministerio de Salud (Kenya); Elizabeth Mutunga, Alzheimer and Dementia Organization (Kenya); NA-Rae Jeong, Centro Colaborador de la OMS para la Rehabilitación Psicosocial y la Salud Mental Comunitaria, Hospital Mental Yong-In (República de Corea); Lawrence Nderi, Hospital Nacional Académico y de Referencia Mathari (Kenya); Mary Nettle, consultora de usuarios de salud mental (Reino Unido); Simon Njuguna Kahonge, Ministerio de Salud (Kenya); Akwasi Owusu Osei, Autoridad de Salud Mental (Ghana); Cláudia

Pellegrini Braga, fiscalía de Río de Janeiro (Brasil); Sifiso Owen Phakathi, Dirección de Salud Mental y Política de Consumo de Sustancias Psicoactivas del Departamento de Salud (Sudáfrica); Phillips de Ross, Pathways (Nueva Zelanda); Dainius Puras, Instituto de Vigilancia de los Derechos Humanos/Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Vilnius (Lituania); Gerard Quinn, Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (Irlanda); Marianne Ramonet, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Julie Repper, Nottinghamshire Healthcare Trust, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Pina Ridente, psiquiatra, Italia; Jean-Luc Roelandt, Centro Colaborador de la OMS para la investigación y la capacitación en salud mental, Establecimiento Público de Salud Mental (EPSM) Lille-Métropole (Francia); Grace Ryan, Centre for Global Mental Health, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); San Oo, iniciativa de salud mental de la Clínica Aung (Myanmar); Benedetto Saraceno, Lisbon Institute of Global Mental Health, CEDOC/NUEVA, Facultad de Medicina (Portugal); Natalie Schuck, Departamento de Estudios Legales Transfronterizos, Global Health Law Groningen Research Centre de la Universidad de Groninga (Países Bajos); Seongsu Kim, Centro de Respuesta de Crisis de Salud Mental, Nuevo Hospital Psiquiátrico Provincial Gyeonggi (República de Corea); Dudu Shiba, Directorate of Mental Health and Substance Abuse Policy, del Departamento de Salud (Sudáfrica); Mike Slade, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Alexander Smith, WARP/Counseling Service del Condado de Addison (Estados Unidos); Gregory Smith, Mountaintop, Pensilvania (Estados Unidos); Daniela Speh, Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación, Oficina Corporativa de Capacitación y Desarrollo ASUGI, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (Italia); Ellie Stake, Charity Chy -Sawel (Reino Unido); Peter Stastny, International Network Towards Alternatives and Recovery (INTAR)/Community Access NYC (Estados Unidos); Sladjana Strkalj Ivezic, Centro Comunitario de Rehabilitación de Hospital Psiquiátrico Universitario Vrapce (Croacia); Charlene Sunkel, Global Mental Health Peer Network (Sudáfrica); Sauli Suominen, Finnish Personal Ombudsman Association (Finlandia); Orest Suvalo, Instituto de Salud Mental de la Universidad Católica Ucraniana (Ucrania); Kate Swaffer, Dementia Alliance International, Alzheimer's Disease Internacional (Australia); Tae-Young Hwang, Centro Colaborador de la OMS para la Rehabilitación Psicosocial y la Salud Mental Comunitaria, Hospital Mental Yong-In (República de Corea); Bliss Christian Takyi, St. Joseph Catholic Hospital, Nkwanta (Ghana); Katelyn Tenbensen, Alfred Health (Australia); Luc Thibaud, defensor de usuarios (Francia); Tin Oo, Ministerio de Salud y Deporte, Departamento de Salud Mental de la Universidad de Medicina (Myanmar); Facultad de Ciencias Sociales del Departamento de Trabajo Social y Administración Social, Universidad de Hong Kong (Hong Kong); Gabriel Twose, Oficina de los Asuntos Internacionales de la American Psychological Association (Estados Unidos); Roberto Tykanori Kinoshita, Universidad Federal de São Paulo (Brasil); Katrin Uerpmann, Dirección General de Derechos Humanos y Estado de Derecho de la Unidad de Bioética, Consejo de Europa (Francia); Carmen Valle Trabadelo, grupo de referencia del Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) (Dinamarca); Alberto Vásquez Encalada, Sociedad y Discapacidad (SODIS), Suiza; Simon Vasseur Bacle, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia), Establecimiento Público de Salud Mental (EPSM) Lille-Métropole (Francia); Ruth Verhey, Friendship Bench (Zimbabue); Lakshmi Vijayakumar, Society for Nutrition, Education & Health Action, Servicios Voluntarios de Salud (India); Benna Waites, psicología, asesoramiento y terapias de arte, Aneurin Bevan University Health Board (Reino Unido); Ian Walker, salud mental, ENT y programa UKOT Programme, División de Salud Pública Mundial, Public Health England (Reino Unido); Petr Winkler, Departamento de Salud Mental Pública, Instituto Nacional de Salud Mental (República Checa); Stephanie Wooley, European Network of (Ex) Users and Survivors of Psychiatry (Francia); Alexandre Willschleger, Salud Mental, Hôpitaux Universitaires Genève (Suiza); Peter Badimark Yaro, BasicNeeds Ghana (Ghana); Yifeng Xu, Centro de Salud Mental de Shanghai, Universidad Jiao Tong de Shanghai, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación en Salud Mental (China); Luk Zelderloo, The European Association of Service Providers for Persons with Disabilities, Zero Project (Bélgica); Maximilien Zimmerman, Fédération Handicap International – Humanity & Inclusion (Bélgica); Martin Zinkler, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Heidenheim (Alemania).

## Contribuciones de la Sede, de las oficinas regionales y de las oficinas de país de la OMS

Nazneen Anwar (OMS/SEARO); Sebnem Avsar Kurnaz (OMS/Turquía); Florence Baingana (OMS/AFRO); Fatima Batool (OMS/Sede); Andrea Bruni (OMS/AMRO); Kenneth Carswell (OMS/Sede); Vanessa Cavallera (OMS/Sede); Claudina Cayetano (OMS/AMRO); Daniel Hugh Chisholm (OMS/EURO); Neerja Chowdhary (OMS/Sede); Alarcos Cieza (OMS/Sede); Catarina Magalhães Dahl (OMS/AMRO); Tarun Dua (OMS/Sede); Alexandra Fleischmann (OMS/Sede); Stéfanie Freel (OMS/Sede); Brandon Gray (OMS/Sede); Fahmy Hanna (OMS/Sede); Mathew Jowett (OMS/Sede); Tara Mona Kessaram (OMS/Indonesia); Dévora Kestel (OMS/Sede); Kavitha Kolappa (OMS/Sede); Jason Ligot (OMS/WPRO); Aiysha Malik (OMS/Sede); María del Carmen Martínez Viciano (OMS/AMRO); Hernan Montenegro von Mühlenbrock (OMS/Sede); Melita Murko (OMS/EURO); Brian Ogallo (OMS/Sudán); Sally-ann Ohene (OMS/Ghana); Renato Oliveira E Souza (OMS/AMRO); Khalid Saeed (OMS/EMRO); Giovanni Sala (OMS/Sede); Alison Schafer (OMS/Sede); Noline Schiess (OMS/sede); Katrin Seeher (OMS/sede); Chiara Servili (OMS/Sede); Julie Storr (OMS/Sede); Shams B. Syed (OMS/Sede); Mark Van Ommeren (OMS/Sede); Martín Vandendyck (OMS/WPRO); Jazmine Vergara (OMS/Filipinas); Edwina Zoghbi (OMS/Líbano).

## Apoyo administrativo, editorial y de otro tipo brindado por la OMS

Apoyo administrativo: Patricia Robertson, asistente del jefe de la Unidad de Política, Derecho y Derechos Humanos del Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, OMS, Ginebra (Suiza).

Edición de las orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: Alexandra Lang Lucini (Suiza).

Edición de los módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: Tatum Anderson (Reino Unido) y Alexandra Lang Lucini (Suiza).

Redacción de los resúmenes iniciales de los 25 servicios de buenas prácticas: Elaine Fletcher, Global Policy Reporting Association (Suiza); Tatum Anderson (Reino Unido).

Diseño gráfico: Jillian Reichenbach-Ott, Genève Design (Suiza).

Otro tipo de apoyo: Casey Chu, Facultad de Salud Pública de Yale (Estados Unidos); April Jakubec Duggal, Universidad de Massachusetts (Estados Unidos); Adrienne W.Y. Li, Instituto de Rehabilitación de Toronto, University Health Network (Canadá); Izabella Zant, EmblemHealth (Estados Unidos).

## Agradecimientos especiales

**Clínica Aung (Rangún, Myanmar)** desea agradecer a las personas que participaron en el estudio para evaluar su iniciativa de salud mental, a los usuarios de los servicios y sus familias, y a las redes y asociaciones de particulares y entidades del ámbito nacional e internacional. Además, agradece a los trabajadores de apoyo entre pares y al grupo de apoyo entre pares de su iniciativa de salud mental por la promoción y las iniciativas de coordinación para las personas con discapacidad psicosocial e intelectual.

**Red servicios de salud mental del este de Lille (Francia)** desea reconocer el apoyo prestado por las siguientes personas: Bernard Derosier, Eugène Regnier, Gérard Duchéne (q.e.p.d.), Claude Ethuin (q.e.p.d.), Jacques Bossard, Françoise Dal, Alain Rabary, O. Verriest, M. Février, Raghnia Chabane y Vincent Demassiet.

**Unidad de BET, Hospital Blakstad, Vestre Viken Hospital Trust (Viken, Noruega)** desea agradecer a Øystein Saksvi (q.e.p.d.) por su mentoría, inspiración y contribución importante a la Unidad de BET.

**Shared Lives (Gales sudoriental, Reino Unido)** desea reconocer a las siguientes personas por su contribución decisiva al desarrollo de su servicio: Jamie Harrison, Annie Llewellyn Davies, Diane Maddocks, Alison Minett, Perry Attwell, Charles Parish, Katie Benson, Chris O'Connor, Rosemary Brown, Ian Thomas, Gill Barratt, Angela Fry, Martin Price, Kevin Arundel, Susie Gurner, Rhiannon Davies, Sarah Bees y el Newport Crisis Team y la Newport In-patient Unit, Aneurin Bevan University Health Board (ABUHB); y, además, Kieran Day, Rhian Hughes y Charlotte Thomas-Johnson, por su labor en la evaluación.

**Peer Support South East Ontario (Ontario, Canadá)** desea reconocer el apoyo prestado por Server Cloud Canada, Kingston (Ontario, Canadá) a su sitio web para los datos estadísticos necesarios para su servicio (<https://www.servercloudcanada.com>).

## Resumen

A lo largo del último decenio, la salud mental ha merecido una creciente atención de los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las organizaciones multilaterales, en particular las Naciones Unidas y el Banco Mundial. Dada la mayor sensibilización sobre la importancia de que la atención y los servicios proporcionados se centren en las personas, se basen en los derechos humanos y estén orientados a la recuperación, los servicios de salud mental de todo el mundo tratan de mejorar la calidad de la atención y el apoyo que prestan.

Sin embargo, a menudo los servicios afrontan importantes restricciones de recursos, operan en marcos jurídicos y regulatorios obsoletos, y adolecen de una arraigada y excesiva dependencia del modelo biomédico, en el que la atención se centra predominantemente en el diagnóstico, la medicación y la reducción de los síntomas, mientras que se pasa por alto toda la gama de determinantes sociales que afectan a la salud mental de las personas, que obstaculizan el progreso hacia la plena realización de un enfoque basado en los derechos humanos. Como consecuencia, en todo el mundo, muchas personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales ven violados sus derechos humanos, en particular en los servicios de atención donde se carece de la asistencia y el apoyo adecuados.

Para apoyar a los países en sus esfuerzos por adaptar los sistemas y servicios de salud mental a las normas internacionales de derechos humanos, en particular la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en las Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos de la OMS se insta a centrar la atención en la ampliación de los servicios de salud mental basados en la comunidad que promueven unos servicios de salud centrados en las personas, orientados a la recuperación y basados en los derechos humanos. Se ofrecen ejemplos reales de buenas prácticas en los servicios de salud mental en diversos contextos de todo el mundo y se describen los vínculos necesarios con los sectores de la vivienda, la educación, el empleo y la protección social, para velar por que las personas con problemas de salud mental se incluyan en la comunidad y puedan llevar una vida plena y satisfactoria. Las orientaciones también presentan ejemplos de redes integrales, integradas, regionales y nacionales de servicios y apoyos en materia de salud mental basados en la comunidad. Por último, se presentan recomendaciones y medidas de acción específicas para que los países y las regiones desarrollen servicios comunitarios de salud mental respetuosos de los derechos humanos de la población y centrados en la recuperación.

Este amplio documento de orientación va acompañado de un conjunto de siete módulos técnicos de apoyo que contienen descripciones detalladas de los servicios de salud mental abordados:

- 1. Servicios de salud mental en momentos de crisis**
- 2. Servicios de salud mental hospitalarios**
- 3. Centros de salud mental comunitarios**
- 4. Servicios de salud mental de apoyo entre pares**
- 5. Servicios de salud mental de alcance comunitario**
- 6. Asistencia a la vida cotidiana en materia de salud mental**
- 7. Redes integrales de servicios de salud mental**

## Mensajes clave de estas orientaciones

- Muchas personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales reciben una atención de mala calidad y sufren violaciones de sus derechos humanos; ello exige que se introduzcan cambios profundos en los sistemas de salud mental y en la prestación de servicios.
- En muchas partes del mundo existen ejemplos de buenas prácticas, servicios comunitarios de salud mental que están centrados en la persona, orientados a la recuperación y que se adhieren a las normas de los derechos humanos.
- En muchos casos, estas buenas prácticas y los servicios de salud mental basados en la comunidad tienen unos costos de prestación de servicios menores que los servicios convencionales comparables.
- Se requieren cambios importantes en el sector social para apoyar el acceso a la educación, el empleo, la vivienda y las prestaciones sociales de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales.
- Es esencial ampliar las redes de servicios de salud mental integrados y basados en la comunidad para lograr los cambios que se exigen en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Las recomendaciones y las medidas concretas presentadas en estas orientaciones proporcionan una hoja de ruta clara para que los países logren estos objetivos.

### Introducción

En informes provenientes de todas partes del mundo se pone de relieve la necesidad de afrontar la discriminación y promover los derechos humanos en el contexto de la atención de salud mental. Esto incluye suprimir el uso de prácticas coercitivas tales como el ingreso forzoso y el tratamiento forzoso, o la restricción o reclusión manual, física o química, y corregir los desequilibrios de poder que existen entre el personal de salud y las personas que utilizan los servicios. Se requieren soluciones sectoriales, no solo en los países de ingreso bajo sino también en los países de ingreso mediano y alto.

En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se reconocen esos problemas y se exige la introducción de reformas importantes y la promoción de los derechos humanos, una necesidad fuertemente reforzada por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Se establece la necesidad de introducir un cambio de paradigma fundamental en el campo de la salud mental, que prevea el replanteamiento de las políticas, las leyes, los sistemas, los servicios y las prácticas en los diferentes sectores que afectan negativamente a las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales.

Desde la adopción de la Convención en el 2006, un número cada vez mayor de países tratan de reformar sus leyes y políticas con el fin de promover los derechos a la inclusión comunitaria, la dignidad, la

autonomía, el empoderamiento y la recuperación. Sin embargo, hasta la fecha, pocos países han establecido los marcos normativos y legislativos necesarios para afrontar los cambios de gran alcance exigidos por el marco internacional de derechos humanos. En muchos casos, las políticas y las leyes existentes perpetúan la atención basada en el internamiento en instituciones, el aislamiento y las prácticas de tratamiento coercitivas y nocivas.

Proporcionar servicios de salud mental basados en la comunidad que se adhieran a los principios de los derechos humanos descritos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en particular los derechos fundamentales a la igualdad, la no discriminación, la participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad, y el respeto de la dignidad inherente y la autonomía individual de las personas, exigirá que los países modifiquen considerablemente sus prácticas. La introducción de esos cambios puede ser problemática en contextos en los que se están invirtiendo recursos humanos y financieros insuficientes en la salud mental.

En las presentes orientaciones se presentan diversas opciones para que, según proceda, los países consideren y adopten medidas de mejora de sus sistemas y servicios de salud mental. Se presenta un menú de opciones de buenas prácticas ancladas en los sistemas de salud basados en la comunidad, así como una vía para mejorar los servicios de atención de salud mental que sean innovadores y estén basados en los derechos. Son muchos los problemas que obstaculizan la realización de este enfoque dentro de las limitaciones que afrontan muchos servicios. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, los ejemplos de servicios de salud mental que se presentan en esta guía son una prueba concreta de que sí es factible.

### Ejemplos de servicios comunitarios de salud mental con buenas prácticas

En muchos países, la atención comunitaria de salud mental abarca una variedad de servicios, desde servicios en momentos de crisis, de alcance comunitario, de apoyo entre pares o de atención hospitalaria, hasta servicios de asistencia a la vida cotidiana o centros comunitarios de salud mental. Los ejemplos presentados en estas orientaciones abarcan diversos contextos, por ejemplo, desde el servicio de alcance comunitario en el ámbito de la salud mental Atmiyata, en India, hasta el servicio comunitario de salud mental de la Clínica Aung, en Myanmar, o el Banco de la Amistad, en Zimbabwe, todos los cuales hacen uso de agentes de salud comunitarios y de los sistemas de atención primaria de salud. Otros ejemplos son los servicios hospitalarios tales como la unidad de BET, en Noruega, que está fuertemente centrada en la recuperación, y servicios de momentos de crisis como el de Tupu Ake, en Nueva Zelanda. En las presentes orientaciones también se mencionan servicios de apoyo a la vida cotidiana bien establecidos, como las redes KeyRing Living Support Networks, en el Reino Unido, o los servicios de apoyo entre pares como los grupos de usuarios y personas sobrevivientes de la psiquiatría, en Kenya, y los grupos de Hearing Voices, de ámbito mundial.

Si bien cada uno de esos servicios es único en sí mismo, lo más importante es que todos ellos promueven para los sistemas y servicios de salud mental un enfoque orientado a la recuperación centrado en la persona y basado en los derechos. Ninguno de ellos es perfecto, pero estos ejemplos proporcionan inspiración y esperanza, ya que quienes los han establecido han dado pasos concretos en una dirección positiva hacia la adaptación a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En cada descripción de un servicio de salud mental se presentan los principios fundamentales subyacentes al servicio, incluido su compromiso de respeto de la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la inclusión en la comunidad, la participación y el enfoque orientado a la recuperación.



Es importante destacar que cada servicio presentado tiene un método de evaluación de los servicios, lo que es fundamental para la evaluación continua de la calidad, los resultados y la costo-eficacia. Para cada caso se presentan los costos del servicio, que se comparan con los de los servicios regionales o nacionales comparables.

Estos ejemplos de servicios de salud mental con buenas prácticas serán útiles para quienes deseen establecer un nuevo servicio de salud mental o reconfigurar un servicio existente. Las descripciones detalladas de los servicios que figuran en los módulos técnicos contienen información práctica sobre los problemas que afrontan los servicios a medida que evolucionan, y las soluciones desarrolladas para remediarlos. Estas estrategias o enfoques se pueden replicar, transferir o ampliar al desarrollar servicios en otros contextos. En las orientaciones se presentan medidas prácticas y recomendaciones para establecer o transformar servicios de salud mental de buenas prácticas que puedan funcionar con éxito en una amplia gama de marcos jurídicos, al tiempo que protegen los derechos humanos, evitan la coerción y promueven la capacidad jurídica.

## También se requieren cambios importantes en el sector social

En un contexto más general, los determinantes sociales críticos que afectan a la salud mental de las personas, como la violencia, la discriminación, la pobreza, la exclusión, el aislamiento, la inseguridad laboral o el desempleo, así como la falta de acceso a la vivienda, las redes de seguridad social y los servicios de salud, son factores que a menudo se pasan por alto o se excluyen del discurso y la práctica de la salud mental. En realidad, por causa de su discapacidad, las personas con algún problema de salud mental o discapacidad psicosocial a menudo se enfrentan a obstáculos desproporcionados para acceder a la educación, el empleo, la vivienda y las prestaciones sociales, que son derechos humanos fundamentales. Como consecuencia, un número importante de ellas vive en la pobreza.

Por esta razón, es importante desarrollar servicios de salud mental que intervengan en estos importantes problemas de la vida y garanticen que las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales también puedan acceder a los servicios de que dispone la población general.

Sin embargo, por muy bien que se presten los servicios de salud mental, por sí solos son insuficientes para atender las necesidades de todas las personas, en particular de las que viven en la pobreza, o carecen de vivienda, educación o de medios para generar un ingreso. Por esta razón, es esencial garantizar que los servicios de salud mental y los servicios del sector social intervengan y colaboren de una manera muy práctica y provechosa para proporcionar apoyo holístico.

En muchos países ya se están realizando grandes progresos para diversificar e integrar los servicios de salud mental en la comunidad general. Este enfoque requiere una participación activa y la coordinación con diversos servicios y agentes comunitarios, en particular las instituciones de protección social, de salud y judiciales, las autoridades regionales y municipales, junto con iniciativas culturales, deportivas y de otros tipos. Para que esa colaboración pueda darse es necesario introducir cambios significativos en la estrategia, las políticas y el sistema no solo del sector de la salud, sino también del sector social.

### Ampliación de las redes de servicios de salud mental

Estas orientaciones demuestran que la ampliación de las redes de servicios de salud mental que interactúan con los servicios del sector social es fundamental para proporcionar un enfoque holístico que abarque toda la gama de servicios y funciones de salud mental.

En varios lugares del mundo, distintos países, regiones o ciudades se han desarrollado redes de servicios de salud mental que abordan los mencionados determinantes sociales de la salud y los problemas conexos que afrontan diariamente las personas con problemas de salud mental y psicosociales.

Algunos de los ejemplos presentados son redes bien establecidas, estructuradas y evaluadas que han remodelado y reorganizado profundamente el sistema de salud mental; otras son redes en transición, que han alcanzado hitos significativos.

Las redes bien establecidas han ejemplificado un compromiso político robusto y sostenido con la reforma del sistema de atención de la salud mental a lo largo de decenios, a fin de adoptar un enfoque basado en los derechos humanos y la recuperación. La base de su éxito es la adopción de nuevas políticas y leyes, junto con un aumento en la asignación de recursos destinados a los servicios basados en la comunidad. Por ejemplo, las redes de salud mental basadas en la comunidad de Brasil ofrecen un ejemplo de aplicación nacional de servicios a gran escala, anclados en los derechos humanos y los principios de recuperación. La red francesa de Lille oriental demuestra además que la atención hospitalaria se puede sustituir por intervenciones diversificadas y basadas en la comunidad con una inversión comparable a la de los servicios de salud mental más convencionales. Por último, la red de Trieste (Italia) de servicios comunitarios de salud mental también se basa en un enfoque de la atención y el apoyo basados en los derechos humanos, y hace un fuerte hincapié en la desinstitucionalización. En estas redes se plasma el desarrollo de servicios de salud mental basados en la comunidad que están fuertemente integrados y conectados con múltiples agentes comunitarios de diversos sectores, en particular los sectores social, judicial, de la salud, del empleo y otros.

Más recientemente, países como Bosnia y Herzegovina, Líbano, Perú y otros están actuando de manera concertada para ampliar rápidamente las redes emergentes y ofrecer a mayor escala servicios basados en la comunidad, orientados a los derechos y centrados en la recuperación. Un aspecto clave de muchas de estas redes emergentes es el objetivo de sacar los servicios de salud mental de los hospitales psiquiátricos y llevarlos a entornos locales, con el fin de garantizar la plena participación e inclusión en la comunidad de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales. Si bien se requiere más tiempo y un esfuerzo sostenido, ya se están materializando cambios importantes. Estas redes ofrecen ejemplos inspiradores de lo que se puede lograr con voluntad política, determinación y un fuerte planteamiento basado en los derechos humanos que sustente las medidas relativas a la salud mental.

## Recomendaciones clave

En todo el mundo, en los sistemas de salud de países de ingreso bajo, mediano y alto se reconoce cada vez con más claridad la necesidad de proporcionar servicios de salud mental orientados a la recuperación, centrados en la persona y de alta calidad que protejan y promuevan los derechos humanos de la población. Los gobiernos, los profesionales de la salud y de la asistencia social, las ONG, las organizaciones de personas con discapacidad y otros actores y colectivos interesados de la sociedad civil pueden dar pasos importantes en pro de la mejora de la salud y el bienestar de su población adoptando medidas decisivas para introducir y ampliar los servicios con buenas prácticas y apoyos en materia de salud mental en los sistemas sociales generales, al tiempo que protegen y promueven los derechos humanos.

En las presentes orientaciones figuran recomendaciones clave para los países y las organizaciones, con medidas y cambios específicos necesarios en materia de políticas y estrategias de salud mental, reformas legislativas, prestación de servicios, financiación, desarrollo de la fuerza de trabajo, intervenciones psicosociales y psicológicas, fármacos psicotrópicos, sistemas de información, participación de la sociedad civil y la comunidad, e investigaciones.

Los países necesitan imperiosamente esforzarse en adaptar sus marcos jurídicos a lo que se establece en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. También es necesario introducir cambios significativos en cuestiones de política, de estrategia y de sistema. Mediante la creación de políticas conjuntas y con una fuerte colaboración entre el sector de la salud y el sector social, los países podrán abordar mejor los determinantes clave de la salud mental. Muchos países han utilizado con éxito la introducción de cambios en el financiamiento, las políticas y la legislación a modo de poderosa palanca para la reforma del sistema de salud mental. Colocar los enfoques de derechos humanos y recuperación en el primer plano de estas reformas del sistema tiene el potencial de aportar importantes beneficios sociales, económicos y políticos a los gobiernos y las comunidades.

A fin de integrar con éxito un enfoque en materia de salud mental centrado en la persona, orientado a la recuperación y basado en los derechos, los países deben cambiar y ampliar las mentalidades, corregir las actitudes estigmatizadoras y eliminar las prácticas coercitivas. A ese respecto, es fundamental que los sistemas y servicios de salud mental amplíen su enfoque más allá del modelo biomédico para incluir también un enfoque más holístico que considere todos los aspectos de la vida de las personas. Sin embargo, la práctica actual en todo el mundo coloca los fármacos psicotrópicos en el centro de las respuestas terapéuticas, cuando es necesario también explorar las intervenciones psicosociales y psicológicas y el apoyo entre pares, que deberían ofrecerse en el contexto de un enfoque centrado en la persona, la recuperación y los derechos. Estos cambios requerirán modificaciones importantes de los conocimientos, las competencias y las aptitudes de la fuerza de trabajo de la salud y los servicios sociales.

En términos más generales, también se requieren esfuerzos para crear sociedades y comunidades inclusivas donde se acepte la diversidad y se respeten y promuevan los derechos humanos de todas las personas. Cambiar las actitudes negativas y las prácticas discriminatorias es esencial no solo en el marco de los entornos de salud y asistencia social, sino también dentro de la comunidad en su conjunto. Las campañas de sensibilización sobre los derechos de las personas con experiencia propia son fundamentales a este respecto, y los grupos de la sociedad civil pueden desempeñar un papel estratégico clave en la promoción.

Además, dado que en los últimos decenios las investigaciones sobre salud mental han estado dominadas por el paradigma biomédico, son escasas las investigaciones en las que, en materia de salud mental, se examinan los enfoques basados en los derechos humanos. Es necesario que a escala mundial aumente significativamente el número de estudios que examinen los enfoques basados en los derechos, evalúen los costos comparativos de la prestación de servicios y evalúen los resultados en términos de recuperación en comparación con los enfoques de base biomédica. Esa reorientación de las prioridades de investigación creará una base sólida para un enfoque de los sistemas y servicios de salud mental y protección social verdaderamente basado en los derechos.

Por último, el desarrollo de un programa de derechos humanos y un enfoque orientado a la recuperación no pueden lograrse sin la participación activa de las personas con problemas mentales y discapacidades psicosociales. Las personas con experiencia propia no solo son expertas sino también asociados necesarios abogar por el respeto de sus derechos, pero también para el desarrollo de servicios y oportunidades que respondan mejor a sus necesidades reales.

Los países con un compromiso político fuerte y sostenido con el desarrollo continuo de servicios de salud mental basados en la comunidad que respeten los derechos humanos y adopten un enfoque orientado a la recuperación mejorarán enormemente no solo la vida de las personas con problemas mentales y discapacidades psicosociales, sino también la de sus familias, las comunidades y el conjunto de la sociedad.



## ¿En qué consiste la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS?

La iniciativa Calidad y Derechos (QualityRights) de la OMS tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención y el apoyo prestados en los servicios sociales y de salud mental, así como promover los derechos humanos de las personas con discapacidades psicosociales, intelectuales o cognitivas en todo el mundo. Calidad y Derechos aplica un enfoque participativo para lograr los siguientes objetivos:

1

### Crear capacidad para combatir el estigma y la discriminación, y promover los derechos humanos y la recuperación.

- [Módulos de capacitación presencial de Calidad y Derechos de la OMS](#) [en inglés]
- Curso en línea de Calidad y Derechos de la OMS sobre salud mental y discapacidad: eliminar el estigma y promover los derechos humanos

2

### Mejorar la calidad de la atención y la situación de los derechos humanos en los servicios sociales y de salud mental.

- [Instrumento de Calidad y Derechos Calidad y Derechos de la OMS](#)
- [Módulo de Calidad y Derechos de la OMS sobre la transformación de los servicios y la promoción de los derechos](#) [en inglés]

3

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

- [Orientaciones y módulos técnicos de la OMS sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos](#)
- [Módulo de orientación de Calidad y Derechos de la OMS sobre sesiones individuales de apoyo entre pares por y para las personas con experiencia propia](#) [en inglés]
- [Módulo de orientación de Calidad y Derechos de la OMS sobre sesiones grupales de apoyo entre pares por y para personas con experiencia propia](#) [en inglés]
- [Módulo de autoayuda de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS sobre salud mental y bienestar orientados a la recuperación y centrados en la persona](#) [en inglés]

4

### Apoyar el desarrollo de un movimiento de la sociedad civil para llevar a cabo actividades de promoción e influir en la formulación de políticas.

- [Módulo de orientación de Calidad y Derechos de la OMS sobre la promoción de la causa en el área de la salud mental, la discapacidad y los derechos humanos](#) [en inglés]
- [Módulo de orientación de Calidad y Derechos de la OMS sobre organizaciones de la sociedad civil que promueven los derechos humanos relativos a la salud mental y esferas conexas](#) [en inglés]

5

### Reformar las políticas y legislación nacionales de conformidad con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otras normas internacionales de derechos humanos.

- Las orientaciones de la OMS están en fase de elaboración.

Para más información, consulte el sitio web de la iniciativa [Calidad y Derechos de la OMS](#).

# Acerca de las Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental de la OMS

La finalidad de estos documentos es proporcionar información y orientación a todas las partes interesadas que deseen establecer o transformar sus sistemas y servicios de salud mental. En estas orientaciones se brinda información exhaustiva sobre los elementos que contribuyen al establecimiento de servicios con buenas prácticas que cumplan las normas internacionales de derechos humanos y que promuevan un enfoque orientado a la recuperación y centrado en las personas. Este enfoque se refiere a los servicios de salud mental que funcionan sin coerción, que responden a las necesidades de las personas, apoyan la recuperación y promueven la autonomía y la inclusión, e incluyen a las personas con experiencia propia en el diseño, la prestación y el seguimiento de los servicios.

Hay muchos servicios en países de todo el mundo que funcionan dentro de un marco de recuperación y que se rigen por los principios de los derechos humanos, pero siguen siendo minoritarios y desconocidos para muchas partes interesadas, incluidos los responsables de las políticas, los profesionales de la salud y los usuarios.

Los servicios que se describen en estos documentos no cuentan con el respaldo formal de la OMS, pero han sido seleccionados porque constituyen ejemplos concretos de lo que se ha logrado en contextos muy diferentes en todo el mundo. No son los únicos que funcionan conforme a una agenda de recuperación y derechos humanos, pero se han seleccionado también porque han sido evaluados e ilustran la amplia gama de servicios que pueden implementarse.

Demostrar que hay tipos innovadores de servicios que son eficaces es fundamental para apoyar a los responsables de las políticas y otros actores clave en la creación de servicios nuevos o la transformación de los servicios existentes para ajustarlos a las normas de derechos humanos y convertirlos en una pieza integral de la cobertura universal de salud.

Este documento también tiene como objetivo destacar el hecho de que un servicio de salud mental, aunque produzca buenos resultados, no es suficiente por sí solo para satisfacer todas las necesidades de apoyo de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales. Para esto, es esencial que diferentes tipos de servicios de salud mental basados en la comunidad colaboren a fin de satisfacer todas las distintas necesidades que las personas pueden tener, como el apoyo en momentos de crisis, el tratamiento y la atención continua, la vida en la comunidad y la inclusión.

Además, los servicios de salud mental deben interactuar con otros sectores, entre ellos los de protección social, vivienda, empleo y educación, para asegurarse de que las personas que reciben apoyo tengan derecho a la plena inclusión en su comunidad.

Las orientaciones y los módulos técnicos de la OMS comprenden un conjunto de documentos que incluyen:

- ***Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos.*** Este documento integral contiene una descripción detallada de los enfoques centrados en las personas y basados en la recuperación y los derechos

humanos en materia de salud mental. En él se proporcionan ejemplos resumidos de buenas prácticas de todo el mundo que promueven los derechos humanos y la recuperación, y se describen los pasos necesarios para avanzar hacia la prestación de servicios holísticos que tengan en cuenta aspectos de la vivienda, la educación, el empleo y las prestaciones sociales. También se brindan ejemplos de redes integrales e integradas de servicios y apoyo, y se formulan pautas y medidas de acción para introducir, integrar y ampliar los servicios de salud mental con buenas prácticas dentro de los sistemas de salud y de asistencia social en los países a fin de promover la cobertura universal de salud y proteger y promover los derechos humanos.

- **Siete módulos técnicos complementarios sobre los servicios comunitarios de salud mental y la promoción de enfoques centrados en las personas y basados en los derechos.** Cada uno de los módulos técnicos se centra en una categoría específica de servicios de salud mental y se vincula con el documento de orientación general. Los diferentes tipos de servicios abordados son los servicios de salud mental en momentos de crisis, los servicios de salud mental hospitalarios, los centros de salud mental comunitarios, los servicios de salud mental de apoyo entre pares, los servicios de salud mental de alcance comunitario, la asistencia a la vida cotidiana en materia de salud mental y las redes de servicios de salud mental. En cada módulo se presentan ejemplos detallados de las buenas prácticas en cada tipo de servicios que se describen a fondo para aportar un conocimiento integral del servicio, la manera en que funciona y la manera en que se respetan las normas de derechos humanos. En la descripción de cada servicio también se indican los retos que este afronta, las soluciones que se han encontrado y las consideraciones clave para la implementación en diferentes contextos. Por último, al final de cada módulo técnico, toda la información y las enseñanzas obtenidas de los servicios descritos se transforman en orientación práctica y en una serie de medidas de acción para avanzar desde el concepto hasta la ejecución de un servicio piloto o demostrativo.

En concreto, en los módulos técnicos:

- se presentan en detalle varios servicios de salud mental de diferentes países que prestan servicios y apoyo de acuerdo con las normas internacionales de derechos humanos y los principios de la recuperación;
- se detallan cómo funcionan los servicios con buenas prácticas a fin de respetar las normas internacionales de derechos humanos en relación con la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la inclusión comunitaria, la participación y el enfoque orientado a la recuperación;
- se describen los resultados positivos que pueden lograrse para las personas que utilizan los servicios de salud mental que siguen las buenas prácticas;
- se comparan los costos de los servicios de salud mental que siguen las buenas prácticas frente a los servicios tradicionales;
- se analizan los retos que surgen en la puesta en marcha y el funcionamiento los servicios, así como las soluciones aplicadas para superarlos; y
- se presentan varias medidas de acción para implantar un servicio con buenas prácticas, centrado en la persona y en el respeto y la promoción de los derechos humanos y la recuperación, y que sea pertinente para el contexto local social y económico.

Es importante reconocer que ningún servicio encaja perfecta y exclusivamente en una categoría, ya que todos ellos realizan una multitud de funciones variadas. Esto se refleja en las categorías presentadas al comienzo de cada descripción.

Estos documentos se centran específicamente en servicios para las personas adultas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales. No incluyen servicios específicamente diseñados para las personas con discapacidades cognitivas o físicas, enfermedades neurológicas o por consumo perjudicial de sustancias psicoactivas, ni cubren servicios sumamente especializados, por ejemplo, los relativos a los trastornos alimentarios. Otras esferas no abarcadas incluyen las intervenciones por internet, los servicios telefónicos (como líneas telefónicas de asistencia), los programas de prevención, promoción e intervención temprana, los servicios con instrumentos específicos (por ejemplo, voluntades anticipadas), la capacitación y la defensa de la causa. En estos documentos de orientación tampoco se abordan los servicios prestados en entornos de salud no especializados, aunque muchas de las enseñanzas extraídas de los servicios descritos en el presente documento también son válidas para dichos entornos.

### Cómo usar los documentos

Las *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos* es el documento de referencia principal para todas las partes interesadas. Los lectores que estén interesados en una categoría de servicio de salud mental en particular pueden consultar el módulo técnico correspondiente, en el que se proporcionan más detalles y orientación específica para establecer un nuevo servicio en el contexto local. Sin embargo, cada módulo técnico debe leerse junto con el documento más amplio de orientación sobre los servicios comunitarios de salud mental, que proporciona el grado de detalle necesario para integrar también los servicios en los sistemas del sector social y de salud de un país.

Estos documentos están dirigidos a:

- los ministerios pertinentes (incluidos los de salud y protección social) y los responsables de las políticas;
- los gerentes de servicios sociales, de salud general y de salud mental;
- los profesionales de la salud mental y de otras áreas y servicios comunitarios como medicina, enfermería, psiquiatría, psicología, ayuda entre pares, terapia ocupacional, asistencia social, acompañamiento comunitario, asistencia personal o curanderos tradicionales y religiosos;
- las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales;
- las personas que utilizan o han utilizado anteriormente los servicios sociales y de salud mental;
- las organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras entidades que trabajan en el área de la salud mental, los derechos humanos u otros ámbitos pertinentes como las organizaciones de personas con discapacidad, las organizaciones de usuarios y personas sobrevivientes de la psiquiatría, las organizaciones de defensa de la causa y las asociaciones de curanderos tradicionales y religiosos;
- las familias, las personas que prestan apoyo y otras personas que brindan cuidados; y
- otras organizaciones e interesados directos pertinentes como defensores, abogados y organizaciones de asistencia jurídica, académicos, estudiantes universitarios y líderes comunitarios y espirituales.



## Nota sobre la terminología

A lo largo de estas orientaciones y de los módulos técnicos que las acompañan, se utilizan los términos “personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales”, así como también “personas que utilizan servicios de salud mental” o “usuarios de los servicios”.

Reconocemos que el lenguaje y la terminología reflejan conceptos cambiantes sobre la discapacidad y que algunas personas usarán distintos términos en diferentes contextos y en diferentes épocas. Las personas deben poder elegir el vocabulario y las expresiones que deseen para describir su experiencia, situación o malestar psicológico. Por ejemplo, en el ámbito de la salud mental, algunas personas usan términos como “personas con diagnóstico psiquiátrico”, “personas con trastornos mentales” o “enfermedades mentales”, “personas con trastornos de salud mental”, “consumidores”, “usuarios de los servicios” o “personas sobrevivientes de la psiquiatría”. Otras consideran que algunos de estos términos son estigmatizantes, o usan diferentes expresiones para referirse a sus emociones, experiencias o malestar psicológico.

Por otro lado, se incorpora el término “discapacidad psicosocial” para incluir a las personas que han recibido un diagnóstico relacionado con la salud mental o que se identifican con este término. Es importante usar el término “discapacidad” en este contexto porque subraya los obstáculos que dificultan la participación plena y efectiva en la sociedad de las personas con deficiencias reales o percibidas, así como la protección que se les confiere en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

El término “problema de salud mental” se usa de una manera similar al término “problema de salud física”. Una persona con un problema de salud mental puede o no haber recibido un diagnóstico formal, pero que se identifica con la experiencia presente o pasada de problemas de salud mental. El término ha sido adoptado en este documento de orientación para procurar que el personal de salud, de salud mental, de asistencia social y de otro tipo que trabaja en los servicios de salud mental, que quizás no esté familiarizado con el término “discapacidad psicosocial”, comprenda sin embargo que los valores, los derechos y los principios descritos en los documentos se aplican a las personas a las que atienden.

No todas las personas que se identifican con los términos anteriores sufren estigma, discriminación o violaciones de los derechos humanos. Hay usuarios de los servicios de salud mental que no tienen problemas de salud mental, mientras que algunas personas con problemas de salud mental tal vez no afronten restricciones ni obstáculos que dificulten su participación plena en la sociedad.

La terminología empleada en este documento de orientación se ha elegido en aras de la inclusión. Identificarse con ciertas expresiones o conceptos es una decisión personal, pero los derechos humanos se siguen aplicando a todos, en todas partes. Por encima de todo, un diagnóstico o una discapacidad nunca debe definir a una persona. Todos somos personas, cada una con su bagaje social, personalidad y autonomía, y sus sueños, objetivos y aspiraciones, así como con sus relaciones con los demás.



**1.**

**Introducción**

Los servicios de asistencia a la vida cotidiana promueven la vida independiente ofreciendo alojamiento o apoyo para encontrar y mantener una vivienda. A veces se ofrece apoyo para cubrir las necesidades básicas, como las de alimentación y vestimenta, y durante períodos variables. Estos servicios están dirigidos a personas que no tienen hogar o que se hallan en situación de indigencia, y que además pueden tener necesidades complejas de salud mental. Algunas personas necesitan ayuda para vivir de forma independiente, mientras que otras necesitan alejarse durante un tiempo de su núcleo familiar. Se puede consultar una descripción más detallada sobre la asistencia en materia de vivienda en el apartado 3 de *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*.

Los servicios de asistencia a la vida cotidiana deben reflejar y responder a las diversas necesidades que tengan las personas. Los ejemplos reseñados se adhieren al principio fundamental de respetar el derecho a elegir dónde se desea vivir y con quién. Por lo tanto, los servicios pueden adoptar formas muy diferentes. Algunos son alojamientos temporales, que las personas deciden dejar cuando se sienten listas para vivir en otro lugar. En otros contextos, se ayuda a las personas a encontrar una vivienda donde instalarse por períodos prolongados y a negociar el contrato de arrendamiento. En el presente módulo se describen ejemplos de ambos tipos.

Algunos ejemplos demuestran que los servicios de asistencia a la vida cotidiana pueden prestarse en una casa o apartamento compartido, en el que conviven varias personas como si fuesen una familia. En otros casos, las personas que necesitan asistencia en su día a día viven junto con personas que no la necesitan. Sin embargo, lo más habitual es que la persona viva en su propia casa, o bien por su cuenta pero en un alojamiento aportado por el servicio, y reciba ayuda del servicio de asistencia a la vida cotidiana.

El tipo y la intensidad del apoyo proporcionado también varían mucho según las necesidades particulares. Por ejemplo, algunos servicios ofrecen asistencia diurna y nocturna para el quehacer cotidiano y el cuidado personal. A veces, el personal y los asistentes viven en la misma vivienda, junto con los usuarios. En otros servicios de asistencia a la vida cotidiana, la atención y el apoyo proporcionados son mínimos, ya que las personas son capaces de gestionar su vida independiente por sí solas. En otros servicios, la intensidad de la atención prestada evoluciona con el tiempo, a medida que cambian las necesidades de los usuarios.

En muchos países, los servicios de asistencia a la vida cotidiana tradicionalmente estaban ubicados en los hospitales, de forma que se aislaba a las personas y se les impedía participar en la vida de su comunidad. El presente módulo técnico recoge una serie de servicios alternativos que se apartan de ese modelo tradicional; radican en el seno de la comunidad, están orientados a la recuperación, se ajustan a los derechos humanos y respetan en todo momento la capacidad jurídica de los usuarios.

Los servicios descritos en el presente módulo se eligieron tras una extensa revisión y un cribado bibliográfico, una búsqueda exhaustiva en internet, una consulta electrónica y una revisión con las redes y los colaboradores de la OMS. Puede consultarse una descripción detallada de la metodología en el anexo de las *Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*. El proceso de selección se basó en los cinco criterios relativos a los derechos humanos y la recuperación: el respeto de la capacidad jurídica, la supresión de las prácticas coercitivas, la participación, la inclusión en la comunidad y el enfoque orientado a la recuperación. Cuando resulta posible o apropiado, se da prioridad a los contextos de ingresos bajos y las regiones geográficas infrarrepresentadas, así como a los servicios que cuentan con datos de evaluación. Precisamente, una de las mayores dificultades encontradas es la falta de datos

sólidos de evaluación, un problema que atañe a todas las categorías de servicios. La necesidad de invertir más en la evaluación de los servicios es una de las recomendaciones formuladas en la sección sobre medidas y pasos a seguir de *Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*. Los servicios descritos en el presente módulo técnico no deben interpretarse como las mejores prácticas posibles, sino que ilustran y demuestran el enorme potencial que tienen los servicios de salud mental basados en la comunidad para promover el enfoque de la recuperación centrado en la persona, con pleno respeto por sus derechos.

La prestación de servicios basados en la comunidad que se adhieren a los principios de derechos humanos conlleva cambios considerables en la práctica de todos los países y sienta normas muy estrictas en contextos en los que no se invierten suficientes recursos humanos y económicos en salud mental. Algunos países de ingreso bajo quizá supongan que los ejemplos procedentes de países de ingreso alto no son adecuados o útiles para ellos, y lo mismo puede ocurrir a los países de ingreso alto cuando vean los ejemplos de países de ingreso bajo. Los nuevos tipos de servicios y prácticas también pueden plantear dudas, dificultades e inquietudes a todas las partes interesadas, ya sean responsables de las políticas, profesionales, familias y cuidadores o las personas que recurren a los servicios de salud mental. No es intención de esta guía sugerir que se reproduzcan estos servicios en su totalidad, sino adoptar y aprender de los principios y las prácticas que sean relevantes y extrapolables al contexto propio en la prestación de servicios de salud mental comunitarios que estén centrados en la persona y promuevan los derechos humanos y la recuperación.



# 2.

**Servicios de asistencia  
a la vida cotidiana en  
materia de salud mental:  
descripción y análisis**

2.1

# Hand in Hand

Georgia





## Clasificación principal: Servicio de asistencia para la vida cotidiana

### Otras clasificaciones:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de salud mental comunitario         | <input type="checkbox"/> Servicio de alcance comunitario | <input type="checkbox"/> Apoyo entre pares                             |
| <input type="checkbox"/> Servicio de atención en momentos de crisis | <input type="checkbox"/> Servicio hospitalario           | <input type="checkbox"/> Servicio de asistencia para la vida cotidiana |

### Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí  No

### Evidencia:

- Estudios publicados  Bibliografía gris  Ninguna

### Financiamiento:

- Estatal, sector salud  Estatal, sector social  Seguro de salud
- Donantes  Pago directo

## Contexto

Georgia es un país de ingreso mediano alto, cuya economía ha crecido un promedio del 4,8% anual entre el 2010 y el 2019 (1). El sistema de salud mental sigue dominado por la lógica institucional, aunque se han hecho algunos esfuerzos para poner en práctica un plan de acción quinquenal, publicado en el 2015, para la desinstitucionalización y el desarrollo de servicios de salud mental en la comunidad (2).

En la última reforma importante, Georgia ha modificado la Constitución y más de 200 leyes para poner fin al régimen de tutela y representación de las personas con discapacidad, incluidas las de carácter psicosocial. A raíz de esta reforma, se exige ahora el nombramiento de un “referente de apoyo” para las personas que necesitan ayuda en la toma de decisiones. Este referente solo puede ser nombrado con el consentimiento de la persona, quien puede rechazar el nombramiento o solicitar un cambio en cualquier momento. Sin embargo, la reforma legislativa aún no está plenamente implementada, ya que no se ha proporcionado información suficiente sobre el nuevo sistema ni se ha impartido capacitación suficiente a los profesionales, incluidos los jueces. Además, como la función de referente no está remunerada, tienden a asumirla los empleados de los servicios públicos, a pesar de carecer de una conexión significativa con las personas a las que supuestamente deben apoyar.

El servicio de vivienda proporcionado por la ONG Hand in Hand tiene la misión de generar mejores condiciones de vida para las personas con discapacidad —incluidas las discapacidades mentales, intelectuales o cognitivas— y promover su inclusión e integración en la sociedad (3). La ONG ofrece opciones de vida independiente en la comunidad para las personas que han estado internadas. Las casas forman parte de la red de servicios comunitarios que ofrece Hand in Hand, que comprende

vivienda y asistencia a la vida cotidiana, asistencia personal y capacitación para familias y particulares que ayudan a personas con problemas de salud mental y discapacidad en la comunidad.

Las casas comunitarias se encuentran en la capital de Georgia, Tiflis, y en la ciudad de Gurjaani. Tiflis cuenta con dos hospitales psiquiátricos con más de 300 camas, dos hospitales generales con dos pabellones de psiquiatría, que suman cerca de 60 camas, un centro de día para personas con problemas de salud mental y ocho equipos móviles que prestan servicios terapéuticos en la comunidad (en toda Georgia hay 29 equipos móviles). En Gurjaani, no hay ni hospital psiquiátrico ni pabellones de psiquiatría en hospitales generales, pero sí hay un psiquiatra en el centro de atención primaria de la localidad. Además, hay un equipo móvil, relativamente nuevo, compuesto por un psiquiatra y una enfermera. Todos son servicios financiados por el Estado.

### Descripción del servicio

Cuando arrancó hace 10 años, el servicio de vivienda y vida asistida gestionado por Hand in Hand disponía de una casa con seis beneficiarios. Hoy en día, la entidad presta apoyo a 30 personas adultas que residen en cuatro casas en Gurjaani y dos en Tiflis. Todas las casas funcionan de la misma manera. Hand in Hand se dispone a abrir otra casa en la ciudad de Batumi, cuando se haya estabilizado la pandemia de COVID-19.

En cada casa se alojan hasta cinco personas adultas, en habitaciones individuales o dobles. Todos los residentes tienen su propia cama, así como un espacio para guardar sus pertenencias bajo llave, al que pueden acceder cuando quieren. Si bien el financiamiento que recibe el servicio del Estado depende del número de residentes (se permiten seis personas, según las reglas), Hand in Hand no acepta más de cinco personas por casa, ya que ello pondría en entredicho el modelo de atención centrada en la persona, según el cual se contempla a cada individuo como un individuo, y no solo como parte de un grupo.

El organismo responsable de tramitar y resolver las solicitudes para entrar en el servicio es el Fondo Estatal de Atención y Protección de las Víctimas de la Trata de Personas. Para alojarse en una casa Hand in Hand, hay que presentar una solicitud por escrito; se trata de un formulario genérico, que no es específico de Hand in Hand, en el que el solicitante indica el apoyo que requiere y certifica su voluntad de entrar en el servicio. Puede contar con la ayuda de quien quiera para rellenar la solicitud y el proceso lo supervisa un asistente social del Estado. La solicitud la evalúan un coordinador y un gerente de Hand in Hand; para tomar una decisión, tienen en cuenta la personalidad del solicitante, sus habilidades de comunicación, sus necesidades de asistencia y su compatibilidad con los demás residentes.

Para el servicio de vivienda se da prioridad a las personas adultas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales que están internadas en instituciones. También se da prioridad a los solicitantes que tengan relación con otros residentes de Hand in Hand, como por ejemplo los hijos. También se atiende a personas adultas criadas en familias de acogida y emancipadas al cumplir los 18 años, así como a personas que viven en su propia casa, pero no reciben ayuda de su familia o sus parientes. Los criterios de exclusión son las discapacidades cognitivas graves como la demencia; tampoco pueden entrar personas con formas activas de tuberculosis, sífilis, afecciones cutáneas contagiosas y otras enfermedades infecciosas. Dada la falta de fondos y recursos humanos capacitados, el servicio de vivienda no puede aceptar a personas con gran dependencia, como las que necesitan ayuda para alimentarse, bañarse, asearse o ir al baño.

Si una persona decide abandonar su alojamiento después de haberse instalado, puede regresar a las instituciones residenciales, pasar a una vivienda comunitaria en el que viven hasta 24 personas más o pueden mudarse a su propia casa.

Al grupo de convivientes se lo denomina una “familia” (4). Han elegido vivir juntos después de hablar con los posibles compañeros y con el coordinador del servicio, quien conoce sus deseos y su personalidad. La mayoría han vivido internos en instituciones antes de instalarse, por lo que es bastante frecuente que ya conozcan a posibles compañeros. Es posible visitar la casa antes de instalarse para conocer a quienes serían los convivientes, siempre con el visto bueno de los residentes. Los residentes son libres de marcharse o cambiar de casa en cualquier momento si es lo que desean, mientras que las familias pueden estar integradas por personas de diferentes edades y de ambos sexos. Padres e hijos pueden vivir juntos, independientemente de sus capacidades o discapacidades, siempre que ello no afecte al interés superior del menor, según determine el asistente social del Estado.

El entorno es propicio para la vida independiente: los residentes realizan las actividades diarias que eligen ellos, especialmente las que adquieren y mantienen su autonomía. Se fomenta y se apoya la inclusión en la comunidad. Los residentes “cocinan, cuidan de la casa y el jardín, compran productos para el hogar, hablan e interactúan con los vecinos, tienen sus pasatiempos y asisten a diversos actos culturales” (5).

Cada residente también participa activamente en la elaboración, el desarrollo y la revisión de un plan individual. Los asistentes de Hand in Hand apoyan a las personas para que lleven a la práctica ese plan individual, siguiendo el método MAPS o PATH, según las necesidades y los deseos de la persona (6, 7). El instrumento MAPS recoge los objetivos y deseos generales de la persona, mientras que el PATH proporciona estrategias y acciones concretas que deben llevarse a cabo para lograr los objetivos señalados. En una primera fase de deliberación, resulta más adecuado el método MAPS, mientras que el método PATH tiende a usarse cuando ya se han marcado objetivos concretos. Estos planes los elabora el usuario junto con un asistente, con el coordinador y con quienquiera que desee.

Cada casa tiene asignado un equipo compuesto por 3,5 asistentes de Hand in Hand. Los equipos trabajan en turnos de 24 horas para que siempre haya un asistente presente, tanto de día como de noche. El nivel de atención proporcionada es flexible, a fin de satisfacer y adaptarse a las necesidades y deseos cambiantes de cada residente. Por ejemplo, cuando una persona requiere más atención y apoyo, intervenciones médicas intensivas o ayuda con la higiene personal, se puede contar con un asistente adicional. Lo habitual es que con el tiempo vaya reduciéndose el nivel de dependencia. Por ejemplo, los residentes de la primera casa que abrió Hand in Hand en el 2011 son hoy mucho más independientes que los de otras casas.

El proceso de contratación de personal de Hand in Hand comprende entrevistas, sesiones de capacitación y prácticas. No se exige una titulación académica específica ni experiencia profesional, pero los aspirantes deben seguir un curso de capacitación diseñado por Hand in Hand en colaboración con el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales. La capacitación consta de seis módulos dedicados a los siguientes temas: formas y modelos de atención en centros residenciales; beneficios de la atención individualizada orientada a la recuperación; gestión de conflictos y de la agitación; apoyo activo y niveles de apoyo; sexo y discapacidad; y gestión del servicio, lo cual incluye financiamiento, administración, garantía de calidad, normas y supervisión. Los módulos, que se imparten a lo largo de seis días (cinco horas por día), hacen hincapié en las habilidades y los conocimientos necesarios para que los servicios prestados se articulen en torno a los derechos de la persona y promuevan una vida digna e independiente (4).

Hand in Hand ha contratado a dos directores de servicios, un coordinador, 18 asistentes, un director, un psicólogo, un gerente financiero y un técnico de mantenimiento. Los directores organizan y gestionan el trabajo y las actividades del personal asignado a cada casa. El director de Tiflis actualmente se ocupa de dos casas, mientras que el de Gurjaani se ocupa de cuatro. Preparan planes de trabajo anuales y los horarios de los asistentes y demás empleados; disponen y repasan el inventario de las casas y se aseguran de que estén cubiertas todas las necesidades de los residentes; organizan las capacitaciones y supervisan al personal que trabaja directamente con los beneficiarios; coordinan la recepción y la salida de los usuarios; cooperan con las entidades estatales y las comunidades locales; y administran el alquiler de las viviendas.

El coordinador, que trabaja desde la sede central de la ONG en Tiflis, se mantiene en contacto permanente con los residentes, por teléfono o mediante visitas. Al igual que los directores, el coordinador procura no interferir en la gestión diaria de las casas. Las funciones del coordinador son las siguientes: recopilar información sobre los residentes, incluidas sus necesidades sociales, de salud y de asistencia, así como la personalidad y los intereses de cada uno; consultar a los asistentes sobre los residentes y la gestión que hacen de los casos, cuando resulta necesario; y ayudar a las personas en la redacción, aplicación y actualización de su plan individual. Además, los coordinadores ayudan a las personas con las necesidades de atención médica y de otra índole. Por ejemplo, pueden concertar consultas con el médico, acompañarlas a las citas, ayudarlas con los tratamientos e interceder en defensa de sus derechos si han sido vulnerados. Los coordinadores apoyan a las personas para construir un círculo de apoyo y promover su inclusión social; por último, contribuyen al desarrollo del servicio en su conjunto.

Los asistentes ayudan a las personas a lograr los objetivos consignados en su plan individual. También pueden actuar como los referentes oficiales de apoyo de algunos residentes de Hand in Hand, pero únicamente si los une a ellos algún vínculo, ya que la elección del referente corresponde a la persona. Además, los asistentes ayudan en las actividades cotidianas de la casa, siguiendo los principios del apoyo activo (*active support*) (8). Estos principios garantizan que las personas reciben los apoyos adecuados, tanto por tipo como por extensión, para participar plenamente de su propia vida y tener éxito. Por ejemplo, los asistentes ayudan a las personas a establecer y mantener una red de apoyo, con habilidades prácticas y actividades laborales, y con un desarrollo personal conforme a su plan. El tipo de apoyo puede ser muy variado: puede consistir en concertar citas con psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y otros servicios; se puede ayudar a las personas a participar en actividades deportivas o de ocio, acompañarlas en las actividades al aire libre, facilitar las relaciones con los convivientes o ayudar con las tareas domésticas, como limpiar, lavar la ropa y cocinar. Lo importante es que los asistentes también apoyan a las personas para que defiendan sus derechos y gestionen sus asuntos personales por sí mismas (4). Mientras que son los residentes quienes eligen qué van a comer y a qué hora, los asistentes comprueban los requisitos alimentarios especiales. Su trabajo también implica comunicar cambios en la salud y el bienestar de los residentes si hay que solucionar alguna cosa colectivamente. Trabajan junto con el coordinador y otros miembros de la red de apoyo de la persona.

La gestión del presupuesto es responsabilidad del gerente, los directores de servicios y el responsable financiero. Los fondos que transfiere el Estado a la organización se corresponden con el número de beneficiarios: 30 laris georgianos (aprox. US\$ 9) por beneficiario y día.<sup>a</sup> Las casas no tienen un presupuesto aparte. El servicio distribuye los fondos, abonando los salarios, los alimentos, los servicios públicos y todas las demás necesidades, para cumplir con los requisitos estatales y las particularidades de los residentes.

---

a Tasa de cambio de marzo del 2021.

## Principios y valores fundamentales del servicio

### *Respeto de la capacidad jurídica*

En lugar de controlar o tratar de “curar” a las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, el servicio busca cooperar con los residentes a fin de que desarrollen las habilidades necesarias para abrirse paso y participar en todas las facetas de sus vidas. Se hablan y se acuerdan todas las decisiones, desde las interacciones con los demás residentes y la vida diaria, hasta la atención y el tratamiento. De esta manera, se respeta la voluntad y las preferencias de la persona y los servicios resultan agradables para los residentes.

Para garantizar el respeto y la promoción de la capacidad jurídica en el servicio, se proporciona ayuda siguiendo los principios del apoyo activo (9). El personal que presta asistencia a la vida cotidiana ha recibido capacitación para dotar a los beneficiarios de las herramientas que necesitan a fin de tomar sus propias decisiones y vivir una vida autónoma. Esto incluye la oportunidad de decidir dónde vivir, con quién vivir y cómo vivir. Todos los beneficiarios pueden decidir qué quieren comer y a qué hora, aunque generalmente deciden juntos, como en una familia. Si alguien quiere comer algo distinto, puede preparárselo. Los beneficiarios también tienen acceso a toda su documentación, que está guardada en la casa donde viven bajo medidas de seguridad, ya que se respeta la confidencialidad de todos los datos personales.

Por último, se refuerzan las redes de apoyo de los residentes durante su estancia, y se las involucra en los procesos de recuperación. Por ejemplo, los residentes indican a quiénes quieren incluir en la elaboración de su plan individual —que puede ser un amigo, un familiar, un sacerdote, un vecino, otro asistente, el director o cualquier otra persona de su confianza—, y el servicio se ocupa de que las personas nombradas puedan participar. La persona siempre es libre de cambiar de opinión respecto a quiénes participan en su proceso, aunque el servicio se toma el tiempo para reflexionar con la persona, llegado el caso, sobre las razones de este cambio. Además, las familias y las amistades también tienen acceso a sesiones de capacitación y reciben información sobre cómo apoyar mejor a las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, intelectuales y cognitivas, además de cómo promover una vida digna e independiente.

### *Prácticas no coercitivas*

Hand in Hand no recurre nunca a la fuerza física ni a la coerción. En las casas no se actúa nunca contra la voluntad o sin el consentimiento de los usuarios; por ejemplo, no se administra medicación o tratamiento a la fuerza. Cuando el bienestar de una persona se ve afectado negativamente, el equipo hace todo lo posible por encontrar formas aceptables de ayudarla, a veces junto con un miembro de confianza de su círculo de apoyo. En la mayoría de los casos, estas soluciones han sido satisfactorias tanto para el personal como para el residente, aunque en raras ocasiones sí ha sido preciso hospitalizar a la persona en contra de su voluntad.

Los miembros del personal están capacitados para detectar los desencadenantes, las sensibilidades y los motivos por los que los usuarios pueden presentar un comportamiento difícil, por lo que intentan gestionar la situación y evitar que se complique. Cada dos o tres años, se imparte una capacitación sistemática sobre medidas no coercitivas y técnicas de desescalada. En un informe del 2018, las entrevistas realizadas con residentes de una casa compartida revelan que no hubo casos de violencia contra los beneficiarios durante la prestación de los servicios (10). Si se diera un incidente de ese tipo,

la administración la analizaría y la documentaría en un archivo junto con las decisiones adoptadas.

### ***Inclusión en la comunidad***

Los servicios Hand in Hand están pensados para promover la inclusión en la comunidad. Ani Mgeladze, pasante en una de las casas compartidas, describe con estas palabras su trabajo con Kristo, una residente: “Voy a ver a Kristo todos los lunes y la acompaño al trabajo; tiene muchas ganas de trabajar [...]. La ayudo a socializar. La llevo a Dadari (una empresa georgiana de juguetes) (11), donde es operaria de madera: pule las maderas, fabrica juguetes [...]. Trato de respaldarla en todo” (12).

Se fomentan las actividades en la comunidad, como asistir a encuentros deportivos, ir al cine, concurrir a ceremonias religiosas o salir a comer. Uno de los beneficiarios es miembro del teatro integrado Azadaki Garden y actúa en las obras que realizan (10). Cada año, los beneficiarios, junto con los asistentes, pueden irse de vacaciones a centros turísticos de Georgia, durante 10 a 14 días.

La mitad de los residentes de Hand in Hand trabajan, gracias al apoyo recibido para encontrar y mantener un empleo (12). En los últimos tres años, varios beneficiarios de diversas casas han sido contratados por Babale y Kodala, empresas sociales que fabrican juguetes y artículos domésticos de madera y otros materiales naturales. También se les ofrece apoyo para que encuentren trabajo directamente en la comunidad. Una residente, Tamara Bitaeva, que trabaja como conserje en un hospital, afirma: “Todos me respetan y me quieren mucho. Por la mañana, cuando llego al trabajo, todos me preguntan: ‘¿Cómo estás, Tamara?’ [...]. Es muy bonito. Cobro un sueldo mensual, todos los meses, y lo guardo en el banco. Estoy ahorrando para comprarme una casa, y estoy muy contenta”. Otro beneficiario trabaja en una ONG, en un proyecto para aplicar la nueva normativa georgiana sobre capacidad jurídica. Es miembro de un grupo de apoyo entre pares y formará parte de la junta directiva de una nueva organización de usuarios y personas sobrevivientes de Georgia.

Hand in Hand ayuda a las personas a crear vínculos con la comunidad a través de una estrategia de comunicación que ha reforzado su visibilidad a nivel local y nacional. Esto incluyó reportajes de televisión, artículos en la prensa y colaboración con publicaciones de otras ONG. Tanto el personal como los residentes están incluidos en todas las etapas del proceso: redacción de artículos, realización de entrevistas y participación en entrevistas televisadas. Además, la ONG ayuda a las personas a crear relaciones positivas con su entorno. Es habitual que los residentes inviten a los vecinos y acudan a fiestas de cumpleaños y otros actos sociales. En este sentido, las casas Hand in Hand gozan del respaldo y la aceptación general de la comunidad.

### ***Participación***

Los beneficiarios pueden mantener el contacto con los residentes de otras casas. Los residentes de las casas Hand in Hand también pueden participar en los procesos de toma de decisiones, mediante los mecanismos de sugerencias y reclamos integrados en el servicio. Un informe de seguimiento publicado por el gobierno en el 2018 (10) indica que los beneficiarios conocen dichos mecanismos y saben cómo utilizarlos, y se sienten cómodos para expresar libremente sus deseos, quejas o dudas a los asistentes o directamente a la administración, incluidos el coordinador, el gerente o los directores. El personal de servicio analiza los comentarios, deseos y opiniones de los beneficiarios en las reuniones semanales, y las mejoras se realizan en función de estos comentarios. Además, en la pared de cada casa se indica el teléfono de la Unidad de Supervisión del Estado y del Defensor del Pueblo, por lo que los residentes pueden reclamar por otras vías independientes.

Por ahora no se ha contratado como personal de Hand in Hand ni a personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales ni a antiguos residentes; tampoco han colaborado como voluntarios o pasantes en la ONG. De todas formas, los residentes participan regularmente en los debates sobre las decisiones relativas a la organización y el desarrollo del servicio, generalmente una o dos veces al mes o con la frecuencia que sea necesaria. También se realizan consultas en reuniones virtuales.

### *Enfoque de recuperación*

Las casas compartidas de Hand in Hand funcionan según el enfoque orientado a la recuperación. Se empodera a las personas para que recobren el control de su vida con el apoyo que reciben. El servicio las ayuda a hacer la transición desde las instituciones a la comunidad, y promueve la vida independiente en todo momento. Cada residente es un partícipe activo de su propia recuperación, tomando decisiones cotidianas de cómo vivir y aprendiendo a vivir en comunidad, en un entorno protegido. El servicio también garantiza que las personas elaboren y actualicen regularmente un plan individual. Así, se anima a los residentes a marcarse objetivos que se correspondan con sus aspiraciones y sus deseos. Al redactar este plan, la persona medita y documenta sus expectativas, sus metas, lo que quiere evitar y lo que quiere lograr en la vida, así como las estrategias para huir de los miedos y avanzar hacia sus sueños.

Las personas reciben apoyo para emprender y mantener actividades o habilidades que hagan sus vidas más significativas y satisfactorias. Las actividades a menudo les ayudan a encontrar un papel en la sociedad. Por ejemplo, Rusudan Khardzeishvili, una residente (12) explica: “Quería criar gallinas. Ahora tengo gallinas y un huerto, y cuido de la familia [los demás residentes de la casa]. Por la mañana las dejo salir, limpio el corral, pongo un poco más de hierba, por la noche las hago entrar de nuevo y cierro la puerta”. La fundadora de la organización asegura: “[Los residentes] saben encontrar mucho mejor que nosotros su papel en la comunidad”. Esta actitud los empodera y les ayuda a asumir un sentido de responsabilidad personal, identidad y significado.

El servicio de vivienda también promueve la recuperación al fomentar que se tomen riesgos de manera positiva. Se centra en los puntos fuertes de las personas y las estimula para que encuentren un área, un pasatiempo o un talento que les interese. La fundadora de Hand in Hand comenta: “Creo que tenemos que darles la oportunidad de cometer sus propios errores y aprender de ellos. Todos nos equivocamos, pero solo las personas con discapacidad reciben un trato diferente, y sus errores suelen atribuirse a su discapacidad. Por supuesto, estamos aquí [Hand in Hand] para ayudarlos, incluso cuando se equivocan. Tenemos que ayudarles a adquirir las habilidades necesarias para una vida independiente” (3).

### Evaluación del servicio

Hand in Hand realizó una encuesta informal en el 2015 recopilando información de 15 residentes de sus casas (A. Dateshidze, Hand in Hand, comunicación personal, 2020). En la encuesta se preguntaba quién toma las decisiones sobre diferentes aspectos de la vida cotidiana (p. ej., dar un paseo, en qué gastar el dinero, ahorrar, cómo cortarse el pelo, cuándo bañarse o a qué hora comer). Las respuestas indican que las personas mismas son, principalmente, quienes toman las decisiones. Todos los encuestados afirman que son ellos quienes deciden qué ropa se ponen, cuándo tienen que limpiar su habitación y la casa, a qué hora se acuestan o cómo utilizan el teléfono móvil; igualmente, ellos mismos deciden quiénes pueden ir a visitarlos y cuándo van a ver a sus familiares y amistades.

Como parte del Programa de Rehabilitación Social y Puericultura del gobierno de Georgia, se ha

realizado un seguimiento y una evaluación de Hand in Hand para conocer el cumplimiento de las normas de servicio. Los resultados del informe del 2018 (10), centrado en una casa de Tiflis, son positivos, lo cual demuestra que el nivel de vida es adecuado y que el ambiente es higiénico, sano y cómodo. Las personas tienen acceso a diversos servicios en la comunidad, participan en actividades divertidas y estimulantes y pueden desarrollar habilidades clave para la vida independiente: cocina, limpieza, higiene, organización, gestión del dinero, utilización de objetos domésticos y realización de compras en comercios y farmacias.

Tanto la información de la encuesta realizada por Hand in Hand como los informes del gobierno son valiosos para comprender cómo funciona el servicio y cuáles son los beneficios que comporta. Además, hay muchos comentarios positivos de los usuarios de diferentes casas sobre la calidad del servicio prestado y el efecto que ha tenido en sus vidas. George Gviniashvili, un residente, asegura: “Mi vida va muy bien. Me gusta vivir aquí y no quiero ir a ningún otro lugar. Quiero quedarme, porque aquí he aprendido muchas cosas y estoy rodeado de amistades y de gente” (12).

### *Costos y comparaciones de costos*

La comunidad Hand in Hand dispone de un presupuesto anual de unos 300.000 laris georgianos (aprox. US\$ 90.361),<sup>b</sup> de los cuales los salarios representan un 60%. En el 2019, el costo medio diario por residente era de 33 laris (US\$ 10).<sup>b</sup> En comparación, el costo de las instituciones psiquiátricas es de 29 laris (aprox. US\$ 9), sin incluir muchos gastos administrativos adicionales.

En total, el Estado financia más del 80% de los gastos de Hand in Hand. El Ministerio de Trabajo, Salud y Asuntos Sociales proporciona fondos cada mes (a razón de 30 laris por usuario y día), según el número de personas que recurren al servicio en el mes en curso. El 20% restante lo aporta la Open Society Foundation Georgia, así como otros donantes, organizaciones benéficas y las pequeñas empresas sociales que colaboran con Hand in Hand. También se reciben donaciones de muebles, electrodomésticos y libros. Un escritor y pianista famoso de Georgia celebró un concierto que permitió a la ONG recaudar fondos para comprar una casa. Además, en Gurjaani, los residentes complementan sus ingresos dirigiendo pequeñas empresas agroalimentarias, en las que producen miel y dulces. Algunos de los residentes dibujan, tejen y confeccionan joyas u otras artesanías. La ONG ayuda a los residentes para que vendan sus productos y organicen muestras o talleres si lo desean, y se decide conjuntamente cómo utilizar y repartir el dinero ganado.

También existe un sistema de cofinanciamiento, por el cual los residentes pagan un alquiler mensual simbólico de 15 laris (US\$ 4,52) en Gurjaani y 40 laris (US\$ 12) en Tiflis. Esta contribución genera en los residentes un sentido de responsabilidad y propiedad y les permite elevar su nivel de exigencia en relación con el servicio. Aunque no hay normas ni obligaciones estrictas (12), el sistema se basa en un contrato firmado por el beneficiario y la administración del servicio. Por su condición de discapacidad, los usuarios de las casas compartidas pueden optar a un seguro de salud estatal básico, así como una pensión mensual por discapacidad que va desde 140 a 250 laris (aprox. de US\$ 42 a US\$ 75), según el diagnóstico, que cubre de sobra el copago del alquiler. Algunas personas también tienen acceso a otras fuentes de financiamiento a través de otros programas estatales.

## Dificultades y soluciones

<sup>b</sup> Tasa de cambio de marzo del 2021.



### ***Superar los desafíos económicos***

Garantizar la financiación y otros recursos necesarios para poner en marcha y mantener el servicio fue un reto importante debido al insuficiente financiamiento estatal, situación que se vio agravada por la elevada inflación del país. La falta de fondos comportaba la pérdida de personal calificado; de hecho, resultaba difícil mantener la calidad del servicio ante estos problemas económicos y de personal.

Para que el proyecto despegara, fue fundamental encontrar una casa donde ubicar el servicio y conseguir los fondos iniciales gracias al aporte de un donante. Con el principal donante se pactó un financiamiento durante varios años, lo cual fue clave para la estabilidad del servicio. También se han obtenido otras fuentes de financiamiento, que en estos momentos se están intentando mantener. Ahora se reciben fondos de la municipalidad, de eventos benéficos, y de la venta de productos artesanales, frutas y verduras cultivadas en las casas.

Otra forma que ha encontrado Hand in Hand para financiarse ha sido incorporarse progresivamente al sistema de salud mental de Georgia. La entidad ha logrado convencer a un número creciente de funcionarios públicos, además de profesionales que trabajan con personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, de la importancia de la desinstitucionalización y los servicios de salud mental ubicados en la comunidad. A cambio, fue reconocida en el 2014 como uno de los programas sociales financiados por el Ministerio de Trabajo, Salud y Asuntos Sociales. Posteriormente, el apoyo del gobierno se vio reflejado en un aumento sustancial de los fondos estatales para los residentes de Hand in Hand, que en el 2018 aumentaron de 16 laris (US\$ 4,82) a 30 laris (US\$ 9,03) por persona y día (12).

### ***Superar el estigma y fomentar el compromiso***

Uno de los principales escollos con que topó el proyecto en Georgia, tanto en el país en general como en los organismos estatales, era el escepticismo en torno a su viabilidad y eficiencia económica, al cual contribuía el profundo y enraizado estigma en torno a la enfermedad mental.

Una solución adoptada por Hand in Hand fue buscar aliados en los órganos estatales y las ONG. Fue importante encontrar partidarios que compartiesen los valores del proyecto y quisiesen impulsar un servicio nuevo que funcionara conforme a esos valores. Además, también fue vital trabajar con los responsables de las políticas para informarles, cambiar las actitudes y modificar las normativas. Se llevó a cabo una labor reivindicativa con una visión y una estrategia claras. El servicio difundió historias que daban a conocer a las personas que se beneficiaban del servicio y cuánto se habían transformado sus vidas. Estas acciones derribaron barreras.

### ***Retener al personal***

Una de las principales dificultades ha sido la contratación de personal calificado. Dadas las limitaciones económicas, no es posible ofrecer una remuneración adecuada. Los asistentes apenas cobran 500 laris (aprox. US\$ 162) brutos, a los que hay que deducir un 20% de impuestos, mientras que el salario medio en Georgia ronda los 1.200 laris.

Como solución, el servicio buscó contratar a personas que tuviesen vocación solidaria, motivadas por la idea de ayudar a personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales a ser independientes y llevar una vida digna y significativa. La atención a la calidad de la asistencia dispensada a cada usuario ha sido esencial para el éxito del trabajo.

El servicio también ha trabajado con mentores internacionales experimentados, lo cual permitió configurar un grupo básico de personal bien capacitado y profesional. A su vez, este equipo pudo preparar módulos de capacitación, para que los nuevos empleados dispongan de una formación de calidad. Por otro lado, se han implantado procesos para inscribir a los usuarios, capacitar al personal y comenzar la prestación del servicio.

### Consideraciones clave para diferentes contextos

Las cuestiones clave que hay que tener en cuenta a la hora de establecer o ampliar este servicio en otros contextos son las siguientes:

- mantener la motivación y tener una visión y estrategia claras para poner en marcha un servicio y sostenerlo;
- invertir tiempo y esfuerzo en el personal, así como en los usuarios, para mantener la alta calidad de la atención;
- alinearse junto con las organizaciones que defienden los derechos humanos en sus reivindicaciones ante los funcionarios estatales y la sociedad en general;
- garantizar que el trabajo activo de promoción y defensa de la causa obedezca a una visión y una estrategia claras;
- evaluar los resultados funcionales, como la calidad de vida y el nivel de vida independiente;
- divulgar los resultados del servicio, para proporcionar buenas prácticas a los gobiernos y alentarlos a modificar las políticas en una dirección positiva;
- promocionar activamente el servicio y las historias de las personas que se han beneficiado.

### Más información y recursos

#### Sitio web:

[www.handinhand.ge](http://www.handinhand.ge)

#### Videos:

*Community for All*, Georgia. Iniciativa de salud mental [en georgiano, subtítulos en inglés].

<https://vimeopro.com/gralfilm/include/video/336759271>

#### Contacto:

Amiran Dateshidze, fundador, Hand in Hand, Georgia.

Correo electrónico: [adateshidzw@yahoo.com](mailto:adateshidzw@yahoo.com)

Maia Shishniashvili, fundadora, Hand in Hand, Georgia.

Correo electrónico: [maia.shishnia@gmail.com](mailto:maia.shishnia@gmail.com)

2.2

# Home Again

## Chennai (India)



### Clasificación principal: Servicio de asistencia para la vida cotidiana

#### Otras clasificaciones:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de salud mental comunitario         | <input type="checkbox"/> Servicio de alcance comunitario | <input type="checkbox"/> Apoyo entre pares                             |
| <input type="checkbox"/> Servicio de atención en momentos de crisis | <input type="checkbox"/> Servicio hospitalario           | <input type="checkbox"/> Servicio de asistencia para la vida cotidiana |

#### Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí       No

#### Evidencia:

- Estudios publicados       Bibliografía gris       Ninguna

#### Financiamiento:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Estatal, sector salud | <input checked="" type="checkbox"/> Estatal, sector social | <input type="checkbox"/> Seguro de salud  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Donantes              | <input type="checkbox"/> Pago directo                      | <input checked="" type="checkbox"/> Otros |

## Contexto

Home Again ofrece alojamiento y servicios de apoyo a personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales en la India. El servicio fue fundado en el año 2015 por The Banyan, una organización sin fines de lucro que nació para dar respuesta a las necesidades de las personas con trastornos mentales graves y discapacidades psicosociales que viven en situación de indigencia o de pobreza (13). Hasta el día de hoy, The Banyan ha atendido a un millón de personas, en zonas rurales y urbanas de tres estados indios: Tamil Nadu, Kerala y Maharashtra.

Firmemente cimentado en los principios de la justicia social, el desarrollo inclusivo y la equidad, The Banyan ofrece tres tipos de servicios para las personas que viven en los márgenes de la sociedad. En primer lugar, se ofrece apoyo y recuperación a las mujeres sin hogar que tienen problemas de salud mental y discapacidades psicosociales y están pasando por una crisis, a través de los centros de atención a emergencias y recuperación. Estos centros están ubicados en los distritos de Chennai y Chengalpet (Tamil Nadu); también ha abierto uno en Guruvayur (Kerala).

En segundo lugar, se ofrecen servicios de bienestar desde un consultorio clínico, a través de NALAM, un programa comunitario de salud mental. En este servicio se ofrece atención médica y social ambulatoria.

Por último, hay varios servicios comunitarios de asistencia prolongada, disponibles a través de los

programas de vida inclusiva de The Banyan.<sup>c</sup> Uno de ellos es Home Again. Otros servicios son los hogares colectivos o grupales (*clustered group home*), ubicado en The Banyan Academy of Leadership in Mental Health (BALM), en Kovalam (a unos 30 km de Chennai) (14), y los servicios de vida independiente y de albergue. En el 2017, The Banyan se asoció con Ashadeep, una organización de salud mental, para poner en marcha el programa Home Again también en el estado de Assam. Ashadeep está dirigido a personas que han estado internadas durante períodos largos, que no tienen domicilio fijo, que requieren atención permanente y han sido repudiadas por sus familias o que no quieren volver a casa.

Home Again se inspira en la creencia de que la mezcla social y el acceso a las experiencias son esenciales, no solo para reponerse del malestar psicológico o el trauma, sino para vivir una vida digna. De acuerdo con este principio, debe ofrecerse incondicionalmente un entorno familiar u hogareño. Un punto destacable es que los servicios se prestan sin la concepción tradicional de “aptitud para el alta” ni las evaluaciones de “preparación para la comunidad”. En cambio, lo que se valora en Home Again es la neurodiversidad, la mezcla social y la participación.

## Descripción del servicio

Home Again ofrece alojamiento a personas con necesidades de salud mental complejas y de larga duración, que viven en la pobreza y que pueden beneficiarse de un apoyo constante. Además, se apoya a las personas para que experimenten la vida de un vecindario normal y participen social, económica y políticamente, donde y cuando sea posible. Home Again comenzó en el año 2015.

Por lo general, las personas pasan de la atención en régimen de internamiento hospitalario a la vida independiente o semiindependiente en la comunidad. El objetivo del servicio es mejorar la inclusión en la comunidad, la salud psicológica, la calidad de vida y la movilidad social de estas personas, a través de los servicios de alojamiento y apoyo como intervención principal. Así, los residentes gozan de la posibilidad de elección, sentido de agencia, trabajo, ocio, diversas formas de recreo e interacción social en la comunidad (15).

Home Again ayuda a las personas a encontrar oportunidades de empleo y a tramitar prestaciones sociales del Estado, así como a participar en grupos sociales, encuentros, festivales y otras actividades lúdicas. Proporciona apoyo para acceder a la atención médica y se ocupa de la gestión del caso (evaluación de las necesidades de atención médica y psicosocial, establecimiento de objetivos individuales y planes de atención). Además, se ofrece asistencia personal en el lugar, como ayuda en las actividades cotidianas. Se utilizan métodos terapéuticos primarios, desde el diálogo abierto (más información en *Servicios de salud mental en momentos de crisis: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*), la activación conductual y la terapia de resolución de problemas, hasta otros enfoques orientados a la atención de traumas (16).

Home Again se mueve impulsada por la filosofía de que los símbolos del hogar, la familia y la participación ayudan a mejorar la salud psicosocial de las personas. Sostiene que estos símbolos proporcionan una forma especial de consuelo, significado y esperanza, particularmente para las personas con molestia psicológica que están privadas de seguridad ontológica. La estabilidad derivada de una casa propia, según Home Again, infunde un sentimiento de independencia y promueve la sensación de

c En Tamil Nadu, el servicio funciona en dos barrios de Chennai, en Kovandakurichi (cerca de Trichy) y en varias aldeas del bloque de Thiruporur. En Kerala, opera en Mallappuram, Kozhikode, Palakkad y Thrissur. En Maharashtra, funciona en In Navi Mumbai y Ratnagiri.

conexión; las personas son más proclives a probar experiencias nuevas, que son imprescindibles para el crecimiento y la vida.

The Banyan alquila varias casas en la comunidad, en las que pueden instalarse los usuarios. Aunque no hay criterios de exclusión, los hospitales psiquiátricos estatales de Kerala no permiten al servicio trabajar con personas que tengan antecedentes de violencia extrema.

En el 2019, 245 personas utilizaban el servicio en 50 casas. Esta cifra incluye las seis casas (cinco para mujeres y una para hombres) gestionadas por Ashadeep en Assam. Para prestar atención a 60 personas, se requieren cuatro empleados: un gestor de programas, dos gestores de casos y una enfermera, así como entre 15 y 24 asistentes personales, según el grado de dependencia. El personal está distribuido en varias casas (17).

En cada una de las casas alquiladas conviven de cuatro a cinco personas, formando grupos de afinidad. Las casas están ubicadas en distritos urbanos o rurales, con todos los servicios esenciales en las proximidades, como tiendas, centros culturales y establecimientos de atención médica. Suelen constar de dos dormitorios, una cocina, una sala de estar y dos baños; deben estar bien ventiladas y disponer de instalaciones sanitarias adecuadas. A la hora de buscar la casa y el barrio apropiado para una persona, así como al elaborar los planes de atención, se tiene muy en cuenta la especificidad cultural y la adecuación social. Existe la posibilidad de alojarse tanto en casas como en apartamentos independientes, incluso en comunidades cercadas con acceso restringido.

Según Home Again, es importantísimo que cada persona se desarrolle y evolucione desde su identidad propia, tanto singular como colectiva. Por ejemplo, un residente puede preferir dormir en una esterilla tendida en el suelo, porque así le gusta más y porque le trae recuerdos de su casa en su aldea natal; permitirle esta posibilidad es más importante que obligarlo a dormir en una cama, aunque a otras personas les parezca más cómodo o un derecho básico. Si prefiere una comida sencilla, hecha de arroz, agua y chiles, o unas cebollas al suero de mantequilla, en lugar de lo que se consideraría una comida más equilibrada, se respeta su decisión. Se valora la cultura de la persona, la necesidad expresada y la identidad.

El servicio se ofrece a personas que han vivido durante al menos un año en uno de los centros de The Banyan o en hospitales psiquiátricos estatales (tres en Kerala y uno en Ratnagiri, Maharashtra) y que no tienen la posibilidad de regresar a la comunidad. Home Again es un servicio estrictamente voluntario; no se obliga a nadie a utilizarlo. Si se le ofrece la posibilidad de instalarse en una casa de Home Again, la persona puede decidir si desea vivir en un entorno urbano o rural, y con quién. The Banyan no impone reglas rígidas en la casa, sino que se insta a los residentes a establecer sus rutinas y su forma de convivir, para lo cual también tienen que fijar límites. Hasta ahora, esto siempre se ha producido de forma orgánica, a lo largo de un tiempo, pero a veces surgen conflictos. Cuando una situación se complica, el gestor de casos o el asistente personal intercede y ayuda a negociar la mejor manera de salir adelante. En algunas ocasiones, los residentes expresan el deseo de regresar a su entorno original y a su círculo de apoyo, aunque sea una institución, y las decisiones de los usuarios son respetadas.

Los usuarios deciden sus propias rutinas y determinan su grado de implicación en las casas. No se restringen sus movimientos, pueden recibir visitas y suelen ir a verlos los vecinos. El espacio es una casa que puede asociarse con el ocio, la diversión y la espontaneidad, pero también propicia la construcción de relaciones, la colaboración doméstica y la resolución de conflictos. Como en cualquier otra casa, los residentes deben gozar de intimidad (15). Ninguna identidad se valora más o menos que

otra; una persona que quizá tenga una discapacidad severa para algunas cosas, por ejemplo, puede saber cocinar muy bien y estar abierta a mezclarse a nivel social.

A cada casa se asignan asistentes personales, en función de las necesidades de apoyo determinadas por el equipo profesional con el denominado “instrumento de función social”, una escala que abarca 10 dominios, desde el autocuidado y la administración doméstica hasta las actividades culturales y espirituales. Algunas casas no cuentan con personal, mientras que en otras el personal solo acude unas horas al día. También hay casas donde el personal pasa la noche, y algunas con presencia las 24 horas; en estas casas suele haber habitaciones para el personal y los asistentes trabajan por turnos. A medida que los residentes se habitúan a sus espacios y sus rutinas, generalmente en unos 18 meses, se vuelven menos dependientes (17).

Los asistentes personales cobran un salario y tienen derecho a diversas prestaciones relacionadas con el trabajo. Proceden de las comunidades locales, en general de entornos rurales, y los motiva su pasión por ayudar a las personas en el proceso de recuperación, a pesar de no tener estudios formales en salud mental.

The Banyan ha animado a antiguos o actuales usuarios de Home Again a trabajar como asistentes personales. La idea es que la experiencia propia facilita el proceso de atención y el establecimiento de relaciones cercanas. Se cree que, trabajando como asistentes personales, las personas adquieren seguridad, gracias a la independencia económica y la autosuficiencia. Es más, la capacidad de cuidar de los demás mejora la imagen y las percepciones que tienen de sí mismas, algo que contribuye en última instancia a su proceso de recuperación.

El asistente personal debe comprender a las personas a las que atiende, ayudándolas a definir las experiencias y los objetivos que desean para su vida; evalúa sus necesidades de apoyo de forma colaborativa; les enseña a aprender o a recuperar habilidades y conocimientos; y les ofrece oportunidades y recursos (17). Los asistentes ayudan a las personas a cuidar de sí mismas, y a gestionar sus propios hogares, sus actividades sociales o sus transacciones económicas. También trabajan individualmente con cada usuario para planificar sus experiencias vitales. Pueden conectarlo con oportunidades de empleo y servicios de salud y ayudarlo a formar conexiones sociales (15).

Los asistentes personales pasan por un programa introductorio, de una semana de duración, extraído de un plan de estudios elaborado junto con la Universidad de Pensilvania, especialmente para este equipo. El programa, que prioriza el aprendizaje basado en la experiencia, cubre tres áreas: estructura, proceso y protocolos. La estructura hace referencia a la intervención, los destinatarios ideales y los valores y el espíritu que la sustentan. El proceso hace referencia a la realización práctica del servicio, por ejemplo, cómo encontrar una casa, cómo concienciar a los usuarios de la idea de dejar una institución y cómo se organiza el día a día de la casa. Los protocolos son las pautas que deben seguirse en todos los servicios de The Banyan, por ejemplo, en relación con el acceso a los historiales y el tratamiento o la divulgación de datos del servicio (p. ej., fotos). Además de la capacitación que se imparte durante el trabajo, se realizan reuniones de revisión semanales en las que se ofrece orientación y supervisión: estas reuniones representan una fuente esencial de información y observaciones para seguir aprendiendo y creciendo.

El personal de Home Again se comunica con los beneficiarios principalmente a través de los asistentes personales, que hacen un seguimiento de los planes de atención individualizados; estos planes, elaborados de forma colaborativa, se estructuran en torno a los valores de la atención respetuosa, la

interdependencia, el ejercicio de la capacidad de decidir y la agencia. Todo el tiempo se hace hincapié en el consentimiento y la confidencialidad. Toda utilización de los datos con fines distintos a la prestación del servicio por parte de un equipo clínico asignado requiere el consentimiento del titular. Al principio, los usuarios rellenan un formulario de consentimiento en el que estipulan cómo desean que se utilicen sus datos. El más mínimo incumplimiento de la confidencialidad por parte de los miembros del personal se toma muy en serio. Si un usuario estima que se ha roto su confianza, puede pedir que le cambien de asistente personal.

Todos los usuarios pueden consultar directamente a especialistas en salud mental y dirigirse por teléfono a la Comisión de Salud Mental, que evalúa los servicios de The Banyan. Los gestores de casos, que tienen una maestría en trabajo social, también hacen visitas semanales. Todas las semanas acude a las casas un equipo de enfermería, para hacer seguimiento de los problemas de salud de los residentes (16).

## Principios y valores fundamentales del servicio

### *Respeto de la capacidad jurídica*

El acceso a Home Again es absolutamente voluntario. Es uno de los servicios prestados por The Banyan; se ofrece a todas las personas, independientemente de su estado de salud y su capacidad para vivir de forma independiente. Durante el tiempo que pasan en Home Again, los residentes son libres de hacer lo que les plazca en cuanto a ocio, trabajo o interacción con la comunidad.

La mayoría de los usuarios de Home Again reciben apoyo para redactar voluntades anticipadas, que se revisan todos los años. Además, el personal debe comprender los deseos de los usuarios, y esto es algo en lo que se insiste constantemente; para descubrir las preferencias, las esperanzas y los sueños de la persona, deben explorar las experiencias que esta desee recrear o retomar, y ofrecerle apoyo para que avance hacia esas metas. Por lo tanto, el personal está fuertemente orientado al cumplimiento de los deseos de la persona, en lugar de imponerle sus propias ideas y rutinas. Con la capacitación se enseña al personal a cuestionar profundamente sus propios sistemas de valores y sus perspectivas, para percatarse de cómo afectan al servicio. Es política de Home Again que los usuarios sean los protagonistas de sus vidas, y el servicio está dirigido por sus preferencias.

La organización y el diseño de Home Again fomentan la creación de círculos de apoyo; estos círculos no son una imposición, sino que surgen orgánicamente y pueden estar integrados por los convivientes, el personal y la vecindad. Estas relaciones también ayudan a mejorar la comunicación con personas que tienen gran nivel de dependencia, así como a comprender sus preferencias.

### *Prácticas no coercitivas*

Los usuarios pueden entrar y salir de la casa a voluntad. Se organizan charlas periódicas con los usuarios y el personal, tomando como referencia las técnicas de diálogo abierto (Open Dialogue), para no pasar por alto ninguna forma de coerción, explícita o implícita. Se destacan ejemplos sencillos, como quién elige el canal de televisión y quién se ocupa del control remoto. Los gestores de casos están recibiendo capacitación en las técnicas de diálogo abierto.

Aunque es muy poco habitual, si una crisis requiere ingreso hospitalario, se ofrece a la persona la oportunidad de alojarse en uno de los centros de atención a emergencias de The Banyan. El aislamiento y la contención nunca se utilizan en estos servicios.



La política de Home Again estipula que toda persona puede decidir si toma la medicación que le han recetado; nunca se obliga a tomarla por la fuerza o mediante coacción. Por el contrario, se utilizan las estrategias de diálogo abierto para indagar y comprender las perspectivas y las razones de la persona. Hay quienes culpan a la medicación por sus problemas o quienes sufren efectos adversos que socavan gravemente su calidad de vida. En estos casos, se analizan las alternativas y, si procede, se puede dar información sobre cómo reducir la medicación de forma correcta. Con el consentimiento de la persona, se puede organizar una reunión con otros usuarios, para hablar sobre los efectos secundarios y cómo tolerarlos. Home Again reconoce que muchas personas (incluidas las que se medican) pueden convivir con los síntomas sin sufrir una alteración significativa de su vida y sin que ello les provoque malestar psicológico.

Si en la casa surgen conflictos interpersonales, se intenta resolverlos de forma colaborativa, reiterando los mensajes por los cuales se han fijado límites, con estrategias como el diálogo abierto. El personal ha recibido capacitación y debe construir relaciones positivas, de confianza mutua, con los usuarios. También han recibido capacitación para crear un espacio seguro, escuchar activamente, dejar claro que su misión es ayudar, ofrecer respuestas significativas y tranquilizadoras, comprender y validar las experiencias con un razonamiento articulado y, por último, repetir los mensajes de protección. El equipo profesional y los usuarios con mayor experiencia siempre están disponibles para ofrecer apoyo, por teléfono o en persona, cuando se necesita ayuda en este proceso.

Home Again ha tenido un impacto en las prácticas coercitivas por razón de sexo y casta. En general, los convivientes se eligen por afinidades, pero en algunos casos también se han organizado por casta, si bien poco a poco se aprecia una evolución hacia la convivencia de diferentes clases. Home Again también representa un modelo de casas dirigidas por mujeres, menos habitual, donde las mujeres viven de forma independiente sin el apoyo de los hombres.

### ***Inclusión en la comunidad***

El programa Home Again se puso en marcha para responder a la petición de algunos usuarios de The Banyan, que solicitaban un servicio de atención continua que también los ayudase en su reintegración en la sociedad. Este servicio pretende promover la inclusión de las personas con discapacidad psicosocial en el “tejido socioeconómico de la comunidad, mediante fuertes conexiones con los interesados directos en áreas de gobernanza local, empleo, derechos y actividad social” (15).

Home Again promueve varias formas de conectar con el entorno: desde las visitas mutuas con los vecinos hasta la adopción de animales de compañía, pasando por la búsqueda de oportunidades de empleo en la comunidad y la ayuda para encontrar y utilizar los recursos básicos del vecindario. Ayuda a los usuarios a inscribirse en cursos académicos, hacer las compras, acceder a los espacios de ocio, recreo y culto, hacer gestiones con el banco, ejercer derechos como el de sufragio, participar en actividades sociales (p. ej., encuentros de la comunidad) y crear grupos de autoayuda. También se ayuda a los residentes a usar el transporte público y las tecnologías de la comunicación modernas (18).

Se fomentan las relaciones dentro y fuera de la casa. Que las relaciones de los residentes se limiten a las interacciones cotidianas con el tendero del barrio, el lechero o el cajero del banco, por poner un ejemplo, o se transformen en amistades más profundas y duraderas, depende en gran medida del lugar. En las zonas rurales hay un mayor sentido de cohesión e intercambio social, por lo que se crean relaciones más estrechas que en los entornos urbanos, más impersonales. Por este motivo, Home Again anima activamente a las personas a que organicen o asistan a encuentros sociales, y a que participen

en unas rutinas sociales, como juntarse en la terraza por la tarde, ir a misa o dirigir una sesión de plegaria (18). Algunas veces, los residentes entablan relaciones íntimas. No hay ninguna restricción a lo que hagan dos personas adultas por su propia voluntad, ni tampoco hay un sesgo a favor de las relaciones heteronormativas. Hace poco, se formó una pareja en el programa Home Again de Kerala; se casaron en el 2020 y hoy viven por su cuenta, alquilan una casa, y dirigen su propia empresa social.

Después de instalarse en una casa de Home Again, muchos usuarios se plantean la posibilidad de volver con sus familias. En estos casos, se hace lo posible por localizar a la familia y, en función de la situación y de las preferencias del usuario, se facilita la reintegración (18, 19).

### ***Participación***

The Banyan cuenta con una Comisión de Salud Mental dirigida por personas con experiencia propia, que evalúa el servicio Home Again y formula recomendaciones y sugerencias. Las reuniones de la comisión están abiertas a todo aquel que desee participar. También existe un Comité de Derechos Humanos externo, compuesto por abogados, activistas del área de discapacidad, usuarios de los servicios de salud mental y cuidadores de personas con enfermedad mental. El Comité de Derechos Humanos acude a las oficinas e instalaciones de The Banyan todos los meses, en una fecha y hora programadas. Se avisa a las dependencias de Home Again que recibirán estas visitas y todas las personas son libres de hablar con el comité. Alternativamente, se puede contactar con el comité por teléfono. Las personas pueden expresar sus opiniones ante la Comisión de Salud Mental y el Comité de Derechos Humanos de forma anónima. Ambos órganos fueron constituidos por The Banyan y sus competencias se extienden a todos los servicios, incluidas las casas de Home Again.

Los aportes de los usuarios se incorporan a una auditoría recopilada por la Comisión de Salud Mental, que se realiza mediante visitas y entrevistas trimestrales. Los gestores de casos realizan visitas semanales y también documentan lo expresado por los usuarios; las cuestiones urgentes se notifican de inmediato, mientras que otras se reservan para un análisis más detallado. Además, se lleva a cabo un debate mensual con los usuarios del servicio. En la reunión mensual de Home Again se revisan las principales actividades, se reciben las observaciones de la Comisión de Salud Mental y del Comité de Recursos Humanos, se comentan los problemas actuales y se deciden las medidas de mejora (16).

Una cuarta parte del personal, la gerencia y la junta directiva está compuesta por personas con experiencia propia, incluidas algunas que han vivido en la calle. Las dos fundadoras tienen un diagnóstico de salud mental y un miembro de la junta directiva ha tenido problemas de indigencia y salud mental. El objetivo es lograr una representación mínima del 50% en los próximos años.

Muchos asistentes personales también tienen antecedentes de malestar psicológico. Algunos dejaron los estudios superiores para trabajar y mitigar la pobreza familiar. Dichas vivencias son una valiosa fuente de experiencia, que puede mejorar el apoyo que prestan a los usuarios (16). El servicio también trabaja por vincular a las personas con redes de pares en la comunidad.

### ***Enfoque de recuperación***

Los servicios de Home Again se adaptan a las necesidades particulares de los usuarios. En la gestión de los casos se utilizan evaluaciones detalladas de las necesidades médicas y psicosociales y se elabora un plan de atención personalizado (16). Los asistentes personales ofrecen a los usuarios un apoyo dinámico, adaptable y receptivo para satisfacer sus necesidades individuales. Para proteger

la autonomía y la independencia de los usuarios, Home Again ha redactado un código de actuación armonizado. Esto garantiza que los usuarios reciban un apoyo efectivo, independientemente de la orientación ideológica y filosófica de los miembros del personal.

Los usuarios de Home Again reciben apoyo para desarrollar un plan de recuperación mediante el cual analizan y documentan sus esperanzas, sus objetivos, sus dificultades y sus aciertos, así como las estrategias para enfrentar situaciones de tensión y mantenerse bien. Este plan se revisa continuamente y cambia con el tiempo. Todos los meses se facilita una sesión colaborativa de tipo diálogo abierto, en la que se evalúan los objetivos, las experiencias y las necesidades individuales y se documentan las acciones de seguimiento. Es importante validar el relato de los usuarios, por lo que en estas sesiones se reconocen las dificultades que deben enfrentar y se definen estrategias significativas para lograr sus objetivos.

## Evaluación del servicio

Home Again realizó un estudio cuasi experimental, con controles emparejados, de personas que utilizaron los servicios de The Banyan durante más de 12 meses entre el 2014 y el 2016. Participaron en la encuesta una comunidad urbana de Chennai y tres comunidades rurales, al sur de Chennai. Se evaluaron las experiencias de 53 personas que habían elegido alojarse en Home Again y se compararon con las 60 personas que permanecieron en las instituciones residenciales de The Banyan, consideradas como el grupo de atención habitual. Cada seis meses se documentaron variables de función social, discapacidad, salud psicológica y calidad de vida (15), con distintos cuestionarios y escalas, durante 18 meses (16). En el grupo de Home Again se observan mejoras significativas en la variable de función social, en comparación con el grupo de atención habitual, al cabo de seis y 18 meses.

Muchos usuarios de Home Again refieren experiencias positivas con el uso del servicio. Un artículo reciente en la revista india *The Week* destaca cómo dos mujeres se han convertido, a raíz de su paso por Home Again, en modelos a seguir para otras mujeres de la comunidad (17).

Además, se han recopilado datos de las observaciones etnográficas de los asistentes personales y las entrevistas realizadas como parte de estudios anteriores de Home Again. En estos datos, varias residentes de Home Again hablan de sus experiencias (P. Rohatgi, The Banyan, datos inéditos, 2015).

Una afirma: “Ahora me siento como cuando era joven, antes de enfermarme, en casa, yendo a la escuela, volviendo a casa, cocinando [...]. Estoy encantada [...]. Aquí se está bien, todas estamos contentas, tienen la paz de saberse en casa”.

Otra dice: “Después de tanto tiempo, por fin me siento como en casa; las paredes, la cocina, el jardín, el templo del pueblo, los olores... Todo me recuerda los buenos momentos de mi infancia con mis padres”.

Por último, una residente se expresa con estas palabras: “La alegría de ir al mercado, sumergirse en el bullicio y el gentío, pasear por el campo, el proceso de cocinar un *sambar* para todas e ir probándolo hasta que tiene el sabor y la consistencia justa... Son pequeñas alegrías, pero importantes”.

Por su parte, una vecina de una casa de Home Again agrega: “Nos preguntábamos cómo sería la vida cuandouviésemos a ‘esa gente’ como vecinos. Ahora les dejo a mi hija cuando voy a trabajar; mi vecina es un encanto, la mima y le da de comer. He encontrado en ella a una gran amiga y un gran apoyo”.

### **Costos y comparaciones de costos**

En los últimos 26 años el proyecto ha contado con un flujo constante de fondos de donantes individuales, que contribuyen regularmente. El servicio está financiado principalmente por The Hans Foundation, Rural India Supporting Trust, la iniciativa filantrópica de Azim Premji Foundation, Sundram Fasteners Limited, del grupo TVS, Bajaj Finserv, Paul Hamlyn Foundation y HCL Foundation. Además, se ha establecido un fondo permanente de 150 millones de rupias, a través de Rural India Supporting Trust, para generar un interés permanente por el servicio y garantizar la sostenibilidad de los recursos esenciales.

El costo anual de Home Again (según datos del 2019) es de 9.060 rupias (aprox. US\$ 124)<sup>d</sup> por persona y mes, lo cual incluye toda la asistencia social, la plantilla de personal, el desarrollo de capacidades y la administración. En comparación, un centro psiquiátrico estatal cuesta 29.245 rupias por persona y mes (US\$ 402).<sup>d</sup> En uno de los emplazamientos, tres casas están financiadas por el gobierno local de la aldea o el *panchayat*. El servicio es gratuito para los usuarios.

## Dificultades y soluciones

### **Recaudar fondos suficientes para un servicio en crecimiento**

Mantener y aumentar el financiamiento ha sido un desafío, especialmente a causa del aumento de los costos de un servicio en constante crecimiento (lo que implica un alza en cuanto a personal, administración, alquileres, mobiliario, atención médica, medicamentos, alimentos y otros gastos).

Una solución ha sido buscar alianzas para el financiamiento en diferentes niveles de la administración pública y con otras organizaciones (14). En Kerala, tres casas fueron financiadas por el *panchayat* y se prevé que lo mismo ocurra con otras dos en los próximos tres años. En Tamil Nadu, el gobierno anunció una dotación de 10.380.000 rupias (aprox. US\$ 200.100)<sup>d</sup> para Home Again (20).

Además, la utilización activa de las prestaciones sociales, los subsidios por discapacidad, los planes de vivienda y el servicio de salud pública ayuda a reducir la carga financiera de cada casa. En Kerala, por ejemplo, se prevé que el subsidio por discapacidad, junto con una reserva presupuestaria del 3% para la discapacidad en los *panchayats*, cubra la mayoría de los costos sociales de los usuarios.

Finalmente, una sentencia de la Corte Suprema de la India, en la que se insta a desinstitucionalizar a las personas con necesidades de salud mental de largo plazo y brindarles atención en la comunidad, ha ayudado a impulsar la demanda y mejorar el financiamiento (17).

### **Retener al personal**

Un problema importante ha sido la marcha de personal. Muchos asistentes han dejado el trabajo por la presión y el agotamiento que les supone; muchos usuarios tienen requisitos complejos que requieren una atención intensiva.

Una solución ha sido ampliar la contratación, para poder emplear a perfiles más variados, como mujeres de mayor edad y personas con experiencia propia. Asimismo, como la India está buscando mejorar el empleo, especialmente entre las mujeres, The Banyan ha diseñado una diplomatura en atención a la salud y la salud mental, junto con la Universidad de Pensilvania, específicamente para un

<sup>d</sup> Tasa de cambio de marzo del 2021.

nuevo equipo de asistentes personales, que tienden a ser mujeres. También ha alentado la implicación de las personas que integran la comunidad Home Again. A raíz de estas iniciativas, muchas de ellas se han hecho asistentes personales. Una empleada comenta: “Aunque el trabajo puede ser difícil, sobre todo cuando hay que desescalar una situación o cuando nos enfrentamos a problemas intratables, la satisfacción y el significado que obtenemos de nuestro trabajo, además de la independencia económica, es incomparable”.

### ***Trabajar con la comunidad en otras zonas geográficas***

Ha habido dificultades a la hora de llevar el servicio a otras áreas geográficas, donde existen diferentes culturas. El acceso a los servicios esenciales y la disponibilidad de viviendas también han sido factores limitantes, así como la búsqueda de interesados directos que se comprometan con la idea de la inclusión social de las personas con enfermedades mentales.

A fin de superar estas dificultades, Home Again ha aprovechado su fuerte capacidad para integrar a las personas en las comunidades donde viven. Aplicando el modelo de un ambiente hogareño y asistentes personales receptivos, los usuarios comenzaron a ocupar espacios en la comunidad y se produjo una mezcla social. El servicio modificó las respuestas locales al trastorno mental y, de paso, redujo la distancia social y los prejuicios. En barrios donde antes costaba encontrar viviendas, se comenzaron a ofrecer por iniciativa propia, después de comprobar los beneficios que traía consigo el servicio.

### ***Recabar respaldos para la desinstitutionalización y la vida en la comunidad***

Al principio fue difícil convencer a los profesionales y a los residentes de la viabilidad de abandonar un régimen institucional. En este sentido, fue fundamental mantener un diálogo con los residentes para persuadirlos de que dejar el hospital psiquiátrico y vivir en la comunidad les reportaría diversas ventajas.

### ***Mantener los valores del servicio***

A pesar de los esfuerzos activos en capacitación, a veces no se ha cumplido o respetado el espíritu y los valores deseados en todos los elementos del servicio. También ha habido dificultades para superar las tradicionales actitudes paternalistas y controladoras.

Para superar estos problemas, se utilizaron mecanismos pragmáticos de educación y capacitación del personal nuevo. También se celebraron sesiones de capacitación con diferentes interesados directos, en todo el servicio. Para comprender los protocolos elaborados por el servicio, los empleados nuevos contaron con la ayuda de pares en posiciones de liderazgo, trabajadores sociales y asistentes personales, quienes son los que mejor conocen el servicio y su espíritu. Los directivos también acudían regularmente en persona para dar consejos y fomentar el aprendizaje. Igualmente importantes fueron las reuniones y los intercambios organizados para los usuarios sobrevivientes y el personal, en las que pudieron compartir sus perspectivas sobre el terreno.

En conjunto, estas medidas han ayudado al personal nuevo a conocer la necesidad de respetar el enfoque basado en los derechos y, por tanto, a ejercitar y poner en práctica el programa prestacional en la forma prevista. Escuchar a las personas que llevan tiempo trabajando en esta área y a las que tengan experiencia propia les permitió adquirir la mentalidad adecuada para llevar a cabo el programa.

Fomentar el liderazgo entre pares también contribuyó, en varios de los distritos, al cambio de mentalidad. En varios de ellos, las personas con experiencia propia ahora dirigen proyectos Home

Again y ocupan cargos como jefe de programa, defensor de otros usuarios y asistente personal. Se celebraron talleres y coloquios con usuarios, para que realmente fuese posible coproducir el programa.

### Consideraciones clave para diferentes contextos

Las cuestiones clave que hay que tener en cuenta a la hora de establecer o ampliar este servicio en otros contextos son las siguientes:

- adoptar un sistema de auditorías dirigidas por los usuarios, en las que estos actúen como investigadores, para mejorar la calidad del servicio;
- aplicar el “ciclo de retroalimentación”, es decir, recabar periódicamente las opiniones de los residentes, del personal y de los asistentes personales y utilizarlas para realizar modificaciones del diseño y la prestación del servicio;
- reconocer que uno de los factores que más influyen en la transferibilidad de Home Again concierne al grado de preparación del sistema de salud mental general para adoptar un servicio basado en valores.

### Más información y recursos

#### Sitio web:

<https://thebanyan.org/>

#### Videos:

The Banyan Home Again (diciembre del 2018) [en inglés].

<https://www.youtube.com/watch?v=4iX7tSwa2Dc>

Home Again (16 de enero del 2017) [en inglés].

<https://www.youtube.com/watch?v=FOyLSMHjVg>

#### Contactos:

Pallavi Rohatgi, directora ejecutiva y colaboraciones, The Banyan (India).

Correo electrónico: [pallavi@thebanyan.org](mailto:pallavi@thebanyan.org)


Nisha Vinayak, colíder del Centro de Acción Social e Investigación, The Banyan Academy of Leadership in Mental Health (India).

Email: [nisha@thebanyan.org](mailto:nisha@thebanyan.org)

2.3

# Redes de apoyo KeyRing

Reino Unido de Gran Bretaña  
e Irlanda del Norte

A person wearing a black jacket with a colorful floral pattern is holding a rectangular cardboard sign. The sign has handwritten text in black ink. The text reads: "I Live with my cat", "In my flat Lara", "keyring I am x", "independent", "and I love cooking", "FOOD".

I Live with my cat  
In my flat Lara  
keyring I am x  
independent  
and I love cooking  
FOOD

### Clasificación principal: Servicio de asistencia para la vida cotidiana

#### Otras clasificaciones:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de salud mental comunitario         | <input checked="" type="checkbox"/> Servicio de alcance comunitario | <input type="checkbox"/> Apoyo entre pares                             |
| <input type="checkbox"/> Servicio de atención en momentos de crisis | <input type="checkbox"/> Servicio hospitalario                      | <input type="checkbox"/> Servicio de asistencia para la vida cotidiana |

#### Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí       No

#### Evidencia:

- Estudios publicados       Bibliografía gris       Ninguna

#### Financiamiento:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estatal, sector salud | <input checked="" type="checkbox"/> Estatal, sector social | <input type="checkbox"/> Seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Donantes              | <input checked="" type="checkbox"/> Pago directo           |  |

## Contexto

El Reino Unido es un país de ingreso alto, que posee un sistema de salud mental bien desarrollado. En los últimos años se ha señalado, con preocupación, que el proceso de desinstitucionalización podría haberse detenido. Se ha observado que, al igual que en otros países europeos, cada vez son más las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales que acaban viviendo en residencias y otros lugares inadecuados. Algunas están encerradas en instituciones penitenciarias y médico-legales (21) y se ha hablado de “transinstitucionalización” e incluso “reinstitutionalización” (22). En Inglaterra, se constata de nuevo una mayor atención al riesgo (23); entre el 2005 y el 2016, los internamientos dictados en virtud de la Ley de Salud Mental aumentaron un 40% en el país (24).

Un informe del 2017, redactado por la entidad sin fines de lucro National Development Team for Inclusion (NDTi), denunció el deterioro de la situación habitacional de muchas personas con discapacidad: “Aunque la política y la legislación actuales en materia salud y atención social priorizan los enfoques centrados en la persona y las prestaciones desde la comunidad (p. ej., la Ley de Atención del 2014), al tiempo que desaconsejan los centros residenciales que están separados de la familia y la comunidad, no parece tener un efecto significativo en los patrones actuales” (25).

Por el contrario, según NDTi, las preocupaciones sobre los costos han contribuido a desplazar las prestaciones que ofrecían poder de elección y control, a favor de formas más tradicionales de atención residencial. El informe destaca alternativas de asistencia a la vida cotidiana en la comunidad que son posibles y que pueden comportar una reducción de los costos (26), citando las redes KeyRing Living Supported Networks y Shared Lives (reseñada más adelante en este mismo módulo). Un estudio confirmó posteriormente lo aseverado en relación con los costos (27).



Varios países introdujeron el modelo KeyRing adaptándolo a su realidad: se pueden citar los proyectos Pameijer en los Países Bajos, Eteva en Finlandia, Brothers of Charity en Irlanda y Housing Tasmania en la región sudoeste de la isla australiana.

## Descripción del servicio

KeyRing presta servicios de asistencia a la vida cotidiana desde 1990, con la misión de inspirar a las personas a construirse una vida independiente mediante sus redes de apoyo, conexión, asistencia flexible y desarrollo de habilidades (28, 29). KeyRing pasó de atender a unas 900 personas en el 2007 a más de 2.000 en el 2018, en todo el país (27, 30).

Las redes de apoyo constan de 10 o más viviendas ordinarias, ubicadas a poca distancia unas de otras. Los miembros de KeyRing, personas que enfrentan barreras para la vida independiente, residen en todas las casas menos una (31). En esta última casa, pagada por KeyRing, vive un voluntario de la comunidad que ofrece apoyo informal a los miembros en su vida y sus actividades cotidianas, según las necesidades que hayan manifestado (32, 33).

La red garantiza que los miembros asuman el control y la responsabilidad de su vida, viviendo en una casa propia, además de contribuir a las actividades de su comunidad y vincularse con ella. La premisa detrás de KeyRing es que cuantas más personas se involucren y estén conectadas con una comunidad, mayor provecho sacarán de la atención prestada y mayor independencia adquirirán (28). El servicio también promueve el enfoque de desarrollo comunitario basado en activos (34), que implica concentrarse en lo que es capaz de hacer cada miembro para asumir un mayor control de sus tareas y actividades diarias.

La teoría de KeyRing puede resumirse a partir de sus iniciales en inglés:

- **K** de *keep going* (“seguir adelante”). Las cosas no siempre salen bien, o no la primera vez, y a veces hay que perseverar. El servicio ayuda a la persona a superar las barreras a su ritmo, avanzando a medida que se abre camino.
- **E** de *empathy* (“empatía”). Los deseos y las aspiraciones de los miembros son el interés primordial y el éxito debe medirse valorando si el servicio ayuda a la persona a lograrlos.
- **Y** de *you do it* (“hazlo tú”). La única manera de empoderar a las personas y hacer que el cambio sea sostenible es “hacer con”, aprovechando las habilidades y experiencia de los miembros, no “hacer por” o “hacer para”.
- **R** de *respect* (“respeto”). Se trata de la vida y las aspiraciones de las personas, por lo que ellas son las expertas y deben decidir lo que se hace.
- **I** de *imagination* (“imaginación”). Apoyar a las personas para que piensen en soluciones creativas a fin de lograr sus objetivos, y trabajar con otras personas y organizaciones afines para ayudarlas a llegar hasta donde su capacidad les permita.
- **N** de *no fibs* (“nada de mentirillas”). Honestidad y transparencia sobre lo que puede y no puede proporcionar el servicio, y por qué.
- **G** de *global* (“global”). Aunque el enfoque sea universal, la forma en que se desarrollan las cosas será individual. KeyRing consiste en escuchar y trabajar junto a la persona, en su comunidad local, para que obtenga una mayor independencia, mejore su bienestar y se integre en una red de contactos y amistades (27”).

KeyRing cuenta con más de 100 redes en cerca de 50 distritos de Inglaterra y Gales. Durante los años 2017 y 2018, recibieron apoyo a través de KeyRing 2.001 personas, y la plantilla y los equipos de voluntarios estaban integrados por 209 personas (33). Sus acciones se consideran “multilocales”, es decir, el personal, los voluntarios y los miembros locales tienen el respaldo de un equipo nacional más pequeño, ubicado en la sede central de Londres (35).

En cada red, KeyRing colabora con distintas personas de la localidad, desde bibliotecarios hasta comerciantes, después de cartografiar los recursos disponibles. A menudo se los invita a dar charlas a los miembros (36). A medida que las personas se involucran más, se vuelven menos dependientes y más activas, como ciudadanos que ofrecen sus habilidades en beneficio de la localidad.

Los voluntarios que viven en la comunidad dedican al menos 12 horas por semana a los miembros, ayudándoles con cuestiones como facturas y presupuestos, estudios, empleo o voluntariado (33).

Amy, que vive en un KeyRing, afirma: “Si me llega una carta que no entiendo, puedo llamarle [al voluntario de la comunidad] y viene a explicármela” (37).

Lee Hart, un voluntario de la comunidad, dice: “Los miembros nos llaman y nos dicen: ‘¿Puedes venir y ayudarme con tal cosa?’ También paso una vez por semana y me aseguro de que todos estén bien” (37). El voluntario de la comunidad también promueve el apoyo entre pares entre los miembros de la red, además de ayudarles a establecer vínculos con los vecinos y las organizaciones comunitarias y locales. Los voluntarios de la comunidad pueden conectar a los miembros a través del núcleo comunitario local, un espacio al que pueden acudir libremente para hablar con un voluntario de la comunidad u otros voluntarios, para conocer a otros miembros o incluso otros habitantes de la zona, si lo permiten las reglas del núcleo comunitario. En estos centros, los miembros pueden socializar, planificar actividades u obtener información y asesoramiento (33).

Los voluntarios para conexiones comunitarias de KeyRing (38) ofrecen su tiempo a la red, pero no cumplen el mismo rol que los voluntarios de la comunidad. Algunos de estos voluntarios tienen una habilidad particular que pueden compartir, y otros se encargan de tareas determinadas, como gestionar los núcleos comunitarios locales.

Los voluntarios de la comunidad trabajan bajo la supervisión de los gestores de apoyo, que se responsabilizan de un grupo de redes. Los gestores tramitan las derivaciones, hacen las evaluaciones y asignan los trabajadores a los miembros; además, prestan asistencia continua al equipo de trabajo en su labor de asistencia para que los miembros alcancen sus metas y ambiciones (29). Los miembros también pueden dirigirse directamente al gestor (33). El equipo comprende otros puestos, como los facilitadores comunitarios, que trabajan en la noche y los fines de semana para apoyar a los miembros que desean usar sus habilidades y talentos, ayudándolos a utilizar y desarrollar conexiones comunitarias. Los facilitadores promueven relaciones de apoyo naturales (38).

Para contratar al personal y reclutar voluntarios, en KeyRing se tienen en cuenta los valores y no la experiencia. Por lo tanto, no es indispensable que tengan experiencia en trabajo social, pero sí que compartan los siguientes valores: igualdad, derechos y respeto, influencia e inclusión, y cambio. En este sentido, KeyRing busca personas que capaciten y empoderen, que respondan y reconsideren, que mejoren e innoven, que cuestionen el *statu quo* y que conecten a las personas (38).

Todos los empleados y los voluntarios de KeyRing reciben una capacitación obligatoria durante su

período de incorporación, impartida a través de Care Academy, un recurso de aprendizaje en línea. Mediante esta plataforma tienen acceso a un amplio menú de cursos sobre salud y atención social (39). Todos los empleados deben completar al menos cuatro módulos: salud y prevención de riesgos; trabajo en solitario; salvaguardias; y apoyo a la igualdad y la diversidad. También siguen un entrenamiento para poner en práctica los valores de KeyRing, como el modelo de desarrollo comunitario basado en activos, el empoderamiento, la organización comunitaria y el uso del esquema Outcome Star (40) para ayudar a los miembros a ser más independientes. Posteriormente, pueden hacer otros ocho módulos con temas como sensibilización sobre salud mental, demencia y discapacidades de aprendizaje.

Una vez que completan los 12 módulos y pasan un período de prueba, reciben un certificado de nivel 2 en atención y un certificado de nivel 3 en discapacidades de aprendizaje. También hay otros cursos de capacitación que tratan necesidades específicas o ayudan al desarrollo comunitario, por ejemplo, de salud mental, violencia doméstica, consumo de sustancias psicoactivas, prestaciones sociales, epilepsia y lengua de señas británica. La mayoría de los gestores de apoyo tienen un título de nivel 5 en administración. KeyRing también ofrece al personal acceso a Open Futures Learning (41), una plataforma de enseñanza en línea mediante videos que pone énfasis en la independencia, la resiliencia y el empoderamiento. Por otro lado, el personal —enfermeras, asistentes sociales y psicólogos— aporta sus experiencias y aprendizaje previos a su incorporación a KeyRing. KeyRing aprovecha estas habilidades para reforzar y desarrollar las capacidades del personal.

Al principio, KeyRing ofrecía una alternativa a la atención residencial solo para personas con discapacidades de aprendizaje (42), pero hoy en día puede entrar en una red cualquier persona que necesite apoyo para vivir de forma independiente: personas con discapacidades psicosociales y problemas de salud mental, alcoholismo y drogadicciones, discapacidades físicas y sensoriales, autismo y Asperger, y personas mayores. KeyRing no es partidaria de poner etiquetas a nadie, pero en su sitio web se indica que “a veces las etiquetas son necesarias para comunicar con claridad quiénes son los destinatarios de KeyRing” (28).

KeyRing acepta a personas que quieran formar parte de una red más amplia y estén dispuestas a darse apoyo mutuo. Esto no significa que los miembros de KeyRing deban tener ciertas habilidades o ser más o menos extrovertidos, sino que entiendan que su apoyo es parte de algo más grande, algo que están felices de compartir, incluso en momentos de dificultad.

Las relaciones entre los integrantes de las redes son iguales que otras relaciones sociales, por lo que a veces se producen desavenencias. Muchas veces, los miembros tienen dificultades en sus relaciones sociales y necesitan apoyo para desarrollar sus habilidades y adquirir confianza en sí mismos. El voluntario de la comunidad y el personal fomentan el desarrollo de estas habilidades. Si surge una disputa o un desacuerdo, se ayuda a las personas a que resuelvan sus problemas. KeyRing no pretende que todos se hagan amigos, pero sí que sean buenos vecinos.

Aunque no se imponen criterios de exclusión concretos, si un miembro muestra desinterés persistente o si con sus acciones pone en riesgo a los demás miembros, al personal o a los voluntarios, se le pide que abandone la red. Si un miembro sufre una crisis, KeyRing sigue ofreciéndole apoyo, junto con otros servicios de salud mental, que pueden incluir la hospitalización. En algunas ocasiones, las personas deciden que la red no les conviene y pueden ser derivadas de nuevo a los equipos de asistencia social de las autoridades locales.

En primer lugar, cuando alguien se hace miembro de KeyRing, el personal comienza observando todos los aspectos de su vida para determinar cuáles son sus necesidades de apoyo inmediato (43). A partir

de ahí, elaboran conjuntamente un plan en el que se detallan los objetivos de la persona y las acciones necesarias para alcanzarlos, a corto y largo plazo. En el plan suele ir incluido un presupuesto personal (32); con esto la persona asume la responsabilidad y se fomenta su vida independiente (44). Para redactar el plan, el personal utiliza Outcome Star, una herramienta de planificación que analiza 10 áreas de la vida de la persona y determina en qué fase se encuentra, en una escala del 1 al 10, donde la fase 1 denota un estancamiento y la fase 10 la autosuficiencia (40). Otras fases son aceptar ayuda, creer y aprender.

Cuando entran en una red, se pone a los nuevos miembros en contacto con otros miembros, con voluntarios de la comunidad y con voluntarios para conexiones comunitarias, con el propósito de hacer que se sientan cómodos y que puedan prestarse apoyo unos a otros. Se ofrece apoyo individualizado a cargo del equipo profesional de KeyRing, que también moviliza recursos comunitarios, siempre que resulta posible. Si los miembros de la red necesitan apoyo adicional, más allá de lo necesario para las actividades cotidianas, también pueden contar con los facilitadores (33).

Si tienen una urgencia, o cuando el personal no está disponible (32), los miembros de KeyRing tienen acceso a una línea de atención permanente, las 24 horas del día, a través del servicio de apoyo, gestión y respuesta (SMaRT); los asesores que gestionan esta línea han recibido capacitación sobre salud mental, además de otras habilidades, y atienden a personas que llaman con ideas de suicidio.<sup>e</sup>

También se ofrecen a los miembros servicios con horarios flexibles y niveles de apoyo variables, en función de cada persona. Por ejemplo, se les ayuda a ensayar un desplazamiento que deban hacer, se les mandan recordatorios y se los acompaña a una cita si lo necesitan.

Las viviendas se alquilan a una autoridad local o una asociación de vivienda, y pueden ser propiedad del residente o de propiedad compartida. Las redes se crean a partir de viviendas existentes, por lo que los residentes no siempre tienen que mudarse para entrar en una. Si se mudan, el personal de KeyRing comprueba que el nuevo miembro no deje atrás sus lazos sociales y comunitarios esenciales (32). KeyRing puede ayudar a las personas a encontrar vivienda en la zona de la red, además de mantenerla. Lo importante es que la vivienda siempre estará a nombre del miembro y no está supeditada a recibir apoyo a través de KeyRing (28). Las personas reciben apoyo durante un tiempo limitado, que rara vez supera los dos años.

KeyRing es diferente de los servicios de apoyo tradicionales. Se dedica sobre todo a la construcción de conexiones, aprovechando los puntos fuertes de las personas, en lugar de los déficits, y considera que las etiquetas son reduccionistas. Danny McDowell, antiguo miembro de KeyRing y luego del consejo de administración de la entidad (34), afirma: “Tienen tiempo para escucharte. Si te dicen que van a hacer algo, lo hacen. Antes me había llevado muchas decepciones, pero en KeyRing son diferentes. Si te dicen que te van a ayudar, al día siguiente van a ayudarte. En otras palabras, practican lo que predicán. Siempre están ahí cuando los necesito. Tengo sus teléfonos de emergencia [...]. Hay mucha gente a la que puedo llamar. Si llamo a alguien y no puede venir, siempre habrá otro que pueda. Aunque no trabajan las 24 horas, siempre hay alguien al otro lado del teléfono que me escucha [...]. Nunca me he encontrado con pedirles ayuda y que no hayan podido ayudarme” (45).

<sup>e</sup> La línea la gestiona NCHA Care and Support.

## Principios y valores fundamentales del servicio

### ***Respeto de la capacidad jurídica***

La capacidad jurídica es un aspecto importante de las redes KeyRing, tanto en el diseño como en la práctica. La misión principal de KeyRing es promover la vida independiente y la autonomía de los miembros en la comunidad. Para lograr una mayor independencia, se hace hincapié en “el ‘hacer con’, aprovechando las habilidades y la experiencia de los miembros, no el ‘hacer por’ o ‘hacer para’, como única forma de empoderar a la persona y hacer que el cambio sea sostenible” (27). El personal recibe capacitación para partir de lo que la persona sea capaz de hacer e indagar cómo puede ir adquiriendo independencia, de una manera que la empodere (28). También se recalca que los miembros son expertos y por tanto son ellos quienes deciden lo que se hace, ellos eligen dónde vivir y con quién, y el contrato de alquiler se mantiene a su nombre (27). Esto genera en los miembros un sentido de responsabilidad y capacidad de acción. El enfoque basado en activos también crea una atmósfera de estimulación y positividad, al concentrarse en los puntos fuertes de las personas. Alentar a los miembros a desarrollar sus habilidades les ayuda a ser más autónomos.

Cuando un miembro llega a KeyRing, se coproduce un plan individual junto con el personal, para dejar debida constancia de sus deseos y aspiraciones y garantizar que estos se reflejen en el apoyo que recibirán en KeyRing. Los planes se revisan anualmente, pero los miembros pueden actualizarlos con más frecuencia si lo desean.

Los miembros tienen acceso flexible al apoyo que necesiten a través de su voluntario de la comunidad o de otros miembros de la red. También pueden llamar a la línea de atención de apoyo, gestión y respuesta (SMaRT). KeyRing pone a su disposición, en un formato accesible, toda la información sobre la red, los documentos del servicio y las herramientas de apoyo, de modo que el personal sabe bien cómo explicarlo todo claramente a los miembros (45). Por ejemplo, en el sitio web hay una versión de lectura fácil de la política de coproducción, para que las personas que decidan entrar en una red se informen a fondo y puedan tomar decisiones independientes (46). En términos más generales, siempre se busca que los miembros tomen decisiones informadas, garantizando que tengan acceso a materiales comprensibles, que puedan asistir a las citas programadas y, si lo desean, que puedan contar con un defensor que les dé apoyo.

También se valora y se incluye la red de apoyo que ya tenga el miembro, si lo desea. Los residentes no tienen que trasladarse pues es posible aglutinar en una nueva red las viviendas en las que ya viven. Así, los miembros conservan sus lazos sociales y familiares (32).

La idea básica de que todos tienen algo que aportar en la comunidad también significa que se valora y se promueve el apoyo entre pares, y el personal y los voluntarios se consideran miembros igualitarios de la comunidad. Esto evita las asimetrías de poder que actúan como barrera e impiden a los miembros sentirse cómodos para expresar sus deseos, aspiraciones o descontentos.

### ***Prácticas no coercitivas***

En los servicios KeyRing no se aplican nunca medidas coercitivas como el aislamiento y las contenciones. Si un gestor lo considera necesario, se imparte capacitación específica sobre desescalada al personal y los voluntarios. También se ofrecen otros cursos a los empleados a través de la plataforma Open Futures Learning, por ejemplo, sobre trabajo con personas difíciles y sobre gestión de comportamientos

autolesivos. Si un miembro tiene una crisis, KeyRing puede comunicarse con los equipos de salud mental o trabajo social del distrito y decidir conjuntamente a qué servicios derivarlo. En estos casos puede ser necesaria la hospitalización, pero no siempre es así. Si se ingresa a alguien en un hospital, KeyRing se ocupa de la vivienda y de sus asuntos económicos, para que tenga un lugar adonde regresar. También se visita al miembro y el personal se coordina con el equipo de salud mental y el hospital para planificar el alta.

Si alguien no desea tomar su medicación, KeyRing organiza, con su consentimiento, una entrevista multidisciplinaria con profesionales, familiares, cuidadores u otras personas, según proceda, en la que se habla de los beneficios y los riesgos de la medicación. KeyRing no deja de prestar apoyo a quienes deciden no medicarse, aunque puede recomendarles hablar con un voluntario que esté tomando la misma medicación. Si los profesionales consideran que sería beneficioso continuar ese tratamiento, el personal de KeyRing insiste en la necesidad de seguir el consejo profesional, pero no juzga a la persona que decide no hacerlo. Además, se analizan otras áreas de la vida de la persona, señalando los resultados positivos de los objetivos que se había propuesto, con la idea de que el éxito en un área ayude a “desbloquear” otras áreas. Aunque la decisión de la persona no afecte el apoyo que se le ofrece, si se enferma puede peligrar su vivienda y su independencia. Si se considera que una persona hace daño a otros miembros o al personal, KeyRing también puede avisar a la autoridad local o a la policía, si procede.

### ***Inclusión en la comunidad***

Acceder a la red significa que los miembros viven en la comunidad y son parte integral de la misma. La filosofía elemental de KeyRing sostiene que, cuantas más personas se conecten a la vida comunitaria, mejor aprovecharán los servicios de apoyo y mejor podrán desenvolverse como ciudadanos activos e independientes. La gama de prestaciones disponibles en su zona de residencia es un acicate para que piensen más allá del asistente de apoyo. Pueden llamar a un amigo si les preocupa algo, o ir al café del barrio si se sienten solos, participando directamente en la vida de la comunidad.

Además del apoyo práctico que proporciona KeyRing, también se fomentan otras conexiones sociales y comunitarias, como la participación en clubes, grupos y deportes, las actividades cívicas de la localidad, como los proyectos de mejora del vecindario, las campañas por el cambio local y la recaudación de fondos para fines benéficos (45). También se ayuda a encontrar empleo en la comunidad. Por esos motivos, los voluntarios de la comunidad y los facilitadores deben adquirir un conocimiento profundo de los recursos y las actividades que se ofertan, a fin de fomentar mejor la conexión de las personas. El apoyo formal para mantener un alquiler o gestionar la vida independiente y la salud mental se vuelve más fructífero a medida que las personas van conectando, traban amistades y tejen sus propias redes de apoyo. Este elemento de desarrollo comunitario es lo que KeyRing considera fundamental para los logros de las personas.

### ***Participación***

Los miembros de KeyRing participan en la gestión de la organización a todos los niveles. En primer lugar, el apoyo entre pares es un elemento esencial del modelo. Como explica un miembro, “todos nos ayudamos entre todos; los miembros se ayudan unos a otros y se cuidan; si uno no se encuentra bien y tiene que hacer alguna compra, me llama; así es como funciona la red. Es una comunidad en la que puedo confiar” (45).

Además, muchos miembros evolucionan y acaban asumiendo puestos de voluntario o de personal. Por ejemplo, Anthony fue miembro de una red durante muchos años y ahora es el voluntario de la comunidad de la red de Sandwell. Aplica su propia experiencia en la red para modular su trabajo con los miembros actuales. Se puede mencionar también el caso de Daniel McDowell, que estuvo en la red de recuperación de Oldham, posteriormente se hizo voluntario de la comunidad y luego asumió un puesto remunerado como asistente de apoyo en otra red; ahora es miembro del consejo de administración, después de haber vivido como miembro de la red.

En el consejo de administración hay dos lugares reservados para personas con experiencia propia (46). Uno de ellos asegura: “Ser miembro de KeyRing y, en particular, ser miembro del Consejo me ha dado confianza en todos los aspectos de mi vida, un sentido de estatus; soy parte del día a día de KeyRing” (33).

Los miembros con experiencia propia reciben una capacitación adicional y ayuda para preparar las reuniones, de modo que puedan acudir a ellas informados y contribuir en igualdad de condiciones con los demás integrantes.

KeyRing sigue un modelo de coproducción, en el que todos los involucrados en un servicio trabajan juntos para que sea operativo. De hecho, KeyRing “desea que los miembros hagan oír su voz en todos los niveles de la organización” (29). Por ejemplo, participan regularmente en las charlas y la promoción del servicio ante las autoridades locales; además, intervienen en los procesos de selección de personal y voluntarios, y su aporte tiene el mismo peso que el de los gerentes. Los miembros también dirigen la redacción del periódico trimestral que edita la organización. El grupo de trabajo Working for Justice, que hace campaña a favor de las personas con discapacidades cognitivas que han tenido problemas con la justicia, también demuestra cómo pueden participar los miembros en la gestión de una organización. El grupo de trabajo ha participado directamente en la capacitación de funcionarios de todas las prisiones de Inglaterra sobre el trabajo con personas con discapacidades cognitivas (33).

En el 2009 y el 2013, los miembros también participaron en la organización y la toma de decisiones del ciclo de congresos nacionales de KeyRing, celebrado en la Universidad de Warwick, al cual asistieron alrededor de 400 delegados. Los miembros tomaron todas las decisiones importantes en relación con el encuentro y participaron plenamente en los aspectos prácticos de su organización (33).

Por último, en las labores de control de calidad también participan personas con experiencia propia. Los expertos que evalúan los servicios de KeyRing se llaman *KeyCheckers* y poseen la experiencia necesaria (46). También se realizan encuestas de satisfacción entre los miembros, para garantizar que se dé respuesta a sus reclamos y comentarios.

### ***Enfoque de recuperación***

El enfoque orientado a la recuperación es primordial en todas las acciones que realiza KeyRing. Se considera que las etiquetas, por ejemplo, limitan el potencial de las personas. “Donde otros ven etiquetas —como discapacidad intelectual, enfermedad mental, indigencia o adicción—, nosotros vemos habilidades y talentos. Vemos personas. No nos gustan las etiquetas. Las etiquetas coartan los sueños de las personas. No dicen nada de lo que la persona es capaz de lograr” (28).

KeyRing adopta una postura holística ante la persona y la prestación de apoyo, teniendo en cuenta todos los aspectos de su vida desde el mismo momento en que entra en la red. Esto se consigue con el plan de apoyo de la herramienta Outcome Star. Un informe sobre KeyRing, elaborado por la

entidad Clinks, señala: “El enfoque holístico que proporciona KeyRing, flexible y centrado en la persona, permite a los usuarios recibir atención durante períodos prolongados en áreas como las relaciones sociales, el empleo y las finanzas, al tiempo que les ayuda a sentirse parte de su comunidad y sentir que tienen más control sobre su futuro” (45).

Otro aspecto del servicio que refuerza el enfoque orientado a la recuperación es el énfasis en los activos, que pretende aprovechar al máximo los puntos fuertes de la persona y lo que es capaz de hacer, promoviendo su independencia y recuperación. Tomar riesgos de manera positiva, es decir, dejar que las personas se arriesguen a equivocarse en lugar de “solucionarles las cosas”, es una parte integral de la recuperación, imprescindible para que adquieran habilidades y confianza en sí mismas. También se elabora con los miembros un plan de gestión de “riesgos positivos”, en los que se definen estrategias para hacer frente a situaciones difíciles y mantener el bienestar.

### Evaluación del servicio

Entre los comentarios positivos sobre la calidad de los servicios de KeyRing están los de Amy: “Probablemente habría terminado en una residencia si no hubiese tenido el apoyo de [mi voluntario de la comunidad] Lee, y mi vida habría sido muy diferente de lo que es ahora” (37).

Entre las historias publicadas en el sitio web de KeyRing, destaca la de un miembro que asegura que “ser parte de KeyRing e ir a eventos de KeyRing me ha dado nuevas ideas, me ha dado un sentido de pertenencia, de no estar solo. Puedo reunirme con gente, hablar, enterarme de consejos y trucos, y en general divertirme” (28).

Del mismo modo, los beneficios de las redes KeyRing también son palpables en la comunidad. En una entrevista, un agente de policía local afirma: “KeyRing es una gran parte de la comunidad. Es un vínculo vital para nosotros, porque en nuestra comunidad hay algunas personas muy inaccesibles, y KeyRing actúa como enlace para que conozcamos a esas personas y ellas nos conozcan a nosotros” (47).

Además de los datos cualitativos, varios informes han corroborado estas impresiones a lo largo de los años. La primera evaluación independiente de KeyRing la realizó en 1998 el centro de investigación Norah Fry, que describió en términos positivos la calidad y la costo-eficacia del servicio (26). KeyRing también fue evaluado en el 2002 por Paradigm, una consultora de discapacidades intelectuales, cuyas conclusiones apuntan a que Key Ring va “mucho más allá de la mayoría de las organizaciones, tanto en su planteamiento como en los resultados”.

En el 2006, el Departamento de Salud publicó un informe y un estudio de casos sobre las redes KeyRing y concluyó que la organización “ayuda a las personas adultas con dependencia a lograr más que otras modalidades clásicas de asistencia” (26). Esta investigación señala los buenos resultados conseguidos por los miembros de tres redes diferentes. Se constató que, gracias a las redes, las personas con grandes necesidades pasaban gradualmente de depender de asistentes remunerados o de la familia a vivir de forma independiente en la comunidad.

Emerging Horizon publicó en el 2015 una evaluación de la red de recuperación, realizada a lo largo de tres años, en la que participaron personas que se recuperaban de problemas por consumo de sustancias psicoactivas y adicciones (48). Se observaron mejoras notables en varias áreas de la vida de los participantes, como salud y bienestar psicológico, conservación de la vivienda, participación en la ayuda mutua, realización de actividades significativas, voluntariado y abstinencia ininterrumpida.



Una evaluación del 2018, realizada por Housing Learning and Improvement Network (LIN), un centro de conocimiento y punto de encuentro de profesionales de vivienda, salud y atención social de Inglaterra, Gales y Escocia, indica que las redes KeyRing pueden comportar un ahorro económico proporcional a las necesidades paliadas (27). Para las estimaciones económicas se utilizaron cálculos definidos como conservadores, a partir de una revisión de los datos a nivel de usuario de cuatro redes KeyRing. Este centro concluye que, cada año, las redes KeyRing comportan los resultados siguientes: el 30% de los miembros evitan quedarse sin hogar o tener que ingresar en un centro psiquiátrico (tres semanas); una cuarta parte dejan de necesitar las visitas semanales de los servicios de enfermería psiquiátrica comunitaria, de asistentes sociales o de coordinadores de atención; una quinta parte deja de necesitar las visitas semanales de los asistentes en relación con el consumo de drogas u otras sustancias psicoactivas; y el 10% deja de necesitar las visitas semanales de las enfermeras especializadas en discapacidades intelectuales.

Por último, según un artículo de Governance International, editado por el coordinador de comunicaciones de KeyRing, el 99,9% de los miembros de KeyRing consiguen mantener su propio arrendamiento (33).

### ***Costos y comparaciones de costos***

El servicio se financia con cargo al presupuesto de asistencia social de la autoridad local, asignado por el gobierno central. Sin embargo, desde el 2010 ha habido recortes significativos, por lo que las autoridades locales han buscado fuentes alternativas; por ejemplo, los impuestos a las empresas y las tarifas de estacionamiento. KeyRing trabaja con varios asociados y acepta encargos de diversas fuentes (49).

El costo de un usuario depende de la ubicación de la red y del grado de dependencia de la persona. Se hace una evaluación de los medios de la persona, que se utiliza para determinar si se les cobran todos los gastos o algunos. El seguro de salud no cubre el servicio prestado por KeyRing.

La evaluación independiente realizada por el centro Housing Learning and Improvement Network en el 2018 en cuatro distritos (Halton, North East Lincolnshire, Oldham y Sandwell) calculó que el costo de la atención que recibe un miembro asciende a 3.665 libras (aprox. US\$ 5.122) por año (sin contar la vivienda ni los alimentos), es decir, 70 libras (aprox. US\$ 97) por semana (27, 33).<sup>f</sup>

Este centro calcula que, por cada libra gastada en KeyRing, se ahorran 1,19 libras en el costo global de la atención, lo que supone un retorno de casi el 120% de la inversión efectuada por la autoridad local (33). Así, el modelo KeyRing conllevaría un ahorro efectivo (reducción del costo de la atención inmediata) de 187.168 libras (US\$ 261.604)<sup>f</sup> por año. Estos datos demuestran que KeyRing es más barato que los servicios de vida asistida tradicionales. Según el análisis, esos ahorros se obtienen al no vivir las personas en servicios residenciales más costosos y al reducirse la atención general que necesitan, una vez que se sienten conectadas a la red. Asimismo, el centro explica que, al evitarse las crisis —y al acelerarse la recuperación cuando estas se producen—, se generan mayores beneficios económicos, ya que se evitan otros costos en el futuro, estimados en 278.347 libras (US\$ 389.000)<sup>f</sup> por año (27).

El Departamento de Salud, en su evaluación del 2006, afirma que “los costos de una red quedan más que compensados, con el tiempo, por la disminución de otras formas de atención a medida que los miembros se vuelven más autosuficientes” (26).

<sup>f</sup> Tasa de cambio de marzo del 2021.

Por lo tanto, la relación costo-eficacia del modelo, incluidos los ahorros efectivos, así como los ahorros asociados con la prevención (27), ha alentado a las autoridades locales y nacionales a invertir en más redes. KeyRing ayuda a las personas a lograr más de lo que sería posible en entornos tradicionales.

### Dificultades y soluciones

#### *Demostrar la viabilidad del servicio*

Al principio fue difícil convencer a las familias, a los ayuntamientos y a los asistentes sociales de que las personas con discapacidad pueden vivir de forma independiente en su propia casa, ya que se daba por sentado que todos necesitan asistencia las 24 horas. Tampoco era fácil convencer a los ayuntamientos de que la contribución de los voluntarios sería tan valiosa como la del personal remunerado.

Para vencer estos prejuicios, se comenzó a reunir una base de evidencia que demostrase que el servicio podría funcionar; para ello, un investigador independiente realizó una evaluación. Luego, se destacó el éxito del trabajo ante las familias y los trabajadores sociales que se mostraban más escépticos, así como ante los medios de comunicación. Gracias a la evaluación, se evidenció que la contratación según valores y personalidad, en lugar de la experiencia en salud o asistencia social, resultaba práctica y efectiva. A la hora de abogar por el servicio, también se apeló a una ley que exige a los gobiernos locales ayudar a las personas adultas vulnerables para que permanezcan en la comunidad. Así pues, el liderazgo fuerte y apasionado, con buenas habilidades de comunicación, fue esencial para transformar mentalidades.

#### *Dificultades económicas*

Aunque al principio se utilizó una subvención para poner en marcha el servicio, la mengua de los fondos públicos asignados a los gobiernos locales y los proyectos de corta duración dificultaron la puesta en marcha de nuevas iniciativas y asociaciones como esta. Además, al reducirse la oferta de vivienda social en el país, con la consiguiente alza de los alquileres, los costos han subido.

Para hacer frente a este problema, el servicio comenzó a construir relaciones sólidas con los proveedores de vivienda, apoyando a las personas antes incluso de que se instalaran y negociando procesos difíciles. Buscó rebajar los costos generales de la organización utilizando las tecnologías de la información y reduciendo la burocracia. El compromiso activo y constante con los comisionados y con la puesta en marcha fue esencial ya que permitió al servicio conocer todas las nuevas oportunidades de financiamiento con prontitud. También se trabajó con asociados comunitarios en la solicitud de subvenciones.

### Consideraciones clave para diferentes contextos

Las cuestiones clave que hay que tener en cuenta a la hora de establecer o ampliar este servicio en otros contextos son las siguientes:

- escuchar a las personas a las que se presta el servicio, involucrando a todos en el desarrollo de la organización y alimentando la cultura de la organización;
- encontrar formas de demostrar el efecto conseguido, respaldándolo con datos económicos;
- fomentar el apoyo mutuo;
- valorar por igual la contribución de los voluntarios y de los voluntarios pares;

- proporcionar el aporte profesional justo y necesario;
- elegir zonas donde las personas no tengan que desplazarse grandes distancias para interactuar y apoyarse mutuamente.

## Más información y recursos

**Sitio web:**

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

**Videos:**

El modelo de las redes KeyRing [en inglés]. <https://vimeo.com/379267912>

**Contacto:**

Sarah Hatch, coordinadora de comunicaciones, Keyring Supported Living, Reino Unido.  
Correo electrónico: [sarah.hatch@keyring.org](mailto:sarah.hatch@keyring.org)

2.4

# Shared Lives

Sudeste de Gales (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte)



## Clasificación principal: Servicio de asistencia para la vida cotidiana

### Otras clasificaciones:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de salud mental comunitario                    | <input checked="" type="checkbox"/> Servicio de alcance comunitario | <input type="checkbox"/> Apoyo entre pares                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Servicio de atención en momentos de crisis | <input type="checkbox"/> Servicio hospitalario                      | <input type="checkbox"/> Servicio de asistencia para la vida cotidiana |

### Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí       No

### Evidencia:

- |  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estudios publicados | <input checked="" type="checkbox"/> Bibliografía gris | <input type="checkbox"/> Ninguna |
|--|---|----------------------------------|

### Financiamiento:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estatal, sector salud | <input checked="" type="checkbox"/> Estatal, sector social | <input type="checkbox"/> Seguro de salud |
| <input checked="" type="checkbox"/> Donantes   | <input type="checkbox"/> Pago directo                      |  |

## Contexto

Gales es uno de los cuatro países que componen el Reino Unido, junto con Inglaterra, Escocia e Irlanda del Norte. La estrategia de salud mental galesa, denominada Together for Mental Health (50), sigue un enfoque basado en los derechos. Promueve explícitamente el modelo de la recuperación, así como el empoderamiento y la participación de los usuarios en las diferentes etapas de la vida, a nivel individual, operativo y estratégico.

Shared Lives es un programa regulado de asistencia social a cargo de cuidadores que reciben una capacitación y que deben estar aprobados por la organización (51). Anteriormente conocida como Adult Placement, Shared Lives representa una alternativa a las residencias, a la asistencia domiciliaria y a los centros de día. El servicio también actúa como enlace transitorio para personas que han estado hospitalizadas o, en el caso de las personas jóvenes, en familias de acogida. Shared Lives presta asistencia a casi 1.000 personas en Gales, y a más de 12.000 en todo el Reino Unido (52). El programa del sudeste de Gales, llamado South East Wales Shared Lives (SEW Shared Lives), al principio estaba dirigido sobre todo a personas adultas con discapacidades intelectuales, pero se amplió para incluir a personas adultas con demencia y personas con problemas de salud mental que han recibido el alta hospitalaria. Más recientemente, se ha abierto un servicio Shared Lives para la atención a las crisis de salud mental, en colaboración con la Junta de Salud de la Universidad Aneurin Bevan, con competencias de salud física y mental en el área de afluencia del condado de Gwent, en el sudeste de Gales, de 650.000 habitantes. Este servicio, que forma parte del programa general de SEW Shared Lives, pretende transformar la atención que se brinda a las personas que sufren una crisis y a sus cuidadores.

El principal programa de la región sudeste es el más grande de Gales (53). Presta servicio en cinco localidades del condado de Gwent (Blaenau Gwent, Caerphilly, Monmouthshire, Newport y Torfaen) y también en Merthyr Tydful (esta localidad no está incluida en el servicio de atención a las crisis). En el plan están incluidas algunas de las zonas más desfavorecidas de Gales. El programa de la región sudeste se lleva a cabo en el marco de una alianza entre las seis autoridades locales y el Consejo de Salud de la Universidad Aneurin Bevan, junto con el Consejo del Condado de Caerphilly como autoridad principal. Cuenta con 13 asistentes de Shared Lives, cuatro coordinadores de personas adultas, tres gerentes y un equipo administrativo.

En Gales, hay ocho planes Shared Lives, presentes en 21 de las 22 jurisdicciones locales. Muchos de ellos han sido elogiados por su labor: Shared Lives South West, por ejemplo, recibió una calificación de “sobresaliente” de la Comisión de Calidad Asistencial (54). En todo el Reino Unido, Shared Lives está presente en la mayoría de las divisiones administrativas locales. Entre el 2017 y el 2018, creció un 3% el número de personas atendidas y un 2% el de cuidadores (53).

### Descripción del servicio

El programa Shared Lives es un servicio basado en la comunidad. Consiste en que una persona adulta que necesita atención se instala en la casa de un cuidador Shared Lives autorizado, o la visita regularmente, durante un tiempo determinado. Puede tratarse de personas que están pasando por una crisis de salud mental o que tienen un trastorno mental, una discapacidad psicosocial, un diagnóstico del espectro autista o algún trastorno relacionado con el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. Algunos usuarios han pasado temporadas en centros de tutela de menores, otros tienen discapacidades físicas o intelectuales, y otros son personas mayores frágiles o con demencia. SEW Shared Lives autoriza y capacita a los cuidadores, recibe derivaciones, asigna a los usuarios a un cuidador compatible y supervisa todo el proceso (51, 55).

En este esquema, los usuarios pueden recibir los siguientes apoyos (56):

- un lugar donde alojarse durante una temporada larga o corta;
- un lugar donde alojarse una temporada corta, a modo de relevo, para que se tome un descanso su cuidador habitual;
- un lugar donde buscar apoyo durante el día o en forma de sesiones (sin pernoctar);
- apoyo para prevenir el ingreso hospitalario;
- apoyo durante un período corto después del alta hospitalaria;
- atención intermedia o de final de vida para personas adultas que requieren adaptaciones a su entorno, a veces para facilitar los cuidados paliativos, y que reúnen los criterios pertinentes para recibir asistencia social.

Para ser cuidador de Shared Lives, no es preciso tener una titulación o experiencia específica (57). El proceso de evaluación generalmente dura tres meses y se divide en las siguientes fases:

- reunión informal para conocer al candidato, su estilo de vida y su experiencia;
- comprobación de referencias;
- una verificación de antecedentes penales, tanto del candidato como de otros miembros de la familia;
- revisión por parte de una comisión independiente (compuesta por gerentes o directores de trabajo

social, jefes de servicio y personal de enfermería). El candidato puede asistir y participar en la revisión.

Con el visto bueno de la comisión, los candidatos a cuidadores de Shared Lives reciben un apoyo integral, adaptado al tipo de plan que vayan a proporcionar. Además de la capacitación básica que se imparte a los cuidadores y sus familias, dentro del proceso de evaluación, los que van a participar en el plan de atención a las crisis reciben una capacitación sobre primeros auxilios en salud mental. Las necesidades de capacitación se revisan regularmente; asimismo, siempre existe la opción de recibir capacitación adicional y de consultar al equipo de crisis y a los psicólogos.

En general, los cuidadores cuentan con la supervisión mensual individual de un trabajador asignado de Shared Lives. Las reuniones se llevan a cabo por teléfono, por correo electrónico o cara a cara, siguen un orden del día y quedan documentadas en los historiales de caso, para tenerlas en cuenta en el proceso de revisión anual del cuidador (57). Cada año, el cuidador recibe una copia de su revisión, a la que puede agregar sus notas, comentarios y valoraciones. Los cuidadores del programa Shared Lives de la región del sudeste de Gales también pueden asociarse a Shared Lives Plus, una entidad benéfica de ámbito nacional que promueve y desarrolla programas Shared Lives. Esta entidad les proporciona apoyo adicional, como eventos, teleconferencias con otros cuidadores Shared Lives y orientaciones sobre derechos humanos y cuestiones jurídico-administrativas (58).

Periódicamente se celebran reuniones de cuidadores en diferentes puntos del sudeste de Gales, en las que tienen la oportunidad de conocerse, ayudarse mutuamente y hablar de Shared Lives como parte de un grupo. En estas reuniones se tratan cuestiones operativas generales, como las necesidades de capacitación, las novedades en materia legislativa o la política de la organización, y también se invita a oradores a hablar sobre temas como la medicación o la terapia dialéctico-conductual (TDC). No está permitido, no obstante, hablar de usuarios concretos del programa Shared Lives. El personal del programa Shared Lives asiste a las reuniones y las modera (59).

Al concluir cada estancia en el programa Shared Lives, un trabajador visita al cuidador para analizar la experiencia y comentar los problemas que hayan surgido, así como la forma de subsanarlos en el futuro.

En la región sudeste de Gales, actualmente hay más de 500 estancias Shared Lives en curso. Hay más de 200 hogares cuidadores que ofrecen servicios en el marco del programa y hay cada vez más familias participantes. Cada familia puede alojar hasta tres personas a la vez, aunque el máximo suele ser de dos.

### ***Servicio para crisis de salud mental***

El servicio para crisis de salud mental arrancó en el 2019, después de dos años de planificación. Representa una alternativa al internamiento hospitalario o puede agilizar el proceso de alta. El servicio ofrece estancias de emergencia con familias seleccionadas y capacitadas para atender a personas que acuden a los equipos de crisis de salud mental. Las estancias son cortas (hasta seis semanas) y las personas cuentan con la asistencia del equipo de crisis. Se les asigna una enfermera de enlace, dentro del equipo de crisis, con la que se reúnen el primer día de la estancia y con la que mantienen el contacto durante todo el tiempo.

Para utilizar este servicio de Shared Lives, la persona tiene que venir derivada desde la unidad hospitalaria o el equipo de crisis psiquiátricas; la derivación puede hacerse cuando la persona ya está ingresada o después de una evaluación de la crisis. El personal de salud comenta las probables

necesidades de la persona en crisis y el equipo de Shared Lives valora el cuidador más adecuado de la reserva disponible. Este proceso demora entre 24 y 48 horas y se puede organizar el mismo día.

El equipo de Shared Lives y de crisis conciertan una reunión inicial entre la persona en crisis y el cuidador potencial, para que hablen de las necesidades que tiene la persona y de lo que puede ofrecerle el cuidador. Este encuentro puede tener lugar en el hospital, pero lo habitual es que sea en el domicilio del cuidador. Posteriormente, si ambas partes están interesadas, la estancia puede comenzar de inmediato, aunque los usuarios siempre pueden tomarse un tiempo para reflexionar antes de decidir si es lo más conveniente para ellos. Una vez que comienza la estancia, la persona, el trabajador de Shared Lives y el equipo de crisis elaboran conjuntamente un plan individual. En este plan se detallan las acciones necesarias para satisfacer las necesidades de bienestar, atención y apoyo de la persona, y cómo se respaldarán sus deseos para lograr sus objetivos; además, funciona como guía para que el cuidador ofrezca apoyo conforme a las necesidades y preferencias de la persona. El plan se revisa regularmente con la persona para garantizar que se ajuste siempre a sus necesidades cotidianas y a los resultados elegidos (60), y es compatible con el plan terapéutico-asistencial elaborado en los servicios de salud mental.

Los trabajadores de SEW Shared Lives visitan a los cuidadores el primer día de la estancia, así como el tercero, esta vez acompañados por el equipo de crisis; posteriormente, la frecuencia de las visitas se pacta entre el cuidador y el usuario. Cada cuidador cuenta además con un referente del programa, al que puede plantear cualquier cosa que considere importante. En el programa de crisis de salud mental, las personas reciben apoyo individual. Actualmente, está presente en dos zonas del condado de Gwent, pero se prevé, a raíz de la evaluación de esta primera etapa, que se amplíe las otras dos áreas de competencia del equipo de crisis.

## Principios y valores fundamentales del servicio

### *Respeto de la capacidad jurídica*

La libertad de elección, el empoderamiento y la autonomía son el núcleo de este servicio. En este sentido, en el programa Shared Lives de la región sudeste de Gales se respeta la capacidad jurídica.

En relación con el consentimiento informado, el usuario recibe información sobre Shared Lives antes de ser derivado al servicio. Habla del servicio con el responsable de su atención o con el profesional de la salud a cargo y consiente la derivación.

Es fundamental que los usuarios decidan ellos con quién van a vivir o alojarse. Por eso, solo se realiza la estancia con el acuerdo del cuidador y de la persona. Se hace hincapié en escuchar al usuario y actuar en función de sus opiniones (60). Para la asignación se tiene en cuenta la compatibilidad entre el usuario y los cuidadores. Uno de los trabajadores de Shared Lives (61) lo ilustra así: “Nunca se nos ocurriría poner a un hincha del Liverpool en una familia del Manchester United” (61).

Una vez que se deriva a la persona a Shared Lives, se elabora el plan individual junto con ella. Se habla y se pacta la forma en que se le prestará atención y apoyo, y se revisa regularmente. Los trabajadores de Shared Lives se aseguran de que la persona entienda la finalidad y el contenido del plan individual antes de recibir los servicios.

Se anima a las personas que desean apoyo para tomar decisiones a que incluyan a sus familiares u otros allegados en el proceso de planificación y toma de decisiones. Se puede incluir a otros profesionales que



conozcan bien a la persona, como enfermeras comunitarias, terapeutas ocupacionales o psicólogos. También se puede pedir el acompañamiento de un defensor, si la persona o sus representantes creen que le ayudaría a controlar su planificación asistencial y la prestación del servicio.

A la hora de redactar o revisar el plan individual, se insta a la persona a hacer constar sus deseos para el futuro e indicar lo que es importante para ella. Pueden ser objetivos generales de bienestar, deseos personales concretos o planes para una enfermedad que pueda empeorar o requerir planificación de final de vida.

Si el cuidador advierte cambios importantes en la salud física, psíquica o emocional de la persona, primero habla con ella y le pide permiso para consultar a un trabajador de Shared Lives o a un profesional de la salud. Únicamente se consulta a los trabajadores de Shared Lives con el consentimiento de la persona.

Respecto al trabajo de cuidador, el equipo de Shared Lives busca candidatos que “tengan interés en apoyar a las personas para que tomen sus propias decisiones y tengan nuevas experiencias” (57).

Existe un mecanismo de reclamos y los usuarios cuentan con una guía clara para presentar una queja. También pueden dirigirse al equipo de crisis si lo estiman necesario.

### ***Prácticas no coercitivas***

En Shared Lives está prohibido aplicar la coerción, la fuerza física y las contenciones, y existen procedimientos específicos para evitar dichas medidas.

El personal y los cuidadores de Shared Lives están capacitados en teoría y técnicas de apoyo conductual positivo, como la desescalada, la detección y prevención de los desencadenantes y las medidas preventivas. También se están elaborando cursos de capacitación para cuidadores en relación con la práctica orientada a la atención de traumas. Se realizan evaluaciones colaborativas de riesgos y planes de respuesta ante personas que puedan necesitar ayuda para comprender su comportamiento o técnicas para ajustar positivamente su vida y solventar los problemas relativos a la seguridad durante la estancia. El servicio trabaja en estrecha colaboración con cada persona para tener en cuenta qué es importante para ella; cada estancia está muy personalizada y adaptada al individuo. En general, Shared Lives cree que muchos de los factores propios del entorno hospitalario, que pueden desencadenar la agitación y en última instancia dar lugar a las contenciones, están ausentes en el entorno de Shared Lives.

### ***Inclusión en la comunidad***

La inclusión en la comunidad es la esencia de los valores de Shared Lives. Todos los cuidadores tienen consideración de profesionales independientes y trabajan desde su casa, ofreciendo estancias largas y de relevo. En caso de prestar apoyo por sesiones, acompañan regularmente a las personas a la comunidad local y las introducen en su red social más amplia. Todo sucede, por lo tanto, en la comunidad; la relación proporciona oportunidades de participar en actividades que favorecen la recuperación y recibir atención en un entorno menos estigmatizado.

Las personas reciben asistencia para mantenerse lo más sanas posible—física, psíquica y anímicamente—con el apoyo de los cuidadores de Shared Lives y de conformidad con su plan individual. En la comunidad, este apoyo puede prestarse para acceder a los servicios de salud primaria, acudir a una cita o seguir los controles de salud anuales.

El servicio alienta a las personas a dedicarse a las actividades, los pasatiempos o los intereses que ellas elijan y, si procede, a acceder a oportunidades de educación, aprendizaje y desarrollo con la ayuda de su cuidador. Se las puede ayudar a descubrir nuevas posibilidades, aprender nuevas rutas de transporte o ir a lugares nuevos en compañía del cuidador.

El servicio promueve la autonomía, la toma de decisiones y el control sobre las actividades y el quehacer cotidiano de la persona, incluida la forma en que recibe la atención y el apoyo. Los cuidadores de Shared Lives apoyan a las personas para que sean lo más independientes posible respecto a su economía, su medicación y sus relaciones sociales.

Se ayuda a las personas a mantener sus creencias lingüísticas, culturales y religiosas. En la medida de lo posible, se les asigna un cuidador que hable el mismo idioma o que comparta con ellas una cultura o religión, o bien se indica al cuidador de Shared Lives que apoye a la persona para que mantenga los vínculos con su comunidad cultural o religiosa.

Uno de los elementos capitales del servicio consiste en apoyar a las personas para que construyan unas relaciones positivas en la comunidad. Es frecuente que, con el apoyo de los cuidadores de Shared Lives, recuperen el contacto con su familia y sus viejas amistades y entablen nuevas amistades y relaciones. Los cuidadores de Shared Lives comparten su casa, su familia y sus lazos comunitarios con la persona, ofreciéndole oportunidades para que expanda su entorno social y establezca nuevas relaciones.

El enfoque holístico de Shared Lives permite a la persona reconstruir aspectos de su vida que quedaron dañados por los problemas de salud mental, el consumo de drogas o alcohol o las adversidades sociales.

Por lo que respecta al programa Shared Lives de atención a las crisis, en concreto, también interviene un trabajador del tercer sector perteneciente a la organización benéfica Platform, especializada en salud mental; este asistente se desempeña en el ámbito del hospital, junto al equipo de planta y de crisis, y comparte sus conocimientos sobre las redes de la comunidad con la persona y el cuidador de Shared Lives. Con esta información, el cuidador de Shared Lives ayuda a la persona a acceder a las redes de pares que desee, incluidos los proyectos de la organización benéfica MIND y los grupos de terapia. También la apoya para que pueda realizar diversas actividades dentro de la comunidad en general. Ello posibilita que las personas interactúen con los demás y amplíen sus círculos sociales, si lo desean. Hay clases de jardinería, arte y manualidades, canto coral, teatro y música, entre muchas otras actividades sociales, así como grupos comunitarios, voluntariados, oportunidades de educación y capacitación.

El equipo de crisis contrató a un par, que actúa como mentor, para trabajar en estrecha colaboración con las personas incluidas en el programa Shared Lives. También se está estudiando la idea de invitar a los antiguos usuarios de Shared Lives a hablar de su experiencia con los usuarios actuales. Una persona ya plasmó su historia en un video y presentó su experiencia ante una delegación de profesionales de la salud procedente de Chequia.

### ***Participación***

Shared Lives Plus, la organización que da cobertura nacional, es un recurso para cuidadores y trabajadores de Shared Lives y ayuda a garantizar que se tenga en cuenta la perspectiva de la experiencia propia en la red de servicios más amplia.

En la comunidad de prácticas de crisis de salud mental de la Junta de Salud de la Universidad Aneurin Bevan intervienen personas con experiencia propia, que ayudan a diseñar los servicios, entre ellos los

que proporciona Shared Lives. Por ejemplo, una persona asistió a las reuniones de planificación del período 2017-2018 y contribuyó a las decisiones sobre el desarrollo del servicio para crisis de salud mental de Shared Lives. Con carácter más general, los usuarios de Shared Lives nombran representantes que asisten a las reuniones de las juntas de los grupos operativos y de los socios, a las que pueden trasladar sus opiniones para influir en la política operativa y estratégica.

También se consulta a los usuarios y representantes todos los años, mediante el cuestionario anual de garantía de calidad del servicio, en el que pueden comentar todo lo que estimen oportuno en relación con el cuidador y el personal de Shared Lives. En los informes de revisión de la calidad asistencial se incluyen resúmenes extractados de los cuestionarios.

Los usuarios del programa de atención a las crisis realizan una evaluación de la calidad de vida en la recuperación (ReQoL, por su sigla en inglés) al comienzo y al final de su estancia. También contestan un cuestionario sobre su experiencia en el servicio. Los datos cualitativos y cuantitativos que aportan las personas se utilizan para planificar los cambios en el servicio y garantizar que los resultados y las experiencias sean positivos. Parte de la capacitación está a cargo de expertos del área de psicología y enfermería.

### ***Enfoque de recuperación***

Todos los servicios de Shared Lives se circunscriben al enfoque orientado a la recuperación. Según Shared Lives Plus (62), “en Shared Lives, el objetivo es una vida familiar ordinaria, a la que todos contribuyen y en la que todos tienen relaciones significativas y son capaces de desenvolverse como ciudadanos activos y valiosos”.

Shared Lives promueve una concepción holística de la atención. En el plan individual, introducido recientemente, se hacen constar en detalle las necesidades y los objetivos de la persona, como aprender a tomar el autobús urbano o ir a hacer las compras (60). Cada usuario dispone de un plan de atención y de un plan individual. Siempre que resulta posible se respetan las preferencias personales.

Las personas que entran en el programa Shared Lives, incluido el servicio de crisis, reciben ayuda para adquirir y conservar habilidades como cocinar, comprar y preparar presupuestos, realizar las tareas domésticas, ampliar su círculo social y los vínculos con la comunidad, ganar independencia y confianza en sí mismas, encontrar un trabajo o estudiar, ir al médico o hacer un viaje. Muchos testimonios, que pueden leerse en el blog de Shared Lives, demuestran el incremento de la autonomía que perciben las personas (63). También hay videos sobre la experiencia de las personas y los cuidadores con Shared Lives (60).

Hace poco, el servicio Shared Lives de crisis de salud mental atendió a un hombre que quería aprender a cocinar para su hijo y no tenía ninguna noción de cocina. Por sus problemas anímicos recurrentes, nunca había encontrado la motivación para aprender. Durante la estancia en Shared Lives, su cuidador le enseñó a preparar unos platos sencillos, que practicaron juntos. Así, fue capaz de regresar a casa y cocinar para su hijo, lo cual le produjo un profundo sentimiento de orgullo y de realización como padre.

### Evaluación del servicio

Algunos cuidadores y usuarios llevan decenios conviviendo o visitándose, lo cual es indicativo de la calidad del proceso de asignación, así como de la repercusión del servicio a largo plazo. En marzo del 2018, la Inspectoría de Servicios Sociales de Gales realizó una inspección del programa Shared Lives en la región sudeste de Gales, sin previo aviso, en la que se analizaron tres áreas: calidad de vida, calidad de la atención y calidad de liderazgo y gestión. Se recopiló información mediante las visitas a la sede y las conversaciones con el personal y los gestores. Los inspectores examinaron los expedientes del personal, de los cuidadores y de los usuarios; también tomaron una muestra de documentos relacionados con el servicio, como las actas de las reuniones del equipo y de la comisión independiente (60).

A grandes rasgos, los resultados de la inspección fueron muy positivos:

- **Calidad de vida.** Se constató que el apoyo prestado por los cuidadores asignados satisface adecuadamente las necesidades de los usuarios. Se consideró que los criterios de selección de los cuidadores, mediante la evaluación de las comisiones independientes, son claros. Se determinó que la planificación de la atención es buena; los expedientes individuales indican que los usuarios están correctamente asignados a un cuidador y que se revisa regularmente su atención. Se observa que los usuarios pueden tener la certeza de recibir asistencia por parte de cuidadores capacitados y supervisados. Se estima que el plan es proactivo a la hora de fomentar la participación de los usuarios en las decisiones que les atañen, por ejemplo, mediante cuestionarios y charlas, como parte de la revisión de la garantía de calidad y las reuniones de usuarios.
- **Calidad del personal.** En su informe, la inspección señala que, en general, los usuarios del servicio reciben apoyo de un equipo motivado y capacitado. Los trabajadores y cuidadores de Shared Lives afirman que “disfrutan de su trabajo”. Otros comentan que “la formación es muy buena” y que “el supervisor nos ayuda mucho”. Los cuidadores consideran que pueden recurrir al personal en cualquier momento que lo necesiten. Según la inspección, el programa supera su objetivo de proporcionar supervisión individual a los cuidadores cada seis semanas.
- **Calidad de liderazgo y gestión.** En el informe se indica que “en general, los usuarios pueden tener la certeza de que existen estructuras y sistemas efectivos para garantizar que el servicio esté bien administrado y que la atención prestada satisface las necesidades identificadas”. Tanto el personal como los cuidadores consideran que pueden plantear cualquier problema a sus supervisores. La inspección también confirma que se documentan en detalle todas las reuniones.

El modelo Shared Lives también ha cosechado buenos resultados en otras regiones, distintas del sudeste de Gales, y con otros colectivos. La Comisión de Calidad Asistencial, que regula todos los programas Shared Lives en Inglaterra, ha determinado reiteradamente que estos servicios constituyen la forma de atención más segura y de mayor calidad (61-64). En el 2019, la Comisión calificó de “buenos” o “sobresalientes” al 96% de los 150 programas Shared Lives que hay en toda Inglaterra, incluido el de sudeste de Gales (54, 65, 66).

También se llevó a cabo una evaluación cualitativa de las estancias de Shared Lives utilizando la herramienta “Mi Vida Compartida”, en la plataforma en línea Shared Lives Plus, que mide los resultados de las personas que visitan o conviven con un cuidador. Esta herramienta examina el bienestar de la persona a lo largo de meses y años, con preguntas que fueron elaboradas en Shared Lives Plus, para reflejar mejor su calidad de vida. Los resultados son sumamente positivos: los últimos datos, de abril del 2019, indican que el 97% de los usuarios de Shared Lives se siente como parte de la familia todo el tiempo o la mayor parte del tiempo; el 89% se siente involucrado en su comunidad; el 83% considera

que su salud física ha mejorado; y el 88% asegura que ha mejorado su salud emocional; además, el 86% asegura que el apoyo de su cuidador les ha ayudado a tener más opciones de elección en su vida cotidiana y el 89% señala que ha mejorado su vida social (67).

Desde su creación en septiembre del 2019, el programa Shared Lives de atención a las crisis ha prestado apoyo, en total, a 59 personas. La duración media de la estancia es de 15 días; 24 personas accedieron al servicio directamente desde la comunidad, mientras que las otras lo hicieron después de un breve ingreso hospitalario, antes de recibir el alta adelantada para entrar en Shared Lives (68).

Además, se ha realizado una evaluación de la calidad de vida de 44 usuarios del servicio de atención a las crisis Shared Lives, determinada con la evaluación ReQoL (69), antes del ingreso y después del alta, comparándola con 15 participantes de control que ingresaron en una planta psiquiátrica de agudos (68). Según los resultados preliminares, los usuarios de Shared Lives tienen puntuaciones significativamente más altas de calidad de vida después del alta que en el momento del ingreso. En cambio, los resultados del grupo de control son menos parejos, y su nivel de significación en el mismo período es más bajo. Las puntuaciones de la experiencia del paciente, determinada con el cuestionario *Patient Experience Questionnaire* (70), también son muy altas en el grupo de Shared Lives: la media es superior a 9, en una escala de 10 puntos, y el intervalo es entre 8 y 10.

Por otro lado, después del alta, los usuarios del servicio Shared Lives de atención a las crisis tuvieron menos ingresos en unidades de agudos que antes de la hospitalización. Se calcula que, en relación con las primeras 32 personas analizadas, se ahorraron 374 días-cama durante el primer año del programa. Además, las personas tuvieron menos contactos con los servicios de urgencias y menos derivaciones dentro de los servicios de salud mental, de lo que se desprende que Shared Lives se asocia con un menor consumo de servicios con el tiempo. Estos primeros resultados revelan los beneficios significativos del grupo de Shared Lives. El menor consumo de servicios puede comportar, lógicamente, una reducción de los costos asociados.

Por último, los testimonios recogidos en el blog de Shared Lives y en video son muy positivos (61, 71-75), como demuestran los siguientes fragmentos:

“Me han acogido en su familia con los brazos abiertos, algo que no mucha gente haría de buen grado, sobre todo con la reputación que tenemos los pacientes de salud mental. Me han hecho sentir como un ser humano normal por primera vez en mucho tiempo y me han dado el espacio para crecer y desarrollarme, al mismo tiempo que están allí para apoyarme y proporcionarme nuevas experiencias y conversaciones”.

“Mis cuidadores me escuchaban ¡y me dejaban planchar!” exclama una persona para quien el acto de planchar —que jamás le habría estado permitido en un hospital psiquiátrico— es profundamente terapéutico y normalizador.

“Me acogieron como a uno más de la familia; sus padres vienen de visita, me he hecho amigo de su sobrino, saco a pasear al perro. Es más una casa que un lugar donde hospedarme un tiempo”.

### *Costos y comparaciones de costos*

La autoridad local efectúa una evaluación económica de las personas que optan al programa Shared Lives del sudeste de Gales, por lo que se les puede exigir el pago de una tasa determinada en función de dicha evaluación; cada autoridad local tiene su política en este sentido.

No hay costo ni contribución económica para el programa Shared Lives de atención a las crisis en el sudeste de Gales, sino que el financiamiento proviene del Fondo de Transformación del Gobierno de Gales, a través de la División de Salud Mental y Discapacidades de Aprendizaje del Departamento de Salud. El departamento de salud local sufraga el costo total del servicio para las personas que sufren una crisis de salud mental.

En el 2020, los cuidadores de Shared Lives en el sudeste de Gales cobraban una remuneración de entre 340 libras (aprox. US\$ 471)<sup>g</sup> y 588 libras (US\$ 822) por semana, según el grado de dependencia de la persona acogida; los cuidadores del plan de atención a las crisis reciben la remuneración más alta, para reflejar el alto nivel de apoyo que brindan. Los cuidadores que solo ofrecen apoyo diurno reciben un pago por segmentos horarios, generalmente de cuatro horas al día.

Shared Lives es una forma relativamente barata de prestar atención y apoyo; las estancias prolongadas son 43% más económicas para las personas con discapacidades intelectuales, y 28% más económicas para las personas con necesidades de salud mental, lo cual supone un ahorro medio de 26.000 libras (US\$ 36.345)<sup>g</sup> y 8.000 libras (US\$ 11.200)<sup>g</sup> por año, respectivamente, según una evaluación (76). También se ha señalado que la estancia en una casa Shared Lives ahorra a los ayuntamientos un promedio anual de 13.000 libras por persona en comparación con las residencias u otras alternativas (77).

Una semana en el programa de atención a las crisis de Shared Lives (incluidos los costos de la infraestructura y el tiempo del equipo de crisis) cuesta 672 libras (aprox. US\$ 939)<sup>g</sup> por semana, en comparación con las 3.213 libras (aprox. US\$ 4.490)<sup>g</sup> por semana de un internamiento hospitalario (incluidos los costos directos e indirectos) en el sudeste de Gales (B. Waites, Junta de Salud de la Universidad Aneurin Bevan, comunicación personal, 2020). Como el servicio actualmente cuenta con fondos para ofrecer 99 semanas de estancia, el costo prestacional asciende a 66.528 libras (US\$ 92.985),<sup>g</sup> mientras que la atención hospitalaria de igual duración costaría 318.087 libras (US\$ 444.583).<sup>g</sup> Presuponiendo que la alternativa es el ingreso hospitalario, el ahorro es de 251.559 libras esterlinas (US\$ 351.621)<sup>g</sup> en un año.

<sup>g</sup> Tasa de cambio de marzo del 2021.

## Dificultades y soluciones

### ***Disipar los miedos y ansiedades entre los profesionales de la salud mental***

Una dificultad importante fueron los miedos y ansiedades que expresaron los profesionales en relación con el traslado de una persona considerada “de alto riesgo” a una casa, fuera del hospital, en un entorno no clínico.

Un método para ayudar a superar estas inquietudes fue recabar la estrecha participación y el compromiso de la gerencia, para que la asunción de riesgos positivos fuese muy visible. Así, las decisiones contaron con el respaldo de la gerencia, no solo de algunos médicos o equipos. El servicio también creó un espacio en el que pudiesen expresarse todas las dudas y ansiedades, celebrando tres jornadas para el desarrollo del equipo; se dieron a conocer casos prácticos del programa Shared Lives existente; y, sobre todo, permitió que el personal de salud mental se reuniera con cuidadores de Shared Lives y escuchara sus experiencias de acogida en sus propias casas.

### ***Solventar los problemas de financiamiento***

Al principio fue difícil reunir los fondos necesarios para poner en marcha la iniciativa. Las limitaciones significaban que la introducción del servicio podía afectar a otros servicios existentes que ya sufrían presiones económicas.

Conseguir fondos a través de la inversión en transformación del Gobierno de Gales evitó que otros servicios se vieran afectados. En concreto, el programa Shared Lives de Gales sudeste ha recibido más fondos para ampliar sus servicios de estancias cortas, lo que permite a los usuarios recuperar su independencia después de una etapa de enfermedad. En última instancia, el Departamento de Salud financió íntegramente el programa Shared Lives de crisis, gracias a su trayectoria de éxito, aprovechando los fondos de transformación.

### ***Superar las complejidades de colaborar con diferentes asociados***

No fue fácil establecer colaboraciones y trabajar con diferentes asociados, en los servicios sociales y de salud, para hacer posible el servicio. Se hizo un esfuerzo considerable por sentar a las personas adecuadas en torno a una mesa a fin de conseguir su implicación. Se celebró una serie de reuniones con asociados clave y con las autoridades locales. También se impartió capacitación conjunta, con miras a construir las relaciones y la confianza necesarias para trabajar de manera verdaderamente colaborativa. Puesto que se necesitaba un cambio radical de mentalidad, se entabló un diálogo con los diversos grupos interesados: desde los responsables de la operativa del servicio hasta los propios usuarios y los cuidadores. Cabe destacar que se incluyó a los cargos de mayor responsabilidad en estos diálogos, para garantizar que toda desviación respecto a la práctica habitual estuviese autorizada en todas las etapas del proceso. Se puso mucho ahínco en ayudar a comprender que el verdadero valor del servicio radica en los resultados que ofrece, por lo que concierne a una mejor experiencia para los usuarios y una mejor evolución a largo plazo (p. ej., menos reingresos, entre otros parámetros). Al final, hicieron falta dos años para completar este proceso, desde que se acordó la línea de actuación hasta la primera prestación.

### ***Concientización continua sobre el servicio como alternativa a lo habitual***

Un factor que se sumó a las dificultades fue mantener el reconocimiento del servicio como una alternativa a lo acostumbrado, es decir, a los servicios tradicionales de salud mental. La presencia regular de los profesionales de Shared Lives, tanto en el equipo de crisis como en la ronda semanal de la planta de psiquiatría del hospital, ayudó a afianzar el conocimiento y la apreciación del servicio.

### ***Prestar apoyo a los cuidadores y al equipo de crisis***

Un factor limitante ha sido la falta de apoyo adecuado para los cuidadores y el equipo de crisis cuando surgen problemas durante las estancias. Para solventarlo, Shared Lives ha creado un equipo de apoyo al cuidador, altamente receptivo, que tiene fácil acceso a la dirección; este equipo ha sido capaz de encontrar soluciones y elaborar políticas con rapidez, a fin de dar respuesta a los problemas en cuanto se producen. Además, se asegura de que las soluciones estén debidamente orientadas a los objetivos, para que sean satisfactorias. Por ejemplo, se garantiza que el final de las estancias esté previsto y planificado desde el principio.

Abordar los problemas de forma eficiente es una prioridad. Por lo tanto, el servicio ha confeccionado documentos prácticos para que los profesionales conozcan mejor el sistema Shared Lives, entre los cuales figuran un protocolo de intercambio de información, una guía operativa y políticas específicas sobre el consumo de drogas y alcohol, así como sobre los límites y el apego, para fomentar las prácticas óptimas en respuesta a los problemas que han ido apareciendo. Estos documentos cuentan con los aportes de profesionales, cuidadores, usuarios y gerentes, y han sido ratificados en los niveles superiores de la organización.

## Consideraciones clave para diferentes contextos

Las cuestiones clave que hay que tener en cuenta a la hora de establecer o ampliar este servicio en otros contextos son las siguientes:

- es fundamental contar con una cantidad suficiente de cuidadores que posean las aptitudes y los conocimientos adecuados para satisfacer la demanda, al igual que una plantilla suficiente para satisfacer la demanda del servicio a medida que crezca;
- invertir en acciones sistemáticas para defender la necesidad de invertir en personal;
- pedir a los cuidadores existentes que corran la voz;
- hacer evaluaciones a corto, medio y largo plazo, para demostrar el valor del servicio;
- asegurarse de recabar los recursos necesarios para realizar evaluaciones periódicas del proyecto y presentar los resultados;
- documentar los resultados comunicados por los pacientes y las experiencias percibidas por los pacientes, incluyendo datos sobre el consumo de servicios (p. ej., días-cama de hospitalización, visitas a urgencias, contactos con el equipo de crisis, etc.);
- confeccionar historias digitales en las que un usuario y un cuidador hablen de sus experiencias, ya que ayudan a recalcar el valor del servicio;
- mantener un meticuloso proceso de asignación para garantizar que el servicio siga estando adaptado a la persona, ya que de ello depende la calidad de esta forma de atención o asistencia social;
- desarrollar la capacidad de regulación de la calidad asistencial que garantice un sistema de



supervisión eficaz, inspeccionado periódicamente por un organismo independiente, lo que asegura que las relaciones no den lugar a negligencia, coerción, violencia y abuso o maltrato;

- tener en cuenta el contexto cultural y el grado de estigma en torno a la salud mental; en algunas culturas, puede ser menos aceptable acoger a alguien en casa a cambio de una contraprestación económica;
- probar la aceptabilidad de este tipo de servicio dentro de una comunidad, ya que consiste en acoger a personas en casa.

## Más información y recursos

### Sitio web:

<https://www.caerphilly.gov.uk/sharedlives>

<https://abuhb.nhs.wales/about-us/public-engagement-consultation/transforming-adult-mental-health-services-in-gwent/>

### Videos:

La historia de Shelley Welton y Simon Burch: poner en marcha el servicio [en inglés]. <https://www.youtube.com/watch?v=8F55lboVbhg>

Historia digital de Lindsey y Shaun: asignar y presentar los cuidadores y los usuarios [en inglés]. <https://www.youtube.com/watch?v=XTVmkn5NYRM&t=1s>

Programa Shared Lives de atención a las crisis de salud mental

<https://abuhb.nhs.wales/about-us/public-engagement-consultation/transforming-adult-mental-health-services-in-gwent/>

### Contacto:

Benna Waites, jefa adjunta de Psicología, Asesoramiento y Terapias Artísticas, Salud Mental y Discapacidades de Aprendizaje, Junta de Salud de la Universidad Aneurin Bevan, Reino Unido. Correo electrónico: [Benna.Waites@wales.nhs.uk](mailto:Benna.Waites@wales.nhs.uk)

# 3.

**Avanzar del concepto a las buenas prácticas en los servicios de asistencia a la vida cotidiana en materia de salud mental**

El objetivo de este apartado es proporcionar una serie de pasos y recomendaciones prácticas que faciliten el proceso de conceptualización, planificación y puesta a prueba de un servicio de asistencia a la vida cotidiana que se rija por las buenas prácticas y las normas de derechos humanos. No debe entenderse como un plan integral y exhaustivo para establecer el servicio, ya que en este proceso intervienen muchos factores contextuales, como los de carácter sociocultural, económico y político. Pueden consultarse más detalles sobre la integración del servicio en los sectores social y de salud en la sección de medidas y pasos a seguir de las *Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*.

## Pasos para establecer o transformar un servicio de asistencia a la vida cotidiana:

- **Constituir un grupo de interesados directos** cuya experiencia sea crucial para establecer o transformar el servicio en su contexto social, político y económico. A título no limitativo, pueden ser:
  - » responsables de las políticas y gerentes de los sectores social y de salud, personas directamente afectadas y sus organizaciones, profesionales de la salud general y de la salud mental, así como las organizaciones asociadas, abogados, políticos, ONG, entidades de personas con discapacidad, académicos, científicos y guardianes comunitarios como jefes locales, curanderos tradicionales, líderes espirituales, cuidadores y familiares.
- **Otorgar la oportunidad a todos los interesados de revisar y comentar a fondo los servicios descritos** en este documento, para formarse una idea cabal y un conocimiento detallado. Se trata de una oportunidad para definir los valores, los principios y las características que les gustaría ver incorporados a los servicios de su país, atendiendo al contexto social, político y económico.
- **Contactar con la dirección o los profesionales de los servicios** que interesan para obtener información y asesoramiento sobre la creación o transformación de un servicio análogo en su contexto y para comprender los matices del servicio. Hay que plantear preguntas concretas sobre cómo funcionan estos servicios, teniendo en cuenta el contexto local en el que se desarrollarían. Se puede hacer con una visita al servicio o por videoconferencia.
- **Impartir capacitación y educación sobre salud mental, derechos humanos y recuperación** a los grupos que serán más relevantes para establecer o transformar el servicio, con los materiales de capacitación presencial QualityRights de la OMS (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>) y la plataforma de capacitación electrónica. Es imprescindible modificar las actitudes y la mentalidad de los interesados para reducir la resistencia al cambio y desarrollar actitudes y prácticas acordes con el enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos.
- **Investigar la regulación jurídica y administrativa** relativa al establecimiento o transformación del servicio.

### Preguntas concretas para establecer o transformar un servicio de asistencia a la vida cotidiana:

- ¿El objetivo es establecer un servicio de asistencia a la vida cotidiana o transformar un servicio que ya existe?
- ¿Cómo se estructurará el servicio: apartamentos compartidos, viviendas? ¿Las habitaciones serán individuales o dobles?
- ¿Cómo se generará un ambiente doméstico donde se respete el espacio personal y la intimidad?
- ¿Se ofrecerá asistencia durante períodos prolongados o cortos, o ambas cosas?
- ¿Qué recursos humanos se necesitarán (p. ej., trabajadores de apoyo entre pares, terapeutas ocupacionales, personal de enfermería, trabajadores sociales, trabajadores de alcance comunitario o trabajadores legos (no profesionales), personal administrativo, etc.)? ¿Qué habilidades y capacitación deberán tener para brindar un servicio de calidad, basado en la evidencia y conforme a los derechos humanos?
- ¿Cómo se organizará el personal de la residencia? ¿Habrá personal interno o turnos de día y de noche? ¿Habrá personal de guardia?
- ¿Quiénes serán los beneficiarios del servicio? ¿Se excluirá a alguien? ¿Estará dirigido a colectivos específicos, definidos por su dependencia o diagnóstico, por edades o sexos, por la situación de pobreza o por los antecedentes de internamiento psiquiátrico? ¿Cómo se accederá al servicio?
- ¿Qué interrelación habrá entre este servicio y los demás servicios y prestaciones de la comunidad? ¿Cómo serán los sistemas de derivación en uno y otro sentido?
- ¿Qué apoyo se prevé proporcionar a nivel interno del servicio? Entre las opciones se pueden incluir:
  - » evaluaciones de las necesidades de apoyo;
  - » intervenciones explícitamente relacionadas con la inclusión en la comunidad;
  - » planes de recuperación centrados en la persona;
  - » apoyo entre pares;
  - » actividades sociales y de ocio;
  - » desarrollo de habilidades (autocuidado, administración del dinero, cocina, tareas domésticas, gestión del tiempo, relaciones sociales y crianza de los hijos);
  - » otros.
- ¿A qué servicios se facilitará el acceso en la comunidad? Entre las opciones se pueden incluir:
  - » servicios de atención en momentos de crisis;
  - » servicios hospitalarios;
  - » centros comunitarios de salud mental;
  - » otros.

- ¿Cómo se hará la evaluación, el abordaje o la derivación de las personas que tengan problemas de salud física?
- ¿Qué estrategias y capacitación se prevé adoptar para hacer realidad la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la participación, la inclusión en la comunidad y la orientación a la recuperación?<sup>h</sup>

### ■ Capacidad jurídica

- ¿Cómo se garantizará que haya mecanismos de apoyo a la toma de decisiones para que estas se ajusten a la voluntad y las preferencias de la persona?
- ¿Cómo se recabará el consentimiento informado de los usuarios para las decisiones relativas al tratamiento?
- ¿Qué procesos se habilitarán para apoyar sistemáticamente a las personas a fin de que elaboren voluntades anticipadas?
- ¿Qué mecanismos se implantarán para que las personas puedan reclamar en caso necesario?
- ¿Cómo se facilitará el acceso a los servicios de asesoramiento y representación legal que necesiten los usuarios (p. ej., asistencia jurídica gratuita)?

### ■ Prácticas no coercitivas

- ¿Cómo se garantizará la capacitación sistemática de todo el personal sobre las respuestas no coercitivas y la desescalada de conflictos y situaciones de tensión?
- ¿Cómo se apoyará a las personas para que preparen un plan individualizado a fin de explorar y responder a las sensibilidades y signos de malestar psicológico?
- ¿Cómo se generará una cultura del “sí” y del “se puede”, en la que se haga todo lo posible para responder a las peticiones de los usuarios con un “sí” en lugar de un “no”?
- ¿Cómo establecerá el servicio un ambiente de apoyo?

### ■ Participación

- ¿Cómo participarán las personas con experiencia propia del equipo del servicio? ¿Serán parte del personal, voluntarios o consultores?
- ¿Cómo estarán representadas en la toma de decisiones de alto nivel en el servicio?
- ¿Cómo se recopilarán sistemáticamente los comentarios y opiniones de los usuarios? ¿Cómo se integrarán en el servicio?
- ¿Cómo se vinculará a los usuarios con las redes de pares de la comunidad?

<sup>h</sup> Para más información, véase el apartado 1.3 de *Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*.

### ■ Inclusión en la comunidad

- ¿Cómo se apoyará a las personas para que encuentren trabajo y oportunidades de obtener sus propios ingresos? Por ejemplo, ¿con un programa de transición al empleo, un programa de empleo asistido o mediante empleo independiente, según sea el caso?
- ¿Cómo se facilitará la educación asistida y la ayuda para acceder a oportunidades y recursos educativos en la comunidad, a fin de que la persona siga formándose?
- ¿Cómo se facilitará el acceso a las prestaciones de protección social?
- ¿Cómo se facilitará el acceso a los programas sociales y de ocio?

### ■ Recuperación

- ¿Cómo garantizará el servicio que se contemple a la persona en el contexto de toda su vida y sus experiencias? ¿Cómo se garantizará que la atención y el apoyo no se centren únicamente en el tratamiento, el diagnóstico y el alivio sintomático?
- ¿Cómo se garantizará que las cinco dimensiones de la recuperación sean componentes integrales de la prestación? Estas dimensiones son 1) conexión; 2) esperanza y optimismo; 3) identidad; 4) significado y propósito; y 5) autoempoderamiento.
- ¿Cómo se apoyará a las personas para que elaboren un plan de recuperación? Es decir, ¿cómo las ayudarán a reflexionar y documentar sus esperanzas y objetivos, las estrategias para lidiar con situaciones difíciles, manejar el malestar psicológico, mantenerse bien, etc.?

- **Preparar una propuesta o ficha conceptual** que describa los distintos puntos del proceso, detallando los pasos para configurar el servicio, la visión y el funcionamiento de la red de servicios, según la cartera de servicios que se proporcionarán. Habrá que incluir lo siguiente:
  - » recursos humanos, capacitación y supervisión;
  - » relación del servicio con otros servicios sociales y de salud mental de ámbito local;
  - » estrategias para garantizar que se respetan los principios de derechos humanos concernientes a la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la inclusión en la comunidad y la participación, junto con el enfoque de recuperación;
  - » detalles sobre el seguimiento y la evaluación del servicio;
  - » costos del servicio, incluida una comparativa con los servicios que ya están en funcionamiento.
- **Obtener los recursos financieros necesarios** para establecer o transformar el servicio, explorando todas las posibilidades, como los sectores públicos de bienestar social y salud, los organismos de seguros de salud, las ONG, los donantes privados, etc.
- **Establecer y poner en marcha** el servicio de acuerdo con los requisitos administrativos, financieros y jurídicos.
- **Monitorear y evaluar el servicio de manera continua**, publicando estudios que incorporen variables de satisfacción de los usuarios, calidad de vida, criterios de inclusión comunitaria (empleo, educación, generación de ingresos, vivienda, protección social), recuperación, reducción de síntomas, evaluación de la calidad y situación de los derechos humanos (p. ej., con el instrumento de evaluación QualityRights) y tasas de prácticas coercitivas (tratamiento forzoso, contenciones mecánicas, químicas y físicas).
- **Entablar un diálogo y una comunicación continua con las partes interesadas y el público** mediante la celebración de foros y audiencias con estos grupos, para permitir que expresen abiertamente sus puntos de vista, sus ideas y sus inquietudes sobre el servicio, así como para responder a sus dudas.
- **Defender y promover el servicio** ante todos los interesados (políticos, responsables de las políticas, seguros de salud, medios de comunicación, personas directamente afectadas, familias, ONG, entidades de discapacidad y la comunidad en general). Esto también implica una labor de promoción activa a través de los medios tradicionales y las redes sociales. Subrayar en público los éxitos del servicio puede ser una buena estrategia para sumar apoyos.
- **Poner en práctica las estrategias e implantar los sistemas necesarios** para asegurar la sostenibilidad del servicio.

## Referencias

1. Georgia. En: Banco Mundial [sitio web]. Washington, D.C.: Banco Mundial; s.f. (<https://datos.bancomundial.org/pais/georgia>, consultado el 13 de mayo del 2020).
2. How Georgia is reforming mental healthcare. En: United Nations Development Programme [sitio web]. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2015 (consultado el 14 de mayo del 2020).
3. Gugunishvili N. About community-based housing for the disabled, and a dream. *Georgia Today*. 12 de enero del 2017 (consultado el 12 de mayo del 2020).
4. Hand in Hand [sitio web]. Tiflis: Hand in Hand; s.f. (<https://www.handinhand.ge/>, consultado el 12 de mayo del 2020).
5. შეზღუდული სახელმწიფო ზრუნვა და შშმ პირები ოჯახურ გარემოში. En: EMC Rights [sitio web]. Tiflis: EMC Rights; 2015 (<https://emc.org.ge/ka/products/shezghuduli-sakhelmtsifo-zrunva-dashshm-pirebi-ojakhur-garemoshi>, consultado el 15 de mayo del 2020).
6. MAPS person centred planning. En: Inclusive Solutions [sitio web]. Mapperley: Inclusive Solutions; 2019 (<https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/maps/>, consultado el 22 de junio del 2020).
7. PATH person centred planning. En: Inclusive Solutions [sitio web]. Mapperley: Inclusive Solutions; 2017 (<https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/path/>, consultado el 22 de junio del 2020).
8. Jones E, Perry J, Lowes K, Allen D, Toogood S, Felce D. *Active support: a handbook for supporting people with learning disabilities to lead full lives*. Chesterfield: The Association for Real Change; 2011 (<https://arcuk.org.uk/publications/files/2011/11/Active-Support-Handbook.pdf>, consultado el 7 de enero del 2021).
9. Active support. En: United Response [sitio web]. Londres: United Response; 2020 (<https://www.unitedresponse.org.uk/active-support-guide>, consultado el 19 de mayo del 2020).
10. Monitoring Group of the State Program for Social Rehabilitation and Childcare. Hand in Hand monitoring report. Tiflis: Programa Estatal de Rehabilitación Social y Puericultura; 2018 (consultado el 18 de enero del 2021).
11. Kiknadze E. Dadari, a Georgian toy company with incredible social and ecological missions. *Georgian Journal*. 20 de mayo del 2020 (<https://georgianjournal.ge/society/35663-dadari-a-georgian-toy-company-with-incredible-social-and-ecological-mission.html>, (consultado el 20 de mayo del 2020).
12. Georgia - Mental Health Initiative [video]. Zagreb: Gral Film; 2020 (<https://vimeopro.com/gralfilm/include/video/336759271>, consultado el 12 de mayo del 2020).
13. About us. En: The Banyan [sitio web]. Chennai: The Banyan; s.f. (<https://thebanyan.org/aboutus/>, consultado el 18 de noviembre del 2019).
14. Narasimhan L, Gopikumar V, Jayakumar V, Bunders J, Regeer B. Responsive mental health systems to address the poverty, homelessness and mental illness nexus: the Banyan experience from India. *Int J Ment Health Syst*. 2019; 13. doi: 10.1186/s13033-019-0313-8.
15. Home again: housing with supportive services for women with mental illness experiencing long term care needs. En: Mental Health Innovation Network [sitio web]. Ginebra y Londres: Mental Health Innovation Network; s.f. ([https://www.mhinnovation.net/innovations/home-again-housing-supportive-services-women-mental-illness-experiencing-long-term-care?qt-content\\_innovation=2#qt-content\\_innovation](https://www.mhinnovation.net/innovations/home-again-housing-supportive-services-women-mental-illness-experiencing-long-term-care?qt-content_innovation=2#qt-content_innovation), consultado el 10 de noviembre del 2019).
16. Narasimhan L. Homelessness and mental health: unpacking mental health systems and interventions to promote recovery and social inclusion [tesis doctoral]. Ámsterdam: Universidad Libre de Ámsterdam; 2018 (<https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/69436271/preliminary+matter.pdf>, consultado el 7 de enero del 2021).



17. Seshadri H. These homes are helping women with mental illness merge into society. *The Week*. 9 de enero del 2019 (<https://www.theweek.in/leisure/society/2019/01/09/these-homes-helping-women-mentall-illness-merge-into-society.html>, consultado el 10 de noviembre del 2019).
18. *Annual Report 2017-2018: 25 years of The Banyan*. Chennai: The Banyan; 2019 ([https://thebanyan.org/wp-content/uploads/2021/03/1615260243810\\_TB-Annual-Report-2017-18.pdf](https://thebanyan.org/wp-content/uploads/2021/03/1615260243810_TB-Annual-Report-2017-18.pdf), consultado el 10 de noviembre del 2019).
19. National strategy for inclusive and community-based living for persons with mental health issues. Gurugram: The Hans Foundation; 2019 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/THF-National-Mental-Health-Report-Final.pdf>, consultado el 7 de enero del 2021).
20. 225-year-old IMH to become 'centre of excellence': Health minister. *The Times of India*. 17 de julio del 2019 (<https://timesofindia.indiatimes.com/city/chennai/225-year-old-imh-to-become-centre-of-excellence-health-minister/articleshow/70255577.cms>, consultado el 13 de enero del 2021).
21. Richter D, Hoffmann H. Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2017; 136: 269-79. doi: 10.1111/acps.12765.
22. Chow WS, Priebe S. How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *BMJ Open*. 2016; 6: e010188. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010188.
23. Chow WS, Priebe S. What drives changes in institutionalised mental health care? A qualitative study of the perspectives of professional experts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019; 54: 737-44. doi: 10.1007/s00127-018-1634-7.
24. Independent review of the Mental Health Act 1983. Modernising the Mental Health Act - final report from the independent review. Londres: Departamento de Salud y Asistencia Social; 2018, (<https://www.gov.uk/government/publications/modernising-the-mental-health-act-final-report-from-the-independent-review>, consultado el 4 de agosto del 2020).
25. Housing choices. Bath: National Development Team for Inclusion; 2017 ([https://www.ndti.org.uk/uploads/files/Housing\\_Choices\\_Discussion\\_Paper\\_1.pdf](https://www.ndti.org.uk/uploads/files/Housing_Choices_Discussion_Paper_1.pdf), consultado el 4 de agosto del 2020).
26. Short D. *CSED Case Study: KeyRing: Living Support Networks*. Londres: Departamento de Salud; 2009.
27. Establishing the financial case for KeyRing. Londres: Housing LIN; 2018 ([https://www.housinglin.org.uk/assets/KeyRing\\_Financial\\_Proof\\_of\\_Concept-HousingLIN-FIN-002.pdf](https://www.housinglin.org.uk/assets/KeyRing_Financial_Proof_of_Concept-HousingLIN-FIN-002.pdf), consultado el 7 de enero del 2021).
28. What we do. En: KeyRing Living Support Networks [sitio web]. Londres: KeyRing Living Support Networks; s.f. (<https://www.KeyRing.org/what-we-do>, consultado el 6 de enero del 2021).
29. KeyRing Living Support Networks [sitio web]. Londres: KeyRing Living Support Networks; s.f. (<https://www.keyring.org>, consultado el 6 de enero del 2021).
30. Poll C. Co-production in supported housing - KeyRing Living Support Networks and neighbourhood networks. En: Hunter S, Ritchie P (eds.). *Co-production and personalisation in social care: changing relationships in the provision of social care*. Londres: Jessica Kingsley Publishers; 2007: pp. 49-66.
31. KeyRing Living Support Networks. En: My Life Warrington [sitio web]. Warrington: My Life Warrington; s.f. (consultado el 6 de enero del 2020).
32. Clapham D. *Accommodating difference: evaluating supported housing for vulnerable people*. Bristol: Policy Press; 2017.
33. The network is the key: How KeyRing supports vulnerable adults in the community. En: Governance International [sitio web]. Birmingham: Governance International; 2019 (<http://www.govint.org/good-practice/case-studies/keyring-living-support-networks/>, consultado el 6 de enero del 2020).
34. Russell C. Asset-based community development - 5 core principles. En: Nurture Development [sitio web]. Dublín: Nurture Development; 2017 (<https://www.nurturedevelopment.org/blog/asset-based-community-development-5-core-principles/>, consultado el 7 de enero del 2021).

35. Where we work. En: KeyRing Living Support Networks [sitio web]. Londres: KeyRing Living Support Networks; s.f. (<https://www.keyring.org/where-we-work>, consultado el 7 de enero del 2021).
36. Co-production in social care: what it is and how to do it. Practice example: KeyRing. En: Social Care Institute for Excellence (SCIE) [sitio web]. Londres: Social Care Institute for Excellence (SCIE); 2013 (<https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide51/practice-examples/keyring.asp>, consultado el 7 de enero del 2021).
37. Helen Sanderson Associates. Amy talks about living in her own home through Key Ring [video]. Heaton Moor: Helen Sanderson Associates; 2010 (<https://www.youtube.com/watch?v=usH5dh5bVp4&t=175s>, consultado el 6 de enero del 2020).
38. Join us. En: Keyring Living Support Networks [sitio web]. Londres: Keyring Living Support Networks; s.f. (<https://www.keyring.org/join-us>, consultado el 19 de febrero del 2021).
39. EdgeWorks [sitio web]. Manchester: EdgeWorks; s.f. (<https://www.edgeworks.co.uk/>, consultado el 13 de enero del 2021).
40. MacKeith J, Burns S, Graham K. *User guide: the Outcomes Star - supporting change in homelessness and related services*. Londres: Homeless Link; 2008 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Outcome-Star-User-Guide-2nd-Ed.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
41. Open Future Learning [sitio web]. Nueva York: Open Future Learning; s.f. (<https://www.openfuturelearning.org/>, consultado el 8 de febrero del 2021).
42. Our history. En: KeyRing Living Support Networks [sitio web]. Londres: KeyRing Living Support Networks; s.f. (<https://www.keyring.org/who-we-are/our-history>, consultado el 19 de febrero del 2021).
43. KeyRing network model [video]. Londres: KeyRing Living Support Networks; 2020 (<https://vimeo.com/379267912>, consultado el 7 de enero del 2021).
44. KeyRing London and South East. En: KeyRing Living Support Networks [sitio web]. Londres: KeyRing Living Support Networks; s.f. (<https://www.keyring.org/where-we-work/london-and-south-east>, consultado el 7 de enero del 2021).
45. KeyRing: supporting offenders with learning disabilities. Londres: Clinks; 2016 ([https://www.clinks.org/sites/default/files/2018-10/clinks\\_case\\_study\\_-\\_keyring\\_april\\_2016\\_0.pdf](https://www.clinks.org/sites/default/files/2018-10/clinks_case_study_-_keyring_april_2016_0.pdf), consultado el 7 de enero del 2021).
46. A co-production policy - easy read. Londres: KeyRing Living Support Networks; s.f. ([https://www.keyring.org/uploaded\\_files/1641/images/Coproduction%20Easy%20Read.pdf](https://www.keyring.org/uploaded_files/1641/images/Coproduction%20Easy%20Read.pdf), consultado el 7 de enero del 2021).
47. KeyRing [video]. Londres: Mental Health Foundation; 2018 (<https://www.youtube.com/watch?v=xCNKUvFylvA>, consultado el 6 de marzo del 2021).
48. *Final report: Addicts4Addicts & Keyring Recovery Network*. Emerging Horizons; 2015 ([https://www.keyring.org/uploaded\\_files/1630/images/A4A%20KN%20Report%20-%20Emerging%20Horizons.pdf](https://www.keyring.org/uploaded_files/1630/images/A4A%20KN%20Report%20-%20Emerging%20Horizons.pdf), consultado el 22 de enero del 2021).
49. Commission us. En: KeyRing Living Support Networks [sitio web]. Londres: KeyRing Living Support Networks; s.f. (<https://www.keyring.org/commission-us>, consultado el 4 de agosto del 2020).
50. *Together for mental health: a strategy for mental health and wellbeing in Wales*. Cardiff: Asamblea del Gobierno de Gales; 2012 (consultado el 7 de enero del 2021).
51. Harflett N, Jennings Y. Evaluation of the Shared Lives Mental Health project. Bath: National Development Team for Inclusion; 2017 (<https://www.ndti.org.uk/resources/evaluation-of-the-shared-lives-mental-health-project>, consultado el 7 de enero del 2021).
52. About us. En: Shared Lives Plus [sitio web]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/about-us/>, consultado el 3 de septiembre del 2019).

53. Shared Lives in Wales annual report 2017-2018, executive summary. Liverpool: Shared Lives Plus; 2019 (<https://sharedlivesplus.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/Shared-Lives-in-Wales-2017-18-Exec-summary-English.pdf>, consultado el 7 de enero del 2021).
54. Shared Lives South West [sitio web]. Kingsteignton: Shared Lives South West; s.f. (<https://www.sharedlivessw.org.uk/>, consultado el 7 de enero del 2021).
55. Callaghan L, Brookes N, Palmer S. Older people receiving family-based support in the community: a survey of quality of life among users of 'Shared Lives' in England. *Health Soc Care Community*. 2017; 25: 1655-66. doi: 10.1111/hsc.12422.
56. South East Wales Shared Lives Scheme. En: Blaenau Gwent County Borough Council [sitio web]. Ebbw Vale: Consejo del Condado de Blaenau Gwent; 2017 (consultado el 9 de septiembre del 2019).
57. Assessment process for shared lives carers. En: Caerphilly County Borough Council [sitio web]. Tredegar: Consejo del Condado de Caerphilly; s.f. (<https://www.caerphilly.gov.uk/Services/Services-for-adults-and-older-people/Learning-disabilities/South-East-Wales-Shared-Lives-Scheme/Assessment-process-for-shared-lives>, consultado el 9 de septiembre del 2019).
58. Advice when you want it. En: Shared Lives Plus [sitio web]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/our-support/membership-perks/advice-when-you-want-it/>, consultado el 26 de septiembre del 2019).
59. South East Wales adult placement / Shared Lives scheme. En: Torfaen County Borough Council [sitio web]. Pontypool: Consejo del Condado de Torfaen; 2018 (<https://www.torfaen.gov.uk/en/HealthSocialCare/Caring-for-Someone/Adultplacementschemes/Adult-Placements.aspx>, consultado el 9 de septiembre del 2019).
60. South East Wales Shared Lives Scheme: Care Inspectorate Wales; 2019 [puede solicitarse el informe a la Organización Mundial de la Salud].
61. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Lindsey and Shaun's digital story [video]. Ystrad Mynach: Consejo del Condado de Caerphilly; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=XTVmkn5NYRM&t=6s>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
62. *Intermediate care guidance for Shared Lives 2019*. Liverpool: Shared Lives Plus; 2019 ([https://sharedlivesplus.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/Intermediate\\_care\\_guidance\\_for\\_Shared\\_Lives\\_final\\_2019.pdf](https://sharedlivesplus.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/Intermediate_care_guidance_for_Shared_Lives_final_2019.pdf), consultado el 9 de septiembre del 2019).
63. About. En: South East Wales Shared Lives Scheme [sitio web]. Caerphilly: South East Wales Shared Lives Scheme; 2015 (<https://southeastwalessharedlivesscheme.wordpress.com/about/>, consultado el 5 de septiembre del 2019).
64. Shared Lives Plus. Imagine a world of Shared Lives care supporting people for the NHS [video]. Liverpool: Shared Lives Plus TV; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=swOo6cO7A38>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
65. State of care. En: Care Quality Commission [sitio web]. Newcastle: Comisión de Calidad Asistencial; 2019 (consultado el 18 de enero del 2021).
66. Meet the carers who are opening their own homes to people in need. En: ITV [sitio web]. Londres: ITV; 2019 (<https://www.itv.com/news/central/2019-04-19/thousands-benefit-from-new-social-care-scheme>, consultado el 19 de septiembre del 2019).
67. The difference Shared Lives make. En: Shared Lives Plus [sitio web]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/the-difference-shared-lives-make/>, consultado el 26 de septiembre del 2019).
68. Transforming adult mental health services in Gwent - Junta de Salud de la Universidad Aneurin Bevan (NHS Wales). Newport: Junta de Salud de la Universidad Aneurin Bevan (NHS Wales); 2021 (<https://abuhb.nhs.wales/about-us/public-engagement-consultation/transforming-adult-mental-health-services-in-gwent/>, consultado el 31 de marzo del 2021).

69. Keetharuth A, Brazier J, Connell J, Bjorner J, Carlton J, Taylor Buck E et al. Recovering Quality of Life (ReQoL): a new generic self-reported outcome measure for use with people experiencing mental health difficulties. *Br J Psychiatry*. 2018; 212. doi: 10.1192/bjp.2017.10.
70. NHS Wales. Validated core service user questions and updated Framework for Assuring Service User Experience. Cardiff: Gobierno de Gales; 2018 (<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1064/Welsh%20Health%20Circular%202018%20042%20-%20Framework%20and%20core%20questions%20ENGLISH.pdf>, consultado el 6 de marzo del 2021).
71. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Jacqui Mills - a family's perspective [video]. Ystrad Mynach: Consejo del Condado de Caerphilly; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=NttkyxJvLpQ>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
72. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Alex's digital story [video]. Ystrad Mynach: Consejo del Condado de Caerphilly; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=ZrljVVNq3eM>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
73. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Tracy's story [video]. Ystrad Mynach: Consejo del Condado de Caerphilly; 2013 ([https://www.youtube.com/watch?v=9\\_6PHlcFEGA](https://www.youtube.com/watch?v=9_6PHlcFEGA), consultado el 30 de diciembre del 2020).
74. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Shelley Welton & Simon Burch's digital story [video]. Ystrad Mynach: Consejo del Condado de Caerphilly; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=8F55lboVbhg>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
75. Shared Lives Plus. My choice, our life: Shared Lives supporting people with mental ill health [video]. Liverpool: Shared Lives Plus TV; 2018 (<https://www.youtube.com/watch?v=rh1Wgm8mmFQ>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
76. *Investing in Shared Lives*. Londres: Social Finance; 2013 ([https://www.socialfinance.org.uk/sites/default/files/publications/sf\\_shared\\_lives\\_final.pdf](https://www.socialfinance.org.uk/sites/default/files/publications/sf_shared_lives_final.pdf), consultado el 7 de enero del 2021).
77. Hardy R. Shared Lives: A community-based approach to supporting adults. *The Guardian*. 23 de mayo del 2014 (<https://www.theguardian.com/social-care-network/2014/may/23/shared-lives-community-based-supporting-adults>, consultado el 7 de enero del 2021).

