



Orientaciones sobre los servicios comunitarios 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
ORCINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Orientaciones sobre los servicios comunitarios 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



QualityRights

Versión oficial en español de la obra original
Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches
© World Health Organization, 2021
ISBN 978-92-4-002570-7 (electronic version)

Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos

ISBN: 978-92-75-32593-3 (pdf)

ISBN: 978-92-75-12593-9 (print)

© Organización Panamericana de la Salud, 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Atribución-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/igo/deed.es>.



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 a continuación. 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 la siguiente nota de descarga junto con la forma de cita propuesta: “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 la siguiente nota de descarga junto con la forma de cita propuesta: “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”.

Forma de cita propuesta: Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275325933>.

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

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, escribir a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

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 descarga 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: Friendship Bench, Home again/Kapil Ganesh, Hand in Hand – Ami Vitale. Página 18: Ask Alice Photography/Andrea Alexis. Página 24: Missing Link Housing. Página 29: Open Dialogue/Mia Kurtti. Página 34: Wise Management Services Ltd. Página 78: Hearing Voices - Helena Lopes. Página 84: USP Kenya. Página 90: PSSEO/ Beverley Johnston. Página 97: Atmiyata Gujarat. Página 102: Friendship Bench. Página 112: Naya Daur - Jayati Saha, Iswar Sankalpa. Página 124: Hand in Hand - Ami Vitale. Página 130: Home again/ Kapil Ganesh. Página 134: Keyring/Sean Kelly. Página 169: Red de servicios de salud mental de Campinas. Página 176: East Lille/Nathalie Paulis. Página 181: Trieste/Massimo Silvano. Página 188: Centro de Salud Mental Comunitario El Buen Vivir de Condorcanqui-Amazonas. Página 190: Red de servicios de salud mental de Bosnia y Herzegovina. Página 193 y 195: OMS Líbano/R. Ziade.

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

Índice

Recuadros	vii
Prefacio	viii
Agradecimientosix
Resumen	xvii
¿En qué consiste la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS?	xxiii
Acerca de las orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental de la OMS	xxiv

1.

Generalidades: Enfoques centrados en las personas y la recuperación, y basados en los derechos 1

1.1	El contexto mundial	2
1.2	Normas internacionales clave de derechos humanos y el enfoque de recuperación	4
1.3	Ámbitos esenciales para los servicios de salud mental y los derechos de las personas con discapacidades psicosociales	7
1.4	Conclusiones.	13

2.

Servicios con buenas prácticas que promueven los derechos y la recuperación .. 14

2.1	Servicios de salud mental en momentos de crisis	17
2.1.1	Afiya House -Massachusetts, Estados Unidos de América	18
2.1.2	Link House - Bristol, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	24

2.1.3	Servicio en momentos de crisis Open Dialogue - Laponia, Finlandia	29
2.1.4	Tupu Ake - Nueva Zelanda	34
2.2	Servicios de salud mental hospitalarios	40
2.2.1	Unidad BET, Hospital Blakstad, Vestre Viken Hospital Trust - Viken, Noruega	41
2.2.2	Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH - Heidenheim, Alemania	47
2.2.3	Soteria - Berna, Suiza	53
2.3	Centros de salud mental comunitarios	59
2.3.1	Clínica Aung - Rangún, Myanmar	60
2.3.2	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III - Brasilândia, São Paulo, Brasil	65
2.3.3	Phoenix Clubhouse - Región Administrativa Especial de Hong Kong, China	71
2.4	Servicios de salud mental de apoyo entre pares	77
2.4.1	Grupos de apoyo Hearing Voices	78
2.4.2	Grupo de apoyo entre pares para el empoderamiento mental de Nairobi - USP Kenya	84
2.4.3	Peer Support South East Ontario - Ontario, Canadá.	90
2.5	Servicios de salud mental de alcance comunitario	96
2.5.1	Atmiyata - Gujarat, India	97
2.5.2	Friendship Bench - Zimbabwe	102
2.5.3	Home Focus - Cork Occidental, Irlanda	107
2.5.4	Naya Daur - Bengala occidental, India	112
2.5.5	Ómbudsman - Suecia	117
2.6	Servicios de asistencia para la vida autónoma en materia de salud mental	123
2.6.1	Servicio de asistencia para la vida autónoma Hand in Hand - Georgia	124
2.6.2	Home Again - Chennai, India	130
2.6.3	Redes de asistencia para la vida autónoma KeyRing	
2.6.4	Shared Lives - Gales sudoriental, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del norte.	142
2.7	Conclusiones.	148

3.

Hacia la prestación de servicios holísticos: vivienda, educación, empleo y protección social 150

3.1	Vivienda	152
3.2	Educación y capacitación	155
3.3	Generación de empleo y de ingresos	158
3.4	Protección social.	162
3.5	Conclusiones.	166

4.

Redes integrales de servicios de salud mental 167

4.1	Redes de salud mental consolidadas	168
4.1.1	Red de servicios comunitarios de salud mental de Brasil - El caso de Campinas	169
4.1.2	Red de servicios comunitarios de salud mental de Lille oriental - Francia	176
4.1.3	Red de servicios comunitarios de salud mental de Trieste - Italia	181
4.2	Redes de salud mental en transición	187
4.3	Conclusiones.	197

5.

Orientaciones y medidas de acción 198

5.1 Política y estrategia de salud mental 200

5.2 Reforma legislativa 203

5.3 Modelo de servicios y la prestación de servicios de salud mental comunitarios 207

5.4 Financiamiento 212

5.5 Desarrollo y capacitación de la fuerza laboral 217

5.6 Intervenciones psicosociales, intervenciones psicológicas y fármacos psicotrópicos 222

5.7 Sistemas de información y datos. 226

5.8 La sociedad civil, las personas y la comunidad 230

5.9 Investigación. 236

Referencias 240

Anexo 285

Recuadros

Recuadro 1. Perú: una red de salud mental en transición	171
Recuadro 2. Bosnia y Herzegovina: una red de salud mental en transición	173
Recuadro 3. Líbano: una red de salud mental en transición	175
Recuadro 4. Líbano, Perú, y Bosnia y Herzegovina: fortalecimiento de la sociedad civil y participación significativa	177
Recuadro 5. Direcciones clave para la política, la estrategia y los sistemas	183
Recuadro 6. Reformas legislativas históricas	186
Recuadro 7. Iniciativa Calidad y Derechos de la OMS	189
Recuadro 8. El financiamiento como impulsor para la reforma en Bélgica, Brasil, Perú y los países de África occidental	194
Recuadro 9. Materiales didácticos de la herramienta Calidad y Derechos sobre salud mental, discapacidad, derechos humanos y recuperación	197
Recuadro 10. Capacitación en línea de la iniciativa Calidad y Derechos sobre salud mental y discapacidad: eliminación del estigma y promoción de los derechos humanos	199
Recuadro 11. El enfoque de la recuperación en la salud mental: recursos y herramientas de la OMS	202
Recuadro 12. Recursos de la OMS para intervenciones psicológicas.	203
Recuadro 13. Herramientas para la recopilación de datos sobre salud mental y discapacidad psicosocial	206
Recuadro 14. Reto al estigma y la discriminación en torno a la salud mental	210
Recuadro 15. Organizaciones de la sociedad civil de personas con discapacidades psicosociales	212
Recuadro 16. Llamamiento a la acción por parte de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa	216

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 ingreso bajo, mediano o alto, 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 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 comunitaria. 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 basados en la comunidad de salud mental 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

Conceptualización y gestión general

Michelle Funk, jefa de unidad, y Natalie Drew Bold, funcionaria técnica; Políticas, Legislación y Derechos Humanos, Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra (Suiza).

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); Celine 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 Hilde Vik, consultora clínica, Unidad de BET del Departamento Blakstad (Vestre Viken Hospital Trust, Viken [Noruega]).

Redes comunitarias de salud mental del 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 Ieiri, 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 Albuquerque 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 enfermeira, 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 Dannet, 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 (Zimbabue): Dixon Chibanda, director ejecutivo; Ruth Verhey, directora de programas (Harare (Zimbabue)).

Servicio de asistencia a la vida cotidiana Hand in Hand (Georgia): Eka Chkonia, 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 Landkreis 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 para el empoderamiento mental, 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 mutua, 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).

Ombudsman de las personas (Suecia): Ann Bengtsson, responsable de programas, Consejo Nacional de Salud y Bienestar (Socialstyrelsen), Estocolmo (Suecia); Camilla Bogarve, gerente general, ombudsman de Escania (Suecia); Ulrika Fritz, presidente, Asociación Profesional de Ombudsman 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); Eileen 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).

Soteria (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 Zelanda): Janice McGill, jefa de desarrollo de servicios de pares; Ross Phillips, gerente de operaciones comerciales (Pathways, Auckland [Nueva Zelanda]).

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 Chammay, 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 del Líbano; Thurayya Zreik, coordinadora del proyecto Calidad y Derechos (QualityRights) en el Líbano.

Perú: Yuri Cutipe, 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 Ivezić, 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 Tenbenschel, 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 (MHPSS) (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); Stéphanie 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 Viciana (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); Nicoline 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).

Apoyo financiero

La OMS desea agradecer al Ministerio de Salud y Bienestar de la República de Corea por su continuo y generoso apoyo financiero para la elaboración 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*. También agradecemos el apoyo financiero recibido de Open Society Foundations, CBM Global y el Gobierno de Portugal.

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 vidas plenas y satisfactorias. 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 de salud mental basados en la comunidad que están centrados en la persona y 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 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 Kenia, 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 de 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 trastorno 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 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 ingresos bajos, medianos y altos 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 trastornos mentales y discapacidades psicosociales. Las personas con experiencia propia no solo son expertas sino también asociados necesarios para 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 trastornos 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 la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS](#) [en inglés]
- Curso en línea de la iniciativa 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 la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS](#)
- [Módulo de la iniciativa 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 la iniciativa 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 la iniciativa 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 la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS sobre la defensa de la causa en el área de la salud mental, la discapacidad y los derechos humanos](#) [en inglés]
- [Módulo de orientación de la iniciativa 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.

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 de 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 ni 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 problemas de salud mental puede o no haber recibido un diagnóstico formal, pero que se identifica con la experiencia presente o pasada de tener 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.

Generalidades:

Enfoques centrados en las personas y la recuperación, y basados en los derechos

1.1 El contexto mundial

A lo largo del último decenio, la salud mental ha merecido una atención creciente de los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las organizaciones multilaterales, en particular las Naciones Unidas y el Banco Mundial. En el 2013, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó el Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2020. En este plan de acción se reconoce la función esencial que desempeña la salud mental en el logro de la salud para todos y se prorrogó hasta el 2030 en la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en el 2019 (1, 2).

Las agendas de desarrollo internacional también hacen referencia específicamente a la salud mental, como la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): “De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar” y las resoluciones destinadas a hacer realidad la cobertura universal de salud (3). Como resultado de ello, se insta a los gobiernos a que den prioridad a la salud mental y al bienestar en sus estrategias y planes de salud a fin de ampliar la cobertura universal de salud (4).

Esta mayor visibilidad de la salud mental ha despertado una conciencia cada vez mayor en cuanto a los numerosos retos en materia de salud mental producidos por decenios de baja inversión, que persisten hasta hoy día. Según el atlas de salud mental 2017 de la OMS, a nivel mundial, el promedio del gasto público en salud mental representa menos del 2% del total del gasto público en salud (5). Asignar suficientes recursos financieros a la salud mental es una condición previa necesaria para establecer sistemas de salud mental de calidad con suficientes recursos humanos para mantener los servicios y prestar apoyo adecuado a fin de atender las necesidades de las personas. Si bien muchos servicios de salud mental de todo el mundo se esfuerzan por prestar atención de calidad y apoyo útil a las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, a menudo lo hacen en un contexto de restricciones sustanciales en materia de recursos humanos y económicos, y dentro de los límites de políticas y leyes de salud mental obsoletas.

La necesidad de contar con una mayor inversión en salud mental es evidente y se requieren más servicios. Sin embargo, los problemas de la atención de salud mental no pueden resolverse simplemente aumentando los recursos. De hecho, en muchos servicios de todo el mundo se considera que las formas actuales de atención de salud mental son parte del problema (6). En efecto, la mayoría de los fondos existentes siguen invirtiéndose en la renovación y la ampliación de instituciones residenciales psiquiátricas y de asistencia social. En los países de ingresos bajos y medianos, esto representa más del 80% del total del gasto público en salud mental (5). Los sistemas de salud mental basados en instituciones psiquiátricas y de asistencia social suelen asociarse a la exclusión social y a una amplia gama de violaciones de los derechos humanos (7-10).

Si bien algunos países han adoptado medidas importantes para cerrar las instituciones psiquiátricas y de asistencia social, el simple hecho de sacar los servicios de salud mental de estos entornos no ha producido automáticamente mejoras notables en la atención. En muchos contextos, el enfoque predominante de la atención se sigue centrando en el diagnóstico, la medicación y la reducción de los síntomas. A menudo se pasan por alto o se excluyen de los conceptos y la práctica de salud mental los determinantes sociales cruciales que repercuten en la salud mental de las personas, tales como la violencia, la discriminación, la pobreza, la exclusión, el aislamiento, la inseguridad laboral o el desempleo y la falta de acceso a vivienda, redes de seguridad social y servicios de salud. Esto conduce a un sobrediagnóstico del malestar

psicológico y a una dependencia excesiva de los medicamentos psicotrópicos en detrimento de las intervenciones psicosociales, fenómeno que se ha documentado bien, particularmente en países de ingresos altos (11-13). También crea una situación en la que la salud mental de una persona se atiende predominantemente dentro de los sistemas de salud, sin que haya un punto de contacto suficiente con las estructuras y los servicios sociales necesarios para responder a los factores determinantes mencionados. Por consiguiente, como tal, este enfoque es limitado cuando se trata de considerar a una persona en el contexto de toda su vida y todas sus experiencias. Además, las actitudes y los modos de pensar estigmatizadores que existen entre la población general, las instancias normativas y otros respecto de las personas con discapacidades psicosociales y problemas de salud mental –por ejemplo, que corren el riesgo de hacerse daño ellos mismos, de hacer daño a otros o que necesitan tratamiento médico para mantener su seguridad también hacen que se enfatizen excesivamente las opciones de tratamiento biomédico y se acepten de manera generalizada las prácticas coercitivas como el ingreso involuntario o la reclusión y la restricción (14, 15).

En los informes de los países de ingresos altos, medianos y bajos de todo el mundo también se destacan las extensas violaciones a los derechos humanos y la discriminación generalizadas que existen en los entornos de atención de salud mental. Estas incluyen el uso de prácticas coercitivas como el ingreso forzoso y el tratamiento forzoso, como también la restricción manual, física (o mecánica) y química (o farmacológica), y la reclusión. En muchos servicios, las personas suelen estar expuestas a condiciones de vida deficientes e inhumanas, a la negligencia y, en algunos casos, al abuso físico, emocional y sexual, exacerbados por los desequilibrios de poder que existen entre el personal de salud y las personas que utilizan los servicios (7, 16-20).

También en el contexto más amplio de la comunidad, las personas con problemas de salud mental son objeto de toda una diversidad de violaciones de los derechos humanos. Son excluidas de la vida comunitaria y son objeto de estigma y discriminación en las esferas del empleo, la educación, la vivienda y el bienestar social sobre la base de su discapacidad. A muchas se les niega el derecho a votar, contraer matrimonio y tener hijos. Estas violaciones no solo impiden a las personas vivir la vida que desean, sino que también las marginan más de la sociedad, negándoles la oportunidad de vivir y ser incluidas en sus propias comunidades en igualdad de condiciones con todos los demás (21, 22).

Se requiere un cambio fundamental dentro del ámbito de la salud mental para poner fin a esta situación actual. Esto significa replantear las políticas, las leyes, los sistemas, los servicios y las prácticas en todos los diferentes sectores que afectan negativamente a las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, asegurándose de que los derechos humanos constituyan la base de todas las acciones en el ámbito de la salud mental. En el contexto de los servicios de salud mental específicamente, esto significa un avance hacia prácticas más equilibradas, centradas en las personas, holísticas y orientadas hacia la recuperación que consideren a las personas en el contexto de su vida completa, respetando su voluntad y sus preferencias en cuanto al tratamiento, aplicando alternativas a la coerción y promoviendo el derecho de las personas a la participación y la inclusión comunitaria.

1.2 Normas internacionales clave de derechos humanos y el enfoque de recuperación

Los instrumentos internacionales de derechos humanos imponen obligaciones a los países de respetar, proteger y aplicar los derechos y libertades fundamentales de todas las personas y, como tales, proporcionan un marco fundamental para poner fin al *statu quo* actual y promover los derechos de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales. En la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, proclamada por las Naciones Unidas en 1948 (23) se protege una amplia gama de derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. Aunque no es jurídicamente vinculante, muchas de sus disposiciones se han convertido en derecho internacional consuetudinario, lo que significa que pueden ser invocadas por los sistemas judiciales nacionales e internacionales.

La Declaración dio lugar a dos Pactos formales en 1966, jurídicamente vinculantes para los países que los ratifiquen: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (24) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (25). Los derechos civiles y políticos incluyen: el derecho a la libertad; la protección contra la tortura y el trato cruel o degradante; la protección contra la explotación, la violencia o el abuso; y el derecho al igual reconocimiento ante la ley. Los derechos económicos, sociales y culturales incluyen: el derecho a salud, vivienda, alimentos, educación, empleo, inclusión social y participación cultural.

En el 2008, entró en vigor la Convención de las Naciones sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, lo cual representa indudablemente la contribución más importante al avance de la agenda y a la garantía del pleno respeto de los derechos de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales (23). Es importante señalar que la Convención se redactó con la colaboración, la participación y el aporte activos de las personas con discapacidad y de las organizaciones de personas con discapacidad, con lo que se veló por que el documento final reflejara la perspectiva de las personas principalmente interesadas en las cuestiones (26). Al destacar la urgente necesidad de establecer protecciones de los derechos humanos de las personas con discapacidad, la Convención fue el instrumento de derechos humanos cuya negociación se realizó con la mayor prontitud y uno de los que se ratificaron más rápido; hasta la fecha, 181 Estados Partes han convenido en regirse por sus disposiciones.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad pide “el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas”. Prohíbe la discriminación basada en la discapacidad de cualquier tipo y exige que las personas con discapacidad puedan gozar de todos los derechos humanos en igualdad de condiciones con los demás. La Convención también reconoce que las discapacidades, incluidas las discapacidades psicosociales, resultan de la “interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”.

Asimismo, reconoce que estas barreras constituyen discriminación e impone obligaciones específicas jurídicamente vinculantes a los gobiernos para que eliminen tales barreras, a fin de asegurar que las personas puedan gozar de igualdad de derechos y oportunidades. Esto significa que los gobiernos deben adoptar una amplia gama de medidas para velar por que las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales puedan gozar de los mismos derechos que todos los demás, sean tratadas por igual y no sean objeto de discriminación. Las medidas que deben adoptar los países incluyen

abolir las leyes, las políticas, los reglamentos, las costumbres y las prácticas discriminatorias, y adoptar políticas, leyes y otras medidas que apliquen los derechos reconocidos en la Convención.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad está integrado por 18 expertos independientes y se estableció para el seguimiento de la aplicación de la Convención por los Estados Partes. El Comité ha formulado varias observaciones generales que describen más detalladamente las medidas que deben adoptar los países, varias de las cuales son particularmente pertinentes para el contexto de la atención de salud mental. Tratan el derecho a la capacidad jurídica, el derecho a vivir independientemente y a estar incluido en la comunidad, y el derecho a la igualdad, a la no discriminación y a la participación (27).

Varias resoluciones de las Naciones Unidas y varios informes emanados de los mecanismos de las Naciones Unidas de derechos humanos hacen suyos y refuerzan los derechos formulados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y las observaciones generales que la acompañan. Por ejemplo, en toda una serie de resoluciones del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas se ha subrayado la importancia de aplicar un enfoque de derechos humanos en la salud mental, instando a los países y a los organismos de las Naciones Unidas a que afronten la “discriminación generalizada, estigmas, prejuicios, violencia, exclusión social y segregación, internamiento ilegal o arbitrario, medicalización excesiva y tratamientos [observados en la esfera de la salud mental] que no respeten [...] la autonomía, voluntad y preferencias” (28-31).

Además, varios informes de los Relatores Especiales de las Naciones Unidas han destacado la necesidad de que los gobiernos aborden los derechos humanos en materia de salud mental. El ex Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al goce del grado más alto nivel de salud física y mental (en adelante, Relator Especial sobre el derecho a la salud) publicó varios informes en los que se describe el derecho a la salud mental y se destacan las prácticas perjudiciales en los servicios de salud mental actuales, y se pide un “cambio de paradigma” significativo en ese ámbito (15, 32). Además, la ex Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad ha destacado la necesidad urgente de que los países adopten medidas eficaces para combatir los estereotipos, las actitudes negativas y las prácticas perjudiciales y coercitivas contra las personas con discapacidades psicosociales, como también medidas para asegurar el respeto de su capacidad jurídica y promover su inclusión y participación plenas en la comunidad (33, 34).

En los tres últimos decenios, la aparición del enfoque de la recuperación también ha contribuido a promover los derechos humanos en materia de salud mental. Este enfoque, que brotó del activismo de las personas con experiencia propia, ha recibido el aval generalizado de los Estados Miembros de la OMS en el marco del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la OMS. También se adapta al Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona de la OMS, que fue adoptado con el apoyo abrumador de los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud en el 2016 (1, 35).

Para muchas personas, la recuperación se trata de volver a tener el control de su identidad y su vida, abrigar esperanzas respecto de su vida, y llevar una vida que tenga significado para ellas, ya sea mediante el trabajo, las relaciones, la espiritualidad, la participación comunitaria o algunos de estos aspectos o todos ellos.

El enfoque orientado a la recuperación tiene como meta abordar la amplia gama de determinantes sociales que repercuten en la salud mental de las personas, entre ellos, las relaciones, la educación, el empleo, las condiciones de vida, la comunidad, la espiritualidad y las actividades artísticas e intelectuales.

Subraya la necesidad de colocar en primer plano asuntos como la conexión, el significado y los valores, y de cuestionar y considerar de manera holística la idea de que la atención de salud mental consiste simplemente en diagnosticar y medicar (36). El significado de la recuperación puede ser diferente para cada persona y, por lo tanto, cada persona tiene la oportunidad de definir lo que la recuperación significa para ella y en qué esferas de su vida desea centrarse como parte de su propio viaje de recuperación. El enfoque de recuperación, de esta forma, encarna un cambio de paradigma completo de la manera en que muchos servicios de salud mental se conciben y se prestan.

El enfoque de derechos humanos y el de recuperación coinciden en muchos aspectos. Ambos respetan la diversidad, las experiencias y las decisiones de las personas, y exigen que a las personas se les brinde el mismo grado de dignidad y respeto en igualdad de condiciones con los demás. Asimismo, ambos enfoques reconocen los determinantes sociales y estructurales de la salud y promueven los derechos fundamentales a la igualdad, la no discriminación, la capacidad jurídica y la inclusión comunitaria, y tienen efectos importantes en cuanto a la manera en que los servicios de salud se desarrollan y se proporcionan. Ambos cuestionan fundamentalmente el statu quo actual en este ámbito.

1.3 Ámbitos esenciales para los servicios de salud mental y los derechos de las personas con discapacidades psicosociales

El objetivo de prestar mejores servicios a las personas con problemas de salud mental requiere que se realicen cambios fundamentales en la manera en que los servicios conceptualizan y proporcionan la atención. El derecho a la salud descrito en detalle en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad exige que los gobiernos brinden a las personas con discapacidad acceso a servicios de atención de salud mental de calidad que respeten sus derechos y su dignidad. Esto significa aplicar un enfoque centrado en las personas, de recuperación y basado en los derechos humanos, y crear y prestar servicios que las personas quieren usar, en lugar de obligarlas a usarlos. También significa establecer servicios que promuevan la autonomía, fomenten la curación y creen una relación de confianza entre la persona que presta el servicio y la persona que lo recibe. A este respecto, el derecho a la salud depende de varios principios clave de derechos humanos en el contexto de la atención de salud mental, a saber, el respeto de la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la participación, la inclusión comunitaria y el enfoque de recuperación.

Respeto de la capacidad jurídica

A muchas personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales se les niega el derecho a ejercer su capacidad jurídica; es decir, el derecho a tomar decisiones por sí mismas y a que los demás respeten esas decisiones. Sobre la base de supuestos estigmatizadores acerca de su estado – que sus decisiones no son razonables o tienen consecuencias negativas, o que sus aptitudes para la toma de decisiones son deficientes, o que no pueden comprender y tomar decisiones por sí mismas o comunicar su voluntad y sus preferencias – se ha hecho aceptable por parte de los servicios en los países de todo el mundo que otras personas intervengan y tomen decisiones en nombre de quienes tienen algún trastorno de salud mental o discapacidad psicosocial. En muchos países, esto se realiza mediante procedimientos como la tutela, la supervisión y la subrogación, y se legitima mediante leyes y prácticas. En otros casos, esta toma de decisiones sustitutiva se practica más informalmente en el hogar y en entornos familiares, y las decisiones cotidianas relacionadas con la vida de una persona – como qué vestir, a quién ver, qué actividades realizar, qué comer – las toman los familiares u otras personas.

Promover la autonomía de las personas es esencial para su salud mental y su bienestar, y también es un requisito legal de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, en particular la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La Convención exige que los Estados pongan fin a todos los sistemas de toma de decisiones sustitutiva, para que las personas puedan tomar sus propias decisiones cotidianas formales e informales en igualdad de condiciones con los demás. Exige que se pongan a disposición medidas de apoyo a la adopción de decisiones, por ejemplo, en situaciones de crisis, y que los demás deben respetar estas decisiones (37, 38).

Aunque es difícil, es importante que los países fijen objetivos y propongan medidas para eliminar prácticas que restringen el derecho a la capacidad jurídica, como el ingreso y el tratamiento involuntarios, y que las reemplacen por prácticas que se ajusten a la voluntad y las preferencias de las personas, velando por que siempre se obtenga su consentimiento informado respecto de la atención de salud mental y que

también se respete el derecho a rehusar el ingreso y el tratamiento. Esto puede lograrse en los servicios en los que se proporciona a las personas información exacta, completa y accesible sobre la atención y el apoyo que se les presta para tomar decisiones.

Un método de apoyo a la toma de decisiones que puede implementarse incluye el nombramiento, por la persona en cuestión, de una persona o red de personas de confianza que puedan prestar apoyo a fin de sopesar diferentes opciones y decisiones. La persona o el grupo de confianza también puede ayudar a comunicar estas decisiones y opciones al personal de salud mental o a otras personas. Si, a pesar de realizarse esfuerzos significativos, no es posible determinar la voluntad y la preferencia de una persona, entonces las decisiones se basan en la mejor interpretación de su voluntad y sus preferencias. El apoyo a la toma de decisiones no puede imponérsele a nadie como condición para que se respeten sus decisiones.

Otra manera de ejecutar el apoyo a la toma de decisiones es mediante la utilización de planes anticipados que comprendan declaraciones relativas a la voluntad y las preferencias de las personas respecto de la atención y el apoyo que reciben, entre otros (37, 39). Los planes anticipados permiten a las personas considerar y expresar lo que quizá quieran que suceda en el futuro si experimentan una crisis o malestar psicológico. La persona puede especificar en qué circunstancias debe ponerse en práctica un plan por adelantado y designar en su plan a una o varias personas para que ayuden en lo relativo a la comunicación, la defensa u otros tipos de apoyo (como el apoyo a la toma de decisiones o las tareas de la vida cotidiana). Estos planes también pueden incluir información sobre cuestiones como el tratamiento, qué debe hacerse respecto de su hogar si deciden ingresar a un servicio por un período corto, quién debe atender cualquier asunto personal y quién debe contactarse o no contactarse.

El respeto de la capacidad jurídica de las personas puede ser complejo y difícil en muchas situaciones y hasta el momento ningún país ha satisfecho por completo este requisito de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Hay muchas situaciones en las que se desconocen la voluntad y las preferencias de las personas, y el uso de la mejor interpretación tal vez al final en realidad no refleje la voluntad y la preferencia de una persona. El objetivo en estas situaciones es evaluar, conocer y cambiar las prácticas para evitar que surjan situaciones similares en el futuro. En los [módulos de capacitación de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS](#) se presenta información detallada sobre las estrategias encaminadas a promover y proteger la voluntad y las preferencias de las personas, en particular en situaciones difíciles, y se incluye: el apoyo a la toma de decisiones y la planificación anticipada (39), la capacidad jurídica y el derecho a decidir (38), la protección contra la coerción, la violencia y el abuso (10), y estrategias para poner fin a la reclusión y la restricción (40).

Prácticas no coercitivas

Las prácticas coercitivas se refieren al uso de persuasión, amenaza o compulsión intensas para lograr que una persona haga algo contra su voluntad (41). De este modo, las prácticas coercitivas también entrañan la denegación del derecho de las personas a ejercer su capacidad jurídica. En el contexto de los servicios de salud mental, las prácticas coercitivas pueden incluir, por ejemplo, el ingreso involuntario, el tratamiento involuntario, el uso de la reclusión y de la restricción física, mecánica o química (o farmacológica).

Actualmente, muchos interesados directos hacen un llamamiento para que se eliminen las prácticas coercitivas y se implementen alternativas en los servicios de salud mental y los servicios conexos. El derecho a la libertad y seguridad de la persona enunciado en la Convención sobre los Derechos

de las Personas con Discapacidad pone de relieve acciones para afrontar la coerción prohibiendo la privación de la libertad sobre la base de la discapacidad de una persona (42). Este derecho cuestiona de manera significativa los servicios, las políticas y las leyes de los países que permiten el ingreso involuntario sobre la base de una afección o discapacidad diagnosticada o percibida, incluso cuando se dan razones o criterios adicionales para la detención, como la “necesidad de tratamiento”, la “peligrosidad” o la “falta de entendimiento” (43).

Otros derechos enunciados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, incluida la protección contra la tortura o los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, y la protección contra la explotación, la violencia y el abuso, también prohíben las prácticas coercitivas (44), como el ingreso y el tratamiento forzosos, la reclusión y la restricción, así como la administración de medicamentos antipsicóticos, la terapia electroconvulsiva y la psicocirugía sin consentimiento informado (45-48).

La necesidad percibida de aplicar la coerción forma parte de los sistemas de salud mental, incluso en la capacitación y la educación profesional, y se refuerza mediante la legislación nacional de salud mental y de otro tipo. Las prácticas coercitivas se han generalizado y se utilizan cada vez más en los servicios en los países de todo el mundo, a pesar de la falta de evidencia de que ofrezcan algún beneficio y a pesar de la evidencia significativa de que causan daño físico y psicológico e incluso la muerte (43, 49-57). Las personas sometidas a prácticas coercitivas informan que se sienten deshumanizadas, desempoderadas, irrespetadas y desvinculadas de las decisiones sobre cuestiones que las afectan (58, 59). Muchas lo experimentan como una forma de trauma o de nuevo trauma que empeora su afección e intensifica sus experiencias de malestar psicológico (60, 61). Las prácticas coercitivas también socavan notablemente la confianza de las personas en el personal del servicio de salud mental, lo que hace que estas eviten solicitar atención y apoyo (62). El uso de prácticas coercitivas también tiene consecuencias negativas en el bienestar de los profesionales que las utilizan (63).

En muchos casos, las prácticas coercitivas se justifican, por quienes las usan, sobre la base del “riesgo” o la “peligrosidad” (64), lo que plantea inquietudes dado el potencial de sesgo y subjetividad (65). Otras razones clave incluyen la falta de conocimientos acerca de las repercusiones negativas y perjudiciales que estas prácticas tienen en la salud, el bienestar, el sentido de identidad y la autoestima de las personas, y en la relación terapéutica (51); la falta de opciones de atención y apoyo alternativos; la falta de recursos, conocimientos y aptitudes para manejar situaciones difíciles, como las crisis, evitando la confrontación; y también culturas de servicio negativas en las que los valores, creencias, actitudes, reglas y prácticas que comparten los distintos miembros de un servicio se aceptan y se dan por sentado sin reflexión y se considera que son la “forma en que las cosas se hacen aquí”. Por último, las prácticas coercitivas se usan en algunos casos porque las leyes nacionales de los países lo ordenan (66).

Además de los cambios en las leyes y las políticas, la creación de servicios libres de coerción (véanse los [módulos de capacitación de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS](#)) requiere acciones en varios frentes, que incluyen:

- i. educación del personal del servicio acerca de las diferencias de poder y las jerarquías y cómo estas pueden causar intimidación, temor y pérdida de confianza;
- ii. ayuda al personal para que comprenda lo que se considera práctica coercitiva y las consecuencias perjudiciales de su uso;
- iii. capacitación sistemática para todo el personal sobre las respuestas no coercitivas ante situaciones de crisis, incluidas las estrategias de desescalada y buenas prácticas de comunicación;

- iv. planificación individualizada con las personas que utilizan el servicio, incluidos los planes para situaciones de crisis y las directivas anticipadas (51);
- v. modificación del entorno físico y social para crear una atmósfera acogedora, incluido el uso de “habitaciones de descanso y confort” (67) y “equipos de respuesta” (68) a fin de evitar o atender y superar situaciones conflictivas o de otro modo difíciles;
- vi. medios eficaces de oír y atender las quejas y aprender de ellas; presentación sistemática de informes después de todo uso de coerción a fin de evitar que ocurran incidentes en el futuro; y
- vii. reflexión y cambio respecto de la función que desempeñan todos los interesados directos, incluido el sistema de justicia, la policía, los trabajadores de salud generales y la comunidad en general.

Participación

Tradicionalmente, las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales han sido excluidas de la participación no solo en la toma de decisiones sobre su propia salud y las decisiones de su vida, sino también en los procesos de toma de decisiones en la sociedad en general. Esto las margina de todas las esferas de la sociedad y las despoja de la oportunidad de participar e implicarse en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás. Ocurre lo mismo en la esfera de la salud mental, en la que las personas en gran medida han sido excluidas de la participación en el diseño y la prestación de los servicios de salud mental y la elaboración de políticas, a pesar de sus conocimientos especializados y su experiencia en este ámbito.

El preámbulo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad proporciona un marco jurídico que reconoce explícitamente “el valor de las contribuciones que realizan y pueden realizar las personas con discapacidad al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades”. Declara además que “las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente”. La Convención asimismo enuncia el derecho de todas las personas con discapacidad a la participación y la inclusión plenas y efectivas en la sociedad y en la vida política, pública y cultural. También exige a los gobiernos “promover activamente un entorno en el que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la dirección de los asuntos públicos, sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás”.

Cada vez se reconoce más que las personas con experiencia propia, dados sus propios conocimientos y experiencia en el ámbito, tienen una contribución importante que hacer y una función importante que desempeñar en cuanto al diseño, el desarrollo, el mejoramiento o la transformación de los servicios de salud mental, así como al apoyo y la prestación de servicios directos a otras personas, como servicios especializados proporcionados por pares, servicios de apoyo por pares y servicios dirigidos por pares para situaciones de crisis (69).

Prestar servicios que busquen activamente promover los conocimientos y discernimientos de quienes han experimentado discapacidades psicosociales y comprender qué servicios les son útiles, es esencial para prestar el apoyo que las personas desean y consideran útiles. Los servicios deben reconocer la función vital que las personas con experiencia propia pueden desempeñar en todos los aspectos de la planificación, la prestación y la gobernanza de los servicios.

La función vital y beneficiosa que las personas con experiencia propia pueden desempeñar, por ejemplo, mediante la prestación de apoyo entre pares, se reconoce cada vez más (70-72). En consecuencia, el apoyo entre pares se está adoptando progresivamente en los servicios y sistemas de salud mental

en los países. Las intervenciones basadas en pares representan un componente esencial de los servicios y deben formar parte de un movimiento hacia respuestas más positivas a las personas que buscan atención y apoyo (73).

Inclusión comunitaria

El internamiento en instituciones de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales que ha ocurrido a lo largo de los siglos a menudo ha resultado en su exclusión de la sociedad. Cuando las personas no pueden participar en la vida social y familiar normal, son marginadas de las comunidades. A su vez, el carácter degradante y atrofiante de muchos establecimientos psiquiátricos y hogares de asistencia social tiene consecuencias devastadoras en la salud y el bienestar de las personas.

Por mucho tiempo, la OMS ha abogado por el desarrollo de servicios y apoyos basados en la comunidad para las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales. Ahora esto lo refuerza la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que enuncia los compromisos de los gobiernos de apoyar a las personas con discapacidad para que vivan independientemente en el lugar que deseen y con quien lo deseen (74), y que participen en sus comunidades en el grado que lo deseen. Para que esto se logre, las instituciones psiquiátricas y de asistencia social deben cerrarse y todos los servicios de salud mental deben respetar el derecho de las personas a seguir siendo libres e independientes y a recibir servicios en el lugar que ellas mismas elijan.

También encarga a los gobiernos desinstitucionalizar los establecimientos existentes, integrando el apoyo y la atención de salud mental en los servicios de salud generales y proporcionando a las personas diversos servicios domiciliarios, asistencia a la vida cotidiana y servicios comunitarios de otro tipo, incluida la asistencia personal necesaria para apoyar la vida cotidiana y la inclusión en la comunidad, y prevenir el aislamiento o la segregación en la comunidad. Exige asimismo a los gobiernos que proporcionen a las personas con discapacidad acceso a los mismos establecimientos y servicios basados en la comunidad como lo tienen todas las demás (79).

Por consiguiente, una función esencial de los servicios de salud mental es apoyar a las personas para que tengan acceso a los servicios, apoyos, organizaciones y actividades pertinentes que elijan, que las puedan ayudar a vivir y estar incluidas en la comunidad. Esto abarca, por ejemplo, facilitar el acceso a los servicios y las prestaciones de bienestar social, la vivienda, el empleo y oportunidades educacionales (véase la sección 3). En momentos de crisis es especialmente necesario que los servicios de salud mental respeten y apliquen el derecho a vivir independientemente en la comunidad, prestando apoyo de acuerdo con la voluntad y las preferencias de la persona en un lugar donde esta se sienta cómoda, ya sea en su propio hogar, o con amigos o familiares, en un entorno de salud mental o en otro lugar mutuamente aceptable.

Enfoque de recuperación

El enfoque orientado a la recuperación ha surgido en respuesta a la insatisfacción con la prestación prevaleciente de muchos servicios de salud mental, y a la prestación de la atención que se centra predominantemente en la reducción de los síntomas.

El enfoque de recuperación no depende exclusivamente de los servicios de salud mental. Muchas personas pueden crear, y en efecto crean, su propia vía hacia la recuperación, pueden encontrar apoyo natural e informal en amigos y familiares y redes y comunidades sociales, culturales, religiosas y de

otro tipo, y pueden unirse para prestarse apoyo mutuo en la recuperación. Sin embargo, introducir el enfoque de recuperación en los entornos de servicios de salud mental es un medio importante para asegurarse de que la atención y el apoyo brindados a las personas que deseen tener acceso a los servicios consideren a la persona en el contexto de toda su vida y todas sus experiencias.

Si bien el enfoque de recuperación puede conocerse con diferentes nombres en diferentes países, los servicios que lo adoptan aplican ciertos principios clave. Estos servicios no se centran principalmente en “curar” a las personas o en hacer que las personas “vuelvan a ser normales”. En cambio, estos servicios se centran en ayudar a las personas a determinar lo que para ellas significa la recuperación. Las apoyan para que obtengan o recuperen el control de su identidad y de su vida, alberguen esperanzas respecto del futuro y lleven una vida que tenga significado para ellas, ya sea mediante el trabajo, las relaciones, la participación comunitaria, o mediante algunos o todos estos elementos. Reconocen que la salud mental y el bienestar no dependen predominantemente de estar “libre de síntomas”, y que las personas pueden tener problemas de salud mental y aun así gozar de una vida plena (75).

Los servicios orientados hacia la recuperación (véanse los [módulos de capacitación de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS](#)) se centran generalmente en las siguientes cinco dimensiones (76, 77).

- **Conectividad.** Este principio significa que las personas deben estar incluidas en su comunidad en igualdad de condiciones con todas las demás. Esto puede incluir establecer nuevas relaciones satisfactorias, reconectarse con la familia y los amigos, o conectarse con grupos de apoyo entre pares u otros grupos comunitarios.
- **Esperanza y optimismo.** Si bien distintas personas definen la esperanza de modo diferente, la esencia de la esperanza es la afirmación de que es posible vivir una vida plena en la presencia o la ausencia de “síntomas”. También implica la creencia de que las circunstancias de las personas pueden cambiar o de que estas podrán manejar o superar una situación. Por ello, los sueños y las aspiraciones deben promoverse y valorarse.
- **Identidad.** El enfoque de recuperación puede apoyar a las personas para que aprecien lo que son, fortalezcan su sentido de identidad y su autoestima, y superen el estigma, los prejuicios externos y también la autoopresión y el autoestigma. Se basa en el respeto hacia las personas y su identidad única y la capacidad para la autodeterminación, y reconoce que las personas mismas son las expertas en su propia vida. Esto no se trata solo de la identidad personal sino también de la identidad étnica y cultural.
- **Significado y finalidad.** La recuperación apoya a las personas para que reconstruyan su vida y encuentren o recuperen el significado y la finalidad según sus propias decisiones y preferencias. Como tal, implica el respeto de las formas de curación que pueden ir más allá de las intervenciones biomédicas o psicológicas.
- **Empoderamiento.** El empoderamiento ha sido la esencia del enfoque de recuperación desde sus orígenes y postula que el control y la elección ocupan un lugar central en la recuperación de una persona, y se vincula intrínsecamente a la capacidad jurídica (78).

1.4 Conclusiones

La ejecución de un enfoque basado en los derechos humanos y en la recuperación requiere que los servicios aborden los determinantes sociales de la salud mental, respondiendo a necesidades de las personas tanto inmediatas como a más largo plazo. Esto incluye apoyar a las personas para que encuentren o recuperen el significado y la finalidad de su vida, y ayudarlas a explorar todas las esferas importantes de su vida, como las relaciones, el trabajo, la familia, la educación, la espiritualidad, las actividades artísticas e intelectuales, la política y así sucesivamente.

En este contexto, los servicios de salud mental deben respetar la capacidad jurídica de las personas, incluidas sus elecciones y decisiones respecto del tratamiento y la atención. Deben encontrar maneras de apoyar a las personas sin recurrir a la coerción, y asegurarse de que las personas con experiencia propia participen y den una idea de lo que debe ser un buen servicio. Por último, los servicios de salud mental también deben aprovechar los conocimientos especializados y la experiencia de los trabajadores pares para apoyar a otras personas en su viaje de recuperación de manera que respondan a sus necesidades, deseos y expectativas.

Lograr esto no es tarea fácil. Se plantean muchas dificultades para aplicar este enfoque dentro de las limitaciones normativas, jurídicas y de recursos que afrontan muchos servicios. Sin embargo, hay varios ejemplos de servicios de salud mental de diferentes regiones del mundo que demuestran concretamente que esto puede lograrse. Los ejemplos de buenas prácticas presentados en la siguiente sección están dando resultados satisfactorios en una amplia gama de marcos jurídicos al tiempo que protegen los derechos humanos, evitando la coerción y promoviendo la capacidad jurídica. Demuestran cómo puede lograrse esto y sirven de inspiración para las instancias normativas y los prestadores de servicios en todas partes.

2.

Servicios con buenas prácticas que promueven los derechos y la recuperación

En el primer capítulo se subrayaron los esfuerzos considerables que necesitan hacer los países para transformar sus servicios de salud mental de acuerdo con los derechos humanos y los principios de recuperación. A fin de demostrar la aplicación de estos principios, los siguientes ejemplos ilustran los servicios con buenas prácticas que han dado pasos importantes en esta dirección. El propósito de subrayar estos servicios no es para que sean prescriptivos, sino para demostrar lo que puede aprenderse de sus experiencias diversas. En particular, se pueden extraer valiosas lecciones de las estrategias y los mecanismos implantados para respetar y promover el enfoque de los derechos humanos y la recuperación, y estas lecciones pueden aplicarse para apoyar a los países a medida que configuran y crean sus propios servicios de salud mental dentro de sus contextos nacionales. Es importante señalar que, si bien los servicios presentados han realizado esfuerzos concertados para promover el enfoque de derechos humanos y recuperación, ninguno lo está haciendo perfectamente. Sin embargo, ofrecen buenos ejemplos de lo que puede lograrse cuando los derechos humanos y la recuperación constituyen la esencia del apoyo; en particular porque estos servicios en la mayoría de los casos funcionan dentro de marcos jurídicos y normativos restrictivos y dentro de sistemas de salud mental cuyos servicios se encuentran en diferentes niveles de desarrollo.

Los servicios con buenas prácticas presentados se determinaron mediante cuatro fuentes primarias: revisiones bibliográficas, una búsqueda integral en internet, una consulta electrónica y mediante colaboradores y redes existentes de la OMS. Cada servicio se sometió a un proceso de selección basado en los cinco criterios específicos de derechos humanos y recuperación, a saber: el respeto de la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la participación, la inclusión en la comunidad y el enfoque de recuperación. Los servicios seleccionados se clasificaron según siete categorías diferentes de servicio prestado: servicios en momentos de crisis, servicios hospitalarios, servicios comunitarios de salud mental, servicios de alcance comunitario, servicios de asistencia para la vida autónoma, redes integrales de servicios y servicios de apoyo entre pares. En el anexo 1 se presenta la metodología en detalle.

En las siguientes páginas se presenta cada categoría de servicio de salud mental, seguida de los perfiles resumidos de cada uno de los servicios con buenas prácticas conexos. Se proporcionan descripciones más detalladas de los servicios con buenas prácticas en los siete módulos técnicos que acompañan este documento de orientación. Ningún servicio corresponde perfecta y exclusivamente a una categoría, ya que cada uno de ellos desempeña una multitud de funciones que se relacionan con una o más de las otras categorías; por ejemplo, un servicio en momentos de crisis puede prestarse como parte de un servicio hospitalario más amplio, y esto se ha reflejado en las clasificaciones al comienzo de la descripción de cada servicio.

La prestación de servicios de salud mental basados en la comunidad que cumplan los principios de derechos humanos representa cambios importantes en la práctica para todos los países y establece normas muy estrictas en los contextos en los que se invierten recursos humanos y económicos insuficientes en materia de salud mental. Los servicios descritos en las secciones de servicios hospitalarios de salud mental y servicios de respuesta en momentos de crisis se encuentran todos en países de ingreso alto. Algunos países de bajos ingresos pueden suponer que los ejemplos de los países de ingreso alto no son apropiados o útiles, y, del mismo modo, los países de ingreso alto quizás no consideren los ejemplos presentados de los países de ingreso bajo. Los nuevos tipos de servicios y prácticas también pueden generar diversas preguntas, retos e inquietudes por parte de las diferentes partes interesadas, ya sean los responsables de las políticas, los profesionales, las familias y los cuidadores, o los usuarios de los servicios de salud mental.

Los servicios de salud mental descritos en estas orientaciones no se presentan con el objetivo de que se interpreten como mejores prácticas, sino más bien para demostrar el mayor potencial que tienen los servicios comunitarios de salud mental que promueven los derechos humanos y la recuperación. Brindan una gama de opciones de buenas prácticas que los países pueden adaptar para ajustarse a diversos entornos económicos y normativos. La intención es aprender de esos principios y prácticas que son pertinentes y transferibles a su propio contexto para prestar servicios comunitarios de salud mental que promueven satisfactoriamente los derechos humanos y la recuperación.

2.1 Servicios de salud mental en momentos de crisis

El objetivo de los servicios de respuesta en momentos de crisis es apoyar a las personas que experimentan malestar psicológico agudo. Sin embargo, estos son los mismos servicios en los que las personas corren más riesgo de que se vulneren sus derechos humanos, en particular por hospitalizaciones y tratamiento forzosos, el uso de prácticas coercitivas como la reclusión y las restricciones físicas, mecánicas y químicas. Estas prácticas han demostrado ser nocivas para la salud mental, emocional y física de las personas, y a veces provocan la muerte (49, 50, 64).

En la siguiente sección se presenta una selección de servicios en momentos de crisis que brindan atención y apoyo eficaces sin recurrir al uso de la fuerza o la coerción y que respetan el derecho a la capacidad jurídica y otros derechos humanos. Tales servicios pueden prestarse de diversas maneras. Algunos ayudan a las personas a superar su crisis en su hogar con el apoyo de un equipo multidisciplinario. Otros prestan asistencia y apoyo en centros o casas de respiro. Estos proporcionan alojamiento comunitario temporal dirigido a que las personas puedan descansar, por un breve período, de su vida cotidiana usual.

Todos los servicios presentados en esta sección aplican un enfoque holístico centrado en las personas para brindar atención y apoyo. Reconocen que no hay ningún consenso acerca de lo que constituye una crisis y que lo que una persona puede experimentar como una crisis quizás otra no lo vea como tal. Por consiguiente, cada servicio presentado en esta sección aborda la crisis como una experiencia muy personal que es única y subjetiva, y que requiere diferentes niveles de apoyo para que una persona la supere.

Fundamentados en un enfoque basado en los derechos humanos y la recuperación, los servicios que se presentan en esta sección prestan atención especial a las asimetrías de poder dentro del servicio. Muchos también se centran en la participación significativa de pares y el suministro de un espacio seguro y un entorno cómodo en el que se pueda superar la crisis. Todos insisten en la importancia de la comunicación y el diálogo con las personas que experimentan la crisis y entienden que las personas mismas son expertas cuando se trata de sus propias necesidades de atención y apoyo.

Las personas que reciben apoyo de los servicios de respuesta en momentos de crisis presentados en esta sección nunca son excluidas de la vida en su comunidad. Muchos servicios incluyen activamente a las familias y las amistades cercanas en la atención y el apoyo de las personas, con su consentimiento. Además, estos servicios de respuesta en momentos de crisis están bien conectados con otros recursos disponibles en la comunidad. Pueden conectar a las personas con el sistema exterior y ayudarles a navegarlo para que reciban apoyo más allá del período de crisis.

En términos generales, el éxito de estos servicios demuestra que la respuesta en momentos de crisis no requiere el uso de la fuerza o la coerción. En cambio, la comunicación y el diálogo, el consentimiento informado, la participación de pares, la flexibilidad en el apoyo proporcionado y el respeto de la capacidad jurídica de la persona demuestran el logro de una atención y un apoyo de calidad que responden a las necesidades de las personas.

2.1.1

Afiya House

Massachusetts, Estados
Unidos de América



Afiya House es un centro de respiro administrado por pares, cuyo objetivo es apoyar a las personas con malestar psicológico para que transformen lo que a menudo se describe como una “crisis” en una oportunidad de enseñanza y crecimiento. Forma parte de una comunidad más amplia de personas que trabajan dentro de un marco de servicios prestados entre pares, administrado por Wildflower Alliance (antiguamente, Western Mass Learning Community), que ha existido desde el 2007 (79). Todos los empleados se caracterizan por haber afrontado ellos mismos retos que interrumpieron su vida, como diagnósticos psiquiátricos, traumas, carencia de hogar, problemas por el consumo de sustancias psicoactivas y otras cuestiones.

Clasificación principal: Servicio en momentos de crisis

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Bibliografía publicada Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

- Sector de salud estatal Sector social estatal Seguro de salud
- Financiamiento de donantes Desembolso directo

Descripción del servicio

Afiya House se inauguró en el 2012 (80) en un vecindario residencial urbano de Northampton. Es el único centro de respiro gestionado por pares en Massachusetts occidental (Estados Unidos) y es uno de solo aproximadamente tres docenas a nivel nacional. El servicio está disponible para cualquier persona mayor de 18 años que experimente un significativo malestar psicológico o emocional, para una estadía de hasta siete noches. Si bien esto puede incluir a las personas que carecen de hogar, la falta de vivienda no puede ser el único motivo para permanecer en el centro de respiro. Las personas que necesitan atención personal directa, o que necesitan ayuda para la administración de medicamentos, en general no pueden beneficiarse de dicha atención a menos que cuenten con asistencia externa (81). Las personas que se quedan en Afiya House se conectan automáticamente con todas las otras actividades de Wildflower Alliance y todas las personas que trabajan en Afiya House se consideran empleados de Wildflower.

Afiya no ofrece servicios clínicos; sin embargo, los miembros asalariados del equipo de apoyo entre pares están disponibles durante las 24 horas del día. Los miembros del equipo apoyan a las personas que se quedan en el centro para crear un plan de bienestar si así lo desean, mantener las relaciones clínicas existentes en la comunidad o hacer cambios en los servicios clínicos que reciben. No se espera que los usuarios del servicio mantengan un calendario predeterminado (p. ej., horarios para dormir y despertar, actividades obligatorias, etc.), pero los que prestan apoyo entre pares se comunican regularmente con las personas durante su estadía para invitarlas a que se conecten o para ayudarlas a buscar otras actividades y recursos útiles. Los que prestan apoyo entre pares también pueden acompañar a las personas a sus citas clínicas, si estas así lo desean y si es factible. Asimismo, tienen experiencias e intereses diversos que aprovechan en su trabajo, por ejemplo, ofreciendo ejercicios de yoga o meditación.

Las personas que se quedan en Afiya pueden entrar y salir libremente para seguir cumpliendo su horario normal a fin de asistir a la escuela, al trabajo, a las obligaciones comunitarias y a las citas, etc. (81). El centro puede alojar en todo momento a tres personas en habitaciones privadas con acceso a una cocina y a alimentos básicos, salas comunes y recursos como libros, materiales de arte, instrumentos musicales, alfombras de yoga, etc. Antes de ingresar, las personas interesadas en Afiya sostienen una conversación inicial con un miembro del equipo y la decisión final sobre la asistencia la toman tres personas: la persona interesada, el primer miembro de contacto del equipo y un segundo miembro del equipo, para asegurarse de que no falte nada.

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

En Afiya se hace énfasis en la elección y la autodeterminación al prestar apoyo informado entre pares (81). Cuando ingresan al centro de respiro, las personas reciben información sobre cuestiones de derechos humanos; también se les informa sobre el oficial de derechos humanos de Afiya y los contactos de terceros a los que pueden recurrir si piensan que están siendo objeto de algún tipo de maltrato (81). Nunca se llama a los servicios de urgencia de salud mental en momentos de crisis a menos que las personas mismas decidan que tales servicios son su opción preferida. El malestar emocional, los pensamientos suicidas o incluso un plan de suicidio no se consideran urgencias médicas, y el personal ha recibido capacitación para apoyar a las personas en estas situaciones utilizando los enfoques de apoyo intencional entre pares (82) y de alternativas al suicidio^a (83). Las personas que se quedan en Afiya tienen la opción de completar una hoja de apoyos y contactos preferidos; sin embargo, se considera que la información sigue perteneciendo a la persona, junto con cualquier plan personal que pueda haberse elaborado (81). Además, el centro no revela los nombres de las personas que se quedan allí.

Prácticas no coercitivas

El período de residencia en Afiya House es completamente voluntario y debe iniciarlo la persona que desea quedarse allí. Para evitar interacciones tradicionalmente arraigadas en la coerción y los

a El enfoque de alternativas a suicidio fue elaborado en el 2008 por la Western Massachusetts Recovery Community. Surgió cuando se comprendió que muchos enfoques de prevención del suicidio eran contraproducentes y a menudo conducían a intervenciones coercitivas. En la práctica, adopta la forma de los grupos de apoyo entre pares que operan siguiendo el modelo de los grupos de Hearing Voices. Con el tiempo se ha elaborado una fórmula que expresa “validación, curiosidad, vulnerabilidad, comunidad”.

desequilibrios de poder, los miembros del equipo no ayudan en la administración de ningún tratamiento médico y en cambio se proporciona a las personas una caja con llave en su habitación en la que pueden almacenar sus propios medicamentos u objetos de valor. Sin embargo, puede brindarse apoyo y recursos para los síntomas de abstinencia de fármacos psicotrópicos (81).

A fin de reducir al mínimo la dinámica de poder entre empleados y las personas que se quedan en el centro, el personal de Afiya no recibe capacitación clínica y no administra medicamentos ni guarda objetos de valor de una persona durante su estadía. Estas políticas reducen la posibilidad de caer en interacciones coercitivas. Los servicios de policía o de ambulancia solo se contactan sin el consentimiento de una persona cuando se trata de una emergencia médica (como un infarto de miocardio, estado inconsciente, sobredosis de drogas, etc.) o si existe una grave amenaza de violencia. Si se da tal situación, los miembros del equipo posteriormente realizan un examen interno (81). En el 2015 ocurrió un incidente violento como resultado de un intento de robo, pero no se ha registrado ningún otro incidente violento. El personal recibe capacitación impartida utilizando el modelo de apoyo de validación, curiosidad, vulnerabilidad y comunidad como método para manejar situaciones en las que una persona está muy enojada (83).

Inclusión comunitaria

Afiya House reconoce la inclusión comunitaria como un componente fundamental en la prestación de respiro y apoya a las personas que están en el centro a fin de que exploren diversos recursos comunitarios locales como recursos espirituales, deportivos o educativos. La capacidad de las personas de entrar al centro y salir de él libremente también ayuda a crear o mantener vínculos y responsabilidades importantes, como el trabajo, la educación y otras actividades. Se alienta a las personas que se quedan en el centro de respiro a que se conecten con su familia, sus amistades u otros proveedores o defensores de su elección, y para asistir en esto los miembros del equipo pueden ayudar a facilitar diálogos curativos. Afiya House también se asocia con otros servicios de Wildflower Alliance, entre ellos los relacionados con la vivienda y la carencia de hogar. Wildflower Alliance administra cuatro centros de recursos y ofrece muchos talleres y eventos comunitarios relacionados con la educación, la promoción, el apoyo entre pares y la curación alternativa. Estos emplean varios “creadores de vínculos comunitarios” que ofrecen apoyo a los prisioneros y a las personas hospitalizadas que se están preparando para reintegrarse en la comunidad.

Participación

Afiya House fue creado y está administrado por personas que han experimentado directamente diagnóstico psiquiátrico, trauma, carencia de hogar, problemas con el consumo de sustancias psicoactivas y otros retos. La estructura del servicio refleja un compromiso con la participación y demuestra este principio mediante el ejemplo. Los miembros del equipo reciben formación completa en cuatro esferas básicas: apoyo intencional entre pares, alternativas al suicidio, facilitación para personas que oyen voces y capacitación contra la opresión. Los prestadores de apoyo entre pares están a disposición de las personas para brindarles apoyo individual o en grupo, y también se promueve el apoyo entre los que se quedan en el centro. A todas las personas que se quedan en Afiya se les pide que formulen comentarios en forma oral para mejorar continuamente el servicio.

Enfoque de recuperación

Afiya House no obliga a las personas a crear un plan de recuperación, pero sí les pide a todos los que se quedan en el centro que rellenen un formulario que describe brevemente qué esperan lograr durante su estadía. Sus esperanzas pueden incluir algo tan sencillo como volver a regular su horario de sueño, pero también pueden ser más detalladas e incluir la elaboración de un plan de bienestar o encontrar una nueva vivienda. Más allá del apoyo que ofrece el grupo de pares, el enfoque orientado a la recuperación utiliza la comunidad más amplia de aprendizaje de recuperación entre pares de Wildflower que permite el acceso a centros y grupos de recursos comunitarios durante su estadía y después de esta.

Evaluación del servicio

Entre el 1 de julio del 2016 y el 30 de junio del 2017 hubo 174 estadías en Afiya House. Cerca de la mitad de los entrevistados dijeron haber tenido alguna experiencia previa en un programa de respiro tradicional y el 57% afirmó haber usado también otros servicios de salud mental. Hubo un total de 1.344 contactos que no resultaron en una estadía en Afiya House, de los cuales el 74% se debió a falta de espacio.

Un informe realizado en el 2017 (80) documentó los resultados de una encuesta de evaluación anónima completada por personas antes de su partida, que reveló que los usuarios de Afiya House preferían el ambiente de Afiya y que habían experimentado mejores resultados que en las casas de respiro tradicionales o en las casas de respiro clínico. Al comparar con hospitales y otros lugares de respiro clínico, las personas informaron que se sintieron más bienvenidas en Afiya, y que la información se comunicaba de manera más transparente. La mayoría afirmó que Afiya había tenido efectos positivos en su vida. En cuanto al cumplimiento de las esperanzas que cada persona había puesto en su estadía, el 86% de los encuestados dijeron que la estadía había cumplido al menos una esperanza. Las personas que se estaban quedando en el centro también dijeron haber sentido que al personal de Afiya le importaba sinceramente su situación y que se sentían conectados con el personal y con otros usuarios del servicio, capaces de lograr objetivos y libres para hacer lo que necesitaban al tiempo que también recibían apoyo.

Costos y comparaciones de los costos

Afiya House cuenta con financiamiento pleno hasta el 2027 proporcionado por el Departamento de Salud Mental del estado de Massachusetts, por medio del Massachusetts Recovery Learning Centre, por lo que el servicio se presta gratuitamente a las personas que se quedan en el centro y no se requiere ningún seguro. Los resultados positivos detectados en las evaluaciones han aportado la evidencia requerida para el financiamiento continuo del servicio.

En el 2015, Afiya recibió 250 estadías separadas. Se calculó, sobre la base de los antecedentes y las autoevaluaciones, que en 125 de esas ocasiones la persona hubiera sido hospitalizada si no hubiera estado disponible un servicio de respiro entre pares. En el 2015, el costo medio calculado por persona por día en Afiya fue de US\$ 1.460, frente a US\$ 2.695 por persona por día en un hospital (81). El costo total anual de funcionamiento de Afiya en el 2019 fue de US\$ 443.928, de los cuales el gasto del personal representa el mayor componente.

Las limitaciones de espacio han hecho que para Afiya House haya sido difícil lograr uno de sus objetivos principales: la derivación por parte de los hospitales. Como se observó en el 2016-2017, casi 1.000 personas fueron rechazadas porque el centro estaba completamente ocupado; en comparación, hay 9 unidades psiquiátricas en la región. Se ha propuesto abrir un segundo centro tomando Afiya

como modelo. Sin embargo, a pesar de que existe una demanda evidente de más servicios prestados por pares en momentos de crisis como los que ofrece Afiya House y de que es probable reducir los costos de las hospitalizaciones, no se ha recibido financiamiento estatal.

Información adicional y recursos

Sitio web:

<https://wildfloweralliance.org/>

Videos:

Afiya House - <https://www.youtube.com/watch?v=9x8h3LvEB04> [en inglés]

Contacto:

Sera Davidow, Directora de Wildflower Alliance (Estados Unidos)

Correo electrónico: sera@westernmassrlc.org o

sera@wildfloweralliance.org

2.1.2

Link House

Bristol, Reino Unido de
Gran Bretaña e Irlanda del
Norte



Link House es un centro residencial de asistencia en momentos de crisis para mujeres que tienen una crisis de salud mental y que no tienen hogar o no pueden vivir en él debido a problemas de salud mental. El servicio se basa en un modelo social de atención y no en apoyo médico. Link House se estableció en el 2010 y en el 2014 se unió a la red innovadora de Salud Mental de Bristol, formada por 18 organizaciones públicas y voluntarias que unificaron la atención de salud y están totalmente financiadas por el Servicio Nacional de Salud (NHS).

Clasificación principal: Servicio en momentos de crisis

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Bibliografía publicada Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

- Sector de salud estatal Sector social estatal Seguro de salud
- Financiamiento de donantes Desembolso directo

Descripción del servicio

Link House, centro residencial de asistencia en momentos de crisis para mujeres mayores de 18 años, se creó con el objetivo principal de evitar la derivación de las mujeres en crisis a la hospitalización psiquiátrica. Ayuda a las mujeres a afrontar la crisis y desarrollar resiliencia. Missing Link, el mayor proveedor de servicios de salud mental y vivienda destinados solamente a las mujeres de Bristol, está a cargo de las operaciones del servicio, el cual ha funcionado desde 1982 (84).

El centro, que cuenta con una cocina compartida y un jardín, tiene espacio para 10 mujeres a la vez, las que pueden permanecer allí durante un máximo de cuatro semanas. El servicio acepta a todas las mujeres, incluidas las que están bajo tratamiento por orden judicial o a quienes se está dando de alta de la atención psiquiátrica. Las mujeres con discapacidades cognitivas y físicas también son bienvenidas si pueden satisfacer sus propias necesidades personales de atención, y la habitación de discapacidad se usa regularmente. La entrada al servicio puede ser por autoderivación, por servicios para momentos de crisis y para recuperación, o por médicos generales (85). Las personas con psicosis, ideas suicidas, así como problemas relacionados con el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas se aceptan

en el centro si están progresando satisfactoriamente hacia la recuperación. Para evitar listas de espera en las urgencias, Link House tiene una cama de urgencia disponible (86) y deriva a las personas a otros servicios de Missing Link.

Las personas que se quedan en Link House tienen su propio trabajador de apoyo dedicado exclusivamente a ellas y el personal está disponible día y noche. No hay ningún personal médico y no se requiere que el personal tenga cualificaciones formales. El personal recibe formación básica sobre estrategias de desescalada y apoyo, así como también sobre sensibilización acerca del suicidio y primeros auxilios de salud mental (87). Asimismo, ayudan a las mujeres a crear una rutina y un programa a su medida (88) y a desarrollar aptitudes relacionadas con el autocuidado, el dinero, la cocina, la gestión del tiempo, las relaciones interpersonales y el empleo (85). Se ofrecen programas de recuperación grupales varias veces a la semana junto con actividades diarias. Las mujeres pueden salir libremente del centro por su propia cuenta durante cierto tiempo, pero las visitas están restringidas debido a las limitaciones de espacio.

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

Escuchar la voz de la persona que utiliza el servicio y la autodeterminación son elementos esenciales de la filosofía de Link House. Todas las actividades del servicio se guían por los valores fundamentales del respeto y la comprensión. Todas las medidas se toman de acuerdo con las preferencias de las mujeres que utilizan el servicio. En términos generales, las usuarias del servicio pueden seguir viviendo su vida y Link House actúa en el trasfondo como una red de seguridad (88). Las actividades se ajustan para ayudar a las mujeres a articular sus propios objetivos; por ejemplo, el personal puede ayudar a las usuarias a encontrar a un defensor que las acompañe durante una cita médica. Si las usuarias no están satisfechas con Link House, Missing Link cuenta con un procedimiento para la atención de quejas a fin de permitir a una usuaria (o un tercero que quizás esta desee incluir) hacer un informe (89).

Prácticas no coercitivas

El acceso a Link House es siempre voluntario; en la evaluación inicial, se tiene cuidado en asegurarse de que la mujer que solicita el servicio esté verdaderamente interesada en quedarse en el centro. Si bien se las alienta a que tengan una rutina durante su estadía, las usuarias del servicio no están obligadas a hacerlo y no se utilizan prácticas restrictivas. En una evaluación realizada en el 2016, las usuarias informaron que “lo mejor de estar en Link House” era que el lugar “se siente seguro y acogedor y es solo de mujeres (incluido el personal)” y que apreciaban el “enfoque no médico, positivo y comprensivo por parte del personal” (90). Las mujeres que se quedan en Link House se encargan de sus propios medicamentos; el personal no se ocupa del seguimiento ni de la administración. Si una persona decide no tomarse un medicamento, esto no tiene ninguna consecuencia para su estadía en Link House a menos que su estado de salud mental se deteriore en tal medida que hace que ella, u otras personas, se sientan inseguras. En ese caso, la persona es derivada al equipo de crisis o a los servicios de hospitalización.

Inclusión comunitaria

Es importante señalar que Link House alienta a las mujeres a que continúen sus actividades regulares en la comunidad (88) y las vincula activamente a diferentes servicios comunitarios según lo que ellas deseen, incluidos otros servicios de la red de Missing Link. Estos servicios cubren una amplia gama de

otros programas de empleo y apoyo de salud mental para las mujeres, así como también una variedad de alojamientos en viviendas subvencionadas, viviendas colectivas y viviendas provisionales. Dentro de Link House se hace énfasis en brindar un ambiente inclusivo; se alienta a las usuarias del servicio a que interactúen y cocinen juntas, y se organizan sesiones grupales entre dos y tres veces a la semana.

Participación

En Link House, las personas con experiencia propia participan en todos los niveles de la organización. A nivel de gestión, Link House ha creado el grupo de referencia de usuarias del centro para crisis que se reúne cada 6 semanas. Este grupo está integrado por usuarias anteriores del servicio y su meta es aumentar la participación; también actúa como grupo de apoyo entre pares para las personas que asisten. Este grupo ha sido consultado sobre las reglas del centro, las normas, la bibliografía de investigación y las actividades.

También se da importancia a la opinión expresada por las residentes de Link House en cuanto al funcionamiento diario del centro y las actividades proporcionadas. Los grupos de debate se realizan con las mujeres que utilizan el servicio a fin de orientar los esfuerzos encaminados al desarrollo y la mejora del servicio. En una evaluación del servicio efectuada en el 2016, el 98% de las usuarias informaron que su participación en el funcionamiento del centro era adecuada (90).

Enfoque de recuperación

Link House utiliza un modelo de asistencia social de recuperación que hace hincapié en un enfoque basado en los puntos fuertes, la experiencia vivida con valores y la autodeterminación. Se centra en la igualdad, la sensibilidad cultural y la adopción de un criterio holístico, al tiempo que presta un apoyo flexible y ayuda a las mujeres a reconectarse con su vida. Todo el personal se ha capacitado en enfoques de prácticas de reflexión y enfoques sensibles a los efectos de los traumas, y apoya a las mujeres para que adquieran fortaleza y elaboren estrategias de afrontamiento que puedan ayudarles a recuperarse. Se utilizan planes de acción de recuperación de bienestar individual (91) para todas las mujeres que reciben el servicio (el 88% de las usuarias consideraron que estos eran útiles [90]) y el personal adapta las actividades a los objetivos de cada persona. A fin de apoyar más a las usuarias, sus prestadores de atención actuales también se integran en los planes de recuperación. Asimismo, se alienta a las mujeres a que elaboren un gráfico de estrellas de recuperación (92) para detectar los aspectos de su vida que desean mejorar. Cuando se han marchado de Link House, pueden analizar de nuevo el gráfico para ver el progreso que han logrado.

Evaluación del servicio

A las mujeres que se marchan de Link House se les pide que respondan a una encuesta de salida en la que expresan sus comentarios (90). En el 2017–2018, Link House apoyó a 150 mujeres y, de las 122 que respondieron a la encuesta, el 99% dijo que le parecía que su estadía había sido una experiencia útil, el 99% dijo que el apoyo había respondido a sus necesidades, el 94% dijo que le parecía que su salud mental había mejorado, el 100% consideró que las actividades y sesiones grupales habían sido útiles y el 100% dijo que recomendaría el centro a una amiga (93). Las usuarias de Link House informaron que habían utilizado menos servicios hospitalarios y que el servicio de Link House les había ayudado a reducir la duración de su hospitalización. Se determinó que todas las mujeres derivadas de los servicios de salud mental necesitaban una cama hospitalaria. Por lo tanto, puede inferirse que el uso del centro por estas mujeres reduce directamente las hospitalizaciones (93).

Costos y comparaciones de los costos

En el 2017–2018, Missing Link ayudó a un total de 864 mujeres a encontrar servicios y vivienda en su comunidad, y 150 de estas mujeres utilizaron el servicio de Link House. La prestación del servicio cuesta £467.000 por año (alrededor de US\$ 647.000),^b incluidos el edificio, el personal y los gastos generales. El costo total por persona por cama por noche es de £127 (alrededor de US\$ 176).^c Dado que una cama hospitalaria cuesta alrededor de tres veces más por noche (94), Link House representa un ahorro importante para el sistema de salud.

Información adicional y recursos

Sitio web:

<https://missinglinkhousing.co.uk/services-we-offer/link-house-for-women-in-mental-healthcrisis/>

Videos:

Link House - <https://missinglinkhousing.co.uk/link-house-film/> [en inglés]

Sara Gray, integrante del personal de Link House

<https://www.youtube.com/watch?v=GMSofLVJMcY&feature=youtu.be> [en inglés]

Contactos:

Sarah O’Leary, directora ejecutiva de Missing Link Mental Health Services
Bristol (Reino Unido)

Correo electrónico: Sarah.OLeary@nextlinkhousing.co.uk

Carol Metters, exdirectora ejecutiva de Missing Link Mental Health Services
Bristol (Reino Unido)

Correo electrónico: Carol.matters@missinglinkhousing.co.uk

b Conversión al mes de marzo del 2021.

c Conversión al mes de febrero del 2021.

2.1.3

Servicio en momentos de crisis Open Dialogue

Laponia, Finlandia



Open Dialogue es una técnica específica para trabajar con personas y familias que sufren un trastorno mental. Se desarrolló en Laponia occidental (Finlandia), cerca del círculo polar ártico, y utiliza elementos de la terapia psicodinámica individual y la terapia familiar sistémica con un enfoque fundamental en la centralidad de las relaciones interpersonales y la promoción de la conectividad mediante la participación de la familia y la red. El método Open Dialogue sirve de base para todos los elementos del servicio de salud mental que se presta en Laponia occidental. El presente resumen se centra en el servicio de Open Dialogue para momentos de crisis.

Clasificación principal: Servicio en momentos de crisis

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Bibliografía publicada Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sector de salud estatal | <input type="checkbox"/> Sector social estatal | <input checked="" type="checkbox"/> Seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Financiamiento de donantes | <input type="checkbox"/> Desembolso directo | |

Descripción del servicio

El servicio en momentos de crisis y de alcance domiciliario Open Dialogue tiene su base en el Hospital Keropudas, en la ciudad de Tornio, y lo coordina y administra el centro de consulta externa Keropudas. Atiende a toda la población de Laponia occidental y coordina las actividades con otras consultas y servicios externos en la región. El Hospital Keropudas se centra exclusivamente en la salud mental y presta atención de hospitalización a todos los municipios de Laponia occidental en una unidad psiquiátrica de 22 camas. El equipo de servicio en momentos de crisis de Open Dialogue consta de 16 enfermeras, un asistente social, un psiquiatra, un psicólogo, un terapeuta ocupacional y un secretario. Los médicos en formación y los trabajadores pares también participan en la labor del centro de consulta, que atiende a un promedio de 100 casos nuevos al mes como parte del servicio de salud pública finlandés.

El servicio en momentos de crisis tiene como meta proporcionar una intervención basada en la psicoterapia para las personas que se presentan con una crisis de salud mental, incluidas las que tienen síntomas psicóticos, y está disponible 24 horas al día, siete días a la semana, por teléfono, texto, correo electrónico o sin previa cita. El servicio brinda el único punto de contacto para situaciones de crisis en Laponia occidental y procura responder a cada derivación de inmediato, y siempre en un plazo de 24 horas, a menos que la persona en cuestión solicite específicamente un aplazamiento.

Una vez establecido el contacto, el miembro del equipo que recibió la solicitud inicial organiza un equipo específico para el caso, que incluye personal del servicio en momentos de crisis y a veces de otros servicios, como asistentes sociales. Este equipo trabaja con la persona que tiene la crisis durante el tiempo necesario. El equipo se reúne periódicamente con los usuarios del servicio en sus hogares o en las oficinas del servicio, según lo prefiera la persona y, si es necesario, diariamente. La consulta se amplía para incluir a la familia de la persona o la red de apoyo, con su permiso.

Los aspectos fundamentales de valor agregado del servicio son su flexibilidad, su movilidad y la continuidad de la atención prestada por el equipo de apoyo. El servicio trabaja para reducir al mínimo el uso de medicamentos, ser plenamente transparente y asegurarse de que las personas y sus opiniones ocupen un lugar central en todas las conversaciones y decisiones acerca de su atención. Open Dialogue procura fomentar el potencial que tiene el usuario acerca de su autoexploración, autoexplicación y autodeterminación.

Principios fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

Un principio central de Open Dialogue es que las decisiones sobre el tratamiento las toma la persona que utiliza el servicio y el equipo de tratamiento está plenamente disponible para prestarle el apoyo que quizás ésta desee. Al crear las condiciones propicias para el diálogo verdadero, el servicio tiene como meta promover la dignidad de la persona y el respeto de su capacidad jurídica. Los miembros del equipo trabajan para crear una situación en la que todas las voces se oyen por igual y los planes de atención terapéutica emergen de este diálogo.

El equipo de crisis de Open Dialogue también tiene como meta ser sensible a las diferencias de poder que surgen en los momentos de crisis, lo que puede socavar la oportunidad para que los usuarios del servicio expresen sus necesidades y preferencias. El servicio aborda la cuestión del poder, y cómo manejar y reducir al mínimo sus desequilibrios, en su capacitación y supervisión de los miembros del equipo. Las directivas anticipadas no se usan en el servicio ni en el resto de Finlandia.

Prácticas no coercitivas

El servicio en momentos de crisis trabaja para evitar intervenciones coercitivas procurando reducir la gravedad de las situaciones tensas. A las personas que se niegan a tomar medicamentos no se las amenaza con la hospitalización y se realiza una negociación a fin de encontrar una solución segura y aceptable para estas situaciones. El personal del servicio recibe formación sobre el manejo de la agresión real o potencial (95) como una intervención para la desescalada. Sin embargo, a pesar de los procesos implantados para evitar prácticas coercitivas, de vez en cuando se ingresa y se da tratamiento a las personas contra su voluntad en la unidad de hospitalización del Hospital Keropudas cuando se trata de proteger la seguridad de las personas y no surge ninguna otra opción.

Inclusión comunitaria

El objetivo principal del servicio es prestar apoyo a una persona en crisis para evitar la hospitalización. Como tal, la mayor parte de la labor del servicio en momentos de crisis se realiza en la comunidad. El servicio trabaja en estrecha colaboración con las escuelas, los institutos de capacitación y los lugares de trabajo, como también con otras organizaciones que quizás presten apoyo. Las reuniones cuentan con la participación de actores de diversas partes de la red de apoyo de la persona y pueden incluir a familiares, vecinos, amistades, maestros, asistentes sociales y empleadores, y también a curanderos, etc. (96). Los usuarios del servicio también pueden consultar con profesionales individuales, si lo desean, y tienen acceso a actividades físicas semanales, como natación, golf, etc.

Participación

Si bien los trabajadores pares no son reconocidos en el sistema de salud finlandés, el servicio de Open Dialogue para momentos de crisis emplea a cuatro trabajadores pares en calidad de asesores. Estos se ocupan principalmente de la capacitación y la gestión, pero también organizan y facilitan reuniones del grupo de apoyo. Pueden colaborar con personas específicas y participar en las reuniones, pero no se consideran miembros de los equipos que trabajan en casos específicos. Desde el 2014, el servicio ha estado elaborando una forma nueva de capacitación que incluye tanto a los profesionales como a los trabajadores pares. Esta capacitación se considera como un vehículo para escuchar con más fuerza el punto de vista de los pares.

Enfoque de recuperación

El modelo de Open Dialogue utiliza elementos de terapia psicodinámica individual y terapia familiar sistémica en una intervención individual con la persona que utiliza el servicio y sus familias. Su énfasis en el carácter central de las relaciones interpersonales, los valores y la comprensión de las perspectivas que difieren concuerda con el enfoque orientado a la recuperación. Empodera a la persona que utiliza el servicio al evitar el uso de un lenguaje profesional técnico y, en cambio, procura normalizar y desarrollar un significado a partir de las propias experiencias de la persona. También la alienta a participar activamente en la decisión sobre la forma en que los problemas han de examinarse y abordarse.

Evaluación del servicio

Se usa un enfoque sistemático para obtener comentarios directamente de los usuarios del servicio mediante encuestas anuales anónimas. En un estudio de cohortes del 2018 basado en un registro, se evaluaron los resultados de Open Dialogue comparándolos con un grupo testigo de control numeroso de toda Finlandia que abarcó cerca de 19 años. La duración de la atención hospitalaria, las pensiones de discapacidad y la necesidad de medicamentos neurolépticos siguieron siendo significativamente inferiores para la cohorte de Open Dialogue (97). También se informó de que los participantes en Open Dialogue tenían mejores resultados laborales en comparación con los tratados convencionalmente (98).

Otro estudio de cohortes nacional, que abarcó cinco años, reveló que la zona de captación de Laponia occidental había registrado las cifras más bajas de Finlandia acerca de la duración del tratamiento hospitalario y las pensiones de discapacidad (99). Los estudios cualitativos también revelaron que los usuarios del servicio tenían una opinión positiva de este, al igual que las familias y los profesionales implicados (100).

Costos y comparaciones de los costos

El servicio en momentos de crisis es gratuito para quienes lo utilizan; sin embargo, se ha calculado que una reunión de la red dialógica de 60–120 minutos cuesta € 130–400 (alrededor de US\$ 155–475)^d ([Kurtti, M.], [Western Lapland Health Care District], comunicación personal, [2021]). Como servicio financiado por el estado mediante el sector de la salud, los fondos se obtienen mediante impuestos de los municipios locales. El seguro de salud nacional sufraga los costos de algunos medicamentos y de la psicoterapia privada, y los medicamentos neurolépticos se proporcionan gratuitamente. La manera localizada en la que se organiza el financiamiento de los servicios de salud en Finlandia permite una inversión significativa en la formación del personal.

Información adicional y recursos

Sitio web:

<http://developingopendialogue.com/>

Videos:

Open Dialogue, un enfoque alternativo finlandés para curar la psicosis

<http://wildtruth.net/films-english/opendialogue> [en inglés]

Jaakko Seikkula - Desafíos en torno a la práctica Open Dialogue

<https://www.youtube.com/watch?v=VQoRGfskKUA> [en inglés]

Contacto:

Mia Kurtti, enfermera, MSc, formadora en Familia y Psicoterapia, Distrito Sanitario de Laponia Occidental (Finlandia)

Correo electrónico: mia.is.kurtti@gmail.com

d Conversión al mes de marzo del 2021.

2.1.4

Tupu Ake

Sur de Auckland,
Nueva Zelanda



Tupu Ake es un servicio alternativo de ingreso para crisis, dirigido por pares, ubicado en Papatoetoe, localidad situada en las afueras del sur de Auckland, que ofrece estadías cortas y un programa de apoyo diurno. Los especialistas en apoyo entre pares han recibido formación para trabajar sin recurrir a la coerción o a técnicas restrictivas y las personas son libres de entrar a los servicios o salir de ellos cuando lo deseen. Se hace hincapié en un plan adaptado, centrado en la recuperación y basado en los puntos fuertes de la persona, mediante enfoques como planificar la acción para recuperar el bienestar. En su calidad de trabajadores pares, el personal comparte su experiencia propia acerca de los problemas de salud mental o las discapacidades psicosociales.

Descripción del servicio

Tupu Ake fue establecido como un servicio residencial de recuperación piloto en el 2008 por la ONG Pathways Health (101), proveedora nacional de servicios comunitarios de salud mental y uno de los primeros servicios de salud mental de Nueva Zelandia en brindar una alternativa al ingreso hospitalario. Presta servicios a una región de 512.000 personas y ofrece estadías cortas de hasta una semana a un máximo de 10 personas y un programa de apoyo diurno a un máximo de 5 personas.

La entrada al servicio se realiza a través de los equipos de crisis comunitarios de la Junta de Salud Distrital, administrados por el estado, que solo derivan a las personas cuyo nivel de malestar psicológico y gravedad permite que estas reciban apoyo seguro dentro de un entorno abierto. Las personas pueden permanecer en Tupu Ake independientemente de su diagnóstico: en una evaluación del 2015–2016 se observó que el 42% había recibido un diagnóstico de psicosis y el 42% un diagnóstico de depresión/ansiedad (102). La mayoría de las personas tenían entre 21 y 50 años de edad; la proporción de mujeres que utilizaban el servicio era levemente superior a la de los hombres. Acerca del origen étnico, el 32% era europeo de Nueva Zelandia, el 29% maorí indígena y el 20% isleño del Pacífico. Los maorís (que constituyen el 15% de la población de Nueva Zelandia) sufren graves problemas de salud mental relacionados con altos niveles de privación económica y alienación cultural (103), como también un tratamiento diferenciado en el sistema de salud mental, incluido un mayor tratamiento obligatorio (104).

Las personas que permanecen en Tupu Ake se denominan huéspedes a fin de promover una relación menos jerárquica con el personal. Tupu Ake trabaja en estrecha colaboración con los servicios de recepción de las personas y su médico del equipo de crisis designado por la Junta de Salud Distrital, para elaborar un plan personalizado de recuperación que aborde la finalidad de su estadía en Tupu Ake. El equipo clínico realiza visitas frecuentes para examinar el progreso del plan y puede modificarlo como corresponda. El personal de Tupu Ake ayuda a los huéspedes a aprender estrategias de adaptación, afianza técnicas conductuales y motivacionales, presta apoyo y ayuda acerca de los medicamentos y proporciona al equipo clínico comentarios e informes sobre el progreso.

La villa Tupu Ake está inmersa en jardines paisajistas totalmente codiseñados por pares, que incluyen amplios murales y otras obras artísticas creadas por huéspedes anteriores. Tiene una sala familiar para reuniones con la familia y las amistades. Las actividades que se ofrecen incluyen clases sobre bienestar, intervenciones psicosociales, actividades culturales y de bienestar físico tales como canciones culturales (waiata), oración (karakia), tejido (harakeke), programas para afrontar el malestar psicológico, terapia artística, jardinería, alimentación saludable y conciencia plena. Los huéspedes pueden crear un plan de acción de recuperación de bienestar, instrumento de uso generalizado para gestionar el proceso de recuperación (91).

Tupu Ake también promueve la inmersión en la naturaleza como factor útil en la recuperación mediante paseos, el avistamiento de aves y la horticultura. Las técnicas de autoconsuelo basadas en la modulación sensorial, el uso de salas sensoriales y la elaboración de planes sensoriales, también ayudan a los huéspedes a tolerar el malestar psicológico agudo y a recuperarse de este.

El programa diurno ofrece apoyo transitorio a los huéspedes anteriores. Hasta cinco huéspedes pueden asistir a este programa en cualquier momento, durante un máximo de siete días. Las actividades incluyen socialización, jardinería, aprendizaje de instrumentos musicales, arte terapéutico y otras actividades basadas en el bienestar, incluido el aprendizaje y el uso de técnicas de modulación sensorial y autoconsuelo.

La visión para el servicio se sustenta en un marco de “competencias de pares” que comprende seis valores fundamentales constituidos por la mutualidad, el conocimiento experiencial, la autodeterminación, la participación, la equidad, y la recuperación y esperanza. La mayoría del personal consiste en especialistas en apoyo por pares que prestan apoyo individualizado a las personas mediante la integración de estos valores fundamentales en su práctica.

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

De conformidad con el valor fundamental de la autodeterminación, los usuarios del servicio reciben apoyo para que tomen decisiones informadas y den su consentimiento informado en cada aspecto de su vida, como ser el apoyo que reciben de Tupu Ake, su viaje de recuperación, la participación de otras personas, la búsqueda de sueños y el logro de metas personales, sus condiciones de vida, las oportunidades laborales, las actividades sociales y recreativas y las relaciones interpersonales.

El carácter de gestión por pares del personal y los principios de apoyo entre pares que rigen el funcionamiento del servicio, ayudan a reducir la diferencia de poder entre el personal y los huéspedes. Durante su estadía, el personal no solo apoya a los huéspedes para que elaboren planes de bienestar, sino que también los apoyan para que presenten sus planes en las reuniones con el personal clínico de la Junta de Salud Distrital. Este elemento de promoción es un papel importante que desempeña el personal de Tupu Ake para contrarrestar la diferencia de poder entre las personas (algunas de las cuales ingresan al hospital involuntariamente en cumplimiento de la Ley de Salud Mental de Nueva Zelanda) y sus proveedores clínicos. Tupu Ake procura asegurarse de que los huéspedes tengan a su disposición opciones y decisiones siempre que sea posible. En muchas situaciones que implican capacidad jurídica, el personal de pares actúa como defensor de los huéspedes; esto puede incluir la organización de la representación letrada urgente.

Prácticas no coercitivas

De conformidad con sus valores fundamentales, Tupu Ake no aplica el tratamiento coercitivo, la reclusión o la restricción; los especialistas en apoyo entre pares reciben capacitación para trabajar sin recurrir a técnicas coercitivas o restrictivas. El personal recibe capacitación en técnicas de desescalada (incluida la capacitación en prevención no violenta de crisis, la concientización sobre los traumas y las prácticas sensibles a los efectos de los traumas), como también capacitación para tolerar cierto nivel de incomodidad a fin de normalizar la experiencia de los huéspedes mientras estos procesan su malestar psicológico.

En Tupu Ake se trabaja con un modelo que promueve la autodeterminación, pero se funciona dentro de un sistema más amplio –los servicios de salud mental prestados por las Juntas de Salud Distritales– que no siempre la promueve (105). Esta tensión es más evidente cuando el equipo de crisis dirigido por el estado intenta usar la coerción o dominar las conversaciones sobre el plan de recuperación del huésped. En estas ocasiones, la negociación y la promoción especializadas con el huésped para afirmar sus deseos o empoderarlo para que se autodetermine, se convierten en el foco de la intervención del personal de Tupu Ake. Los huéspedes son libres de entrar a los servicios o salir de ellos cuando lo deseen.

En situaciones en las que una persona no quiere tomarse los medicamentos recetados, Tupu Ake se comunica con la persona y trata de comprender las razones de su renuencia, luego trabaja con ella para encontrar maneras de colaborar con el equipo clínico a fin de resolver el problema. El personal tiene como objetivo lograr esto acompañando a la persona en calidad de defensor. Algunas personas acuden a Tupu Ake con la intención de reducir sus medicamentos en un entorno propicio donde pueden recibir ayuda para hacerlo en condiciones de seguridad.

Inclusión comunitaria

Los huéspedes pueden asistir a actividades comunitarias, salir a caminar o visitar tiendas locales acompañados por un trabajador de apoyo entre pares si así lo desean. Tupu Ake reconoce la importancia que reviste la familia (*whanau*) en la vida de las personas (más del 40% de sus huéspedes viven con familiares). Muchos huéspedes sufren situaciones estresantes sociales o culturales significativas en sus hogares, y Tupu Ake trabaja con otros prestadores de servicios comunitarios sociales y de salud para abordarlas. Cuando trabaja con los huéspedes para planificar su transición de regreso a la vida independiente, el servicio ayuda a conectar a las personas con los trabajadores comunitarios de apoyo en materia de salud mental y adicciones a fin de asegurarse de que estas puedan seguir afrontando las cuestiones de relaciones familiares, redes sociales, vivienda o necesidades vocacionales o profesionales cuando se marchan de Tupu Ake.

Participación

Todos los miembros del personal de Tupu Ake se identifican como personas que han vivido la experiencia de trastornos mentales o discapacidades psicosociales, y los especialistas en apoyo entre pares constituyen la mayoría del personal. La coproducción y la participación entre pares se han priorizado desde las fases más tempranas de la creación del servicio, desde la determinación del idioma y el vocabulario (por ejemplo, el referirse a los usuarios del servicio como huéspedes) hasta el diseño y la renovación de la propia casa.

A los usuarios del servicio se les pide sistemáticamente que respondan a un cuestionario sobre su experiencia en el que se les pregunta en qué medida sienten que han sido oídos y escuchados, respetados e incluidos en la toma de decisiones y si se han sentido seguros y apoyados en la recuperación, entre otros aspectos. Otros instrumentos de evaluación utilizados incluyen el cuestionario de resultados *Your Wellbeing* basado en el instrumento de evaluación de la OMS *Quality of Life* (WHOQOL) y el *Health Activity and Participation Questionnaire* del Ministerio de Salud de Nueva Gales del Sur. Esta información, junto con cualquier comentario oral formulado por los usuarios del servicio, es objeto de análisis por la directiva del servicio cada tres meses a fin de dirigir el siguiente ciclo trimestral de planificación y mejoramiento para el servicio.

Enfoque de recuperación

El personal de Tupu Ake apoya a los huéspedes para que reflexionen acerca de los objetivos y aspiraciones que tienen en su vida y los aclaren, promoviendo su sentido de autonomía y el control de su futuro. Se emplea un plan elaborado a la medida y centrado en los puntos fuertes y en la recuperación, que utiliza enfoques como los del plan de acción de recuperación del bienestar (91) para aumentar en las personas la resiliencia y la capacidad de adaptarse después de su regreso a la comunidad. Los miembros del personal ven a la persona como un todo y le ofrecen apoyo holístico detectando los factores que le están causando o agravando su malestar psicológico. En su calidad de trabajadores pares, los miembros del personal comparten de manera significativa sus propias experiencias usando planes de bienestar, actividades e instrumentos de bienestar, lo que empodera a los huéspedes al transmitirles esperanzas. La relación con los especialistas de apoyo entre pares y su confianza en la capacidad que tiene un huésped de dirigir su propia recuperación usando sus propios puntos fuertes y aptitudes, pueden ser transformadoras.

Evaluación del servicio

En el 2017 se realizó una evaluación independiente (102) basada en entrevistas cualitativas con usuarios del servicio y otras partes interesadas, incluido el personal de Tupu Ake, Pathways y la Junta de Salud Distrital. Los resultados demostraron que los huéspedes experimentaban resultados positivos en cuanto a los niveles de autodeterminación y una mayor capacidad para afrontar sus experiencias. Los huéspedes notificaron niveles más altos de satisfacción acerca de la atención y un promedio de la duración de la estadía menor en Tupu Ake que en las unidades de hospitalización comparables. La evaluación subrayó la función positiva que Tupu Ake desempeñó en la reparación de las relaciones de los huéspedes con su familia y sus redes sociales, y el entorno físico propicio que brindaban la villa y el terreno.

El número de usuarios en el transcurso del tiempo refleja un crecimiento continuo. Durante el período de enero del 2015 a diciembre del 2016, 564 huéspedes tuvieron acceso al servicio de una noche para un episodio de atención y 26 utilizaron el programa diurno. En comparación, durante el período del 2018 al 2019, un total de 642 huéspedes pasaron la noche en el servicio y 75 tuvieron acceso al programa diurno. Los comentarios de los huéspedes reflejaron niveles más altos de satisfacción con Tupu Ake en comparación con los servicios convencionales, e indicaron que este era útil para reducir los reingresos a servicios para pacientes agudos. De los 303 huéspedes recibidos en el 2019, 29 (9,5%) requirieron hospitalización en última instancia y 9 se marcharon por decisión propia. El 88% restante se marchó cuando había logrado los objetivos de su estadía. El promedio de la duración de la estadía en el 2019 fue de 7,7 días. En comparación, el promedio de la duración de la estadía en la unidad de hospitalización de salud mental del hospital de los condados de Manukau fue de 19,8 días; sin embargo, los perfiles de los usuarios de los dos servicios pueden diferir ([Phillips, R.], [Pathways], datos inéditos, [2020]).

Costos y comparaciones de los costos

El servicio de Tupu Ake es gratuito para las personas que lo utilizan, dado que está plenamente financiado por el sistema de salud pública de Nueva Zelandia. El servicio se financia a razón de NZ\$ 297 (US\$ 213)^e por cama por noche, que cubren la totalidad de la dotación del personal, gastos del establecimiento, bienes consumibles programáticos, alimentos, tecnología de la información y otros gastos conexos de

^e Conversión al mes de febrero del 2021.

la prestación de servicios. Por el contrario, una cama para pacientes hospitalizados cuesta un promedio de NZ\$ 1.000 (US\$ 720)^f por noche ([Phillips, R.], [Pathways], comunicación personal, [2020]).

Información adicional y recursos

Sitio web:

<https://www.pathways.co.nz/services/peer-services>

Videos:

La Primera Ministra visita Tupu Ake, 31 de mayo del 2019 <https://www.youtube.com/watch?v=SwQfaQ3BJVk> [en inglés]

Contacto:

Ross Phillips, director de Operaciones Institucionales, Pathways (Nueva Zelanda).
Correo electrónico: Ross.Phillips@pathways.co.nz

^f Conversión al mes de marzo del 2021.

2.2 Servicios de salud mental hospitalarios

Los servicios de salud mental hospitalarios generales proporcionan tratamiento y atención a través de las unidades de hospitalización de salud mental, los servicios ambulatorios y los servicios de alcance comunitario. Tradicionalmente, en muchos países los servicios de salud mental hospitalarios han cubierto los hospitales psiquiátricos o las instituciones de asistencia social, que están aislados del resto de la comunidad. Las personas suelen residir en estos entornos durante semanas, meses e incluso años. Estos entornos a menudo se asocian con extensas prácticas coercitivas y violaciones de los derechos humanos que incluyen la violencia, el abuso y la negligencia, así como también el ingreso y el tratamiento involuntarios, la reclusión y las restricciones físicas, mecánicas y químicas, y condiciones de vida inhumanas y degradantes (8, 106, 107).

Los servicios presentados en esta sección se apartan de este modelo y en cambio prestan atención hospitalaria en los entornos hospitalarios generales que se integran en el sistema de salud general y el resto de la comunidad. En efecto, estos servicios se organizan para que las personas pasen un tiempo mínimo en el servicio de atención hospitalaria y permanezcan conectadas con sus redes de apoyo durante toda su estadía. Los servicios procuran conectar a las personas con otros servicios y apoyos comunitarios más allá de los que se brindan en el entorno hospitalario para facilitar el regreso de las personas a su vida y su comunidad.

Además, todos los servicios presentados han establecido procesos para poner fin al uso de prácticas coercitivas. Estos servicios también procuran respetar el derecho de las personas a tener acceso al consentimiento informado y a tomar decisiones por sí mismas acerca del tratamiento y otros asuntos. Por ejemplo, pueden alentarlas a que redacten directivas anticipadas o planes para situaciones de crisis, o a que participen en otras iniciativas a fin de promover la toma de decisiones y la autonomía.

Es esencial eliminar gradualmente los hospitales psiquiátricos y las instituciones de asistencia social independientes en favor de las alternativas comunitarias. Es primordial asegurarse de que las personas reciban atención y apoyo que respondan a sus necesidades y respeten sus derechos humanos. Los servicios de salud mental prestados en entornos hospitalarios generales pueden ser útiles para lograr estos objetivos cuando se proporcionan como parte de una variedad de servicios y apoyo comunitarios. Tales servicios, prestados de manera no coercitiva, pueden respetar la voluntad, las preferencias y la autonomía de una persona, y apoyarla a lo largo de su viaje de recuperación. Los ejemplos presentados en esta sección indican que es posible tener atención de salud mental y apoyo de calidad en entornos hospitalarios generales y que esto constituye una opción para las personas que consideran que se beneficiarían de los servicios hospitalarios.

2.2.1

Unidad BET, Hospital
Blakstad, Vestre Viken
Hospital Trust

Viken, Noruega



La Unidad BET, o de terapia de exposición basal, del Hospital de Blakstad de Noruega (BET seksjon, Blakstad Sykehus) presta servicios a personas con trastornos mentales complejos que no se han beneficiado de otras formas de apoyo a la salud mental. En lugar de concentrarse simplemente en la reducción de los síntomas, el modelo de tratamiento psicosocial denominado terapia de exposición basal se centra en la aceptación de los pensamientos, los sentimientos y las experiencias internas alarmantes como forma de autorregularse y hacer frente a estos retos existenciales.

Clasificación principal: Servicio hospitalario

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Bibliografía publicada Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

- Sector de salud estatal Sector social estatal Seguro de salud
- Financiamiento de donantes Desembolso directo

Descripción del servicio

La Unidad BET es una unidad modelo de salud mental independiente que forma parte, aunque está físicamente separada, del hospital Blakstad, que es un hospital psiquiátrico urbano grande situado en Asker (Noruega). Esta unidad atiende a la comunidad más amplia del Vestre Viken Hospital Trust, que apoya a otros hospitales y centros médicos que cubren a una población de 500.000 personas en la región al sudoeste de Oslo.

Esta unidad de terapia de exposición basal, que antes formaba parte de la unidad cerrada de psicosis del Hospital Blakstad, un gran hospital psiquiátrico urbano de Asker (Noruega), se convirtió en el 2018 en un servicio independiente de puertas abiertas, disponible las 24 horas al día, los 7 días a la semana. La unidad está equipada con seis camas y ofrece tratamiento y apoyo a un promedio de 6 a 10 personas por mes. El servicio cuenta con un total de 19,5 empleados, incluidos un psiquiatra y dos psicólogos (108). El tratamiento se organiza como una semana de trabajo, con un día completo de sesiones grupales e individuales, actividades físicas, planificación de los tratamientos y las reuniones del proceso. La mayoría de las personas van a su casa todos los fines de semana a menos que vivan muy lejos.

Por lo general, las personas derivadas a la Unidad BET –por médicos generales, consultorios de atención ambulatoria y salas de hospitalización de otros hospitales– anteriormente han sido objeto de numerosas o prolongadas hospitalizaciones intensivas, sin que experimentaran ninguna mejora (109). Muchas han recibido múltiples diagnósticos, desde psicosis hasta trastornos de la personalidad, han consumido sustancias psicoactivas nocivas, se han autolesionado o han intentado suicidarse en repetidas ocasiones, han usado múltiples medicamentos psicotrópicos por largos períodos y han sido objeto de intervenciones coercitivas en servicios de salud mental (109, 110).

De acuerdo con el concepto de la unidad de terapia de exposición basal, se invita a las personas a reconocer y aceptar los pensamientos y los sentimientos alarmantes, y afrontarlos con estrategias de adaptación nuevas y más funcionales, en lugar de depender de estrategias de evasión como la autolesión, la inactividad y la hiperactividad, la inanición y la alimentación excesiva, la disociación y el uso excesivo de drogas lícitas e ilícitas (111). La comunicación de validación considera que los sentimientos son verdaderos y reales, lo cual permite a las personas reconocer sus emociones y regular mejor sus propios pensamientos, sentimientos y acciones. Los terapeutas también ayudan a los usuarios a desarrollar aptitudes básicas que aumentan la autonomía, como solicitar ayuda antes de que surja una crisis (108).

La regulación externa complementaria (REC) es uno de los principios subyacentes del concepto de la terapia de exposición basal, que tiene como objetivo facilitar y consolidar las decisiones y acciones funcionales y eliminar las medidas coercitivas del proceso de atención. Depende principalmente de la estrategia de regulación mínima, en la que los terapeutas interactúan con los usuarios del servicio de manera no jerárquica, tratándolos como personas iguales que son plenamente responsables de sus propias decisiones y acciones (111). Por ejemplo, las personas están en libertad de salir del pabellón en cualquier momento, pero son responsables de asistir a las reuniones y las citas. El personal no recuerda a las personas que coman o tomen medicamentos; en cambio, hay un reconocimiento constante de que estas son capaces de tomar sus propias decisiones. Por el contrario, pueden usarse las estrategias de regulación máxima para prevenir el suicidio y las lesiones físicas graves si una persona no responde a las estrategias de regulación mínima y pone reiteradamente en peligro la vida y la salud. La regulación máxima es un enfoque coordinado en el que la asistencia y la atención proporcionadas por el personal se intensifican, pero la exposición a los estímulos en el entorno se reduce. Se lleva a cabo de manera comprensiva, cautelosa y respetuosa y en colaboración con la persona tratada. Esta intervención moviliza los recursos de la persona y la motiva a reanudar el trabajo terapéutico para reemplazar la evitación experiencial por la aceptación (111, 112).

Una característica singular de la Unidad BET es el enfoque que consiste en reducir los medicamentos utilizados por los pacientes hospitalizados, que a menudo son personas que han usado múltiples benzodiazepinas, opioides, antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores del estado de ánimo en cantidades importantes y durante mucho tiempo. Aparte de las consecuencias beneficiosas que tiene para la salud reducir los medicamentos, la unidad de terapia de exposición basal considera que los medicamentos son secundarios frente al enfoque psicoterapéutico, en especial porque ciertos medicamentos pueden suprimir las emociones. Por consiguiente, el personal ayuda a los pacientes a reducir o eliminar gradualmente su uso, si lo desean, a fin de mejorar los resultados en materia de salud y permitir a las personas tener mejor acceso a sus sentimientos y temores como parte de la terapia (110). La disminución gradual de los medicamentos no es obligatoria; sin embargo, la mayoría de los pacientes que reciben tratamiento con múltiples medicamentos están de acuerdo en reducir su uso. El equipo de la unidad suele iniciar este diálogo con el usuario del servicio en las semanas o los meses anteriores al ingreso.

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

Dado que el servicio de terapia de exposición basal exige a las personas que se responsabilicen de sus propias decisiones, todos los pasos terapéuticos se examinan con el usuario del servicio en reuniones estructuradas formales para llegar al consentimiento informado y la toma de decisiones fundamentada. Por ejemplo, los usuarios participan en la redacción de su propio plan de abstención de los medicamentos psicotrópicos (113, 114). El enfoque de regulación externa complementaria se centra en las soluciones y alienta a las personas a que tomen decisiones funcionales para reglamentarse ellas mismas. Se considera que los usuarios son plenamente responsables de sus acciones, por ejemplo, pueden decidir comer o no comer, así como acerca de la manera en que desean pasar su tiempo libre (115). Si se requiere atención médica de urgencia, el personal trabaja basándose en la voluntad y las preferencias declaradas de la persona. En casos más graves de autolesión, y sobre la base de conversaciones anteriores, los usuarios son tratados partiendo del supuesto de que habrían deseado recibir atención médica.

Prácticas no coercitivas

La terapia que se centra en la aceptación de los pensamientos y los sentimientos alarmantes nunca se impone a la persona, sino que siempre se basa en su elección (111). En los dos últimos años no se han aplicado medidas coercitivas en la Unidad BET. Generalmente, el enfoque de regulación mínima responde eficazmente a la crisis y reestablece la cooperación entre el usuario y el personal. Los miembros del equipo de esta unidad de terapia de exposición basal también se capacitan sobre el marco del manejo de problemas de agresión, que ayuda a detectar signos tempranos de agresión y aplicar técnicas de desescalada, así como disminuir el riesgo de daño físico. En el 2019, una Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad felicitó al servicio por demostrar que es posible prestar apoyo y cuidados intensivos sin usar la fuerza ni la coerción (116).

Participación

Los usuarios del servicio participan activamente en la planificación de su propia atención y la unidad de terapia de exposición basal recopila sistemáticamente sus comentarios para mejorar la calidad del servicio. Los grupos de psicoeducación semanales son dirigidos por una persona con experiencia propia que trabaja en calidad de miembro del programa de terapia de exposición basal. Un grupo de personas con experiencia propia también está representado en la toma de decisiones de alto nivel en el Vestre Viken Hospital Trust. Estas participan en las conversaciones y en la toma de decisiones sobre los presupuestos, los servicios y la implementación, y la estructura orgánica. Actualmente, esta unidad está trabajando para emplear a las personas con experiencia propia como miembros del personal de tiempo completo.

Inclusión comunitaria

El personal de terapia de exposición basal suele ayudar a las personas a encontrar vivienda, a regresar al trabajo o la escuela o a conectarse con redes de pares o servicios similares en la comunidad. El programa de terapia de exposición basal promueve activamente la participación de la familia o de las redes sociales, lo que permite a las personas seguir conectadas con su comunidad. Es importante

señalar que también se alienta a las personas a que vayan a su casa los fines de semana para que mantengan sus vínculos comunitarios durante el período que reciben tratamiento en la Unidad BET.

Enfoque de recuperación

En su diseño y práctica generales, el servicio de terapia de exposición basal promueve un método holístico acerca de la salud y el tratamiento. En un estudio que describió cómo el enfoque de regulación externa complementaria puede contribuir a la disminución de la coerción en el tratamiento, los autores concluyeron que “un componente importante es [...] la introducción de una filosofía de tratamiento holístico que pone de relieve el voluntarismo, la cooperación y la autonomía” (112). El empoderamiento personal ocupa un lugar importante en el proceso terapéutico de la unidad de terapia de exposición basal. La atención se centra en los objetivos y los valores de cada usuario del servicio, los cuales se describen e incorporan en un plan para el tratamiento (115). Algunos usuarios pueden fijarse la meta de estar libres de síntomas, algunos la de usar menos medicamentos, mientras que otros desean sencillamente llegar a una etapa en la que ya no requieren hospitalización cuando sufren una crisis.

Evaluación del servicio

Un volumen cada vez mayor de evidencia demuestra que el uso de la coerción en el tratamiento puede reducirse en hasta un 97% y que la calidad de vida y el funcionamiento psicológico y psicosocial de los usuarios del servicio pueden mejorarse significativamente. Un estudio retrospectivo realizado en el 2017 reveló que los usuarios del servicio registraban menos ingresos a hospitales psiquiátricos y generales en el período de 12 meses después del alta de la unidad, en comparación con el período de 12 meses antes del ingreso (115).

Un estudio cualitativo sobre los usuarios del servicio en la unidad de terapia de exposición basal reveló que los participantes tenían menos síntomas, habían mejorado significativamente su nivel de funcionamiento y habían restablecido las relaciones con sus familias. Algunos incluso formaron sus propias familias, y estaban estudiando o trabajando. Algunos dejaron de usar medicamentos por completo (113). Varios usuarios del servicio de terapia de exposición basal han participado en estudios cualitativos e informaron haber experimentado una vida normal (111). Como lo cuenta uno de los usuarios, “Me habían dicho ‘usted tiene un grave trastorno mental que no puede curarse. Usted tiene que depender de medicamentos por el resto de su vida’. Y así, fui a la unidad y me dieron de alta sin ningún diagnóstico, sin ningún medicamento, sin nada” (117, 118).

Costos y comparaciones de los costos

El servicio de terapia de exposición basal ha sido financiado con fondos públicos durante 20 años como parte del sistema público de atención de salud. El costo por persona por día en la Unidad BET es de alrededor de 8.800 coronas noruegas (alrededor de US\$ 1.040),^g lo que representa cerca de un 30%-40% menos que los costos de otras unidades de salud mental del Vestre Viken Hospital Trust. De hecho, el no aplicar la coerción hace que se requiera menos personal para realizar intervenciones intensivas como la observación individual y otras medidas de regulación. La unidad de terapia de exposición basal también tiene costos de medicamentos inferiores comparados con los de otras unidades de hospitalización. Es importante señalar esta unidad goza de una proporción baja de licencia por enfermedad y que el personal notifica sistemáticamente altos niveles de satisfacción laboral.

g Conversión al mes de febrero del 2021.

Información adicional y recursos

Sitio web:

<https://vestreviken.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/psykiatrisk-avdeling-blakstad/>

Videos:

Didrik Heggdal: ¿Qué es la terapia de exposición basal? [en noruego, con subtítulos en inglés y descripción de los capítulos]

<https://www.youtube.com/watch?v=PXrdwOMznvs&t=10s>

Didrik Heggdal: Terapia de exposición basal: una alternativa a la coerción y el control en la prevención del suicidio. Presentación en inglés, National Conference on the Prevention of Suicide <https://youtu.be/fsfdrFoEhfQ>

Contacto:

Jørgen Strand, jefe de personal y director de la Unidad BET, Hospital Blakstad, Vestre Viken Hospital Trust - Viken (Noruega)

Correo electrónico: jorgen.strand@vestreviken.no

2.2.2

Kliniken Landkreis
Heidenheim gGmbH

Heidenheim, Alemania



Kliniken Landkreis Heidenheim es el único hospital general situado en Heidenheim, pequeña ciudad rural de Baden-Württemberg, al suroeste de Alemania. En el 2017, Heidenheim se convirtió en un modelo regional de salud mental de conformidad con el artículo 64b del Código Social de Alemania (SGB V), que permite a los servicios de salud mental plena flexibilidad dentro de un presupuesto anual acordado (119). Esta innovación permitió al hospital introducir un servicio comunitario de salud mental flexible, orientado al usuario y basado en la comunidad, que ha sido descrito como un modelo de referencia, especialmente por su enfoque en la prevención de la coerción.

Clasificación principal: Servicio hospitalario

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- | | | | |
|--------------------------|----|-------------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> | No |
|--------------------------|----|-------------------------------------|----|

Evidencia:

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

Financiamiento:

- | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Sector de salud estatal | <input type="checkbox"/> | Sector social estatal | <input checked="" type="checkbox"/> | Seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> | Financiamiento de donantes | <input type="checkbox"/> | Desembolso directo | | |

Descripción del servicio

El servicio de salud mental Kliniken Landkreis Heidenheim, oficialmente conocido como Departamento de Psiquiatría, Psicoterapia y Medicina Psicosomática, se estableció en 1994 y atiende a la población de 130.000 personas del distrito, así como a las personas pertenecientes a distritos vecinos. El servicio funciona 24 horas al día, 365 días al año, prestando apoyo a las personas que tienen trastornos mentales más graves y es una pieza fundamental de la red de servicios comunitarios de salud mental (*Gemeindepsychiatrischer Verbund*) coordinada por el consejo distrital (120). Todos los servicios están disponibles sin demora ni lista de espera, incluidos los servicios ambulatorios, los servicios de hospitalización, los consultorios diurnos y el tratamiento y el apoyo domiciliarios. Las personas pueden cambiar flexiblemente de un tratamiento en régimen de hospitalización a un tratamiento domiciliario o a la atención hospitalaria diurna en cualquier momento. La voluntad y las preferencias de los usuarios del servicio constituyen la base de tales cambios y se examinan con el equipo clínico, los usuarios del servicio, sus familias y las redes de apoyo. Dado que los diferentes servicios se alinean totalmente y,

de hecho, están gestionados por los mismos equipos, se realiza un plan sistemático de recuperación incluso si una persona pasa de un servicio a otro.

Hay tres unidades de hospitalización para personas adultas, en las que no se aplica ninguna exclusión de diagnóstico, y un consultorio diurno. Cuatro equipos administran el servicio; tres se dedican a las unidades de hospitalización y uno al consultorio diurno. El servicio no tiene un equipo de tratamiento domiciliario aparte, ya que los cuatro equipos brindan sus propias opciones de tratamiento domiciliario. Se cuenta con 79 camas y la hospitalización dura un promedio de 21 días. Dos de las tres unidades prestan servicios a las personas que han recibido diagnósticos como depresión, psicosis, demencia, trastornos de la personalidad y trastornos relacionados con traumas. Los usuarios del servicio pueden escoger libremente las actividades terapéuticas ofrecidas, que incluyen psicoterapia individual y de grupo, apoyo entre pares, asistencia social y terapia ocupacional, de arte y baile o movimiento. Estos servicios también pueden prestarse mediante visitas domiciliarias si lo solicitan los usuarios.

La tercera unidad de hospitalización atiende a las personas con problemas de adicción y muchos de los diagnósticos mencionados, en régimen de hospitalización o de servicios en el consultorio diurno. Se brinda un programa estructurado para la dependencia del alcohol y las drogas, que incluye sesiones de terapia individual y en grupo, reuniones con grupos de autoayuda y terapia ocupacional. Para las personas que se encuentran en esta tercera unidad y no tienen problemas de adicción, hay un programa aparte que brinda terapia individual y en grupo, como también terapia ocupacional, de arte y baile o movimiento. Se realizan sesiones semanales de apoyo entre pares en los pabellones, con usuarios del servicio individualmente o con un grupo pequeño de usuarios, familiares y redes de apoyo.

El tratamiento y el apoyo diurnos pueden organizarse en las tres unidades. Si una persona prefiere recibir tratamiento en su hogar en vez de hospitalizarse, el tratamiento y el apoyo domiciliarios pueden comenzar en cualquier momento e incluyen visitas diarias a domicilio realizadas por una enfermera y visitas semanales a domicilio realizadas por un médico. Los usuarios que participan en el programa de tratamiento domiciliario pueden tener acceso a cualquier otro tratamiento o apoyo que ofrece el hospital, incluida la terapia ocupacional y de arte, en el hogar o en el hospital. El tratamiento domiciliario dura un promedio de 28 días.

Las personas que optan por los servicios ambulatorios pueden tener acceso a toda la gama de tratamientos y apoyos, en grupo o individualmente. Cuatro perros de terapia, propiedad del personal, también ayudan a las personas a sentirse cómodas en los entornos nuevos. Un perro de terapia también acompaña a una enfermera que trabaja en el tratamiento domiciliario. Los usuarios del servicio a menudo salen a caminar con el perro.

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

Si bien Kliniken Landkreis Heidenheim tiene la obligación de satisfacer los ingresos obligatorios en cumplimiento de las leyes sobre salud mental, el servicio trata de evitar los ingresos y tratamientos obligatorios mediante asociaciones con la comunidad, los usuarios del servicio y sus familias. Las tasas medias de los ingresos obligatorios en el servicio son inferiores a un quinto de las registradas en Alemania a nivel nacional, situándose en un 1,7% frente a un 10,7% (121). Los ingresos obligatorios se evitan utilizando el apoyo para la toma de decisiones sobre la base de la voluntad y las preferencias de la persona, en particular cuando existe un riesgo de daño (122-124). La opción de recibir tratamiento

domiciliario también ha contribuido a bajas tasas de ingresos obligatorios. Es importante señalar que la aceptación de medicamentos no es una condición para recibir tratamiento hospitalario o domiciliario.

Acerca de los medicamentos, los usuarios del servicio reciben apoyo de un asistente social, un profesional médico u otra persona de su elección, para la toma fundamentada de decisiones en cuanto al tratamiento sin medicamentos, con medicamentos intermitentes o con medicamentos continuos a largo plazo, explorando las ventajas y desventajas en el contexto de su situación particular.

El servicio también apoya a las personas que anteriormente han sido objeto de detención y o coerción (125-128). Con ayuda del equipo hospitalario, los trabajadores de apoyo entre pares o los abogados (126, 127), los usuarios formulan planes conjuntos y directivas anticipadas para situaciones de crisis sobre la base del Código Civil Alemán (125). Estos se incorporan en los registros hospitalarios para que estén disponibles fácilmente en una crisis futura.

Prácticas no coercitivas

Las tasas de las intervenciones coercitivas son sumamente bajas comparadas con el promedio estatal; en el 2019, el 2,1% de los usuarios del servicio fueron objeto de medidas coercitivas, frente a la tasa media notificada del 6,7% en Baden-Württemberg en el 2016 (129). Todas las personas, incluidas las detenidas en el hospital, tienen derecho a rechazar la medicación; la medicación forzosa es infrecuente, ya que requiere una solicitud aparte ante el tribunal y un dictamen pericial independiente. Durante el período 2011–2016, nadie fue forzado a tomar medicamentos y en los años transcurridos desde entonces la tasa ha sido de una persona por año (121). La sedación rápida nunca se usa sin consentimiento. El servicio no recluye a nadie en absoluto, y durante las horas del día los pabellones permanecen abiertos. Las unidades de hospitalización se cierran con llave entre las 20:00 y las 08:00 horas para cumplir los requisitos jurídicos del Estado.

Se utilizan diversas estrategias para prevenir el uso de prácticas coercitivas. Por ejemplo, las personas legalmente detenidas pueden recibir apoyo individual de una enfermera, un terapeuta, un médico o un asistente social, que puede permanecer con la persona casi continuamente durante varias horas, una noche o incluso varios días (130). El servicio también ayuda a los usuarios a elaborar planes conjuntos para situaciones de crisis a fin de prevenir la coerción (126). Todo el personal hospitalario ha recibido capacitación en técnicas de desescalada y en la prevención de incidentes agresivos y medidas coercitivas utilizando el manual de prevención, evaluación, intervención y reflexión (131, 132). Durante crisis particularmente intensas, un equipo de respuesta integrado por dos enfermeras y un médico capacitados para aplicar dicho manual (131, 132) puede prestar ayuda.

Inclusión comunitaria

El tratamiento y el apoyo domiciliarios mantienen a las personas que experimentan malestar psicosocial conectadas con su comunidad. Para respaldar la inclusión comunitaria, el servicio tiene vínculos directos con comunidades religiosas, grupos de autoayuda, grupos de apoyo para personas sin hogar, organismos que atienden a desempleados e instituciones de beneficencia que apoyan a los ancianos, a los aislados y a quienes tienen adicciones. También apoya una institución de beneficencia, Schritt für Schritt, que facilita actividades recreativas para las personas con discapacidades psicosociales. El servicio se reúne periódicamente con los tribunales locales, la policía, el organismo local de salud pública y las autoridades del orden público para fomentar las prácticas no discriminatorias y la colaboración. Además, ha elaborado el proyecto de prevención escolar Irre Gut, iniciativa que envía un pequeño equipo integrado por un usuario del servicio, una persona con experiencia propia que es un familiar y alguien

que trabaja en los servicios de salud mental, como una enfermera o asistente social, para que visite escuelas secundarias a fin de que hable sobre el estigma, la prevención, la autoayuda y el acceso a los servicios de salud mental (133).

Participación

La orientación psicológica y el apoyo entre pares (134) se proporcionan mediante sesiones individuales y de grupo realizadas semanalmente en los pabellones hospitalarios. Los usuarios pueden compartir con sus pares y los miembros del equipo hospitalario sus experiencias y solicitarles orientación, de manera confidencial, sobre los medicamentos y su diagnóstico, así como también sobre la discriminación de la que quizás estén siendo objeto. Los trabajadores de apoyo entre pares también brindan orientación sobre la manera de tener acceso a los servicios y presentar quejas. Algunos incluso ayudan a los usuarios que desean preparar sus propios alimentos mientras reciben atención hospitalaria. Los trabajadores de apoyo entre pares y los familiares designados de las personas con trastornos mentales también se reúnen con el equipo de administración del servicio en el hospital para analizar las mejoras del servicio y hablar de ello. Si bien el servicio no recopila sistemáticamente comentarios de los usuarios, existen varios procedimientos separados, dentro del hospital y la red de salud mental comunitaria, mediante el sistema de seguro médico público y el organismo regional de reglamentación médica (135-138).

Enfoque de recuperación

Los equipos de tratamiento domiciliario utilizan el modelo de Open Dialogue (como se describe en la sección 2.1.3), que también se ha introducido para el servicio hospitalario y donde actualmente se está integrando. En el marco de este enfoque, los usuarios del servicio trabajan con su red de apoyo y sus familias para elaborar la agenda y los planes de recuperación basándose en sus deseos y preferencias. También pueden llevarse a cabo reuniones de la red de apoyo; estas se resumen en notas de clínicas y en las notas personales del usuario. Una vez al mes se celebra una reunión abierta de recuperación (139) fuera del hospital, en un entorno como un centro comunitario. Aquí se reúnen los usuarios, los familiares y el personal hospitalario para tratar vías hacia la recuperación de cada uno y los obstáculos que se plantean. Las reuniones están abiertas al público. También pueden celebrarse reuniones oficiosas en lugares como tabernas.

Evaluación del servicio

El servicio se ha transformado gradualmente, y ha pasado de ser de un departamento hospitalario tradicional de psiquiatría a un servicio comunitario de salud mental (140). El proyecto de evaluación eva64 realizado por la Universidad de Dresde (141) observó que, al introducir el tratamiento domiciliario y el tratamiento flexible diurno en el consultorio, el promedio de la ocupación de camas disminuyó de un 95% en el 2016 a un 60% en el 2019 y a un 52% en el 2020 (142). Menos personas ingresan al servicio de hospitalización; más son atendidas en el consultorio ambulatorio o reciben apoyo mediante el servicio de alcance domiciliario.

El servicio realiza un seguimiento continuo del uso de las medidas coercitivas y de tratamiento involuntario e incorpora sus datos en el registro regional de coerción en las instituciones psiquiátricas (143). La recopilación de datos sobre las medidas coercitivas en hospitales psiquiátricos y la incorporación de dichos datos en un registro central han sido obligatorias en Baden-Württemberg desde el 2015 (121). Es importante señalar que cuando la medicación involuntaria en hospitales psiquiátricos en Alemania

se prohibió durante un breve período entre el 2011 y el 2013, el servicio hospitalario Heidenheim no registró ningún aumento en las otras formas de coerción ni un aumento en el uso de medicación en términos generales, mientras que para otros servicios fue más difícil hacer frente a esta prohibición temporal (129, 143, 144). En cuanto a otros criterios como la frecuencia de detención, la frecuencia de restricción o reclusión y la frecuencia de medicación obligatoria, las tasas también se sitúan por debajo del promedio (121). En el 2018, el Ministerio de Asuntos Sociales de Baden-Württemberg declaró que el departamento de salud mental del Hospital Heidenheim es un proyecto modelo en lo relativo a las medidas coercitivas de conformidad con la ley de salud mental (145).

Costos y comparaciones de los costos

Como región modelo, el servicio ha suscrito un contrato con todas las aseguradoras de salud públicas y privadas que lo ha hecho apto para un presupuesto anual que asciende a € 9,2 millones en el 2019 (142), (alrededor de US\$ 10,9 millones),^h o cerca de € 69,50 (US\$ 82,50),ⁱ por residente distrital por año. Este presupuesto creó incentivos para brindar tratamiento y apoyo en la comunidad y no en el hospital. El presupuesto aumenta anualmente de acuerdo con los incrementos de los sueldos convenidos entre los sindicatos y los proveedores públicos de atención de salud. El contrato es de plazo fijo para los años 2017–2023, con opción para renovarlo por ocho años adicionales. El seguro público y privado de salud cubre todas las opciones de tratamiento. Los servicios se prestan gratuitamente a los usuarios del servicio.

El presupuesto anual fijo del hospital y su condición dentro de una región modelo designada por el gobierno significa que puede contar con un flujo de financiamiento sostenible. El hospital pertenece al consejo distrital y ha recibido firme apoyo de la población, incluso cuando los fondos públicos se vieron afectados (146). Además, desde el 2017, los costos financieros del hospital se han controlado satisfactoriamente (141).

Información adicional y recursos

Sitio web:

<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum/patienten/kliniken/psychiatrie-psychotherapie-undpsychosomatik/>

Videos:

Mildere Mittel. Película sobre la experiencia vivida en Heidenheim, realizada por un grupo de usuarios del servicio de Berlín [en alemán]

<https://vimeo.com/521292563>

Contacto:

Martin Zinkler, director clínico, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Heidenheim (Alemania)
Correo electrónico: Martin.Zinkler@kliniken-heidenheim.de

h Conversión al mes de marzo del 2021.

i Conversión al mes de febrero del 2021.

2.2.3

Soteria

Berna, Suiza



Soteria Berna, que funciona desde 1984, ofrece un servicio de crisis hospitalario y residencial en la ciudad de Berna como opción alternativa para quienes experimentan los llamados estados extremos o presentan un diagnóstico de psicosis o esquizofrenia. En la mitología griega, Soteria era la diosa de la seguridad y la protección. De manera similar, Soteria Berna pretende ofrecer un ambiente tranquilo, relajante, con pocos estímulos, hogareño y “normal” para producir el menor estrés posible. A medida que la red de casas Soteria se expandió en otros países, se creó y se mantuvo un conjunto de prácticas y principios comunes que llevan el nombre de Soteria.

Clasificación principal: Servicio hospitalario

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- | | | | |
|-------------------------------------|----|--------------------------|----|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
|-------------------------------------|----|--------------------------|----|

Datos probatorios:

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

Financiamiento:

- | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Sector de salud estatal | <input type="checkbox"/> | Sector social estatal | <input checked="" type="checkbox"/> | Seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> | Financiamiento de donantes | <input type="checkbox"/> | Desembolso directo | | |

Soteria Berna tiene la condición jurídica de hospital público psiquiátrico especializado y está integrado con otros dos servicios psiquiátricos en Berna (147); sin embargo, su enfoque difiere considerablemente del de otros servicios psiquiátricos ambulatorios y de hospitalización de la ciudad. Soteria Berna brinda un enfoque integrado de atención, inspirado en la primera casa Soteria, fue fundada en 1971 en San Francisco (Estados Unidos), para las personas que están experimentando un episodio psicótico. En ese entonces, Soteria se basó y se sigue basando ahora, en la filosofía de que “estar con alguien” o estar acompañado durante una crisis, además de estar en un entorno pequeño, propicio, no hospitalario y similar a un entorno familiar (147-149), con pocos medicamentos o sin ellos, puede dar resultados terapéuticos similares o incluso mejores que los obtenidos con los métodos hospitalarios. En efecto, los entornos hospitalarios pueden ser antiterapéuticos para las personas que experimentan un episodio de psicosis debido a que en los hospitales se registran altos niveles de estímulos, cambios de personal, reglas estrictas, ausencia de privacidad y falta de transparencia, especialmente en las decisiones sobre el tratamiento.

La casa Berna Soteria se encuentra en un área residencial y cuenta con 10 dormitorios para las personas y dos miembros del equipo (150). Los residentes, derivados por servicios en Berna y el cantón vecino, permanecen generalmente entre siete y nueve semanas y hasta tres meses. En promedio, 60 personas se quedan en la casa Soteria cada año (151). Los miembros del equipo incluyen dos psiquiatras y un psicólogo, enfermeras de salud mental, trabajadores educacionales y un artista. En particular, se alienta a las personas con experiencia propia a que trabajen en Soteria, y en Suiza la gente se refiere a ellas como personas que ofrecen una “participación experimentada”. Los miembros del equipo trabajan en turnos ininterrumpidos de 48 horas para asegurar la continuidad de la vida cotidiana en Soteria y la inmersión en ella (152).

Más del 90% de las personas con psicosis pueden recibir tratamiento en Soteria (152); sin embargo, no se acepta a las personas que se considera que tienen un riesgo muy elevado de cometer suicidio o de causar daño extremo a sí mismas o a otras personas, salvo si disminuye el nivel de riesgo (153). Hoy día las personas pueden ingresar ya sea por entrada planificada o ingreso de urgencia en cualquier momento del día o la noche (154). No siempre se requiere que la persona sea derivada por un médico u hospital; las personas, los familiares o los terapeutas pueden contactar con Soteria directamente para solicitar el ingreso (155). La familia y las personas pertinentes participan en el proceso de tratamiento de principio a fin y se reúnen mensualmente con los miembros del equipo (156, 157).

El apoyo que se presta en la casa Soteria se divide en tres fases. La primera fase de apoyo consiste en la resolución de la ansiedad y la relajación emocional durante el estado psicótico agudo, en la denominada habitación suave, que ofrece un ambiente tranquilo y cómodo con pocos estímulos. La segunda fase, de “activación y ajuste del realismo”, apoya la integración gradual en las actividades domésticas diarias normales una vez que se ha reducido la crisis. Por último, en la tercera etapa, las personas se reincorporan gradualmente al mundo externo con preparación para integrarse social y profesionalmente y planificación para prevenir recaídas.

La vida cotidiana en la casa la organizan los usuarios del servicio junto con los miembros del equipo a fin de crear una realidad que no se centra solo en los problemas de salud mental. La psicoterapia, la terapia cognitiva y a veces un enfoque más psicodinámico, todos ellos se utilizan como instrumentos terapéuticos. En el 2018 se introdujo el enfoque Open Dialogue (como se describe en la sección 2.1.3), en el que durante una “conferencia de tratamiento” semanal una persona reflexiona sobre la semana anterior con los miembros del equipo, se hace énfasis en los pasos siguientes o los objetivos del tratamiento. Una vez que se marchan, los usuarios pueden optar por un servicio ambulatorio de atención posterior (150) brindado por la casa Soteria, que incluye un centro de atención diurna en el mismo lugar y apoyo ambulatorio completo en el hogar (158). La casa Soteria también cuenta con un departamento supervisado en el centro de la ciudad para prestar apoyo a dos o tres personas en proceso de transición a la vida independiente durante un período de hasta dos años (159).

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

La preservación del poder personal es un elemento fundamental del enfoque Soteria, lo que refleja un alineamiento con la protección y la promoción de la capacidad jurídica de las personas. El consentimiento informado siempre se obtiene cuando las personas ingresan al servicio. La escala internacional de fidelidad Soterity, código de principios comunes adoptados por la Asociación Internacional de casas Soteria en todo el mundo, se refiere a la “codeterminación durante el tratamiento” (160, 161), lo que

significa que las decisiones sobre los objetivos terapéuticos las establece activamente la propia persona junto con el equipo que proporciona el tratamiento. No se proporciona ningún tratamiento sin acuerdo explícito. Al contestar un cuestionario sobre la vulnerabilidad a los síntomas psicóticos, los usuarios pueden elaborar su propio modelo explicativo acerca del porqué han contraído psicosis y cómo sus experiencias en la vida quizá hayan contribuido a esto. Los usuarios también responden a un cuestionario sobre la prevención de recaídas, que es esencialmente una directiva anticipada en la que las personas describen sus síntomas de alerta temprana antes de la crisis y hacen una lista de las personas en las que pueden confiar, las estrategias que son útiles y los hospitales que quizá prefieran.

La filosofía de Soteria de “estar con alguien” facilita el apoyo a la adopción de decisiones, lo que significa hacer énfasis en pasar tiempo con la persona hasta que esta pueda tomar una decisión independientemente. Esta filosofía se refiere a todas las actividades, como las decisiones sobre las comidas, afrontar los efectos de los medicamentos, cuándo y cómo salir de la casa y cómo tener acceso al apoyo financiero y a la vivienda.

Prácticas no coercitivas

Soteria Berna es un servicio voluntario, lo que significa que solo ingresan quienes deseen utilizar el servicio. Un principio fundamental de la casa Soteria es que todos los medicamentos psicotrópicos se toman por decisión propia y sin coerción (162). Si bien el personal no se capacita específicamente en técnicas no coercitivas, nunca se utilizan la restricción ni la fuerza. No hay ninguna sala de aislamiento en Soteria; sin embargo, se utiliza una “habitación suave” cuando una persona presenta una psicosis aguda para que los miembros del equipo se concentren en distender la crisis proporcionando a la persona un ambiente protegido en el que esta puede descansar y sentirse segura. Cuando no se puede crear una alianza eficaz o cuando el tratamiento no puede continuar por cualquier motivo, una persona puede hacer arreglos alternativos por sí misma o el equipo de Soteria puede derivarla a uno de los hospitales psiquiátricos locales. Esto es infrecuente y sucede en promedio dos o tres veces al año (163).

Inclusión comunitaria

Se considera que la realización de actividades diarias en un entorno terapéutico y la recuperación en un ambiente “normal” son instrumentos terapéuticos empoderadores fundamentales para quienes presentan psicosis, de manera que los residentes llevan a cabo todas las tareas pertinentes para la vida independiente en una comunidad, como limpiar y cocinar. La segunda y la tercera fase del tratamiento, y posteriormente el apoyo ambulatorio, están diseñadas específicamente para permitir a los pacientes crear vínculos con la comunidad. La casa Soteria queda solo a 20 minutos a pie del centro de la ciudad. Las familias y las amistades tienen acceso continuo a la casa y los residentes están en libertad de entrar y salir, de modo que no hay ningún obstáculo ni sensación de aislamiento de la comunidad. Los miembros del equipo también hablan con cada residente sobre sus proyectos futuros, como el empleo o la vida independiente. El personal facilita la conexión con los servicios, el apoyo y las organizaciones de la comunidad, ayuda a los residentes a crear relaciones interpersonales positivas en la comunidad o incluso ayuda a crear arreglos laborales para que los residentes puedan mantener un trabajo, lo que es fundamental para la recuperación (158).

Participación

La casa Soteria conecta a los residentes actuales con los residentes anteriores mediante reuniones de apoyo entre pares. Un miembro del equipo con experiencia propia establece conexiones entre los

usuarios del servicio y las redes de pares en la comunidad y modera un grupo de cannabis y psicosis y un grupo de recuperación. Un grupo de residentes anteriores y un grupo de apoyo entre pares se reúnen todos los meses. También se están haciendo planes para permitir a las personas con experiencia propia participar en la toma de decisiones de alto nivel en Soteria Berna.

Enfoque de recuperación

El enfoque orientado a la recuperación se declara explícitamente como uno de los ocho principios fundamentales de Soteria Berna y es parte integrante de las prácticas y de la filosofía subyacente. El enfoque de recuperación de Soteria se centra en forjar las esperanzas y establecer los objetivos de una persona en lugar de centrarse puramente en los síntomas. Considerar que se puede encontrar un significado en una crisis ayuda a normalizar los sentimientos, las acciones y los pensamientos en las fases agudas de la psicosis. Con ayuda, los residentes hacen planes de recuperación individuales acerca de la salud, la vivienda, el trabajo, las finanzas y el esparcimiento que sistemáticamente captan sus esperanzas, preocupaciones, metas, y estrategias para afrontar situaciones difíciles y permanecer bien. Por último, los principios rectores de Soteria Berna se ajustan al modelo de recuperación en el sentido de que el personal no médico apoya el poder personal de cada residente, la participación de sus redes sociales y sus responsabilidades comunales.

Evaluación del servicio

La casa Soteria recopila sistemáticamente comentarios de los usuarios del servicio para mejorar la prestación de servicios. Cada usuario responde a un cuestionario antes del alta, organizado por la Asociación Nacional para el Desarrollo de la Calidad en Hospitales y Consultorios (ANQ) (164). Las preguntas abordan temas que incluyen la calidad de los profesionales de Soteria y la información proporcionada a los residentes en cuanto a esferas como la medicación y la preparación para el alta, y si los usuarios tienen muchas oportunidades para hacer preguntas y si se sienten satisfechos con las respuestas que reciben. Los datos recientes de la ANQ sobre indicadores fundamentales de la calidad de la atención de hospitalización califican la satisfacción de los usuarios de la casa Soteria como “superior al promedio” en comparación con otros hospitales participantes (165, 166). Las evaluaciones internas anteriores también demostraron satisfacción de los usuarios acerca del éxito del tratamiento, las interacciones del personal, el apoyo recibido y la inclusión de redes externas de apoyo (167). Las encuestas profesionales anuales sobre los servicios de salud mental sistemáticamente califican a Soteria como superior al promedio nacional suizo.

Varios estudios de investigación han revelado que el tratamiento proporcionado por Soteria es por lo menos tan eficaz como el tratamiento tradicional hospitalario, pero, lo que es más importante, con niveles mucho menores de uso de medicamentos como los antipsicóticos (168-170).

Costos y comparaciones de los costos

Soteria Berna tiene la condición jurídica de hospital psiquiátrico público financiado por el sistema de salud suizo y el seguro de salud que a todos los residentes suizos se les exige tener (170). A Soteria se le asignan 673 francos suizos por día (US\$ 740)^j para cada persona que utiliza el servicio; el 55% procede del Cantón de Berna y el 45% de los proveedores de seguro. En el 2020 se informó que el costo de una estadía en Soteria Berna era de un 6% a un 8% inferior al de hospitales psiquiátricos comparables de

^j Conversión al mes de febrero del 2021.

la ciudad que atendían a las personas que estaban pasando por un episodio psicótico. Tal ahorro de los costos coincide también con los resultados de la casa Soteria en Estados Unidos (169, 171).

Información adicional y recursos

Sitio web:

Soteria, Berna (Suiza) www.soteria.ch

The international Soteria network, <https://soteria-netzwerk.de/>

Videos:

Einhornfilm, 1.^a parte, Soteria Berna - Fase aguda [subtítulos en inglés, 1/3]

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

Einhornfilm, Einhornfilm, 2.^a parte - Soteria Berna - Integración [subtítulos en inglés, 2/3]

<https://www.youtube.com/watch?v=8ilj7BcS7XU>

Einhornfilm, 3.^a parte - Soteria Berna - Conversación [subtítulos en inglés, 3/3]

https://www.youtube.com/watch?v=Ggyb_ObrVS8

Contacto:

Walter Gekle, director médico de Soteria Berna, médico jefe y director adjunto del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica, Servicios Psiquiátricos Universitarios, Berna (Suiza)

Correo electrónico: Walter.gekle@upd.ch

2.3 Centros de salud mental comunitarios

Los centros de salud mental comunitarios proporcionan atención y opciones de apoyo a las personas con trastornos mentales o discapacidades psicosociales en la comunidad. Estos centros tienen por objeto prestar apoyo fuera de un entorno institucional y cerca del hogar de las personas.

La diversidad de opciones de apoyo proporcionadas en estos centros varía según el tamaño, el contexto y los vínculos con el sistema de salud general de un país. Sin embargo, todas las buenas prácticas presentadas en este documento brindan servicios de consulta, que incluyen sesiones individuales o en grupo en las que una persona puede recibir apoyo para empezar, continuar o terminar distintas formas de atención como el asesoramiento o consejería), la terapia o la medicación.

Para asistir a las personas que atienden, estos servicios también subrayan la importancia de la inclusión y la participación sociales en la vida de su comunidad y adoptan medidas para alcanzar estas metas. En este contexto, el apoyo entre pares y el apoyo relativo al acceso a oportunidades de empleo y capacitación, la educación y las actividades sociales y recreativas son características importantes. Muchos centros de salud mental asumen activamente una función coordinadora al derivar a las personas a diferentes servicios y apoyos comunitarios. Los ejemplos presentados en la siguiente sección reflejan la diversidad de algunas de estas distintas funciones y actividades.

Es importante señalar que todos los centros de salud mental presentados en esta sección aplican un enfoque holístico y centrado en las personas para brindar atención y apoyo, intentar reducir las asimetrías de poder entre el personal y los usuarios del servicio y considerar el apoyo más allá del tratamiento médico.

En algunos países, estos centros comunitarios de salud mental son un pilar fundamental en el sistema de salud mental. No solo prestan atención y apoyo comunitarios esenciales, sino que también sirven de piedra angular para la coordinación y la continuidad de la atención. Por consiguiente, es crucial lograr que presten atención y apoyo basados en la comunidad, orientados hacia los derechos y centrados en el enfoque de recuperación.

2.3.1

Clínica Aung

Rangún, Myanmar



La Clínica Aung presta un servicio comunitario de salud mental a la comunidad de Rangún, la ciudad más grande de Myanmar. Con el apoyo de Open Society Foundations, la clínica lleva a cabo un amplio abanico de actividades de apoyo a las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, que van desde servicios de acogida de urgencia hasta tratamientos a largo plazo, apoyo entre pares, promoción y actividades vocacionales. El servicio se basa en una filosofía de atención holística y centrada en la persona. Atiende a más de 200 personas y a sus familias al año y es el único servicio de este tipo que existe en el país.

Clasificación principal: Centro de salud mental comunitario

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Bibliografía publicada Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sector de salud estatal | <input type="checkbox"/> Sector social estatal | <input type="checkbox"/> Seguro de salud |
| <input checked="" type="checkbox"/> Financiamiento de donantes | <input type="checkbox"/> Desembolso directo | |

Descripción del servicio

Por ser uno de los países más pobres entre los países de ingreso bajo de Asia Sudoriental (172), los servicios de salud mental en Myanmar son limitados. Cerca del 75% del presupuesto de salud mental se asigna a la atención hospitalaria (173, 174). Al mismo tiempo, los decenios de conflicto interno étnico y político han tenido graves consecuencias en la salud mental de la población (175) y las personas con discapacidad sufren altos niveles de estigma y discriminación (176).

La Clínica Aung recibe a usuarios independientemente del diagnóstico, incluidas las personas con trastornos por estrés postraumático, psicosis, trastorno bipolar, depresión y consumo de drogas. La clínica está abierta diariamente para brindar tratamiento clínico y presta servicios de alcance comunitario a las personas y familias, y ofrece seguimiento por teléfono y apoyo en línea de ser necesario. Se atienden urgencias fuera del horario habitual y en los fines de semana.

Las personas pueden acudir durante el día, incluso las que no tienen vivienda, pero no pueden pasar la noche en la clínica. Si pasan varias horas durante el día en la clínica, a menudo las personas que atraviesan una crisis logran evitar la hospitalización.

Cualquiera puede acudir a la clínica, pero no se acepta a las personas drogadas o ebrias mientras se encuentren en ese estado.

El equipo clínico está integrado por un psiquiatra y médico que es también un terapeuta de arte, así como por cinco trabajadores asalariados de apoyo entre pares. Las personas que asisten a la clínica son evaluadas primero por el psiquiatra y se elabora un plan de tratamiento con la persona de acuerdo con sus preferencias. Las redes externas de apoyo participan en el proceso terapéutico siempre que sea posible (por ejemplo, la familia y las amistades íntimas), con el consentimiento de la persona que utiliza el servicio.

Además de las evaluaciones, la clínica proporciona asesoramiento o consejería de manera individual, terapia de grupo, medicamentos, capacitación en habilidades vocacionales y grupos de apoyo entre pares para los usuarios del servicio y sus familiares. Se utiliza la terapia conversacional, la terapia familiar y la conciencia plena. La clínica también se centra en ayudar a los usuarios y a sus familiares a comprender sus derechos de acuerdo con la ley estatal y aboga por los derechos de las personas con trastornos mentales o discapacidades psicosociales, trabajando en estrecha colaboración con las escuelas, los empleadores y las organizaciones locales para asegurarse de que los usuarios puedan participar en todos los aspectos de la vida. La terapia de arte también se usa en la clínica (177), y las exhibiciones de arte permiten a los usuarios vender sus obras (178). También hay un club de cocina que se reúne semanalmente, y se presta apoyo para la alfabetización y la capacitación en matemáticas, manejo del dinero y carpintería.

La clínica colabora con los servicios públicos y las ONG locales en Rangún, incluida la Asociación de Autismo de Myanmar (179) y Future Stars (180), que asiste a las personas con discapacidad intelectual y a sus familias. También capacita al personal de salud asociado con la red amplia de atención primaria de salud no gubernamental llamada Back Pack Health Worker Team (181), que emplea a 456 trabajadores de servicios móviles de salud y atiende a las comunidades de las minorías étnicas vulnerables y desplazadas de todo el país.

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

Mediante sus actividades terapéuticas, la Clínica Aung procura empoderar a las personas que de otro modo correrían el riesgo de internamiento en una institución. Se alienta a los usuarios del servicio a elegir sus propias opciones y tomar sus propias decisiones acerca de los tratamientos que se proporcionarán como parte de su plan de atención. Los medicamentos solo se administran con consentimiento previo, y siempre están plenamente disponibles las intervenciones no terapéuticas. Se ayuda a las personas a reducir la cantidad de medicamentos que están tomando si sufren efectos secundarios discapacitantes, y a veces estas pueden dejar de tomar medicamentos por completo.

La Clínica Aung reconoce que la diferencia de poder que puede existir entre los miembros del personal y los usuarios puede influir en las decisiones. Los miembros del personal reciben capacitación para que reconozcan tal dinámica y reducirla. Se alienta a las personas a que expresen su voluntad y sus

preferencias en las reuniones de los grupos de apoyo entre pares, las cuales se documentan para procurar que ese tratamiento y ese apoyo proporcionados concuerde con sus deseos.

Prácticas no coercitivas

Todos los servicios de la clínica se ofrecen voluntariamente. No se usa la coerción ni se obliga a las personas a que tomen medicamentos o a someterse a ninguna intervención sin su consentimiento. El personal se capacita para aplicar medidas de desescalada a fin de evitar el uso de la coerción y las hospitalizaciones forzosas. En caso de que un paciente corra el riesgo de ser hospitalizado, el trabajo del personal hace todo lo posible por encontrar soluciones no hospitalarias. Si el ingreso es inevitable, aboga firmemente por evitar la coerción y se esfuerza por hacer que se dé de alta a la persona lo más rápido posible.

Inclusión comunitaria

Gran parte de la labor de la Clínica Aung se centra en la promoción y el desarrollo de la capacidad de la comunidad para lograr que las personas con trastornos mentales o discapacidades psicosociales no sean objeto de discriminación en las esferas de la educación o el empleo. La clínica ayuda a los usuarios a encontrar trabajo colaborando con las familias y las comunidades y abogando por que se dé empleo a las personas o se les vuelva a dar empleo. En las regiones que salen de conflictos, el servicio ayuda a crear relaciones interpersonales positivas en la comunidad participando en el desarrollo local y en diálogos políticos, creando las condiciones propicias para mejores oportunidades de empleo, educación y de otro tipo para las personas con trastornos mentales.

Participación

Se solicita activamente a los usuarios del servicio que expresen comentarios informales, que luego se utilizan para que sirvan de base para las prácticas. Un grupo de apoyo activo entre pares de unos 30 miembros ayuda a los participantes a aprender a expresar sus deseos y preferencias, promoviendo una cultura de empoderamiento. Un grupo de apoyo familiar entre pares también se reúne mensualmente. Los trabajadores de apoyo entre pares se capacitan en materia de aptitudes básicas de orientación psicológica y ahora forman parte de los procesos decisorios de la Clínica Aung. Las mujeres que forman parte del grupo de apoyo entre pares también dirigen las actividades de promoción de los derechos de las mujeres. Mediante la labor de estos grupos, las personas que asisten a la clínica y sus familias se enteran de los derechos que tienen en virtud de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y reciben apoyo para que aboguen por un mejor tratamiento.

Enfoque de recuperación

Los planes de recuperación incluyen la formulación de objetivos a corto y largo plazo, la planificación para situaciones de crisis, el aporte familiar, el aporte médico y la definición de los enfoques terapéuticos específicos que van a usarse. Mediante este proceso el servicio procura determinar los puntos fuertes de una persona y aprovecharlos para ayudarla a recuperar un sentido de control de su vida. A fin de promover un sentido de responsabilidad personal y ayudar a desarrollar un sentido positivo de identidad, la clínica apoya a las personas para que encuentren por sí mismas una función que desempeñar en la sociedad. Al aprender a comunicarse más fácilmente y con más confianza, las personas que asisten a la clínica encuentran un sentido de empoderamiento, significado y esperanza.

Evaluación del servicio

Una evaluación cualitativa no publicada realizada en el 2020 en la que participaron 20 personas reveló que se habían obtenido logros positivos con la asistencia a la clínica y que se valoraban de manera especial las sesiones de terapia de arte y de terapia de grupo. Los usuarios del servicio afirmaron que habían encontrado aceptación en la clínica y que se sentían más capaces de manejar los trastornos mentales desde que habían asistido a esta (182).

Costos y comparaciones de los costos

La Clínica Aung es un servicio sin fines de lucro y sus servicios se prestan gratuitamente a los usuarios. Se inauguró en el 2010 sin fondos externos y se amplió en los últimos años con fondos recibidos de Open Society Foundations. Entre el 2015 y el 2016, la clínica recibió US\$ 25.000 de Open Society Foundations (183) y, en octubre del 2018, recibió US\$ 176.000 para el período que finalizaba en septiembre del 2020. Reconociendo que algunas personas quizás puedan costear sus servicios, la Clínica Aung ahora está considerando la posibilidad de utilizar una estructura de pago de escala móvil; sin embargo, el financiamiento sostenible de la clínica sigue siendo un reto continuo.

Información adicional y recursos

Sitio web:

<https://www.aungclinicmh.org/>

Videos:

Myint Myat Thu. Imágenes curativas: exposición de obras creadas por pacientes de arteterapia, 2019

<https://burmese.voanews.com/a/myanmar-mental-health-arts/5487323.html>

[en birmano]

Contacto:

San Oo, psiquiatra consultor y terapeuta de EMDR y jefe de equipo de la iniciativa de salud mental de la Clínica Aung, Rangún (Myanmar).

Correo electrónico: sansanoo64@gmail.com

2.3.2

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III

Brasilândia, São Paulo,
Brasil



Situado en la región de Brasilândia de São Paulo, una zona con una alta concentración de favelas y una población de 430.000 habitantes, el centro de atención psicosocial III Brasilândia proporciona apoyo individualizado e integral a las personas con trastornos mentales graves o persistentes y discapacidades psicosociales, así como durante las crisis. En una zona marcada por altos niveles de violencia urbana y vulnerabilidad social, el centro utiliza un enfoque de atención psicosocial basado en los derechos y centrado en las personas. Los principios fundamentales del servicio son la promoción de la autonomía, la lucha contra los desequilibrios de poder y el aumento de la participación social. El servicio se proporciona en el marco del sistema unificado de salud pública del Brasil (Sistema Único de Saúde, SUS).

Clasificación principal: Centro de salud mental comunitario

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Bibliografía publicada Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sector de salud estatal | <input type="checkbox"/> Sector social estatal | <input type="checkbox"/> Seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Financiamiento de donantes | <input type="checkbox"/> Desembolso directo | |

Descripción del servicio

Los centros comunitarios de salud mental, conocidos como centros de atención psicosocial (Centros de Atenção Psicosocial, CAPS), son la piedra angular de la red comunitaria de salud mental en el Brasil (184). Estos centros son servicios especializados de complejidad media, que se integran bien a nivel de atención primaria. Hay diversos tipos de centros, algunos atienden principalmente a personas adultas y otros se centran en niños y adolescentes. Los servicios de estos centros de nivel III atienden a personas adultas y también a niños y adolescentes, y prestan servicios durante 24 horas al día en las zonas que tienen una población mayor de 150.000 habitantes. En la sección 4.1.1 se presentan detalles adicionales sobre los diferentes tipos de centros de este tipo. Estos servicios, que existen en todo el Brasil, actúan como sustituto directo de la función tradicionalmente desempeñada por los hospitales psiquiátricos.

El centro de atención psicosocial de nivel III Brasilândia empezó a funcionar como un centro de nivel II en el 2002, y a principios del 2020 se convirtió en centro de nivel III que funcionaba 24 horas al día, 7 días a la semana. El servicio es administrado por la Asociación de Salud Familiar (Associação Saúde da Família), que es una organización social. Como todos los centros de nivel III, el centro presta atención y apoyo comunitarios de salud mental continuos y adaptados específicamente al usuario, incluidos los servicios en momentos de crisis. Elabora acciones basadas en los valores y principios de primero la libertad y la desinstitucionalización.

El servicio se vincula con los centros comunitarios de atención primaria de salud (Unidade Básica de Saúde) y sus equipos de salud familiar (185), junto con los centros de apoyo de salud familiar (Núcleo de Atenção à Saúde da Família [NASF]) (186), que son equipos multidisciplinarios con conocimientos especializados incluso en la esfera de la salud mental. Esta integración entre las redes de la atención primaria de salud y la atención de salud mental dentro del contexto del sistema de la atención de salud universal del Brasil agrega valor especial al servicio para los usuarios, los familiares y los profesionales (186). Centrar la atención particularmente en la comunidad también es una pieza fundamental del enfoque de centro de atención psicosocial de nivel III Brasilândia, que incluye todo, desde los vínculos con las empresas y los deportes de la comunidad, hasta las actividades de promoción y alcance comunitario.

El centro de atención psicosocial de nivel III Brasilândia está diseñado para crear una estructura y un entorno similares a los de un hogar. Desde el punto de vista estructural, el centro tiene áreas comunes interiores y exteriores para socializar e interactuar con otras personas, un comedor, habitaciones para asesoramiento individual, una habitación para actividades de grupo, la farmacia y dormitorios para hombres y mujeres, cada uno con cuatro camas, donde las personas que atraviesan una crisis o necesitan respiro pueden permanecer hasta 14 días. El centro también realiza actividades y eventos en la comunidad para los que utiliza espacios públicos como parques, centros de esparcimiento comunitarios y museos.

El centro cuenta con 58 empleados, que incluyen psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras, asistentes sociales, personal de farmacia y personal administrativo. Aproximadamente 400 personas asisten al centro habitualmente cada mes y un promedio de 60 nuevos usuarios asisten a consultas iniciales cada mes. No existe ninguna restricción acerca de quién puede usar el servicio, y a nadie se le niega el acceso basándose en la capacidad; si el centro se encuentra totalmente ocupado, se vincula con otros centros de atención psicosocial de nivel III para recibir a los usuarios. El centro no deriva a las personas a hospitales psiquiátricos.

Una vez registrada como usuaria de un centro de atención psicosocial, una persona que utiliza el servicio elabora un plan de atención individual (Projeto Terapêutico Singular [PTS]) con su profesional de referencia (184, 187). El plan de atención individual registra el historial, las necesidades, la red social y de apoyo, las hipótesis de diagnóstico, las dificultades personales, los puntos fuertes y los objetivos en la vida de la persona. El profesional de referencia y los miembros del equipo que colaboran más sistemáticamente con el usuario del servicio examinan regularmente este plan. Los miembros del equipo apoyan a los usuarios de muchas otras maneras, que van desde servirles de mediadores en conflictos hasta acompañarlos a ciertas reuniones o actividades.

Cinco grupos de apoyo orientados hacia los derechos se ocupan de la labor del centro, de los cuales cuatro cuentan con usuarios del servicio. Se basan en los principios rectores del centro e incluyen un grupo de trabajo de arte y cultura; un grupo de vivienda vinculado a establecimientos de alojamiento independientes financiados (Serviços Residenciais Terapêuticos [SRT]); un grupo de trabajo y generación de ingresos; un grupo de trabajo para situaciones de crisis; y un grupo territorial-comunitario que

busca y proporciona vínculos con servicios comunitarios acogedores y promueve iniciativas culturales de inclusión comunitaria.

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

El centro apoya a los usuarios para que ejerzan su capacidad jurídica en la vida diaria, promoviendo la autonomía individual y la toma de decisiones independiente. El reconocimiento de la ciudadanía y la afirmación de los derechos de las personas son aspectos esenciales para los centros de atención psicosocial. La asistencia es plenamente voluntaria y se basa en el principio de primero la libertad; las personas no pueden ser derivadas al centro o recibir tratamiento sin su consentimiento.

Prácticas no coercitivas

Evitar las prácticas coercitivas es un principio fundamental del modelo de los centros de atención psicosocial. La reclusión nunca se ha utilizado en el centro de nivel III Brasilândia. Los esfuerzos para evitar prácticas coercitivas se apoyan en centrar la atención diariamente en los desequilibrios de poder y sus consecuencias. Cuando estos ocurren, el centro busca soluciones. Por ejemplo, si bien se protege la confidencialidad, no hay ningún lugar en el centro que los usuarios no puedan utilizar o al que no puedan entrar, incluidos los establecimientos y la oficina del personal.

Todas las estrategias de apoyo y atención, incluida la medicación, se examinan y se llega a un acuerdo al respecto con la persona implicada. Si una persona no desea tomar medicamentos, aún pueden ofrecerse otras estrategias de atención, como visitas a domicilio diarias. Una persona que atraviesa una crisis nunca es derivada a otro servicio donde podrían aplicarse prácticas coercitivas, y el grupo de trabajo de crisis está disponible para prestar apoyo adicional si se requiere. Sin embargo, durante el período entre febrero del 2019 y febrero del 2020, se utilizaron restricciones tres veces, por menos de una hora en cada caso, y un miembro del equipo permaneció con la persona durante ese tiempo. Después de cada incidente, el servicio se reunió para averiguar en qué aspecto y por qué había fallado el servicio.

Inclusión comunitaria

A nivel individual, se brinda apoyo a los usuarios del servicio para que determinen activamente sus objetivos de inclusión comunitaria en su plan de atención individual. El grupo de trabajo territorial-comunitario busca lugares comunitarios positivos, por ejemplo, cafés o grupos acogedores, que apoyen la inclusión de una persona en su comunidad. A un nivel comunitario más amplio, los miembros del equipo de un centro de atención psicosocial colaboran con las personas en la comunidad para comprender la dinámica social, determinando los problemas frecuentes que más repercuten en la vida y la salud mental de las personas. Se seleccionan los recursos comunitarios (parques, líderes comunitarios, etc.) y se establecen asociaciones con las personas y los servicios para llevar a cabo las iniciativas de atención de salud mental. Los grupos de trabajo de estos centros también concientizan al centro y realizan eventos encaminados a reducir el estigma. Para mejorar el involucramiento de la sociedad, el centro establece proactivamente relaciones con empresas, instituciones y servicios locales.

Participación

El servicio lleva a cabo una reunión matutina diaria que permite a los usuarios hablar sobre el día que comienza y decidir si las actividades planificadas deben ajustarse o si otras actividades serían más

interesantes. Cerca de 60 personas, que incluyen usuarios, familiares y profesionales, asisten a una asamblea semanal, lo cual permite a las personas expresar su punto de vista acerca de las prácticas y las directrices del servicio, detectar problemas y encontrar soluciones comunes. También es una oportunidad para afrontar los desequilibrios de poder y abordar problemas sociales comunes, como el estigma y la violencia. Los usuarios desempeñan una función activa en el liderazgo de grupos, incluida la reunión del grupo Hearing Voices y la de grupos de apoyo entre pares. Los usuarios organizan estas actividades con el apoyo de los miembros del equipo. Al igual que todos los centros de atención psicosocial, los usuarios pueden participar en el consejo de administración, que es un grupo de consulta para las decisiones de política pública de alto nivel formuladas en todos los servicios de salud bajo el sistema unificado de salud pública.

Enfoque de recuperación

Mediante la elaboración de su plan de atención individual personal, las personas asumen una función activa en el diseño de su propio plan de recuperación centrado en la persona. Se les presta apoyo para que determinen sus necesidades y deseos, se examinan los proyectos para su vida y se llega a un acuerdo acerca de la atención y las estrategias de apoyo con responsabilidades compartidas. El proceso se orienta hacia los derechos y se basa en los valores de la desinstitucionalización a fin de empoderar a las personas para que se hagan cargo de su propio proceso de recuperación y fomentar la participación social (188). El carácter comunitario activo de los centros de atención también asegura que el viaje de recuperación de una persona reciba apoyo concreto más allá del centro mismo. Al crear oportunidades sociales positivas y apoyar a una persona en su vida cotidiana, el centro respalda y equipa a esa persona para que lleve una vida activa y autónoma en la comunidad.

Evaluación del servicio

Desde el 2002, un total de 12.333 personas han utilizado el servicio del centro de atención psicosocial de nivel III Brasilândia. Un estudio realizado en el 2009 por Campos *et al.* reveló que los usuarios del servicio y sus familias tenían mucha confianza en los servicios del centro de nivel III, tanto en el apoyo en situaciones de crisis como en la rehabilitación psicosocial (189). Una evaluación llevada a cabo en el 2020 sobre el centro de nivel III Brasilândia reveló que los servicios ofrecidos concordaban con un enfoque orientado hacia los derechos humanos y la recuperación (190). El centro se evaluó con el conjunto de herramientas de evaluación Calidad y Derechos de la Organización Mundial de la Salud (191) y se observó que este tenía un entorno cómodo y limpio, similar al de un hogar, e incluía un amplio espacio exterior. Los usuarios del servicio recibieron apoyo para su salud física y mental mediante planes de recuperación centrados en la persona, proporcionado por un personal multidisciplinario y complementado con iniciativas del servicio y la comunidad. La admisión y el tratamiento se basaron en el consentimiento informado de cada persona. La evaluación no reveló informes de casos de incidentes violentos o irrespetuosos en el año anterior; la reclusión y la restricción no fueron prácticas aceptadas en el servicio y se contaba con procesos para evitar su uso. Se llevaron a cabo reuniones periódicas a fin de prevenir todo caso de abuso. En las observaciones de primera mano del servicio, la evaluación reveló que el grupo de trabajo de crisis y la disponibilidad de camas durante la noche facilitaron el apoyo eficaz para las personas con malestar psicológico grave. También se observó que el centro promovía la participación comunitaria, incluido el apoyo a las personas para que tuvieran acceso a la vivienda, el trabajo, las actividades de generación de ingresos o apoyo a los ingresos.

Costos y comparaciones de los costos

Los servicios de los centros de atención psicosocial se prestan y se financian bajo el sistema unificado de salud pública sin costo alguno para los usuarios. El gobierno federal sufraga los gastos de funcionamiento (entre un 50% y un 70% del costo total del servicio), y el municipio proporciona la cantidad restante. En el 2020, el centro de nivel III Brasilândia costó cerca de R\$ 500.000 (alrededor de US\$ 88.200)^k por mes, o R\$ 1.100 (alrededor de US\$ 200)^l por usuario, por mes. En comparación, el costo por día de la hospitalización en un hospital psiquiátrico en el Brasil es de cerca de R\$ 1.200 - R\$ 2.400 (US\$ 210 - US\$ 420) m (192). Sin embargo, dadas las iniciativas de los centros más amplias de promoción y prevención en materia de salud mental, incluidas las actividades para combatir el estigma y los prejuicios y apoyar la inclusión comunitaria, los que se benefician de estos centros sobrepasan a los que tienen acceso al servicio directamente. Este beneficio no puede cuantificarse.

Información adicional y recursos

Sitio web:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=20424

Videos:

Projeto coletivo de geração de trabalho, renda e valor - Ô da Brasa (Proyecto colectivo de generación de trabajo, ingresos y valores - Ô da Brasa)

<https://www.youtube.com/watch?v=5v0jki3GaBw&feature=youtu.be> [en portugués]

Contactos:

Coordinación del Área Técnica de Salud Mental, Salud Municipal, Secretaría, São Paulo (Brasil)

Correo electrónico: gabinetsaude@prefeitura.sp.gov.br

Coordinación de CAPS III Brasilândia, São Paulo (Brasil)

Correo electrónico: capsadulto.brasilandia@saudedafamilia.org

k Conversión al mes de marzo del 2021.

l Conversión al mes de febrero del 2021.

2.3.3

Phoenix Clubhouse

Región Administrativa Especial
de Hong Kong, China



Phoenix Clubhouse forma parte de una amplia red internacional de clubhouses en todo el mundo vinculada a Clubhouse International. Las Clubhouses ofrecen apoyo vocacional y educativo comunitario a las personas que han utilizado los servicios de salud mental e incorporan un elemento importante de apoyo entre pares. Son empresas sociales independientes unidas por principios básicos como el derecho a tener un lugar de reunión, un trabajo digno, relaciones interpersonales satisfactorias y el derecho a contar con un sitio donde volver (193).

Clasificación principal: Centro de salud mental comunitario

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Bibliografía publicada Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sector de salud estatal | <input checked="" type="checkbox"/> Sector social estatal | <input type="checkbox"/> Seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Financiamiento de donantes | <input checked="" type="checkbox"/> Desembolso directo | |

Descripción del servicio

Phoenix Clubhouse, en funcionamiento desde 1998, es miembro de larga data de Clubhouse International, que incluye una red de 326 Clubhouses en 36 países (194, 195). Las Clubhouses tienen como meta brindar oportunidades a las personas que tienen enfermedades mentales para que vivan, trabajen y aprendan juntos al tiempo que contribuyen con sus talentos a través de una comunidad de apoyo mutuo. Ayudan a las personas a permanecer fuera de los hospitales al tiempo que logran sus objetivos sociales, financieros y vocacionales (196). Todas las Clubhouses llevan a cabo un programa de acreditación formal y observan las normas de International Standards for Clubhouse Programs™ (197). Estas normas de mejores prácticas incluyen todos los aspectos del funcionamiento de una clubhouse, que incluyen la afiliación, la estructura física, la ubicación, el funcionamiento diario, el acceso al empleo y la educación, el financiamiento y la gobernanza. Clubhouse International ofrece un

programa de capacitación integral que brinda un enfoque sistemático acerca del funcionamiento de las Clubhouses, impartido mediante 12 centros de capacitación autorizados a nivel mundial. En el 2016, Phoenix Clubhouse se convirtió en una base de capacitación de Clubhouse International (198) y hasta el presente ha capacitado a 21 organizaciones, de las cuales una cuarta parte ha recibido acreditación total hasta ahora (199).

De gran importancia para el modelo clubhouse es el hecho de que los usuarios del servicio se consideran miembros, en lugar de usuarios del servicio. La afiliación a la Clubhouse puede durar toda la vida, lo que fomenta un sentido de pertenencia y un compromiso a largo plazo por parte de los que la utilizan. Los miembros a más largo plazo de la Clubhouse pueden prestar apoyo a los miembros más nuevos en su viaje. Los miembros de Phoenix Clubhouse son personas con una afección de salud mental o discapacidad psicosocial de edades comprendidas entre los 18 y 64 años, que han sido derivados por psiquiatras del Hospital Queen Mary o psiquiatras privados. No hay ningún criterio de exclusión, a menos que se considere que la persona constituye una amenaza significativa y actual. En este momento el servicio tiene casi 600 miembros, 150 de los cuales son miembros activos, en el sentido de que utilizan el servicio por lo menos una vez al mes. El promedio de asistencia es de 54 miembros por día (200).

El Phoenix Clubhouse cuenta con un total de nueve miembros de la plantilla: tres son profesionales del Departamento de Terapia Ocupacional del Hospital Queen Mary, y seis son empleados generales que tienen experiencia en materia de atención o administración. Un grupo de voluntarios también contribuye a la labor de la Clubhouse, ayudando en los programas internos sociales y de capacitación.

El programa de Phoenix Clubhouse se basa en un modelo de organización de “jornada laboral diaria” que permite a los miembros trabajar junto con el personal en tareas esenciales para el funcionamiento diario de la clubhouse, adquiriendo así aptitudes vocacionales y educacionales importantes (201). Sus miembros participan en decisiones basadas en el consenso en lo relativo a todos los aspectos importantes del funcionamiento del servicio. Se crean oportunidades de empleo remunerado en el mercado local de trabajo mediante un programa vocacional estructurado de rehabilitación que incluye un programa de empleo transitorio, que es un trabajo a tiempo parcial de nivel básico estrechamente acompañado por el personal; un programa de empleo asistido que ofrece empleo a tiempo parcial o completo con apoyo interno o externo; y empleo independiente. El servicio también brinda oportunidades de educación asistida, organiza programas sociales y recreativos para las noches, los fines de semana y los días feriados, e imparte un programa educativo de bienestar y modos de vida saludables. Por último, la Clubhouse brinda asistencia según sea necesario para garantizar una vivienda segura, digna y asequible.

Los servicios de tratamiento psicosocial no se prestan en la Clubhouse *per se*, pero el personal ayuda a los miembros a elaborar un plan de recuperación personal y, si se le solicita, también ayuda a organizar reuniones con los psiquiatras, las enfermeras y los asistentes sociales médicos y otros establecimientos médicos pertinentes, como la atención primaria (202). El servicio facilita el acceso a la intervención de salud mental inmediata y a otros servicios de salud si es necesario.

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

La afiliación a Phoenix Clubhouse es voluntaria y no tiene límite de tiempo. El servicio promueve una cultura en la que los miembros tienen el control y sus elecciones se respetan plenamente. Si bien se

alienta a los miembros a que trabajen, no hay ninguna actividad obligatoria, ni regla ni contrato, y nunca se obliga a los miembros a trabajar. Los miembros a menudo deciden recibir ayuda de otros miembros y del personal en cuanto a decisiones relativas a su vida sobre la base de relaciones de confianza que se forjan naturalmente. También reciben apoyo en sus interacciones con los equipos clínicos en el sistema público de salud mental fuera de la Clubhouse. Todos los planes de recuperación, planes anticipados y observaciones del personal se registran electrónicamente y pueden compartirse. Los miembros tienen la libertad de estar en desacuerdo con las observaciones y documentar los desacuerdos.

Prácticas no coercitivas

La cultura de la Clubhouse destaca las relaciones positivas entre los miembros y el personal con la idea de que estos son similares a las amistades, los compañeros de equipo, los hermanos o los mentores. Nunca se utiliza la fuerza; ni se usa la reclusión o la restricción. Se utilizan métodos de mediación y desescalada cuando es necesario, y el personal se capacita en el manejo de crisis. Los miembros pueden decidir libremente si van a usar los medicamentos recetados o a recibir tratamiento como orientación psicológica y psicoterapia. El personal explora las ventajas y desventajas de las intervenciones con los miembros y habla del manejo de la afección y la prevención de recaídas. Toda decisión sobre la hospitalización involuntaria de una persona la toma el departamento de accidentes y emergencias, y no incluye al personal ni a los miembros de la Clubhouse.

Inclusión comunitaria

El modelo de Clubhouse promueve firmemente el involucramiento de la comunidad. Los miembros viven en la comunidad y Phoenix Clubhouse los asiste para que tengan acceso a los recursos comunitarios, incluidos los servicios sociales y de salud, actividades recreativas, clínicas de bienestar y medicina china, educación universitaria y programas educativos para personas adultas, como también oportunidades laborales con negocios y empleadores locales. Se proporciona información a los miembros acerca de los derechos de los empleados con discapacidad, salarios mínimos reglamentarios y discriminación por discapacidad. También se ofrece a los miembros asesoramiento sobre asuntos financieros y asistencia social disponible para ellos. El personal también ofrece apoyo para encontrar vivienda; sin embargo, las decisiones sobre dónde vivir y con quién, siempre las toman los miembros.

Participación

Todas las reuniones de Clubhouse están abiertas tanto para los miembros como para el personal. La responsabilidad del funcionamiento de la Clubhouse también está en manos tanto de los miembros como del personal (197). Los miembros participan en todas las decisiones sobre las políticas, los programas y los servicios de la Clubhouse, así como en la planificación de las direcciones del desarrollo futuro. Participan asimismo en la contratación de personal nuevo y en la evaluación de su trabajo. Los miembros también forman parte del comité consultivo y de todos los comités de trabajo.

Enfoque de recuperación

Las Clubhouses se basan en la creencia de que cada miembro tiene el potencial para recuperarse y llevar una vida personalmente satisfactoria como miembro integrante de la sociedad, empoderado por su propia voluntad y sus decisiones (203). El modelo de Clubhouse se centra especialmente en actividades significativas, como el trabajo, la educación y la capacitación. Promueve un sentido comunitario en el que los miembros se ayudan a sí mismos y a otros para alcanzar sus objetivos (204). En Phoenix

Clubhouse se hace un énfasis especial en la elección y cada miembro es ayudado activamente para que busque y aproveche oportunidades de recuperación en esferas como las amistades, el trabajo compartido, la atención de salud, la educación, el empleo, el bienestar y el involucramiento de la comunidad en general. Phoenix Clubhouse hace un énfasis deliberado en los puntos fuertes de las personas y no en sus síntomas (205, 206).

Evaluación del servicio

Existe una amplia bibliografía internacional sobre las investigaciones del modelo Clubhouse. Un examen exhaustivo de la bibliografía existente reveló los beneficios en el empleo, las tasas de hospitalización, la calidad de vida y la satisfacción, las relaciones sociales, la educación y las actividades de promoción de la salud (194). Phoenix Clubhouse evalúa su propia eficacia mediante encuestas internas anuales. La encuesta interna de satisfacción realizada en el 2019 reveló que el 84% de los miembros se sentían muy satisfechos o satisfechos con la Clubhouse. La proporción de miembros activos que tenían un trabajo externo aumentó significativamente en los últimos 18 años. En el 2001, el 72% de los miembros activos tenían un trabajo externo ([Leung, F.], [Phoenix Clubhouse], datos inéditos, [2001]), al tiempo que en el 2019 esta cifra subió a un 92% ([Leung, F.], [Phoenix Clubhouse], datos inéditos, [2019]).

En una encuesta interna y a nivel de toda la organización del Hospital Queen Mary que se llevó a cabo en el 2014, la Clubhouse fue elogiada por demostrar logros extraordinarios acerca de la inclusión de los usuarios del servicio, la atención continua y la participación de los usuarios del servicio, los cuidadores y la comunidad en la planificación, la prestación y la evaluación de los servicios ([Leung, F.], [Phoenix Clubhouse], comunicación personal, [2020]). Los comentarios positivos en curso han afianzado el apoyo de la administración hospitalaria para el financiamiento continuo.

Costos y comparaciones de los costos

A los usuarios del servicio se les cobra una tarifa fija de HK\$ 60 por día (alrededor de US\$ 8), y estas pueden tener acceso a cualquiera o a la totalidad de los diversos servicios de salud mental prestados a través del sistema de salud mental de la región administrativa especial de Hong Kong, incluidos Phoenix Clubhouse y todos sus programas. Sin embargo, a los miembros de Phoenix Clubhouse no se les cobra esta tarifa si utilizan solamente la Clubhouse y ninguno de los demás servicios del sistema de salud mental. Los miembros que no están en condiciones de pagar la tarifa pueden solicitar la asistencia integral de la seguridad social y otras exenciones de pago de la atención diurna en hospitales. Cerca del 85% de los que asisten a Phoenix Clubhouse utilizan estas prestaciones. Phoenix Clubhouse está financiado por el Hospital Queen Mary y la Universidad de Hong Kong. El Hospital Queen Mary, en su calidad de cuerpo directivo, financia todo el presupuesto de funcionamiento, incluidos los gastos de personal. Los costos del personal ascienden a unos HK\$ 2.900.000 por año (alrededor de US\$ 373.000)^m y el costo total de funcionamiento es de unos HK\$ 140.000 (alrededor de US\$ 18.000)ⁿ por año.

m Conversión al mes de marzo del 2021.

Información adicional y recursos

Sitio web:

Hong Kong Phoenix Clubhouse, <http://www.phoenixclubhouse.org>
Clubhouse International, <https://clubhouse-intl.org/>

Videos:

Clubhouse International, historias de los miembros: <https://clubhouse-intl.org/news-stories/videos/> [en inglés]

Contacto:

Francez Leung, directora de Phoenix Clubhouse, terapeuta ocupacional I, Phoenix Clubhouse/
Departamento de Terapia Ocupacional, Hospital Queen Mary, Hong Kong (República Popular
China)

Correo electrónico: lsy113@ha.org.hk

Joel D. Corcoran, director ejecutivo,

Clubhouse International (EUA)

Correo electrónico: jdcorcoran@clubhouse-intl.org

2.4 Servicios de salud mental de apoyo entre pares

Los servicios de salud mental de apoyo entre pares consisten en sesiones de apoyo individuales o de grupo que las personas con experiencia propia brindan a otras que desean beneficiarse de su experiencia y apoyo. La meta es apoyar a las personas en asuntos que estas consideran importantes para su propia vida y su recuperación, de una manera libre de prejuicios y suposiciones.

En su calidad de expertos por experiencia, los pares pueden crear una relación e identificarse de manera especial con las personas que atraviesan momentos difíciles gracias a sus conocimientos directos y su experiencia. Como tales, sirven de oyentes empáticos, educadores, entrenadores, defensores, asociados y mentores. Los servicios descritos en la siguiente sección los administran y los implementan personas expertas por experiencia. La participación en el apoyo entre pares siempre se basa en la elección y el consentimiento informado, y las personas que reciben apoyo por pares no tienen ninguna obligación de seguir recibéndolo, lo que permite a la persona elegir basándose en su voluntad, su preferencia y sus necesidades, que ha determinado ella misma.

Las maneras en que se estructuran y organizan los servicios de apoyo entre pares varían considerablemente según su contexto. Estos servicios también varían acerca del alcance de las actividades proporcionadas, que van desde el apoyo emocional, ayudando a las personas a comprender sus experiencias y apoyándolas para que tengan acceso a prestaciones sociales y otras oportunidades, así como a actividades encaminadas a promover la inclusión social de las personas, hasta la labor de promoción y concientización. En general, los servicios de apoyo entre pares facilitan la creación de redes de apoyo social que quizá no hayan podido crearse de otro modo.

Se informa de que el apoyo entre pares constituye un pilar central en la recuperación de muchas personas. Este apoyo se basa en la importante premisa de que el significado de la recuperación puede ser diferente para cada persona y que las personas pueden beneficiarse extraordinariamente del intercambio de experiencias, de ser escuchadas y respetadas y de recibir apoyo para encontrar un significado en sus experiencias y un camino hacia la recuperación que dé resultado para ellas, lo que les permite en último término llevar una vida satisfactoria y gratificante. Si bien los numerosos servicios entre pares que se prestan en todo el mundo asignan importancia a la promoción de la esperanza, el intercambio de experiencias y el empoderamiento, en los ejemplos de servicios con buenas prácticas presentados en este documento también se adoptan medidas activas para evitar prácticas coercitivas y procurar que se respete la capacidad jurídica de las personas que participan en el apoyo entre pares.

2.4.1

Grupos de apoyo Hearing Voices



Los grupos de apoyo Hearing Voices (HVG) reúnen a personas que oyen voces en reuniones de grupo apoyadas por pares que tratan de ayudar a quienes tienen experiencias similares a explorar la naturaleza de las voces, los significados y, en última instancia, a aceptarlas. Estos grupos de apoyo han ganado en popularidad, ya que la supresión de las voces mediante la medicación y otras intervenciones no siempre resulta eficaz (207-210). Además, los efectos secundarios de la medicación son graves, con tasas de incumplimiento terapéutico que alcanzan el 50% (211-213).

Clasificación principal: Apoyo entre pares

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Bibliografía publicada Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

- | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sector de salud estatal | <input type="checkbox"/> Sector social estatal | <input type="checkbox"/> Seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Financiamiento de donantes | <input type="checkbox"/> Desembolso directo | Otro ⁿ |

Descripción del servicio

El movimiento Hearing Voices, cuyos principios son el fundamento de los grupos de apoyo de Hearing Voices, empezó en los Países Bajos a finales de los años ochenta. Surgió de una colaboración entre un psiquiatra holandés, un investigador y un oyente de voces, y otras personas que han vivido la experiencia de oír voces (214). El movimiento tiene ahora redes nacionales en 30 países (215, 216). Unos grupos han sido cofundados por profesionales y están estrechamente alineados con los servicios de salud mental, mientras que otros han sido establecidos independientemente por oyentes de voces (217). Los grupos se organizan en redes locales y nacionales que ofrecen apoyo, asistencia psicológica y orientación para grupos nuevos, sin una estructura jerárquica. La Hearing Voices Network (HVN) inglesa ha producido un acta constitutiva para los grupos que se le afilian (218) y la HVN-EUA ha revisado y ampliado dicha

ⁿ Los fondos para los grupos de apoyo Hearing Voices pueden provenir de distintas fuentes según el grupo, que incluyen fondos proporcionados por donantes, pequeñas sumas de fondos de desembolso directo y fondos procedentes de servicios de salud.

acta para incluir los eventos más nuevos en los grupos de apoyo Hearing Voices (219). Intervoice también conecta a las personas, comparte ideas, destaca las iniciativas innovadoras y promueve las investigaciones de alta calidad sobre el tema de oír voces (215).

En todo el mundo existe un gran número de grupos de personas que oyen voces, desde Estados Unidos hasta Australia y Hong Kong (220) y, más recientemente, en países como Uganda. Si bien algunos funcionan independientemente, hay ejemplos de grupos apoyados por ONG, como Voice Collective, administrado por Mind, organización de beneficencia del Reino Unido del ámbito de la salud mental (221); y un proyecto de todo Londres para apoyar a los jóvenes (de 12 a 18 años de edad) que oyen voces.

En Hong Kong, New Life (222) tiene seis grupos de apoyo Hearing Voices que funcionan en sus centros y casas. Diferentes visiones del mundo sociales y culturales configuran la manera en que las voces se experimentan y se interpretan, y esta variación transcultural de la experiencia de oír voces resuena con los principios centrales del movimiento Hearing Voices, que celebra la diversidad (223, 224).

Un principio importante del movimiento Hearing Voices es que la salud es fundamentalmente un proceso social, cultural y político (216, 225), y que oír voces es un aspecto normal de la experiencia humana (226-228). Se respeta la diversidad de las ideas en cuanto al origen de oír voces, ya sea biológico, psicológico, espiritual o incluso paranormal y su importancia (229, 230). Los miembros deben tener una actitud intencionalmente libre de prejuicios de manera que las personas puedan afrontar experiencias y recuerdos emocionalmente dolorosos (229, 231).

Otro principio fundamental del movimiento Hearing Voices es que oír voces puede explicarse mejor haciendo referencia a eventos de la vida y a relatos interpersonales. En efecto, oír voces como respuesta a sucesos traumáticos de la vida, especialmente experimentados en la niñez, está bien documentado en la bibliografía (232-234). A veces las voces confunden, angustian e incapacitan; sin embargo, los oyentes de voces por lo general desean comprender de dónde provienen esas voces (235, 236). Si bien las voces pueden atacar la identidad de la persona, también pueden considerarse una forma de preservar la identidad al articular y encarnar el dolor emocional (216, 237).

A diferencia de otros enfoques de apoyo entre pares, las reuniones de los grupos de apoyo Hearing Voices no aplican un formato estándar. Se alienta a los grupos locales a que se desarrollen independientemente. Algunos acogen solo a oyentes de voces, mientras que otros reciben a personas que tienen visiones, experiencias que normalmente se considerarían psicóticas, u otras formas de malestar psicológico (217, 238). Los profesionales o los familiares pueden participar en algunos grupos de apoyo Hearing Voices, otros grupos admiten solo a mujeres, jóvenes (239) o a personas de comunidades que incluyen a ortodoxos judíos o a personas de raza negra, de grupos étnicos minoritarios o de Asia Meridional.

Las reuniones de los grupos se llevan a cabo en diversas instalaciones comunitarias, desde bibliotecas y centros de arte hasta entornos de salud mental, prisiones y unidades psiquiátricas de hospitalización (240). La mayoría de los grupos de apoyo Hearing Voices se reúnen semanal o quincenalmente como grupos abiertos; la asistencia es informal y no tiene una duración limitada (241, 242). Algunos grupos solamente organizan charlas informales, mientras que otros invitan a oradores u organizan salidas o actividades de grupo (217). Junto con las charlas informales, las sesiones pueden incluir ejercicios u hojas de trabajo, como el formulario de entrevista Maastricht (243). También pueden

explorarse las voces mediante obras de arte, obras dramáticas o escenificaciones, y pueden abordarse diferentes marcos explicativos y estrategias de adaptación.

A algunos miembros y profesionales de Hearing Voices se les proporciona capacitación para que establezcan, dirijan y faciliten grupos (244). En general, los grupos son facilitados por dos o más personas, y al menos una de ellas debe haber vivido la experiencia de oír voces. Los facilitadores organizan las reuniones y mantienen la conversación centrada, pero no dirigen la conversación ni actúan como terapeutas. Los grupos alientan a los oyentes de voces a que desarrollen su propia comprensión a fin de que puedan reclamar como suyas y reconstruyan las relaciones con las voces en un espacio seguro. En ese contexto, el apoyo entre pares y la colaboración son empoderadores, especialmente para quienes consideran que oír voces es tabú.

En los grupos de apoyo Hearing Voices se fomenta la curiosidad acerca de oír voces. Mediante la descripción de las voces, los miembros pueden crear una imagen completa de las voces de una persona haciéndose preguntas entre ellos; explorando, por ejemplo, lo que las voces dicen, el tono que usan, el número de diferentes voces, si son masculinas o femeninas, cómo se siente la persona al oírlas y qué finalidad cree que tienen esas voces (234).

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

Los grupos de apoyo Hearing Voices funcionan sobre una base estrictamente voluntaria. Nunca se imponen a una persona y nunca trabajan para socavar la capacidad jurídica de una persona. El objetivo final de estos grupos es empoderar la capacidad del oyente de voces para que exprese su propia comprensión de las voces que oye y tome decisiones más informadas sobre si usar o no medicamentos, psicoterapia u otros servicios de salud mental que están a su disposición.

Prácticas no coercitivas

Tanto la asistencia como la participación en los grupos de apoyo Hearing Voices son voluntarias y no hay ninguna práctica coercitiva. Estos grupos no derivan a las personas para que reciban tratamiento en otro sitio contra su voluntad, o a servicios donde quizás se use la coerción.

Inclusión comunitaria

Si bien las personas pueden recibir orientación psicológica y sugerencias en las reuniones del grupo, los grupos de apoyo Hearing Voices no se involucran directamente en la búsqueda de trabajo, educación o vivienda para los asistentes.

Participación

El espíritu más amplio de los grupos y del movimiento es el de la participación y el apoyo entre pares. Muchos asistentes consideran que la experiencia de otras personas que hacen preguntas acerca de sus voces es habilitante. Es importante señalar que una persona puede lograr determinar las circunstancias que tienen más probabilidades de desencadenar las voces, lo que le permite controlar más la experiencia. Una persona informó que la asistencia a un grupo de apoyo Hearing Voices le había ayudado a crear un vocabulario para describir sus propias experiencias. Un modelo de 3 fases elaborado por Hornstein, Putnam y Branitsky (2020) explica esta transformación y los procesos implicados (229).

Enfoque de recuperación

Los principios básicos de los grupos de apoyo Hearing Voices coinciden plenamente con el enfoque orientado a la recuperación, incluidos los procesos de conectividad, esperanza, identidad, significado de la vida y empoderamiento (CHIMES por su sigla en inglés), como se describe en la bibliografía (76, 231). Los grupos de apoyo trabajan para ayudar a las personas a que elaboren su propio marco de comprensión, establezcan sus propios objetivos y metas en relación con sus voces y logren abrigar esperanzas mediante el apoyo entre pares. Se evita la terminología medicalizada como “alucinaciones auditivas”, “delirios” y “síntomas”. Ahora bien, algunos miembros rechazan la noción misma de la recuperación y alegan que sus voces son una pieza fundamental de su personalidad, no un síntoma de alguna enfermedad de la que necesiten recuperarse.

Evaluación del servicio

Es difícil evaluar los grupos de apoyo Hearing Voices porque los beneficios no pueden captarse mediante escalas de clasificación clínica estándar (245, 246). En efecto, la mayoría de estos grupos se consideran grupos sociales y no grupos de terapia tradicionales (218).

No obstante, un estudio reveló que la duración de las hospitalizaciones, así como la frecuencia y la fuerza de las voces, habían disminuido considerablemente después de asistir a las reuniones de los grupos de apoyo (247). Otros estudios también revelaron que los asistentes encuentran apoyo que a menudo no está disponible en otro sitio, lo que puede reducir el aislamiento y mejorar la autoestima, el funcionamiento social, la capacidad de adaptación y el optimismo, al tiempo que fortalece los vínculos con las amistades y la familia (248). En otros estudios, las personas informaron que comprendían mejor sus experiencias con las voces y que tenían una mayor capacidad de expresar a otras personas su relación con las voces (249, 250). Por ejemplo, un entrevistado informó lo siguiente: “Comprendo lo que son mis voces y de dónde provienen, y he podido afrontarlas mejor, y como me he mejorado y estas han disminuido, mi vida ha mejorado mucho, porque no oigo esas voces todo el tiempo” (231).

Los beneficios pueden incrementarse gradualmente. El estudio más amplio sobre los grupos de apoyo Hearing Voices reveló que las personas inicialmente pasan por un proceso de descubrimiento respecto de otros oyentes de voces y diferentes maneras de comprender las voces, luego empiezan a explorar formas de reestructurar su propia experiencia para comprenderla. Con el tiempo, el grupo sirve de laboratorio para el cambio en las relaciones interpersonales fuera del grupo (251). En un estudio un entrevistado informó lo siguiente: “Fue como si se hubiera corrido el velo porque oí a alguien que en realidad expresaba estos sentimientos y pensé como que [...] Sé que es anormal, pero igual parece que eso tiene algo de normal” (251).

Si bien muchas personas que asisten a los grupos de apoyo siguen usando medicamentos de tratamiento psiquiátrico, otras los han disminuido o los redujeron gradualmente hasta no usarlos más (229, 241). Es importante señalar que se redujo el uso de los servicios de crisis y hospitalarios (229).

Las reuniones de los grupos pueden ser angustiantes, en especial si las voces regresan (252). Incluso esto no disminuyó los beneficios de la asistencia, quizás porque las personas pudieron hablar de temas angustiantes sin que se las juzgara o sin que su situación fuera calificada de patológica.

Costos y comparaciones de los costos

Los fondos para los grupos de apoyo Hearing Voices provienen de distintas fuentes según el grupo e incluyen fondos proporcionados por donantes, pequeñas sumas de fondos de desembolso directo y fondos procedentes de servicios de salud. Los costos mínimos incluyen además el alquiler de un lugar para la reunión semanal y posiblemente un honorario para el facilitador. Los grupos pueden ser financiados por servicios de salud mental y ONG. La participación en los grupos de apoyo Hearing Voices es gratuita para las personas que asisten; salvo en el Japón, donde se cobra una pequeña suma de afiliación (253).

Información adicional y recursos

Sitio web:

<http://www.hearing-voices.org/>

Videos:

Más allá de lo posible: Cómo el enfoque Hearing Voices transforma una vida <http://beyondpossiblefilm.info/> [en inglés]

Eleanor Longden, Las voces en mi cabeza, TED2013

https://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head?language=en
[en inglés, subtítulos en español disponibles]

Contactos:

Gail Hornstein, profesora de psicología, Mount Holyoke College (MA, Estados Unidos)

Correo electrónico: gh@gailhornstein.com; ghornste@mtholyoke.edu

Olga Runciman, Bestyrelsesmedlem,

Dansk Selskab para Psykosocial Rehabilitering, Dinamarca

Correo electrónico: orunciman@gmail.com

2.4.2

Grupo de apoyo entre pares para el empoderamiento mental de Nairobi

USP Kenya



Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (USP-K) es una organización nacional de miembros formada por grupos de apoyo entre pares (254) que reúnen a personas con discapacidades psicosociales y afecciones de salud mental en un marco explícito de derechos humanos y defensa de la causa social. Su objetivo es apoyar, promover y defender los derechos de las personas a vivir y trabajar como miembros integrales de sus comunidades (255, 256).

Clasificación principal: Apoyo entre pares

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

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

Financiamiento:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sector de salud estatal | <input checked="" type="checkbox"/> Sector social estatal | <input type="checkbox"/> Seguro de salud |
| <input checked="" type="checkbox"/> Financiamiento de donantes | <input type="checkbox"/> Desembolso directo | |

Descripción del servicio

USP-K es una organización general que proporciona grupos de apoyo entre pares en Kenya como una de sus actividades esenciales, que también incluyen capacitación en derechos humanos, autopromoción, respuesta en situaciones de crisis y medios de vida, así como también el suministro de información a los miembros sobre las prestaciones sociales y las oportunidades de financiamiento y subvenciones.

Desde su inicio en el 2012, el número de grupos de apoyo entre pares USP-K ha aumentado y ahora incluye 13 grupos en seis condados en toda Kenya. Los grupos de apoyo entre pares afiliados a USP-K reúnen a personas que se identifican como usuarias de los servicios de salud mental, personas sobrevivientes de la psiquiatría, personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales. Los grupos de apoyo se registran formalmente en el Ministerio de Trabajo y Protección Social y el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad. Los cuidadores también pueden incorporarse a los grupos, pero al menos un 70% de los miembros de cualquier grupo de apoyo entre pares deben ser personas con experiencia propia.

Si bien USP-K administra muchos grupos, el Grupo de apoyo entre pares para el empoderamiento mental de Nairobi se seleccionó como modelo para ilustrar el funcionamiento de los grupos USP-K, en particular porque tiene datos de evaluación corroboradores disponibles.

El grupo de apoyo entre pares de Nairobi proporciona un espacio para que se reúnan las personas con experiencia propia. Trabaja dentro de un marco social y de derechos humanos que promueve la no discriminación; la participación y la inclusión plenas y eficaces; el respeto de la dignidad inherente; la autonomía individual, incluida la libertad de optar por sus propias elecciones y de cometer sus propios errores; y la igualdad de género.

Cada reunión se divide en varias sesiones. Primero, una sesión informal ofrece apoyo psicosocial entre pares; después, una sesión estructurada trata los objetivos de promoción del grupo; y luego las sesiones paralelas abordan temas más delicados. Los miembros del grupo pueden invitar a personas para que asistan, por ejemplo, a profesionales. Un promedio de 25 miembros asiste a cada reunión mensual, que puede durar alrededor de cuatro horas.

Normalmente, un miembro del personal de USP-K y un voluntario asistirán a cada reunión de los grupos de apoyo entre pares para dar la bienvenida a los nuevos miembros y proporcionar información actualizada y orientación psicológica sobre cuestiones de discapacidad y salud mental. También pueden dirigir las conversaciones si es necesario, por ejemplo, reencauzando la conversación hacia un enfoque de derechos humanos y hacia el modelo social de la discapacidad.

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

El modelo del Grupo de apoyo entre pares para el empoderamiento mental de Nairobi se destaca por su enfoque explícito en los derechos humanos y en un modelo social de la discapacidad. Por ejemplo, los miembros reciben capacitación sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, como también sobre la manera de aplicar principios fundamentales de los derechos humanos a la vida cotidiana. Este enfoque apoya a las personas para que ejerzan su derecho a tomar sus propias decisiones y hacer que los demás respeten esas decisiones. Se alienta a los miembros a que asistan periódicamente a las reuniones de los grupos de apoyo entre pares para fomentar relaciones interpersonales estrechas, pero pueden sumarse al grupo o abandonarlo sin previo aviso. Una persona puede plantear un dilema al grupo, como una opción de tratamiento médico, y se alienta a los otros miembros a que compartan sus experiencias, su aprendizaje y sus conocimientos sobre el tema. Las personas aprenden a hacer que sus elecciones se respeten, incluso cuando estas no concuerdan con la orientación psicológica que brinden otros miembros. El grupo a veces ayuda a los miembros a elaborar directivas anticipadas informales, aunque estas no son reconocidas por la legislación de Kenya.

Prácticas no coercitivas

El Grupo de apoyo entre pares para el empoderamiento mental de Nairobi USP-K promueve activamente las prácticas no coercitivas. Los grupos determinan y promueven el uso de facilitadores pares, asistentes sociales y trabajadores comunitarios que puedan reducir la intensidad de cualquier crisis que surja en la comunidad, a fin de evitar el uso de métodos coercitivos. El grupo también puede tener acceso a la base de datos de USP-K de los profesionales que han recibido capacitación de USP-K sobre la manera

de aplicar un enfoque de salud mental basado en los derechos humanos. Si una persona experimenta una crisis durante una reunión, el facilitador dirige la respuesta de apoyo y respeta las preferencias de la persona que tiene la crisis. En emergencias como un intento de suicidio, se neutralizan primero los riesgos inmediatos que corre la persona y, a la mayor brevedad posible, se respetan sus deseos.

Inclusión comunitaria

Los miembros del grupo de apoyo entre pares de Nairobi reciben respaldo en una amplia gama de temas que incluyen protección social, acceso a exenciones tributarias y programas de empoderamiento económico. El grupo ayuda a los miembros a solicitar prestaciones por discapacidad y otro tipo de beneficios, como subsidios de educación, subsidios de herramientas de comercio y exenciones de tasas de operaciones comerciales locales para las personas que tienen un empleo informal (257). Con el consentimiento del miembro, el grupo de apoyo contacta con las familias en reconocimiento de la función que estas desempeñan como la estructura de apoyo natural para la mayoría de las personas. Si una persona da su consentimiento pero la familia es la fuente de un problema, el grupo puede consultar con las estructuras comunitarias locales, como los ancianos de las aldeas.

Participación

Los miembros dirigen y administran el Grupo de apoyo entre pares para el empoderamiento mental de Nairobi. Los facilitadores del grupo son nombrados directamente de entre los miembros y por los miembros y, una vez que han recibido capacitación, deben alentar a las personas a que elaboren y vean una nueva descripción de sí mismos más allá de su diagnóstico. Los facilitadores ayudan a los miembros a crear vínculos con los cuidadores, los profesionales de salud mental, los voluntarios comunitarios de salud y los asistentes sociales. El grupo establece sus propios objetivos de promoción sobre cuestiones pertinentes y puede llevar a cabo campañas de alcance comunitario y de comunicaciones con el apoyo de la organización más amplia USP-K. Cada año, mediante voto secreto, el grupo elige un presidente, un tesorero y un secretario, junto con tres miembros del comité. Un comité de solución de controversias elegido por los miembros ayuda a resolver conflictos y quejas dentro del grupo, o entre un miembro y su familia, especialmente en cuestiones de abuso o negligencia.

Enfoque de recuperación

El Grupo de apoyo entre pares para el empoderamiento mental de Nairobi comparte información y sus experiencias, y sus miembros se apoyan entre sí para responder a cualquier reto o decisión que estén afrontando. El grupo promueve el aprendizaje y la reflexión e invita a que se hagan preguntas. Los miembros también comparten diferentes estrategias para la adaptación y la toma de decisiones y se alientan entre sí a intentar aplicarlas (258). Las conversaciones se realizan en un espacio seguro y constructivo para que los miembros puedan comprender sus experiencias, en particular como personas que quizás se han acostumbrado a recibir pasivamente tratamiento o apoyo. Ver a otras personas que tienen un diagnóstico o condiciones de vida similares y que están en control de su vida es alentador para muchos miembros, como también lo es el apoyo que los voluntarios prestan más allá de las reuniones. Esto puede incluir visitas hospitalarias, disponibilidad durante una crisis y ayuda con las tareas de la vida diaria. Por ejemplo, si alguien necesita ayuda apenas se levanta de la cama, un voluntario puede llamar a un miembro en cierto momento cada mañana. Por último, los miembros informan del valor de poder cometer errores, como cualquier otra persona. Un miembro del Grupo de apoyo entre pares informó lo siguiente: “Estoy creciendo. Estoy cambiando. Está cambiando la historia que cuento sobre mí mismo” (258).

Evaluación del servicio

La investigación cualitativa independiente sobre el Grupo de apoyo entre pares para el empoderamiento mental de Nairobi K-USP incluyó observaciones formuladas en las reuniones de los grupos de apoyo entre pares, conversaciones de grupos de enfoque y entrevistas con cuidadores y personal de USP-K. El estudio reveló que los grupos de apoyo entre pares y los miembros promovían específicamente la acción y la autonomía de los miembros y que, mediante el grupo y las conversaciones entre pares, los miembros empezaron a “recuperar su voz y a hacerse más enérgicos” (258).

Los miembros también informaron haberse sentido inspirados para volver a recibir educación o a comenzar un negocio después de conocer a un par que había tomado medidas similares. Se alentó a los miembros a que cuestionaran las relaciones interpersonales en las que había desequilibrio de poder, por ejemplo, con los profesionales médicos que toman decisiones de tratamiento sin consultar a la persona. El estudio reveló que las personas reciben ayuda para hacer planes para una posible situación de crisis de salud mental de manera que los demás reconozcan su voluntad y sus preferencias. Los miembros mencionaron que se habían visto con más frecuencia “situaciones en las que pudieron defenderse ellos mismos y no como antes, cuando solo guardaban silencio” (258).

Costos y comparaciones de los costos

La organización general USP-K proporciona financiamiento inicial para grupos nuevos durante los primeros dos o tres años. También presta asistencia técnica mediante capacitación sobre temas como los derechos humanos, la autopromoción, la respuesta en situaciones de crisis y medios de vida. Asiste a los grupos para que tengan acceso a información y financiamiento público para las propias operaciones del grupo y para cada miembro, como subvenciones para las actividades que combaten el estigma y la discriminación, el empoderamiento económico o fondos específicamente para las mujeres o los jóvenes (257). La Open Society Initiative for East Africa (OSIEA) proporciona a USP-K US\$ 30.000 por año y el National Council for Persons with Disabilities (NCPWD), US\$ 26.000 por año. En el 2016, el sector social del Gobierno de Kenya también aportó fondos.

Desde el punto de vista financiero, cada grupo del USP-K funciona independientemente. El costo anual del Grupo de apoyo entre pares para el empoderamiento mental de Nairobi es de alrededor de US\$ 4.000 e incluye los gastos del lugar, los facilitadores y la promoción. El personal del USP-K recibe un sueldo y los voluntarios un estipendio mensual. El Grupo recibe fondos y préstamos adicionales proporcionados por ONG, incluida la Cruz Roja y Basic Needs, como también por organizaciones religiosas e instituciones bancarias.

Información adicional y recursos

Sitio web:

<https://www.uspkenya.org/peer-support-groups/>

Otro:

The Role of Peer Support in Exercising Legal Capacity, USP Kenya, (2016):

<https://www.uspkenya.org/wp-content/uploads/2018/01/Role-of-Peer-Support-in-Exercising-Legal-Capacity.pdf>

Contactos:

Michael Njenga, miembro del Consejo Ejecutivo del Foro de Discapacidad de África, director ejecutivo, Usuarios y Personas Sobrevivientes de la Psiquiatría en Kenya (Nairobi, Kenya).

Correo electrónico: michael.njenga@uspkenya.org

Elizabeth Kamundia, subdirectora de la Dirección de Investigación, Promoción y Divulgación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya (Kenya).

Correo electrónico: ekamundia@knchr.org ekamundia@gmail.com

2.4.3

Peer Support South East Ontario

Ontario, Canadá



Peer Support South East Ontario (PSSEO) ofrece apoyo individualizado entre pares basado en el Modelo de Transición después del Alta (TDM) para ayudar a las personas que se reintegran a sus comunidades tras el tratamiento recibido en un servicio de hospitalización de salud mental. En este modelo, los trabajadores que se encuentran en situación similar a la de los pacientes cumplen una función importante a la hora de proporcionar apoyo y vínculos con los servicios comunitarios en función de las necesidades de apoyo que expresan las personas (259). Gracias a este apoyo, las personas no tienen que esperar semanas o meses después del alta para tener acceso a apoyos comunitarios. También ayuda a prevenir el reingreso en un hospital, que es muy probable que se produzca durante el primer año tras el alta (260, 261).

Clasificación principal: Apoyo entre pares

Otras clasificaciones:

Centro de salud mental comunitario Alcance comunitario Apoyo entre pares
 Servicio en momentos de crisis Servicio hospitalario Servicio de asistencia para la vida autónoma

Disponibilidad en diferentes lugares:

Sí No

Evidencia:

Bibliografía publicada Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

Sector de salud estatal Sector social estatal Seguro de salud
 Financiamiento de donantes Desembolso directo

Descripción del servicio

PSSEO ofrece apoyo entre pares en cinco sitios hospitalarios diferentes en Ontario sudoriental, incluido el Hospital Providence Care en Kingston,^p donde se presta el servicio en cuatro unidades de hospitalización de salud mental (incluida la unidad forense), cada una de las cuales tiene capacidad para un total de hasta 30 personas. El servicio de apoyo entre pares prestado consta de grupos de apoyo entre pares que se reúnen semanalmente y de apoyo individual por pares para las personas después de que salen del hospital. Los trabajadores pares actúan como un puente del apoyo entre el momento del alta de la persona hasta su primer contacto con los servicios de salud mental en la comunidad o su primera cita ambulatoria. Brindan asistencia adicional, amistad y apoyo hasta un año después del alta.

^p El Hospital Providence Care es un establecimiento financiado por el gobierno que integra programas de salud mental y psiquiatría a largo plazo con la rehabilitación física, los cuidados paliativos y el manejo médico complejo.

El apoyo entre pares de PSSEO está firmemente arraigado en la rutina diaria del Hospital Providence Care. El mismo trabajador par visita las unidades de salud mental un día por semana para dirigir un grupo de apoyo entre pares y reunirse y establecer contacto con las personas que recientemente han comenzado a recibir tratamiento y atención en el hospital. El trabajador par informa a las personas recién ingresadas acerca de los servicios de apoyo entre pares que PSSEO ofrece y les suministra material informativo, datos de contacto y una invitación para que participen en el programa del modelo de transición después del alta y en la reunión semanal del grupo de apoyo entre pares. En las reuniones del grupo, que están concebidas para ser un espacio abierto y acogedor para todos los interesados, el trabajador par da a conocer el apoyo individual entre pares como parte de la transición después del alta y se invita a los participantes interesados a programar una reunión para iniciar un proceso de asignación de un trabajador correspondiente de apoyo entre pares antes del alta.

Cuando una persona expresa interés, el trabajador par de PSSEO de Providence Care programa una reunión con ella a fin de iniciar el proceso de asignación de un par correspondiente sobre la base de su contexto cultural e intereses. El diagnóstico u otras características clínicas no tienen que compartirse ni constituyen la base para la asignación. Una vez un trabajador par ha sido asignado a una persona se organiza una primera reunión en la semana anterior al alta del hospital, o una o dos semanas después del alta como máximo. Si después de la primera reunión la persona que utiliza el servicio siente que la asignación no es adecuada, puede solicitar que se le asigne otro trabajador par de PSSEO.

Cuando se ha hecho una asignación satisfactoria, los pares organizan reuniones semanales de una hora durante un período de hasta un año. Las reuniones semanales pueden usarse para que la persona reciba apoyo acerca de cualquier cosa que desee o necesite. El trabajador par de la unidad hospitalaria que organizó la asignación original se pone en contacto regularmente con la persona dada de alta para ver si todo va bien y si esta sigue satisfecha con la asignación, así como para ayudar a resolver posibles cuestiones que surjan sobre la marcha.

PSSEO procura que a todos los interesados en recibir apoyo entre pares se les asigne un trabajador par. En tiempos de demanda excepcionalmente alta puede haber una lista de espera de tres a cuatro semanas hasta que pueda asignarse un trabajador a una persona. En estos casos, PSSEO ofrece la opción de participar en reuniones de grupo en un centro de apoyo entre pares hasta que se le asigne un trabajador a la persona. Si se da de alta a alguien en una zona de captación diferente, PSSEO proporciona recursos para posibles servicios de apoyo entre pares en esa zona.

Se exigen muy pocos requisitos formales para que una persona reciba el apoyo entre pares proporcionado por PSSEO a través del modelo de transición después del alta. Para asegurar un máximo respeto de la privacidad, PSSEO no requiere un registro formal que incluya información personal e historial médico y no se mantienen archivos de los usuarios del servicio. Sin embargo, existen algunos criterios de idoneidad para usar el servicio de apoyo individual entre pares del modelo de transición después del alta. Las personas deben poder hacer y mantener sus citas por sí mismas, y cuando se reúnan con el trabajador de apoyo entre pares no deben haber consumido alcohol ni ninguna otra sustancia psicoactiva. Toda persona que use el servicio tiene la libertad de poner fin a la relación con su trabajador de apoyo entre pares en cualquier momento sin tener que decir por qué ha decidido hacerlo.

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

PSSEO funciona sobre una base estrictamente voluntaria y la asignación de un trabajador correspondiente de apoyo entre pares nunca se le impone en una persona. Los trabajadores pares de PSSEO promueven activamente la capacidad jurídica al apoyar a las personas para que tomen decisiones y opten por elecciones informadas acerca del tratamiento, la atención y las opciones de apoyo explorando las alternativas junto con la persona. También apoyan a las personas a fin de que elaboren planes anticipados para posibles situaciones de crisis en el futuro.

Prácticas no coercitivas

El personal de PSSEO o los servicios y apoyos comunitarios a los que PSSEO facilita el acceso no utilizan ninguna práctica coercitiva. Todos los trabajadores pares de PSSEO reciben capacitación a fondo en técnicas de desescalada y por consiguiente pueden responder a situaciones tensas de manera calmada y tranquilizadora. En circunstancias excepcionales, por ejemplo, si una persona actúa violentamente contra otros o se está autolesionando, PSSEO contacta con el servicio encargado de responder a las situaciones de crisis, el cual podría derivar luego a la persona a un hospital donde quizás se utilicen prácticas coercitivas. En estos casos, el trabajador par de PSSEO trata de acompañar a la persona al hospital y permanecer con ella durante el proceso de ingreso para apoyarla y sigue tratando de reducir la tensión de la situación. Además, en el Hospital Providence Care, PSSEO colabora con diferentes grupos de trabajo y consejos que asesoran acerca de las decisiones administrativas hospitalarias para fomentar el debate sobre la manera de evitar medidas coercitivas.

Inclusión comunitaria

El apoyo entre pares prestado por PSSEO como parte del modelo de transición después del alta se dedica específicamente a facilitar la transición de una persona que se reintegra a la comunidad después del alta hospitalaria. Una vez que un trabajador par se asigna a una persona y se le informa acerca de sus deseos y necesidades de apoyo, este da a conocer a la persona los servicios comunitarios disponibles que podrían ser adecuados para ella. PSSEO no tiene una política predesignada de referencia y las personas tienen la libertad en todo momento de decidir qué servicios les interesan. Si bien el enfoque central de PSSEO es facilitar el acceso a los servicios comunitarios de salud mental o de casos de adicción, los trabajadores pares también apoyan a las personas para que tengan acceso a vivienda, educación o prestaciones de protección social si esto es lo que estas desean.

Participación

Todos los trabajadores pares de PSSEO tienen experiencia propia y las personas con experiencia propia están representadas en el grupo de gestión, lo que asegura que la perspectiva de la experiencia propia se refleje en todo el servicio, por ejemplo, en las decisiones relativas a la asignación de fondos y del presupuesto, y en el desarrollo y la implementación de servicios. Se realizan encuestas de satisfacción dentro de un período de dos años como mínimo para todos los programas ejecutados por PSSEO, incluido el modelo de transición después del alta en Providence Care. Los resultados de estas encuestas se utilizan para mejorar y adaptar los servicios que presta PSSEO, según corresponda.

Enfoque de recuperación

Los principios básicos de apoyo entre pares de PSSEO coinciden plenamente con el enfoque orientado a la recuperación. Los trabajadores pares de PSSEO colaboran con las personas para que elaboren sus propios marcos, metas y deseos para su viaje de recuperación personal y determinen qué servicios y apoyos podrían serles útiles como persona. PSSEO subraya la importancia de considerar a la persona en su totalidad y evitar el uso de terminología de medicalización y el énfasis en los diagnósticos. El enfoque se centra más en bien fortalecer la autonomía y el empoderamiento de la persona estableciendo con el par qué significa la recuperación para esta y trabajando de consuno para apoyar, promover y transmitir esperanza.

Evaluación del servicio

Los análisis de las encuestas de mejora de la calidad sobre el apoyo entre pares prestado por PSSEO como parte del modelo de transición después del alta en el Hospital Providence Care, que incluyeron cuestionarios, entrevistas y credenciales, demostraron altos niveles de satisfacción con los servicios entre los usuarios de los servicios y los miembros del personal (262).

En un estudio realizado en el 2019, el 92% de los usuarios de los servicios de apoyo entre pares de PSSEO en Providence Care informaron que habían tenido una experiencia positiva y altos niveles de satisfacción con los servicios prestados. Las personas dijeron haberse sentido empoderadas, comprendidas, escuchadas y apoyadas por el trabajador par y consideraron que el apoyo entre pares era un factor fundamental positivo en su viaje de recuperación. Los miembros del personal de Providence Care también dijeron que habían tenido experiencias positivas con el apoyo entre pares prestado por PSSEO y consideraron que este apoyo era un “servicio inestimable” y una “pieza fundamental de la atención y la recuperación de los pacientes” (262).

Además, los estudios que evaluaron el modelo de transición después del alta en general, incluido el apoyo entre pares en diferentes sitios del hospital, demostraron que la calidad de vida de los usuarios había mejorado y que el promedio de la duración de la hospitalización y los costos de la atención habían disminuido (259, 263-265).

Costos y comparaciones de los costos

Desde su fundación en el 2001, PSSEO ha recibido financiamiento continuo durante 19 años proporcionado por el Ministerio de Salud y Atención a Largo Plazo de Ontario. Durante el ejercicio fiscal 2017–2018, el costo total de los servicios de apoyo entre pares prestados mediante el modelo de transición después del alta en Providence Care fue de \$Can 53.280 (US\$ 42.140)^q. En el 2018–2019, el costo aumentó un poco situándose en \$Can 5.200 (US\$ 46.830)^q. El costo total incluye los sueldos de los defensores pares, la prestación de servicios individuales, los refrigerios y las bebidas para grupos, así como también la distancia recorrida en millas por el personal de apoyo entre pares al viajar para hacer las visitas. El costo de la prestación de los servicios por persona en el ejercicio fiscal 2017–2018 (119 personas) fue de un promedio de \$Can 447 (US\$ 354)^q por persona, y en el 2018–2019 (127 personas), \$Can 466 (US\$ 369)^q por persona.

q Conversión al mes de febrero del 2021.

Información adicional y recursos

Sitio web:

<https://PSSEO.ca/>

Videos:

https://www.youtube.com/watch?v=q_1qde6kins&feature=emb_title [en inglés]

<http://www.ledbetterfilms.com/our-videos.html> [en inglés]

Contacto:

Todd Buchanan, gerente de Negocios y Operaciones, Peer Support South East Ontario, Ontario (Canadá)

Correo electrónico: tbuchanan@psseo.ca

Donna Stratton, coordinadora del Modelo de Transición después del Alta, Peer Support South East Ontario, Ontario (Canadá)

Correo electrónico: tdm@psseo.ca

2.5 Servicios de salud mental de alcance comunitario

Los servicios de alcance comunitarios prestan atención y apoyo a la población en sus hogares u otros entornos, como en espacios públicos o en las calles. Estos servicios suelen prestarse por medio de equipos móviles integrados por trabajadores de salud y asistentes sociales y miembros de la comunidad.

Las opciones de apoyo brindadas mediante los servicios de alcance comunitario son variadas. Como se describe en la presente sección, los servicios pueden brindar apoyo emocional y orientación psicológica, así como apoyo acerca de los medicamentos, la realización de actividades diarias y la respuesta a las necesidades básicas (asistencia a la vida cotidiana), o permitir a las personas tomar decisiones informadas en cuanto al tratamiento y otros aspectos de su vida. Los servicios de alcance comunitario pueden ayudar a las personas para que adquieran o recuperen un sentido de control de su vida y su viaje de recuperación. También desempeñan una función esencial para conectar a las personas con los servicios existentes en la comunidad y prestar apoyo a fin de que las personas naveguen por los sistemas de atención de salud y asistencia social. Además, en estos servicios a menudo se suministra información acerca de la salud mental y pueden implicarse en iniciativas de prevención y promoción en materia de salud mental.

Versátiles, dinámicos y flexibles, algunos servicios de alcance comunitario prestan servicios de salud mental a las poblaciones marginadas que de otro modo no tendrían acceso a ellos. Varios de estos servicios que se describen en esta sección atienden específicamente a las poblaciones rurales o sin hogar, por ejemplo.

Los ejemplos con buenas prácticas presentados en esta sección muestran cómo los prestadores de servicios de alcance comunitario subrayan la importancia de respetar los derechos de las personas a la capacidad jurídica. Esto significa que quienes utilizan el servicio están en control de la situación y cuentan con apoyo para tomar sus propias decisiones acerca de dónde y cuándo va a tener lugar el servicio, qué se incluirá en el servicio y otros aspectos. Facilitar el camino de las personas hacia la recuperación y la vida independiente es una prioridad.

2.5.1

Atmiyata

Gujarat, India



Atmiyata^r (266) es un servicio comunitario de voluntariado que encuentra y apoya a las personas con malestar psicológico en las comunidades rurales del estado de Gujarat, en la India occidental. La intervención se basa en la empatía y el voluntariado y proporciona un camino viable para prestar ayuda en entornos de pocos recursos (267). La sensibilidad colectiva es el principio básico de las intervenciones y se ha inspirado, en parte, en la antigua teoría india de la comunicación, a saber, el sadharanikaran (267).

Clasificación principal: Alcance comunitario

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- | | | | |
|--------------------------|----|-------------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> | No |
|--------------------------|----|-------------------------------------|----|

Evidencia:

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

Financiamiento:

- | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Sector de salud estatal | <input type="checkbox"/> | Sector social estatal | <input type="checkbox"/> | Seguro de salud |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Financiamiento de donantes | <input type="checkbox"/> | Desembolso directo | | |

Descripción del servicio

Atmiyata Gujarat se estableció en el 2017 en el distrito de Mehsana en el estado de Gujarat, donde habitan 1,52 millones de personas y se hallan 645 pueblos (268). El 53% de la población trabaja en el sector agropecuario y casi la mitad (45,4%) pertenece al estrato de ingreso bajo (269). El servicio es el segundo de su clase implementado en la India, tras un proyecto piloto que tuvo éxito en 41 pueblos del estado de Maharashtra entre el 2013 y el 2015 (266).

El servicio aplica un enfoque escalonado de atención y de apoyo, utilizando a voluntarios comunitarios. Los voluntarios de los pueblos realizan cuatro actividades que consisten en a) encontrar a las personas con malestar psicológico y proporcionarles entre cuatro y seis sesiones de orientación psicológica basada en la evidencia; b) sensibilizar a la comunidad mediante la presentación de cuatro películas a los miembros de la comunidad sobre los determinantes sociales de la salud mental en un teléfono inteligente para el servicio Atmiyata; c) derivar a las personas que puedan estar experimentando una afección

^r La palabra *atmiyata* significa empatía o sensibilidad colectiva en maratí, idioma local del estado indio de Maharashtra, donde se utilizó este programa por primera vez.

de salud mental grave a los servicios de salud mental públicos cuando es necesario; y c) permitir el acceso a prestaciones de asistencia social para aumentar la estabilidad financiera.

El servicio es prestado por voluntarios comunitarios de dos niveles de los pueblos. Los del primer nivel, denominados mitras atmiyata, son personas de diferentes religiones, sectas y castas, capacitadas para encontrar a las personas con malestar psicológico. Los del segundo nivel, denominados defensores de Atmiyata, son maestros o líderes comunitarios caracterizados por ser personas accesibles y conocidas en su pueblo. Los defensores son seleccionados por los facilitadores comunitarios de Atmiyata, es decir, asistentes sociales capacitados que visitan el pueblo, localizan a los grupos comunitarios y seleccionan a los candidatos apropiados. Los defensores se capacitan para proporcionar orientación estructurada usando técnicas de orientación basada en la evidencia que incluyen activación del comportamiento, programación de actividades o solución de problemas según las necesidades y las metas fijadas por la persona (270-273). El servicio Atmiyata también mantiene un vínculo estrecho con el programa distrital de salud mental gestionado por el estado, ayudando a las personas que desean tener acceso a dicho programa o a servicios psiquiátricos en el hospital distrital.

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

Las actividades de Atmiyata se basan en un modelo que aborda el malestar psicológico en lugar de un modelo centrado en la enfermedad, porque es más aceptable y factible para su uso en la comunidad. El modelo del malestar psicológico sirve de base para el enfoque y la prestación de atención por los defensores, que se capacitan para trabajar teniendo en cuenta la voluntad y las preferencias de la persona que recibe los servicios. Todas las actividades se basan en el consentimiento informado, y las personas tienen derecho a retirarse del apoyo proporcionado. Como medio para brindar apoyo y orientación psicológica de manera continua a los defensores, los facilitadores comunitarios examinan con ellos los retos y las dificultades que se afrontan; sin embargo, los identificadores personales no se revelan. Los defensores usan datos anonimizados en su documentación de trabajo a fin de proteger la identidad de la persona con malestar psicológico, que solo la conocen el defensor y un voluntario (el *mitra*) que hicieron la derivación original. El defensor solo sugiere que se busquen servicios especializados cuando es urgentemente necesario. La capacitación de los defensores también afianza los principios y la práctica del consentimiento informado.

Prácticas no coercitivas

Las intervenciones proporcionadas por los defensores responden tanto a las necesidades sociales como a las necesidades de atención de salud mental sobre la base de los principios de las prácticas no coercitivas. Las técnicas de asesoramiento o consejería basadas en la evidencia incluyen escuchar activamente, solucionar los problemas y programar las actividades (274). Los defensores también facilitan el acceso a prestaciones sociales como prestaciones por discapacidad o desempleo, pensiones por viudez, apoyo al empleo rural, seguridad social y becas.

Inclusión comunitaria

El propio servicio se basa a nivel de aldea, directamente dentro de la comunidad, y las sesiones de orientación psicológica se celebran en lugares comunitarios donde la persona se siente cómoda, por ejemplo, en su hogar, en el campo, en su lugar de trabajo o en un café. El servicio funciona a través

de las redes aldeanas existentes y no intenta crear nuevas. Los defensores realizan actividades de sensibilización para los miembros de sus aldeas, presentando y analizando cuatro películas de 10 minutos dobladas en gujaratí en lugares de reunión comunitarios (como un templo o una granja) en un teléfono inteligente. Estas películas abordan cuestiones sociales que generalmente se afrontan en la comunidad y que repercuten en la salud mental, como el desempleo, los conflictos familiares, la violencia doméstica y el alcoholismo. Prestar apoyo a las personas para que obtengan prestaciones sociales también facilita una mayor inclusión de estas en la comunidad.

Participación

Si bien tener experiencia vivida no es un requisito obligatorio para ser un defensor o un mitra, la mayoría de los defensores se sienten motivados a trabajar como voluntarios debido a su propia experiencia personal con el malestar psicológico. Se alienta a los defensores a que durante las sesiones de orientación psicológica compartan su experiencia personal vivida acerca del malestar psicológico a fin de crear una relación de confianza e inspirar esperanza y tranquilidad.

Enfoque de recuperación

Atmiyata promueve la atención orientada a la recuperación para las personas con malestar psicológico, centrándose en la empatía, la esperanza y el apoyo. Los defensores utilizan las sesiones de orientación psicológica para crear una relación de confianza e inspirar esperanza y tranquilidad. Las sesiones de orientación desarrollan la capacidad de la persona para responder a su malestar psicológico, con lo que adquieren el control de su vida. El apoyo que presta Atmiyata se basa en una perspectiva de puntos fuertes que alienta a la persona a vivir una vida independiente con significado personal.

Evaluación del servicio

Atmiyata Gujarat se evaluó durante ocho meses en el 2017 utilizando un ensayo controlado aleatorizado escalonado por conglomerados (275). El ensayo abarcó 645 aldeas en el distrito de Mehsana, con una población rural adulta de 1,52 millones habitantes. El resultado principal fue una mejora de la salud general, de acuerdo con la evaluación mediante el cuestionario de salud general de 12 ítems (276) tras un seguimiento de tres meses. Los resultados secundarios se midieron usando diversas escalas e incluyeron la calidad de vida, la mejoría de los síntomas, el funcionamiento social y los síntomas de depresión (277-282).

Los resultados mostraron que las tasas de recuperación de las personas con malestar psicológico fueron clínica y estadísticamente mayores en las que recibían el servicio Atmiyata en comparación con las de la afección testigo. Además, al cabo de tres y ocho meses se observaron mejorías de la depresión, la ansiedad y los síntomas generales del malestar psicológico. Las mejorías significativas acerca del funcionamiento, la participación social y la calidad de vida se notificaron al cabo de ocho meses. En general, los resultados indican que el servicio Atmiyata ha producido mejorías significativas en la calidad de vida y en los niveles de discapacidad, así como también en los síntomas relacionados con las afecciones de salud mental (275).

Costos y comparaciones de los costos

Atmiyata Gujarat fue financiado inicialmente por Grand Challenges Canada, pero ahora recibe apoyo de la Mariwala Health Initiative (283) en asociación con Altruist, una ONG local financiada por el

Gobierno de Gujarat y el TRIMBOS Institute (284). El financiamiento ha sido aprobado hasta marzo del 2022. Los servicios de Atmiyata se prestan localmente y en forma gratuita. En el 2019, el costo total anual de la ejecución del programa de Atmiyata en 500 aldeas con una población rural adulta de 1 millón de habitantes fue de US\$ 120.000. El servicio atendió a 12.758 personas con malestar psicológico o afecciones comunes de salud mental durante el ejercicio económico 2019-2020 ([Kalha, J.], [Sociedad de Derecho de la India], datos inéditos, [2021]). Los gastos de presupuesto incluyen a facilitadores comunitarios, directores de proyectos, capacitación, viajes, teléfonos inteligentes para los defensores y administración.

Información adicional y recursos

Sitio web:

<https://cmhlp.org/projects/atmiyata/>

Videos:

Atmiyata: un modelo de atención social y de salud mental dirigido por la comunidad rural, <https://twitter.com/cmhLpindia/status/1300301510190927872> [en inglés]

¿Cuál es el papel de un defensor de Atmiyata? <https://twitter.com/cmhLpindia/status/1331822246575280128> [en inglés]

Madina Ben, defensora de Atmiyata (Mehsana, Gujarat) https://www.youtube.com/watch?v=2rlter_9mpi [en hindi, con subtítulos en inglés]

El Dr. Animesh Patel, psiquiatra principal del distrito, habla sobre la repercusión de Atmiyata <https://www.youtube.com/watch?v=v2w-pkbJxxa> [en hindi, con subtítulos en inglés]

Contactos:

Jasmine Kalha, gestora de programas e investigadora, Centro de Derecho y Política de Salud Mental, Indian Law Society (ILS), Pune (India)

Correo electrónico: jasmine@cmhlp.org

Kaustubh Joag, investigador principal del Centro de Derecho y Política de Salud Mental, Indian Law Society (ILS), Pune (India)

Correo electrónico: kaustubh@cmhlp.org

2.5.2

Friendship Bench

Zimbabwe



En Friendship Bench, que comenzó a funcionar en Zimbabwe en el 2006, los consejeros no especializados ayudan a las personas que experimentan una fuerte angustia aguda. Este servicio de alcance comunitario ofrece empatía, conocimientos comunitarios y culturales locales, habilidades y técnicas formales para la solución de problemas (285), y en la actualidad está implantado en todo el país como parte de los servicios públicos de salud primaria de Zimbabwe.

Clasificación principal: Alcance comunitario

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Bibliografía publicada Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

- Sector de salud estatal Sector social estatal Seguro de salud
- Financiamiento de donantes Desembolso directo

Descripción del servicio

El nombre Friendship Bench proviene del término shona, chigaro chekupanamazano, que se traduce literalmente como “banca para sentarse en ella a fin de intercambiar ideas” (286). Proporciona una forma de terapia de solución de problemas a corto plazo a las personas con afecciones de salud mental comunes, conocidas en shona como kufungisisa, que se traduce literalmente como “pensar demasiado”. El servicio gratuito se vincula con el centro local de atención primaria de salud y se presta generalmente fuera del centro en una banca de madera. Las personas pueden autoderivarse o ser derivadas por escuelas, comisarías de policía o el consultorio de atención primaria.

Los servicios de Friendship Bench se ofrecen actualmente en tres ciudades de Zimbabwe y 25 consultorios en dos zonas rurales, a través de un total de 70 consultorios de atención primaria de salud (287). Desde el 2016, el servicio ha ofrecido apoyo a 50.000 personas y en el 2019 Friendship Bench pasó a formar parte plenamente de la estrategia de salud mental nacional del Ministerio de Salud (288).

Dada la escasez de servicios de salud mental en Zimbabwe, Friendship Bench colma un vacío y una necesidad importantes de prestación de servicios comunitarios de salud mental. El servicio lo prestan

trabajadores de salud legos, mujeres locales empleadas por la autoridad local de salud para apoyar otros servicios de salud, como la concientización sobre las vacunas. El hecho de que la mayoría de los trabajadores de salud legos sean mujeres de edad constituye un elemento sumamente importante del servicio. En Zimbabwe, las personas de edad son vistas como guardianes importantes de la comunidad y por consiguiente son respetadas. Estas consejeras legas, que tienen un promedio de 58 años, se denominan abuelas prestadoras de servicios de salud (*ambuya utano*) (272). Las mujeres son eruditas en el idioma y la cultura shona, y tienen amplios conocimientos sobre la economía local y las redes sociales. No solo viven y trabajan en las mismas comunidades que los usuarios del servicio, sino que también han experimentado dificultades en su propia vida y aportan mucha empatía en su labor (285). Las consejeras legas reciben ocho días de capacitación sobre el reconocimiento de síntomas, el uso de instrumentos de cribado, la psicoeducación, la terapia de solución de problemas y los elementos básicos de la orientación psicológica (289).

La terapia de solución de problemas de Friendship Bench se presta a lo largo de seis o más sesiones, basándose en un método estándar de detección y solución de problemas y usando el cuestionario de síntomas shona (290) para seleccionar a las personas y apoyar el tratamiento. Es importante señalar que los consejeros legos prestan servicios en shona, que es el idioma autóctono del principal grupo étnico del país, y usan proverbios y términos culturales como puntos de referencia; se considera que esto ha contribuido a la aceptabilidad de la terapia en las regiones donde se habla shona y a su uso en los establecimientos de atención primaria (289). Según el tamaño del consultorio de atención primaria, pueden atenderse hasta 25 personas por día.

La terapia de solución de problemas incluye tres elementos: mediante la apertura de la mente (*Kuvhura pfungwa*) el consejero y el usuario exploran la situación del usuario, enumeran los problemas y las dificultades que se afrontan y seleccionan un problema que se va a abordar; mediante la motivación (*Kuzimudzira*) el usuario y el consejero elaboran un plan de acción centrado de la solución; y mediante el fortalecimiento (*Kusimbisisa*) el usuario recibe apoyo y es invitado a que regrese para una visita de seguimiento.

Si bien Friendship Bench se estableció inicialmente para ofrecer solo seis sesiones de orientación psicológica, el servicio ha evolucionado. Se siguen realizando muchas sesiones informales porque los consejeros legos tienden a reunirse con sus usuarios en la comunidad y siguen apoyándolos (285). Las reuniones pueden llevarse a cabo en el hogar del usuario, el hogar del consejero lego o en entornos informales como el mercado o cerca del pozo público. Dado que la oración en las reuniones que tienen que ver con la salud es una práctica común en Zimbabwe (272), muchos consejeros acompañan a sus usuarios y sus familias en la oración. Los usuarios reciben apoyo adicional a través de mensajes de texto y llamadas telefónicas para afianzar el enfoque de terapia de solución de problemas (291).

También se invita a los usuarios de Friendship Bench a que se asocien con un grupo de apoyo entre pares, denominado Tomarse de las manos (Círculo Kubatana Tose), en el que las personas pueden compartir experiencias en un espacio seguro en reuniones semanales (292). Estos grupos están dirigidos por mujeres que ya han usado servicios de Friendship Bench y que han recibido capacitación de gestión de grupos. A veces, mientras se comparten experiencias personales, el grupo también realiza una actividad de generación de ingresos.

Principios y valores fundamentales sobre los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

El uso del servicio Friendship Bench es estrictamente voluntario. El objetivo es empoderar a la persona atendida apoyándola para que encuentre maneras de superar sus problemas, tomar decisiones y adoptar medidas acerca de las dificultades que la aquejan.

Prácticas no coercitivas

El personal de Friendship Bench no usa prácticas coercitivas. Los servicios se prestan con el consentimiento y la decisión totalmente voluntaria del usuario. Los miembros del personal no realizan ingresos involuntarios. Sin embargo, si se determina que una persona corre alto riesgo, el consejero puede solicitar que la persona sea examinada en el consultorio de atención primaria de salud por un trabajador profesional, el cual puede decidir derivar a la persona a una unidad de hospitalización.

Participación

Los grupos de apoyo entre pares de Friendship Bench incluyen a personas con experiencia propia y un sentido de la solidaridad; los participantes se apoyan entre sí y crean oportunidades para solucionar los problemas conjuntamente. Los grupos de pares trabajan tanto en los centros de atención primaria de salud como en la comunidad. La dimensión generadora de ingresos también les da una importancia práctica, ya que muchos asistentes sufren graves dificultades financieras.

Inclusión comunitaria

Además de ser un servicio de salud pública vinculado a la prestación de atención primaria de salud, el servicio se arraiga profundamente en la comunidad gracias a sus consejeros legos que prestan el servicio. Los consejeros actuales han vivido en el lugar por lo menos durante 15 años y se seleccionan en las reuniones comunitarias de las partes interesadas fundamentales, que incluyen a líderes religiosos, policías, directores de escuelas y otros líderes comunitarios. Por lo tanto, los consejeros nombrados gozan de un prestigio social y cultural único y comprenden las cuestiones que afrontan sus usuarios (286).

La terapia de solución de problemas suele mejorarse al incorporar un componente de programación de actividades, en el cual se alienta a las personas a que programen y lleven a cabo actividades que tengan significado para ellas y hagan sus vidas más gratificantes. Además, algunas personas que tienen afecciones de salud mental y tienen necesidades financieras son derivadas a los recursos comunitarios locales, como los proyectos locales generadores de ingresos (272).

Enfoque de recuperación

La meta del servicio Friendship Bench es ayudar a las personas a fijar objetivos para sí mismas y a encontrar maneras de lograr esos objetivos. No incluye el uso de medicamentos ni de otras formas de tratamiento médico, a menos que alguien haya sido derivado al personal clínico para que reciba un nivel más alto de atención. Los consejeros no hacen diagnósticos psiquiátricos. El cuestionario de síntomas shona se usa como instrumento de cribado y como una forma de tranquilizar a los usuarios, en el sentido de que sus experiencias se reconocen y han sido vividas por otros. Mediante su labor, el servicio se centra en empoderar a las personas para que se conviertan en fuertes solucionadoras de problemas, que luego pueden marcar la diferencia en sus comunidades.

Evaluación del servicio

Se llevó a cabo un estudio temprano basado en encuestas de 320 personas que completaron entre 3 y 6 sesiones de terapia, el 50% de las cuales eran seropositivas frente al VIH (272). El estudio reveló que el enfoque básico de Friendship Bench daba resultados satisfactorios y que los usuarios experimentaban una disminución de los síntomas. Un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados que se llevó a cabo posteriormente con 573 personas reveló que las personas que recibieron servicios de Friendship Bench, incluso mediante la asociación a un grupo de apoyo entre pares, en general habían tenido menos síntomas que las que recibieron la atención habitual reforzada (que incluía la psicoeducación sobre síntomas, el uso del servicio de mensajes cortos (SMS) o llamadas de voz para prestar apoyo, la administración de medicamentos si estaban indicados o la derivación a un establecimiento psiquiátrico) (291). En otro estudio cualitativo se observó que la empatía y los conocimientos culturales locales eran particularmente importantes (286).

Costos y comparaciones entre los costos

El servicio Friendship Bench forma parte de la prestación de atención primaria de salud de Zimbabwe y es gratuito para las personas registradas en un centro de atención de salud. Los consejeros legos son empleados por las autoridades de salud locales y reciben un sueldo mensual. Se calculó que una primera sesión en Friendship Bench costaba US\$ 5 (según datos del 2019), los que incluía la concienciación del grupo acerca del programa, el cribado individual, el tiempo del personal del centro de atención de salud, el tiempo de los trabajadores legos de salud y los materiales, todos ellos cubiertos por la autoridad de salud.

Información adicional y recursos

Sitio web:

www.friendshipbenchzimbabwe.org

Videos:

Friendship Bench: abuelas que promueven la salud mental en Zimbabwe

<https://www.youtube.com/watch?v=qfstUhcnocl> [en inglés]

¿Por qué instruyo a las abuelas en el tratamiento de la depresión? | Dixon Chibanda https://www.youtube.com/watch?v=cprp_ejvtwa [en inglés, subtítulos en español disponibles]

Contactos:

Dixon Chibanda, director ejecutivo, Friendship Bench (Zimbabwe)

correo electrónico: dixon.chibanda@friendshipbench.io

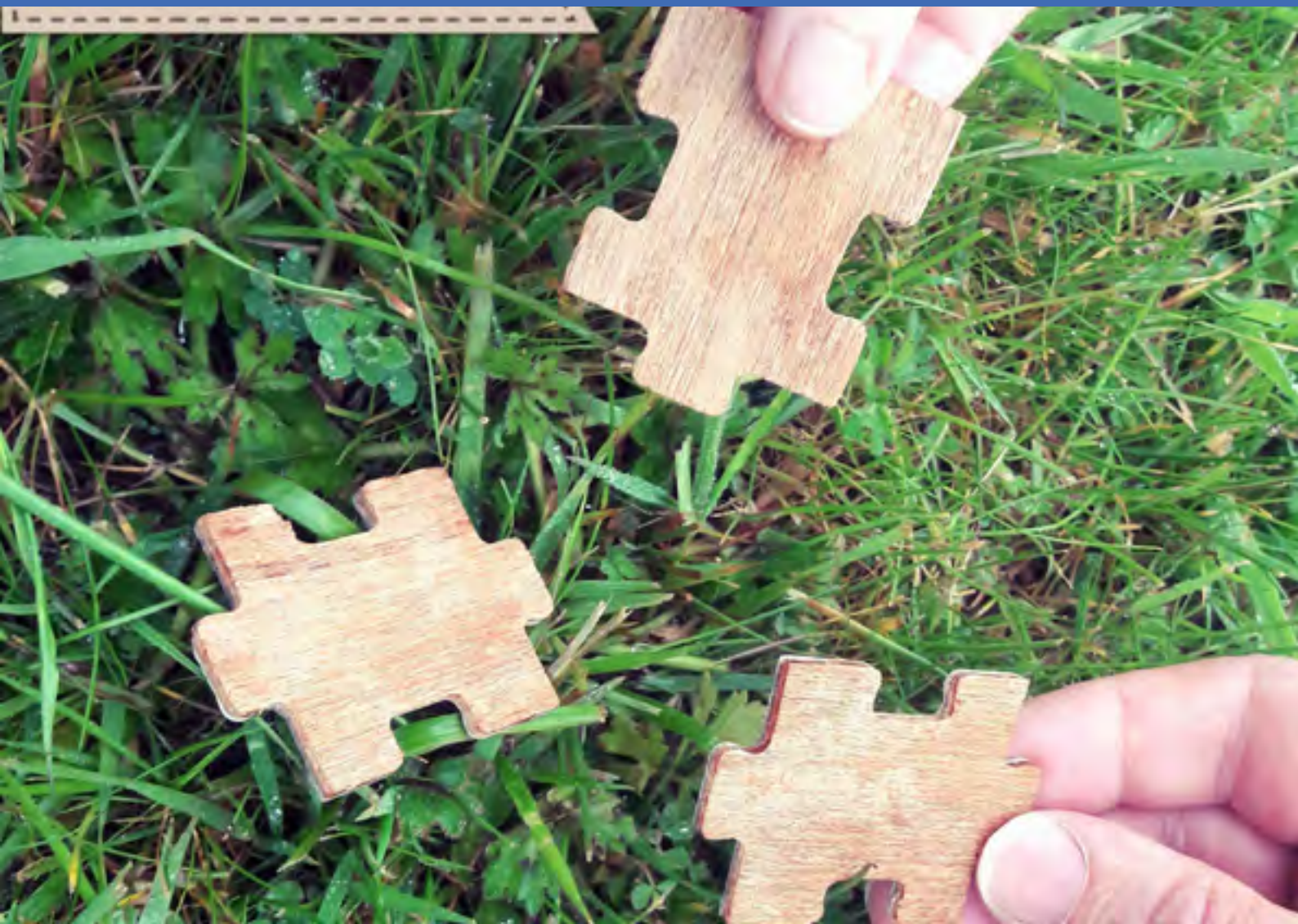
Ruth Verhey, directora de programas, Friendship Bench (Zimbabwe)

correo electrónico: ruth.verhey@zol.co.zw; ruth.verhey@friendshipbench.io

2.5.3

Home Focus

Cork Occidental, Irlanda



El servicio Home Focus de Irlanda, creado en el 2006, presta apoyo práctico y emocional a las personas con afecciones mentales que viven en una zona predominantemente rural, donde los servicios comunitarios están muy dispersos. El servicio ha sido reconocido a nivel nacional por ayudar a las personas a mejorar su salud mental y bienestar, desarrollar habilidades para la vida autónoma y acceder a oportunidades de educación y empleo (293).

Clasificación principal: Alcance comunitario

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input checked="" type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|----------------------------------------|

Evidencia:

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

Financiamiento:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sector de salud estatal | <input type="checkbox"/> Sector social estatal | <input type="checkbox"/> Seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Financiamiento de donantes | <input type="checkbox"/> Desembolso directo | |

Descripción del servicio

Si bien Irlanda es un país de ingresos altos, registra niveles significativos de pobreza y desventaja en algunas zonas rurales despobladas y cada vez más marginadas (294). Cork occidental está situado en el extremo sudoeste del país y su población de 55.000 habitantes está dispersa con poca densidad en una zona escabrosa. El servicio de alcance comunitario Home Focus surgió para responder a las necesidades de los residentes de Cork occidental, región caracterizada por enlaces de transporte deficientes y poco acceso no solo a los servicios de salud mental, sino también a los empleos y a las oportunidades de capacitación (293). Home Focus complementa los servicios de salud mental existentes y se basa en iniciativas de artes creativas locales existentes y grupos de Hearing Voices (véase la sección 2.4.1) (295, 296). El sistema nacional de salud de Irlanda, a saber, el Health Service Executive (HSE), financia la iniciativa, pero es la National Learning Network, una ONG que forma parte de rehabGroup (297), la que la administra.

Home Focus se basa en la planificación personalizada de la atención, la flexibilidad y los principios de recuperación y se centra en la inclusión comunitaria. Incorpora el apoyo entre pares y a las personas con experiencia propia como miembros de pleno derecho del equipo. El equipo del servicio está integrado por una enfermera de salud mental comunitaria, instructores de capacitación de rehabilitación para ayudar acerca del empleo y la capacitación, un trabajador de apoyo de recuperación capacitado en enfoques orientados hacia la recuperación y centrados en las personas, que incluye a Open Dialogue (véase la sección 2.1.3) y Hearing Voices (véase la sección 2.4.1), y un defensor de la recuperación y el desarrollo con experiencia propia. El personal recibe capacitación sobre la planificación de la acción de recuperación del bienestar (91) y el liderazgo de pares mediante una red de apoyo reconocida (298).

Los equipos comunitarios de salud del servicio de salud mental de Cork occidental hacen las derivaciones. Las personas derivadas al servicio incluyen las que tienen un historial de dos o más ingresos no planificados a los servicios psiquiátricos de hospitalización en el último año o que han presentado recientemente un episodio de salud mental agudo, y las que experimentan aislamiento social y deterioro funcional significativo. En general no se acepta a las personas que tienen problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

El servicio funciona diariamente entre las 09:00 y las 17:00 horas; trabaja con las personas en sus propios hogares y también las ayuda a tener acceso a los servicios comunitarios. Ha asistido a las personas durante períodos de 3 a 18 meses y ha prestado servicios hasta un máximo de 34 personas a la vez (299). El largo tiempo dedicado a los usuarios del servicio se considera como un factor crucial para el éxito de la iniciativa (299).

Los servicios de alcance comunitario se prestan a las personas y las familias para resolver problemas relacionados con el abordaje del estrés, la solución de conflictos, las estrategias de adaptación, el establecimiento de objetivos, la alfabetización y las aptitudes sociales. El servicio también presta apoyo para el manejo de medicamentos, la búsqueda de trabajo y las actividades comunitarias de grupo como las caminatas y la jardinería, y ayuda a las personas a tener acceso a los grupos de apoyo entre pares, incluidos Alcohólicos Anónimos (300), GROW (301), Shine (302) y grupos locales de Hearing Voices.

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

El servicio se compromete a apoyar a las personas para que elijan alternativas y tomen decisiones personales. El equipo firma una carta de derechos y responsabilidades con todos los que utilizan el servicio, incluida la promesa de que los usuarios del servicio participarán en toda la toma de decisiones acerca de su futuro y recibirán ayuda para que tomen decisiones informadas acerca de los tratamientos y las intervenciones. Los usuarios reciben ayuda para elaborar un plan de acción individual que se examina cada seis meses e incluye sus objetivos y prioridades personales y expresa lo que desean que suceda durante las crisis. También se elaboran planes WARP para situaciones de crisis (91). Si bien las directivas anticipadas no son jurídicamente vinculantes en Irlanda, los planes de acción individuales y los planes WARP para situaciones de crisis se respetan y se aplican mediante el servicio en Cork occidental.

Prácticas no coercitivas

Las personas que utilizan el servicio lo hacen voluntariamente y no son objeto de sanciones si no asisten. No hay ninguna estipulación sobre las intervenciones de salud mental que deban recibir ni acerca del cumplimiento terapéutico. Sin embargo, quienes lo deseen, reciben apoyo para que reduzcan gradualmente los medicamentos y los disminuyan. El equipo de Home Focus trabaja para manejar cualquier situación de conflicto potencial y recibe capacitación para utilizar diversos enfoques y técnicas de desescalada como SafeTalk (303) y Assist (304). Si los niveles de riesgo llegan a aumentar, los usuarios pueden ser objeto de hospitalización involuntaria. Las decisiones sobre los ingresos involuntarios no las toma el equipo de Home Focus sino la familia de la persona, su médico general y un psiquiatra del hospital.

Inclusión comunitaria

La inclusión comunitaria es la esencia del programa, e incluye desde la capacitación hasta el trabajo, así como también actividades culturales y ejercicio como caminar y nadar. Se realizan esfuerzos activos para conectar a las personas con sus familias y para ampliar su red social. El servicio se vincula periódicamente con el Consejo del Condado de Cork y con organizaciones comunitarias como centros comunitarios de recursos, Cork Mental Health Foundation, GROW (301), Clonakilty Wellness Group (305), Novas (306) y Social Farming (307). El equipo de Home Focus se retira gradualmente a medida que la persona adquiere confianza, autonomía y una mayor integración en la comunidad.

Participación

El defensor de recuperación y desarrollo del equipo de Home Focus ha tenido experiencia sobre los problemas de salud mental. Este miembro del equipo ha recibido capacitación en la facilitación entre pares y ahora es uno de los organizadores de los grupos de apoyo entre pares de Cork occidental. El defensor de recuperación y desarrollo también dedica parte de su tiempo a los usuarios del servicio Home Focus, trabaja de manera flexible y también utiliza conocimientos obtenidos de su propia experiencia. Una organización asociada, Irish Advocacy Network, fundada, administrada y desarrollada por personas con experiencia propia, está representada en todos los niveles del Servicio de Salud Mental de Cork occidental, lo que asegura la obtención de un aporte de los pares para la administración del servicio Home Focus.

Enfoque de recuperación

El servicio funciona aplicando una orientación explícita de recuperación. Al centrarse en los puntos fuertes de la persona, el equipo de Home Focus ayuda a las personas a elaborar planes de recuperación basados en sus propias esperanzas acerca del futuro. El equipo prioriza la creación de relaciones interpersonales respetuosas y alentadoras de manera flexible. Todas las actividades están diseñadas para promover la conectividad, la esperanza, la identidad, funciones significativas y el empoderamiento: el denominado enfoque CHIME (76).

Evaluación del servicio

En el 2008, el University College Cork (UCC) llevó a cabo una evaluación cualitativa del servicio (299). Es importante señalar que el 89% de los entrevistados informaron que había mejorado su funcionamiento personal y social, lo que incluía mejoras en la toma de decisiones, el sueño, las interacciones con la familia y las redes sociales, y las aptitudes sociales. Cerca del 71% de las personas informaron que

sus habilidades para la vida autónoma habían mejorado. Un total de 69% de ellas informaron haber experimentado una mejora respecto de su salud mental gracias a la cual tuvieron menos síntomas paranoides, tuvieron menos ideación suicida, comprendieron mejor el uso de sus medicamentos y tuvieron una mejor capacidad para comunicarse acerca de sus problemas de salud mental. Por último, el 40% de ellas informaron que habían establecido mejores vínculos con grupos comunitarios y organizaciones de apoyo. Los investigadores observaron que los participantes valoraban particularmente el tiempo que el equipo les dedicaba, su flexibilidad y el apoyo práctico que les proporcionaban.

En el 2011, la inspectoría de servicios de salud mental del HSE también examinó el servicio Home Focus y declaró: “Una de las características singulares del servicio fue la capacidad de prestar un servicio verdaderamente orientado hacia la recuperación y el hecho de que no se hacen falsas promesas sobre el concepto. El equipo interinstitucional tenía flexibilidad y capacidad para responder a una variedad de aspectos psicosociales y proporcionar una atención centrada en la persona. Esta flexibilidad no se vio limitada por las restricciones de la función profesional, por las intervenciones relacionadas con el diagnóstico ni por el trabajo balcanizado de los organismos” (293).

Costos y comparaciones de los costos

Inicialmente, el servicio estuvo financiado a título de prueba, pero ahora recibe financiamiento nacional de forma recurrente. Ha sido objeto de reconocimiento nacional como ejemplo con buenas prácticas. Gracias al apoyo comunitario y político local, Home Focus ha sobrevivido a un período de austeridad nacional después de la crisis financiera, cuando se recortaron muchos otros servicios. Aun así, el HSE sigue financiando a Home Focus mediante el presupuesto de la organización sin fines de lucro National Learning Network y no directamente mediante el presupuesto del servicio de salud mental local. No obstante, sigue siendo el único servicio de su tipo en Irlanda. El servicio está plenamente financiado mediante el HSE y cuesta alrededor de – 260.000 por año, cerca de – 7.600 por persona por año de uso del servicio. Las personas reciben el servicio gratuitamente y, por lo tanto, no tienen que pagar ningún seguro ni realizar ningún copago.

Información adicional y recursos

Health Service Executive, 2008, Having Choices - An Evaluation of the Home Focus Project in West Cork <https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/havingchoices.html>

Contactos:

Kathleen Harrington, gerente de Área, National Learning Network - Bantry, Co. Cork (Irlanda)

Correo electrónico: kathleen.harrington@nln.ie

Jason Wycherley, National Learning Network, Donemark, Bantry, Co. Cork (Irlanda)

Correo electrónico: Jason.wycherley@nln.ie

2.5.4

Naya Daur

Bengala occidental, India



Naya Daur proporciona apoyo, tratamiento y atención comunitarios a las personas sin hogar que tienen una afección mental o una discapacidad psicosocial, y se apoya en una red de cuidadores comunitarios e iniciativas de inclusión comunitaria. Naya Daur (Nueva Era) es el proyecto insignia de la ONG Iswar Sankalpa, con sede en Kolkata (308).

Clasificación principal: Alcance comunitario

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Bibliografía publicada Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sector de salud estatal | <input type="checkbox"/> Sector social estatal | <input type="checkbox"/> Seguro de salud |
| <input checked="" type="checkbox"/> Financiamiento de donantes | <input type="checkbox"/> Desembolso directo | |

Descripción del servicio

Naya Daur se estableció en el 2007 y proporciona actividades de alcance comunitario a las personas sin hogar con afecciones de salud mental o discapacidades psicosociales en 60 pabellones municipales de Kolkata. Desempeña un papel importante en esta ciudad de 14 millones de habitantes (309), de los que se calcula que unos 700.000 no tienen hogar y muchos de los cuales experimentan problemas de salud mental crónicos. Al no haber servicios de alcance comunitario administrados por el estado, Naya Daur llena un vacío importante entre los hospitales estatales, las personas y las familias (309, 310). Su equipo multidisciplinario de 16 miembros incluye un coordinador, asistentes sociales, psiquiatras, consejeros, personal de apoyo y una amplia red de voluntarios comunitarios que interactúan con personas adultas sin hogar de 16 a 80 años.

El involucramiento, con el consentimiento de la persona sin hogar, se centra en crear una relación a largo plazo. El equipo proporciona chequeos regulares, atención de salud física y mental, ropa y alimentos y apoya el acceso a subsidios sociales. Al usuario, seleccionado por los trabajadores de alcance comunitario en consulta con profesionales de salud mental (311), se le ofrece una

evaluación que realiza el psiquiatra de la organización y que se lleva a cabo en el lugar donde vive la persona. En esta etapa también comienzan las actividades de rehabilitación y recuperación, que incluyen establecer los objetivos. Se examinan las opciones relativas a la medicación, si la persona lo desea (311). Los usuarios pueden ser derivados a los albergues administrados por Iswar Sankalpa, en particular las usuarias vulnerables a la violencia. El equipo también facilita el acceso a los centros diurnos de Iswar Sankalpa, promueve el empleo asistido y analiza la posible reunión con la familia del usuario, con su consentimiento. Naya Daur acepta a todas las personas que no tienen hogar y que tienen una afección de salud mental o discapacidad psicosocial, salvo las personas sumamente móviles que no tienen un vecindario fijo o las que se comportan de manera agresiva.

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

La premisa central de Naya Daur es la autonomía del usuario. Las personas que usan el servicio no tienen que abandonar su hogar de la calle. Si son vulnerables y requieren atención urgente, se les pregunta si quisieran ir a un albergue o, de ser necesario, al hospital. Sin embargo, no se les obliga a hacerlo y la negociación continúa en los casos agudos. La elección del usuario ocupa un lugar central en todas las decisiones e intervenciones, que incluyen la aceptación de alimentos o la toma de medicamentos, el grado y la manera de las interacciones, el intercambio de información, etc.

Los miembros del personal asisten a los usuarios para que ejerzan su capacidad jurídica, y las observaciones de los usuarios se documentan ampliamente. Los planes de atención individuales se redactan con el usuario, quien toma decisiones mediante un proceso de consentimiento informado. Las conferencias sobre los casos y los exámenes periódicos del equipo multidisciplinario aseguran que se incorporen y respeten las preferencias del usuario, incluso en las situaciones de crisis. Este enfoque ha dado resultados satisfactorios gracias a la compenetración y la confianza establecidas de manera progresiva durante varios meses, que a menudo comienzan con la respuesta a necesidades básicas como alimentos, ropa, atención física básica y medicamentos.

Prácticas no coercitivas

Un principio rector de Naya Daur es proporcionar atención y apoyo en el interior de la comunidad para que nadie se vea obligado a abandonar su vecindario. Por ejemplo, el psiquiatra puede visitar a los usuarios en las calles cuando sea necesario y empezar un proceso lento para crear una relación basada en la confianza. A medida que los servicios se prestan abiertamente en la comunidad, los usuarios dejan de recibir la atención o retiran su consentimiento en cualquier momento marchándose del lugar. El usuario se comunica de manera oral o no oral; esta última se necesita por razones de idioma o dialecto, como también por la gravedad de las afecciones de salud física o mental.

También intervienen directamente los cuidadores comunitarios para prevenir actos de violencia y coerción institucional en la comunidad, como el ingreso involuntario a los hospitales impuesto por la policía. Actualmente no se cuenta con ninguna política formal para las situaciones de crisis; sin embargo, Naya Daur se esfuerza por evitar los ingresos involuntarios mediante conversaciones abiertas y proporcionando espacio a las personas. En situaciones de agresión o comportamiento violento, la hospitalización puede negociarse con el usuario, a menudo con el apoyo de miembros de la comunidad que conocen a la persona y han recibido formación para prestar apoyo más eficaz. El equipo también demuestra a los cuidadores comunitarios las prácticas no coercitivas y los capacita en lo relativo a su importancia.

Inclusión comunitaria

Un aspecto distintivo del enfoque de Naya Daur es la función que desempeñan los cuidadores comunitarios, que viven en el mismo vecindario y prestan apoyo junto con el equipo. Los cuidadores comunitarios normalmente son personas que trabajan en pequeños negocios, como carritos de ventas, tiendas o comedores callejeros, y conocen a la persona sin hogar. Con la participación de Naya Daur, ellos sienten más confianza para ofrecer apoyo práctico y personal. Estos voluntarios comunitarios reciben capacitación y supervisión para que apoyen la psicoeducación, la respuesta a las necesidades básicas, el acceso a los servicios públicos de salud, el albergue y el empleo de sus usuarios en general. La capacitación se imparte principalmente sobre el terreno, y también se invita a los voluntarios comunitarios a que asistan a las reuniones de Naya Daur y a un foro anual de cuidadores (311). De este modo, la responsabilidad de prestar apoyo se comparte conjuntamente entre el equipo multidisciplinario, el usuario y los voluntarios comunitarios.

Los trabajadores de alcance comunitario y los consejeros sobre el terreno visitan regularmente a los usuarios y los voluntarios para supervisarlos, abogar por la salud y las prestaciones sociales de los usuarios y resolver cualquier tensión en la relación entre el usuario y el voluntario. También pueden facilitarse reuniones familiares con consentimiento mutuo. Las etapas finales de la intervención en Naya Daur incluyen la transferencia de la función de apoyo diario a los voluntarios comunitarios.

Naya Daur también establece vínculos directos con la comunidad mediante programas de concientización. Estos se realizan en unidades de salud municipales, escuelas, universidades y clubes juveniles locales, y sirven para sensibilizar a los miembros comunitarios acerca de las condiciones de las personas sin hogar, la discapacidad psicosocial y la salud mental en general. El equipo también interactúa con la policía y las autoridades municipales según se necesite. De esta manera se crea una red comunitaria fuerte, que incluye a los servicios y los miembros comunitarios, y también a los encargados de hacer cumplir la ley y los funcionarios locales.

Participación

En muchos casos, los exusuarios de Naya Daur asumen funciones de apoyo entre pares o responsabilidades como cuidadores para nuevos usuarios. Un exusuario sin hogar se convirtió en un cuidador comunitario. Si bien el servicio aún no tiene mecanismos formales para la inclusión de los usuarios como empleados, los comentarios de los usuarios se incorporan informalmente en el diseño y la ejecución de los servicios.

Enfoque de recuperación

El enfoque de recuperación que aplica Naya Daur es un enfoque holístico que coloca a la persona en el centro del proceso de la atención, es decir, se centra en la recuperación tanto social como clínica. El personal de Naya Daur recibe una orientación y una capacitación rigurosas en materia de prácticas centradas en el usuario (311), incluida la capacitación práctica detallada acerca de intervenciones y pasos psicosociales diversos, desde crear empatía y conciencia plena hasta intervenciones más prácticas. Los planes de atención individuales se basan en objetivos personales de los usuarios, y la intervención se elabora con la colaboración del equipo de Naya Daur. El plan se analiza nuevamente cada trimestre con el usuario a fin de evaluar el progreso logrado y cambiar los objetivos o las acciones planificadas si es necesario.

El equipo adopta una perspectiva de puntos fuertes, es decir, que todas las interacciones apuntan hacia ayudar a los usuarios a determinar sus puntos fuertes y los recursos que pueden seguir aprovechando. Los

consejeros o cuidadores comunitarios realizan visitas en forma casi diaria y proporcionan asesoramiento motivacional y alentador, así como la autorrevelación considerada, compartiendo sus experiencias personales para transmitir esperanza, aumentar la autoaceptación y ayudar a los usuarios a avanzar hacia el logro de los objetivos para su vida. La comunicación se orienta hacia los objetivos, centrándose en metas como obtener prestaciones, reestablecer las conexiones familiares y sociales y ganarse el sustento.

Evaluación del servicio

En promedio, entre 90 y 100 usuarios de la calle reciben cada año apoyo de cuidadores miembros de la comunidad. Hasta la fecha, Naya Daur ha establecido un círculo de atención integrado por 250 cuidadores comunitarios y está tratando de ampliarlo ([Das Roy, S.], [Iswar Sankalpa], datos no publicados, [2021]). Un examen de las actividades realizadas entre el 2007 y julio del 2020 reveló que Naya Daur había prestado servicios a más de 3.000 personas sin hogar que tenían discapacidad psicosocial (312, 313). Iswar Sankalpar llevó a cabo otro examen de las actividades realizadas por Naya Daur entre el 2007 y el 2011, el cual reveló que el servicio había proporcionado alimentos a 1.015 usuarios, ropa y servicios de higiene a 765 y atención médica a 615. A 69 personas más se les prestó apoyo de vivienda (312). Entre el 2011 y agosto del 2020, el servicio mantuvo contacto con 2.003 personas sin hogar, y al 65% de ellas se les diagnosticó una afección de salud mental, en su mayoría psicosis. Durante este período se proporcionaron medicamentos y servicios de orientación psicológica a 1.122 usuarios y 197 personas recibieron apoyo de vivienda (312). Con el apoyo prestado por Naya Daur, más de 60 usuarios tuvieron acceso a prestaciones del gobierno entre el 2015 y el 2018. No se ha llevado a cabo ninguna encuesta ni se han recopilado comentarios de los usuarios formalmente; sin embargo, el examen contiene estudios de casos de personas que se han beneficiado del servicio.

Costos y comparaciones de los costos

El servicio de Naya Daur es gratuito para las personas que lo utilizan. Cuesta 107 rupias (Rs) por persona por día (US\$ 1,50)^s o US\$ 45 por mes, lo que equivale a alrededor del 75% del costo por persona por día en los albergues abiertos de Bengala Occidental autorizados por el gobierno y administrados por Iswar Sankalpa (314). Esto representa un tercio del costo por persona para el apoyo institucional en centros privados (US\$ 150), incluidos los alimentos, medicamentos, tratamiento, productos de higiene, ropa, personal y gastos generales ([Das Roy, S.], [Iswar Sankalpa], comunicación personal, [2020]) (315).

Información adicional y recursos

Sitio web:

<https://isankalpa.org/>

Videos:

Comunidad de cuidados: los becarios Ashoka llevan la asistencia mental a las personas sin hogar de Kolkata

<https://www.ashoka.org/en-IN/story/community-care-ashoka-fellow-bringing-mental-healthcare-kolkata%E2%80%99s-homeless> [en inglés]

Contacto:

Sarbani Das Roy, directora y cofundadora de Iswar Sankalpa (India).

Correo electrónico: sarbani@isankalpa.org

^s Conversión al mes de febrero del 2021.

2.5.5

Ómbudsman

Suecia



En un país con un sistema de salud mental muy desarrollado (316), el ómbudsman de Suecia (317) ofrece un servicio de alcance comunitario a las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, proporciona asistencia en asuntos familiares, atención de salud, vivienda, finanzas, apoyo al empleo e integración comunitaria, y ayuda a los usuarios a vivir su vida de forma activa y autónoma. Y lo que es más importante, el servicio trabaja para asegurar que otros servicios sociales y de salud mental cooperen y colaboren (318). Los servicios se prestan con la plena participación y el consentimiento del usuario, lo que se ha descrito como una “amistad profesional” (319).

Clasificación principal: Alcance comunitario

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- | | |
|----------------------------------------|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|----------------------------------------|-----------------------------|

Evidencia:

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

Financiamiento:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sector de salud estatal | <input checked="" type="checkbox"/> Sector social estatal | <input type="checkbox"/> Seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Financiamiento de donantes | <input type="checkbox"/> Desembolso directo | |

Descripción del servicio

El sistema del ómbudsman se puso en marcha en el año 2000 tras una reforma nacional de los servicios de salud mental de Suecia. Como parte de la reforma, el 15% del presupuesto de salud se trasladó a los municipios a fin de apoyar alternativas a nivel comunitario, mejorar la prestación de servicios y prevenir la hospitalización (320-323). El ómbudsman tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidades psicosociales graves o prolongadas y, durante los últimos 20 años, ha pasado a ser parte integrante de los servicios sociales comunitarios en la mayoría de los municipios suecos (323). En el 2018, había un total de 336 servicios del ómbudsman en funcionamiento y atendían a 9.517 personas en el 87% de los municipios del país (318).

Suecia tiene seis organizaciones grandes del proveedor ómbudsman (dos están bajo la dirección de los usuarios) que pueden ser contratadas por los municipios para prestar servicios. El servicio

se administra a nivel local y es institucionalmente independiente de otros servicios sociales y de salud (319, 321, 322).

El servicio está disponible para las personas adultas de más de 18 años con discapacidades psicosociales graves y necesitan de manera significativa atención a largo plazo, apoyo y acceso a los servicios, entre ellos alojamiento, rehabilitación o empleo (324, 325). Se promociona mediante volantes y oralmente (323). Los usuarios pueden solicitar un ómbudsman directamente o a través de intermediarios, o los ómbudsman pueden contactar con los posibles usuarios. Se da prioridad a las personas adultas jóvenes, las personas con hijos en su hogar y que tienen problemas de salud, las personas que corren riesgo de suicidio y las personas sin hogar, o las que corren riesgo de desalojo, y también las personas que carecen de apoyos y de una red social.

Muchos ómbudsman son asistentes sociales capacitados, abogados o tienen formación en medicina, enfermería, psicología o psicoterapia. La mayoría de ellos han trabajado con personas que tienen afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales (323) y quizás han vivido esta experiencia ellos mismos. Los nuevos ómbudsman reciben capacitación en temas tan diversos como la prevención de suicidios, la migración y el juego. Recientemente se ha establecido una nueva profesión social reconocida para los ómbudsman, con su propio organismo profesional (Yrkesföreningen för personligt ombud Sverige). Normalmente, los ómbudsman tienen entre 13 y 20 usuarios a la vez (323) y trabajan solos o en grupos bajo un órgano administrativo global de los ómbudsman. Este grupo de supervisión está integrado por representantes del municipio, el consejo del condado, los servicios psiquiátricos y de atención primaria de salud, los servicios de empleo y seguro social, los grupos de promoción u organizaciones locales de personas con experiencia propia.

Para trabajar satisfactoriamente con un usuario, el ómbudsman debe crear una relación de confianza desde un principio. Al escuchar al usuario y colaborar con él, el ómbudsman puede ayudarlo a determinar sus problemas, esperanzas y objetivos para los que necesita apoyo. Esto puede incluir impugnar una orden de custodia, ayuda para buscar vivienda o apoyo para crear conexiones comunitarias y una red de pares. Juntos, pueden elaborar una hoja de ruta para lograr estos objetivos. Estas reuniones son informales y pueden realizarse en un café, en la oficina de los servicios del ómbudsman o en el hogar de la persona. La fase introductoria inicial puede tomar tiempo si un usuario ha tenido experiencias negativas anteriormente, ya que entre los usuarios del servicio hay muchas personas que han sido desempoderadas por el sistema de salud mental y por lo tanto ven con recelo cualquier tipo de involucramiento (321, 322). Algunos ómbudsman utilizan un acuerdo escrito que describe cómo el usuario y el ómbudsman colaborarán, pero otros no lo hacen en caso de que esto pudiera ser molesto para el usuario. En todas las situaciones, las necesidades y los deseos del usuario guían el orden y la urgencia de las cuestiones que han de abordarse.

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

La premisa básica de los servicios del ómbudsman es la del respeto de la capacidad jurídica del usuario. A una persona no se le puede asignar sin su consentimiento un ómbudsman por decisión de su familia, las autoridades públicas o los tribunales. Solo la persona puede solicitar el apoyo de un ómbudsman y es libre de poner fin a la relación en cualquier momento. El ómbudsman solo puede actuar con el consentimiento del usuario. Nunca actúa como una figura de autoridad en relación con el usuario, solo como un apoyo, reconociendo y contrarrestando los posibles desequilibrios de poder.

Prácticas no coercitivas

El uso de la fuerza o la coerción contraviene los principios del servicio del ómbudsman. Un ómbudsman no obliga a un usuario a aceptar ningún servicio, incluido el tratamiento médico. Si el usuario experimenta una crisis o un episodio psicótico, el ómbudsman hace todo lo posible por dirigir a la persona a los servicios sociales o de salud adecuados, al tiempo que respeta las preferencias del usuario, que pueden haberse tratado con antelación. Si un usuario es hospitalizado contra su voluntad, el ómbudsman permanece en contacto con el usuario y lo sigue apoyando. Si el ómbudsman considera que el comportamiento de un usuario plantea un riesgo grave para él mismo o para otras personas, notifica el caso a la autoridad competente.

Inclusión comunitaria

Una meta fundamental del servicio es apoyar a los usuarios para que sean participantes y líderes activos en su propia vida. La inclusión y la participación en la comunidad pueden buscarse y apoyarse si el usuario las desea. El ómbudsman facilita los vínculos con las organizaciones, las actividades y los servicios comunitarios, y ayuda al usuario a detectar obstáculos o conflictos que quizás le estén impidiendo sentirse incluido en su comunidad, así como a buscar soluciones posibles. Un ómbudsman también puede apoyar a un usuario si este sufre dificultades como parte de su vida en la comunidad, tales como dificultad para manejar conflictos, la búsqueda de servicios de mediación o la mudanza a una comunidad diferente.

Participación

El servicio del ómbudsman fomenta el involucramiento de los usuarios, como también de organizaciones familiares y de usuarios, en el órgano administrativo del ómbudsman y en un ámbito más amplio. Estas partes interesadas desempeñan una función asesora fundamental para detectar y en último término afrontar los obstáculos que impiden a las personas tener acceso a la atención, el apoyo y los servicios disponibles en la comunidad. Las organizaciones de usuarios pueden compartir informes de evaluación de los servicios y encuestas de satisfacción de los usuarios directamente con la Junta Nacional de Salud y Bienestar para orientar las prácticas del ómbudsman y elaborar programas generales del ómbudsman. El órgano administrativo del ómbudsman y la representación de las partes interesadas fundamentales desempeñan una función importante para cerrar la brecha entre el ómbudsman y las autoridades locales y dirigir el cambio en todo el sistema.

Enfoque de recuperación

La relación entre el usuario y el ómbudsman es esencial para el proceso de recuperación. Una función primordial del ómbudsman es apoyar a las personas a fin de que estas adquieran la confianza y las habilidades necesarias para tomar el control de su vida diaria. A medida que el usuario adquiere más influencia y poder sobre su situación, la posibilidad de recuperarse aumenta. Los ómbudsman reciben capacitación sobre el enfoque orientado a la recuperación para ayudarlos a desempeñar su función (321, 324). El servicio del ómbudsman adopta un enfoque centrado en la persona en su totalidad para colaborar con los usuarios y prestar la atención, el apoyo y los servicios que estos necesitan. La recuperación no se considera en función de la recuperación de un problema de mala salud mental per se, sino en función de la creación de nuevas metas y la búsqueda de un nuevo significado en la vida. Asimismo, la recuperación no es un proceso lineal, sino un proceso en el que se prueban diferentes

soluciones o caminos, el cual, según las necesidades de los usuarios, puede requerir diferentes tipos de apoyo y diferir en cuanto a la duración (324).

Evaluación del servicio

El sistema del ómbudsman se evalúa de manera continua. Se dispone de datos cuantitativos y cualitativos de evaluación de la eficacia y la eficiencia del servicio, y estos han mostrado que los usuarios del servicio tienen una mejor calidad de vida y mejores beneficios socioeconómicos (321, 326). Un estudio cuantitativo riguroso de 92 usuarios realizado a lo largo de varios años reveló “menos síntomas psiquiátricos, una mejor calidad de vida subjetiva [y] una mayor red social” (327). Otras evaluaciones han descrito resultados más notables, que incluyen que “ocurre un cambio radical que se aleja de la ayuda pasiva y costosa, como la atención psiquiátrica y el apoyo a los ingresos, y da lugar a una ayuda más activa como la rehabilitación, el empleo, la psicoterapia, una persona de contacto, la asistencia, los servicios de ayuda domiciliarios y así sucesivamente” (321).

La Junta Nacional Sueca de Salud y Bienestar también lleva a cabo evaluaciones ordinarias (321, 326). Un estudio realizado en el 2014 reveló que el apoyo de los ómbudsman mejoraba la situación financiera del usuario al empoderarlo a afrontar cuestiones como el empleo y la liquidación de deudas. Es interesante señalar que los costos de la atención de salud de los usuarios aumentaron en los tres primeros años, pero después volvieron a los niveles registrados antes del servicio del ómbudsman. El informe nacional reveló, como otros lo habían hecho antes, que hay un cambio gradual en el que los costos dejan de ser de apoyo y pasan a ser de rehabilitación, como el apoyo de la vivienda y la atención domiciliaria. Otras evaluaciones revelaron beneficios como un mayor acceso al empleo satisfactorio y la “prestación de atención y apoyo compatibles con lo que las personas deseaban” (321, 326).

Costos y comparaciones de los costos

Los servicios del ómbudsman de Suecia se prestan gratuitamente a los usuarios del servicio. En el 2013, una nueva reglamentación entró en vigor conforme a la cual se estableció financiamiento permanente para el sistema del ómbudsman (321, 323). La Junta Nacional de Salud y Bienestar de Suecia aumentó recientemente el financiamiento general disponible para el ómbudsman de 99,9 millones de coronas (SKr) en el 2019 (alrededor de US\$ 12 millones)^t a SKr 130 millones en el 2020 (alrededor de US\$ 15,5 millones)^t ([Bengtsson, A.], [Socialstyrelsen], comunicación personal, [2020]). Este financiamiento se pone a disposición de los municipios mediante una subvención estatal de una suma fija por ómbudsman empleado por el municipio. Además de esta subvención, los municipios cubren parte del sueldo de los ómbudsman y de los costos adicionales como transporte, gastos, etc. Los consejos de los condados también pueden implicarse en el financiamiento de las actividades del ómbudsman; sin embargo, esto varía considerablemente de un condado a otro.

El servicio del ómbudsman de Suecia ha notificado beneficios socioeconómicos, en los que los servicios han permitido reducir los costos del gobierno en cerca de SKr 700.000 por usuario (alrededor de US\$ 83.760) a lo largo de un quinquenio, lo que representa un ahorro equivalente al monto de los costos multiplicado 17 veces (321, 326).

^t Conversión al mes de febrero del 2021.

Información adicional y recursos

Sitios web:

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/psykisk-ohalsa/personligt-ombud/> [en sueco]

<https://personligtombud.se> [en sueco]

Videos:

Allanar el camino de la recuperación: el sistema del Defensor del Pueblo

<https://www.mhe-sme.org/paving-the-way-to-recovery-the-personal-ombudsman-system/>

Contactos:

Ann Bengtsson, responsable de programas, Socialstyrelsen (Suecia)

Correo electrónico: ann.Bengtsson@socialstyrelsen.se

Camilla Bogarve, directora ejecutiva, PO Skåne (Suecia)

Correo electrónico: camilla.Bogarve@po-skane.org

2.6 Servicios de asistencia para la vida autónoma en materia de salud mental

Los servicios de asistencia para la vida autónoma promueven la vida independiente ofreciendo alojamiento o apoyo para obtener y mantener el alojamiento. A veces la asistencia se ofrece para satisfacer las necesidades básicas, como alimentos y ropa, y durante distintos períodos. Los servicios de asistencia para la vida autónoma están concebidos para las personas que no tienen vivienda o carecen de hogar y que también quizás tengan necesidades de salud mental complejas a largo plazo. Es posible que las personas requieran asistencia extra para vivir independientemente o necesiten alejarse de su propio ambiente domiciliario por un tiempo. En la sección 3 – Hacia la prestación de servicios holísticos: vivienda, educación, empleo y protección social se presenta información más detallada sobre el apoyo de vivienda.

Los servicios de asistencia para la vida autónoma deben reflejar y satisfacer las necesidades diversas que las personas puedan tener. Los ejemplos presentados se adhieren al principio fundamental de que estos servicios respetan el derecho de una persona a elegir dónde y con quién desean vivir. Por consiguiente, los servicios pueden adoptar muchas formas diferentes. Algunos son temporales; las personas pueden decidir marcharse una vez que se sienten preparadas para vivir en otro lugar. En otros contextos, estos servicios pueden ayudar a las personas a encontrar vivienda a más largo plazo y negociar acuerdos de alquiler. En la presente sección se describen ambos tipos de servicios.

Algunos ejemplos indican que los servicios de asistencia para la vida autónoma pueden prestarse en un hogar colectivo o un departamento de la comunidad donde varias personas conviven como una familia. Otros describen apoyo de vivienda en el que las personas que necesitan servicios de asistencia para la vida autónoma conviven con personas que no los necesitan. Otros ejemplos describen a personas que viven en su propio hogar o por cuenta propia en un alojamiento proporcionado mediante el servicio, al tiempo que tienen acceso al servicio de asistencia para la vida autónoma.

El tipo y el grado de asistencia prestada también varía ampliamente según las necesidades individuales de las personas. Por ejemplo, algunos servicios pueden ofrecer asistencia diurna y nocturna para la vida y el autocuidado cotidianos. A veces, el personal y los asistentes viven en el establecimiento de vivienda junto con los usuarios del servicio. En otros servicios de asistencia para la vida autónoma se prestan atención y apoyo mínimos, ya que las personas pueden realizar sus actividades de la vida cotidiana independientemente por sí solas. En algunos servicios el grado de asistencia prestada evoluciona con el tiempo, a medida que cambian las necesidades de los usuarios del servicio.

En muchos países, los servicios de asistencia para la vida autónoma tradicionalmente se han prestado en los hospitales, aislando a las personas e impidiéndoles participar e interactuar con sus comunidades. En la siguiente sección se describen servicios alternativos que se apartan de este modelo; estos se basan en la comunidad, se orientan hacia la recuperación, son compatibles con los derechos humanos y respetan el derecho de los usuarios del servicio a la capacidad jurídica en todo momento.

2.6.1

Servicio de asistencia para
la vida autónoma
Hand in Hand

Georgia



Hand in Hand es una ONG georgiana que proporciona servicios comunitarios para actividades de la vida autónoma con apoyo para personas con discapacidades psicosociales crónicas, incluidas aquellas que han estado previamente internadas en una institución. Su misión es crear mejores condiciones de vida para las personas con discapacidad y apoyar su inclusión e integración en la sociedad (328). La ONG también ofrece asistencia personal y formación a las familias y las personas que apoyan a quienes tienen discapacidades psicosociales.

Clasificación principal: Servicio de asistencia para la vida autónoma

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Bibliografía publicada Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

- Sector de salud estatal Sector social estatal Seguro de salud
 Financiamiento de donantes Desembolso directo

Descripción del servicio

Georgia es un país de ingresos mediano alto y de crecimiento rápido. Si bien en el 2015 se publicó un plan nacional de acción quinquenal para la desinstitucionalización y el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, el sistema de salud mental de Georgia sigue basándose predominantemente en instituciones (329, 330). En cambio, Hand in Hand ofrece un enfoque similar a un hogar y centrado en la persona; cada hogar recibe a un máximo de 5 personas adultas que duermen en habitaciones individuales o dobles. En el último decenio, Hand in Hand ha aumentado el número de casas, pasando de una a seis casas, y ahora da cabida a un total de 30 personas adultas en sus casas de Gurjaani y Tiflis.

Las personas que desean ingresar a una residencia deben completar una solicitud por escrito en la que se describe la clase de asistencia que necesitan. Esta evaluación incluye detalles sobre la personalidad del solicitante, sus capacidades de comunicación, sus necesidades de asistencia y su compatibilidad general con los otros residentes. El Fondo estatal de protección y asistencia para las víctimas (estatutarias) de la trata de personas decide en último término quién puede hacerse residente,

aunque tiene en cuenta las propias evaluaciones del Hand in Hand. Los solicitantes que tienen prioridad para la aceptación incluyen a las personas con discapacidades psicosociales que forman parte de la familia biológica de otro residente (p. ej., un hijo); las que crecieron en familias de acogida, pero se marcharon a la edad de 18 años; y las que viven en su hogar, pero no reciben apoyo familiar.

Dado que las reformas legislativas en Georgia han puesto fin a la custodia y a la toma de decisiones sustitutiva para las personas con discapacidades psicosociales, estas deben dar su consentimiento pleno para ingresar a las residencias y también tienen la libertad de marcharse si lo desean.

El personal de cada casa está integrado por 3,5 miembros, denominados asistentes, que trabajan flexiblemente en turnos de 24 horas para que siempre esté disponible por lo menos uno de ellos en cualquier momento del día y de la noche. Los asistentes aplican los principios del apoyo activo (331) para ayudar a los residentes a hacer citas con los psicólogos o los asistentes sociales; ayudarlos a participar en las actividades laborales, deportivas o recreativas; y acompañarlos en actividades al aire libre. Los asistentes también apoyan a los usuarios del servicio para que defiendan sus derechos y gestionen sus asuntos personales (332). De conformidad con las nuevas leyes que reemplazaron el sistema de custodia antiguo, los asistentes también pueden desempeñar la función de “defensor designado” de un residente cuando se establece un vínculo mutuo y ambas partes están de acuerdo.

Otros miembros del personal, como los psicólogos, también atienden las necesidades de los residentes. El coordinador de Hand in Hand está ubicado en la oficina de la ONG en Tiflis (332). Este realiza consultas sobre casos individuales, facilita la atención médica externa y aboga por los derechos de los residentes ante las autoridades. Todo el personal recibe capacitación en diversos temas, entre los que se encuentran la prestación de atención a largo plazo, la atención orientada hacia la recuperación, el sexo y la discapacidad, y el manejo de comportamientos difíciles.

Se alienta a los residentes a que participen en las actividades diarias de su elección para desarrollar o mantener su autonomía y sus redes de apoyo. La inclusión en la comunidad también se promueve y respalda. Los residentes preparan alimentos, cuidan de la casa y el jardín, compran productos de uso doméstico, contactan e interactúan con vecinos, se dedican a pasatiempos y asisten a diversos eventos culturales (333). Cada residente recibe un espacio designado para guardar sus pertenencias bajo llave (334). Los residentes elaboran y examinan sus propios planes de apoyo junto con los asistentes de Hand in Hand utilizando el método de mapas (335) o caminos (336), todos los cuales se basan en las necesidades y los deseos de la persona.

Valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

El modelo Hand in Hand fomenta la cooperación del personal con los residentes para prestar la asistencia que estos necesitan para vivir vidas plenas. El apoyo a la capacidad jurídica de los residentes se presta en conformidad con los principios del apoyo activo (337). El personal residente recibe capacitación a fin de que vele por que las personas se empoderen para tomar decisiones en todas las esferas de su vida. Por ejemplo, si bien los residentes generalmente toman decisiones en grupo sobre los planes y horarios de las comidas, también pueden optar por sus propias elecciones. Las personas tienen acceso a todos sus documentos médicos y jurídicos, y toda la información personal se mantiene con carácter confidencial.

Cada residente elige a una persona en la que confía para que sea incluida en la elaboración de su plan de servicio individual; esta puede ser una amistad, un pariente, un sacerdote, un vecino u otro asistente, y el servicio garantiza su participación. Las familias y las amistades también tienen acceso a las sesiones de capacitación sobre cuál es la mejor forma de apoyar a las personas y promover una vida digna e independiente.

Prácticas no coercitivas

Hand in Hand evita el uso de la coerción, que incluye la medicación o el tratamiento forzoso (334). El personal recibe capacitación sistemática en medidas no coercitivas y técnicas de desescalada, y cada dos o tres años se imparte capacitación de repaso. En situaciones inusitadas en las que una persona ha rehusado tomar los medicamentos y su bienestar se ha visto perjudicado a causa de ello, el personal hace todo lo posible por negociar con esa persona junto con un miembro del círculo de apoyo de confianza. En la mayoría de los casos este enfoque ha dado resultados satisfactorios; sin embargo, unas cuantas personas han sido hospitalizadas. El personal notifica todo incidente en el que ha habido coerción, junto con las decisiones tomadas y las medidas de seguimiento.

Inclusión comunitaria

Hand in Hand se orienta hacia el fomento de la inclusión en la comunidad. Los residentes a menudo invitan a vecinos para que los visiten y asisten a fiestas de cumpleaños, otras celebraciones y eventos sociales. La mitad de los residentes de los hogares de Hand in Hand tienen trabajos en la comunidad y reciben apoyo para que busquen empleo y lo mantengan (338). Los residentes también son empleados en las empresas sociales administradas por Hand in Hand. Algunos trabajan para negocios comunitarios o administran sus propias empresas individuales en ámbitos como agricultura, producción de miel, fabricación de golosinas y artesanías, y la fabricación de juguetes y artículos del hogar hechos de madera y otros productos naturales. Algunos residentes también trabajan en profesiones artísticas. Por ejemplo, un residente es miembro de la compañía de teatro “Azadaki Garden” y participa en sus producciones (334). También se alienta a los residentes a que asistan a eventos deportivos, al cine, a servicios religiosos y a comer afuera de vez en cuando. Cada año se van de vacaciones durante 10-14 días a un centro vacacional en Georgia, acompañados por los asistentes.

Participación

Los beneficiarios del servicio están al tanto y reciben información de los procedimientos de presentación de comentarios y quejas, mediante los cuales pueden expresar libremente sus deseos, quejas o inquietudes a los asistentes y miembros de la administración (entre ellos el coordinador, el director, los gerentes, etc.). El personal examina los comentarios en las reuniones semanales y, como resultado de ello, se adoptan medidas al respecto. Si bien las personas con experiencia propia y los exresidentes de Hand in Hand no han sido contratados como personal, voluntarios o pasantes en la ONG, estos participan regularmente en las conversaciones mensuales sobre las decisiones relativas a la organización y el desarrollo del servicio. Uno de los residentes de Hand in Hand trabaja en una ONG georgiana que presta servicios de defensa jurídica. Él también es miembro de la junta de una nueva iniciativa de Hand in Hand para toda Georgia cuyos integrantes se describen como personas sobrevivientes de los abusos de los derechos humanos en los servicios.

Enfoque de recuperación

La asistencia a la vida cotidiana que brinda Hand in Hand se presta de conformidad con el enfoque de recuperación. Cada residente de la casa se empodera para que se convierta en un participante activo en su propia recuperación al optar por sus propias elecciones cotidianas acerca de su vida, y al aprender a vivir conjuntamente en un entorno seguro. Se alienta a los residentes a que mantengan actualizados sus planes individuales para que puedan reevaluar periódicamente sus objetivos y esperanzas, como también las estrategias para afrontar los temores. Asimismo, las personas reciben apoyo a fin de que desarrollen aptitudes que hacen la vida más satisfactoria y les ayudan a encontrar una función que desempeñar en la sociedad y a adquirir un sentido de responsabilidad, identidad y significado personales. El servicio de vivienda también promueve el comportamiento de riesgo positivo centrándose concretamente en los puntos fuertes de las personas (328).

Evaluación del servicio

Una encuesta interna informal de cinco residentes ([Dateshidze, A.], [ONG Hand in Hand], comunicación personal, [2020]) reveló que las personas se sentían satisfechas con sus condiciones de vida. Apreciaban el hecho de que eran principalmente ellas quienes adoptaban las decisiones, como la de qué ropa usar, cuándo limpiar su habitación y departamento, cuándo dormir, cuándo usar el teléfono, quién puede visitarlos y cuándo pueden visitar a las amistades y los familiares, etc. Un informe del 2018 del gobierno que evaluó una casa de Hand in Hand en Tiflis reveló que el alojamiento proporcionaba un nivel de vida adecuado en un entorno higiénico y cómodo (334). También reveló que las personas tenían acceso a una variedad de servicios en la comunidad y participaban en actividades recreativas y estimulantes. Y lo que es crucial, podían desarrollar aptitudes fundamentales para la vida independiente que incluían la organización personal, la limpieza, la cocina, la higiene y el uso de objetos domésticos, e ir a las tiendas y a las farmacias y usar el dinero.

Costos y comparaciones de los costos

Todos los hogares de Hand in Hand tienen un presupuesto anual de unos 300.000 laris georgianos (alrededor de US\$ 90.300), de los cuales los sueldos del personal representan cerca del 60%. El promedio del costo diario por residente en el 2019 fue de 33 laris (US\$ 10).^u En comparación, las residencias institucionales más tradicionales cuestan 29 laris por residente por día (US\$ 8,70), lo que significa que los hogares de Hand in Hand son eficaces en función de los costos, al tiempo que también proporcionan a los residentes una calidad de vida más alta. Los residentes de las casas deben realizar un copago de alquiler mensual simbólico de 15 laris en Gurjaani (alrededor de US\$ 4,50)^u y de 40 laris en Tiflis (alrededor de US\$ 12);^u sin embargo, no hay ninguna regla u obligación estricta sobre el copago.

Desde su creación en el 2010, el servicio ha demostrado la viabilidad de proporcionar servicios comunitarios de salud mental y de asistencia para la vida autónoma. Este reconocimiento dio lugar a la inclusión de los hogares de Hand in Hand en el 2014 como uno de los programas sociales financiados del Ministerio de Trabajo, Salud y Asuntos Sociales. Esto hizo que en el 2018 casi se duplicaran los fondos estatales por residente. En términos generales, el estado ahora cubre el 80% del total de los gastos de la ONG. El 20% restante de los fondos proviene de instituciones de beneficencia que incluyen las Open Society Foundations, como también empresas sociales administradas por Hand in Hand o sus residentes. Las donaciones en especie y las campañas de recaudación de fondos también han contribuido al financiamiento de la organización.

^u Conversión al mes de marzo del 2021.

Información adicional y recursos

Sitio web:

www.handinhand.ge

Video

Comunidad para todos, Georgia: Iniciativa de salud mental <https://vimeopro.com/gralfilm/include/video/336759271> [en georgiano, subtítulos en inglés]

Contactos:

Amiran Dateshidze, fundador de la ONG Hand in Hand (Georgia).

Correo electrónico: adateshidze@yahoo.com

Maia Shishniashvili, fundadora de la ONG Hand in Hand (Georgia).

Correo electrónico: maia.shishnia@gmail.com

2.6.2

Home Again Chennai, India



Home Again es un servicio de alojamiento para mujeres con afecciones crónicas de salud mental que viven en la pobreza o no tienen hogar, con sede en tres estados de la India, Tamil Nadu, Kerala y Maharashtra, incluida la ciudad de Chennai. Fundado en el 2015 por The Banyan, organización sin fines de lucro que ofrece servicios de salud mental basados en instituciones y en la comunidad (339), Home Again apoya a quienes pasan de recibir atención mediante el internamiento en instituciones a vivir independientemente en la comunidad con otras personas en un entorno similar al hogar.

Clasificación principal: Servicio de asistencia para la vida autónoma

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Bibliografía publicada Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

- | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Sector de salud estatal | <input type="checkbox"/> | Sector social estatal | <input type="checkbox"/> | Seguro de salud |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Financiamiento de donantes | <input type="checkbox"/> | Desembolso directo | | |

Descripción del servicio

Home Again se basa en la creencia de que vivir en la comunidad en un entorno de familia o similar al de un hogar debe estar al alcance de todos incondicionalmente, sin que se apliquen definiciones normativas de “apto para el alta” o evaluaciones de “preparación para vivir en la comunidad”. Home Again es un componente esencial de The Banyan’s Inclusive Living Service. Este funciona en dos vecindarios de Chennai, y en otras regiones de Tamil Nadu, como también en tres distritos en Kerala y dos en Maharashtra. The Banyan también administra un hogar colectivo en Kovalam, ciudad costera cerca de Chennai. Además de sus programas de vivienda, la ONG proporciona atención de urgencia y servicios de recuperación a las personas que necesitan apoyo en momentos de crisis o atención de urgencia, y promueve la salud psicosocial mediante programas comunitarios de salud mental, todos los cuales atienden a las personas sin hogar, a las comunidades indígenas y a quienes viven por debajo del umbral de pobreza.

El servicio Home Again alquila casas en vecindarios urbanos, suburbanos y rurales, cerca de servicios esenciales como tiendas, centros culturales y atención de salud. El alojamiento varía de una casa a otra y de un departamento a otro, e incluye hasta comunidades cerradas; cada hogar recibe entre cuatro y cinco personas. La elección es un factor esencial para determinar el lugar donde las personas usuarias del servicio se van a quedar; las residentes pueden elegir entre un entorno urbano y rural, y decidir con quién desean vivir y si prefieren espacios compartidos.

Además de vivienda, el servicio presta una variedad de apoyos a las residentes para que mejoren su salud psicológica, la integración en la comunidad, la calidad de vida y la movilidad social. Se alienta a las usuarias a que participen en todos los aspectos de la vida, que incluyen el trabajo, el esparcimiento, la recreación y diversas oportunidades sociales (340). Home Again también ofrece ayuda para tener acceso a prestaciones sociales; hacer que sus miembros conozcan sus derechos; realizar evaluaciones y exámenes del apoyo médico y psicosocial; tener el acceso a la atención de salud general; y, para quienes tienen necesidades considerables, prestar asistencia personal en el mismo lugar (341).

El ingreso se ofrece a las personas que han estado viviendo durante un año o más en cualquiera de los otros establecimientos de The Banyan o en ciertos hospitales psiquiátricos administrados por el estado, y el servicio se limita a quienes no pueden vivir con sus familiares. El estado de Kerala excluye del servicio a las personas con antecedentes de violencia extrema. No hay ningún otro criterio de exclusión (342). En el 2019, 245 personas recibieron asistencia en 50 casas, incluidas las que recibían apoyo de una organización asociada, Ashadeep, la cual administra seis hogares en el estado de Assam.

The Banyan no establece reglas rígidas en los hogares; más bien, se alienta a las personas a que creen sus propias rutinas y maneras de convivir responsablemente, incluidos los límites y las restricciones. El respeto de la privacidad (340), el diálogo y la supervisión no intrusiva son características distintivas de este enfoque y las usuarias desarrollan un sentido de parentesco entre ellas y sus prestadores de apoyo. Cuando surgen conflictos, el administrador de casos o el asistente personal sirve de mediador y ayuda a negociar el mejor camino a seguir.

Por cada 60 personas, hay cuatro miembros del personal (un director de programas, dos gestores de casos y una enfermera) y entre 15 y 24 asistentes personales, según las necesidades de apoyo. La función del asistente personal es comprender a las personas y ayudarles a determinar las experiencias y los objetivos que desean tener en su vida, evaluar de manera colaborativa las necesidades de apoyo y facilitar las oportunidades y el acceso a los recursos (343). Los asistentes personales apoyan a las personas para que se cuiden a sí mismas, administren sus hogares y negocien en el ámbito social y económico al buscar empleo y al tener acceso a servicios bancarios, recreativos y de salud. Algunos hogares no tienen personal, mientras que otros tienen personal residencial que duerme en el hogar o que trabaja a tiempo completo (343).

Los asistentes personales se contratan de las comunidades locales, y a menudo son de origen rural y por lo general no tienen ninguna experiencia previa en materia de salud mental. Otros quizá sean exresidentes de un servicio de The Banyan (341). Asisten a un programa de orientación de una semana basado en un plan de estudios (elaborado con la Universidad de Pensilvania) que describe la estructura, los procesos y los protocolos. Los gestores de casos, que tienen capacitación a nivel de maestría en trabajo social o psicología, visitan los hogares cada semana para supervisar el trabajo de los asistentes personales y también para pasar tiempo con las residentes. Trabajan con unas 30 personas y las enfermeras también visitan los hogares semanalmente (341).

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

El acceso a Home Again es completamente voluntario; las personas están en libertad de hacer lo que deseen en cuanto al esparcimiento, la interacción comunitaria o el trabajo. Se ayuda a la mayoría de las usuarias del servicio para que escriban una directiva anticipada, que se reexamina anualmente. Los protocolos de The Banyan (en todos sus servicios) rigen el acceso a los registros de casos y el uso y la difusión de la información del servicio. Todo uso de la información para fines que no sean la prestación del servicio requiere consentimiento escrito de la cliente. Cuando las personas se inscriben en el servicio, rellenan un formulario de consentimiento e indican cómo desean que se utilice su información. Toda violación de la confidencialidad por parte de los miembros del personal se toma muy en serio. Si una usuaria considera que su confianza ha sido quebrantada, puede pedir que otra persona trabaje con ella.

Prácticas no coercitivas

La reclusión y la restricción no se usan en el servicio y las residentes pueden marcharse si lo desean. Se organizan visitas sociales y sesiones de Open Dialogue periódicamente (véase la sección 2.1.3) para procurar que se responda a todo tipo de coerción no intencional explícita o implícita. De vez en cuando se ofrece la opción a una persona en crisis de que asista a uno de los establecimientos del Banyan Emergency Care and Recovery Center (ECRC), donde tampoco se utiliza la coerción. Se utilizan las directivas anticipadas para acatar los deseos y las preferencias de la persona que se encuentra en una situación de crisis. Las residentes pueden decidir si se toman los medicamentos recetados. Se aplican las estrategias de Open Dialogue para explorar otras perspectivas y razones para que la persona elija entre ellas.

Home Again también ha tenido repercusiones en las prácticas basadas en las castas y el género. Si bien la elección de la vivienda se basa en grupos afines, se ha visto que se reúnen grupos de castas mixtas, como también grupos de clases mixtas. Asimismo, Home Again representa el modelo más excepcional de hogares dirigidos por mujeres y de mujeres que viven independientemente sin el apoyo de los hombres.

Inclusión comunitaria

El objetivo específico del programa de Home Again es promover la inclusión de las personas con discapacidad psicosocial en el tejido socioeconómico de la comunidad. Se prestan diversos tipos de apoyo a las residentes a fin de que participen en actividades que incluyen reuniones comunitarias en las aldeas, la creación de un grupo de autoayuda o red de apoyo, el inicio de una empresa social y también el aprendizaje de conocimientos básicos (344). Se fomentan las relaciones interpersonales dentro del hogar y fuera de este. Se alienta a las usuarias del servicio a que participen en eventos sociales y se les brinda apoyo para que localicen a las familias, de acuerdo con sus deseos (344, 345). El servicio también vincula a las personas con las redes locales de pares en la comunidad.

Participación

El personal y la junta del servicio incluye a personas con experiencia propia, desde los fundadores hasta los miembros del equipo directivo; el objetivo es lograr una representación del 50% como mínimo en los próximos años. Muchos asistentes personales también han experimentado personalmente malestar

psicológico, lo que se considera como una fuente valiosa de experiencia vivida que puede mejorar el apoyo que prestan a las usuarias (341). Además, se alienta a las usuarias a que asistan a las reuniones de la comisión de salud mental establecida por The Banyan y dirigidas por personas con experiencia propia. La comisión de salud mental examina los comentarios recibidos de las usuarias basándose en visitas trimestrales, entrevistas y comentarios registrados por los gestores de casos en visitas semanales. Cualquier persona puede asistir a estas reuniones, así como también a las reuniones mensuales de un comité de derechos humanos integrado por personas que utilizan servicios de salud mental, así como por líderes locales, activistas de discapacidad, abogados y cuidadores de las personas con afecciones de salud mental. Las personas usuarias también se reúnen mensualmente en un grupo de enfoque denominado Pulse Meeting, que consolida y examina los comentarios y planifica cómo mejorar gradualmente los servicios (341).

Enfoque de recuperación

Se elaboran planes individualizados de recuperación personal o basados en el crecimiento personal mediante un diálogo continuo. Los instrumentos clínicos y no clínicos que ayudan a crear resiliencia, prepararse para la incertidumbre, celebrar pequeñas y grandes alegrías, seguir abrigando esperanzas y mirar hacia el futuro con confianza, se combinan todos ellos para proporcionar un plan de atención individual único. Las sesiones mensuales basadas en el diálogo ayudan a evaluar las acciones y el progreso hacia los objetivos. Las usuarias describen los retos y determinan de manera colaborativa las estrategias de vida satisfactoria utilizando el Open Dialogue. El manejo de casos incluye el uso de evaluaciones detalladas para determinar las necesidades de apoyo médico y psicosocial de la persona y los planes de atención individualizados (341).

Evaluación del servicio

Un estudio interno de las personas que habían utilizado los servicios de Banyan durante más de 12 meses en una comunidad urbana y en tres comunidades rurales de Chennai evaluó las experiencias de 53 personas que habían elegido la vivienda de Home Again en comparación con 60 personas que habían elegido permanecer en los establecimientos institucionales de Banyan (donde se consideró que se proporcionaba atención habitual). Las medidas se recopilaron cada seis meses usando diferentes cuestionarios y escalas, durante 18 meses (341). Se observaron mejoras considerables acerca de la integración comunitaria en el grupo de Home Again, en comparación con el grupo que recibía atención habitual, al cabo de 6 meses y 18 meses (341). Estos resultados se basaron en un cuestionario de integración comunitaria que medía la integración a nivel social, laboral y de hogar.

Costos y comparaciones de los costos

El financiamiento general de apoyo lo proporcionan The Hans Foundation, Rural India Supporting Trust, Azim Premji Philanthropic Initiative, Paul Hamlyn Foundation, Sundram Fasteners Limited, Bajaj Finserv y HCL Foundation. Los servicios son gratuitos para las usuarias. En el 2019, Home Again costó Rs 9.060 (US\$ 123)^v por persona por mes, incluidos todos los gastos de bienestar, dotación de personal, desarrollo de capacidad y administración. Esto representa menos de un tercio de los costos de los establecimientos psiquiátricos administrados por el gobierno, que costaron Rs 29.245 (US\$ 426)^w por persona por mes.

v Conversión al mes de febrero del 2021.

w Conversión al mes de marzo del 2021.

Información adicional y recursos

Sitio web:

<https://thebanyan.org/>

Videos:

The Banyan Home Again Film diciembre del 2018: <https://www.youtube.com/watch?v=4iX7tswa2dc> [en inglés]

Home Again 16 de enero del 2017: <https://www.youtube.com/watch?v=FOyLSMHJjVg> [en inglés]

Contactos:

Pallavi Rohatgi, director ejecutivo - Partnerships,
The Banyan (India)

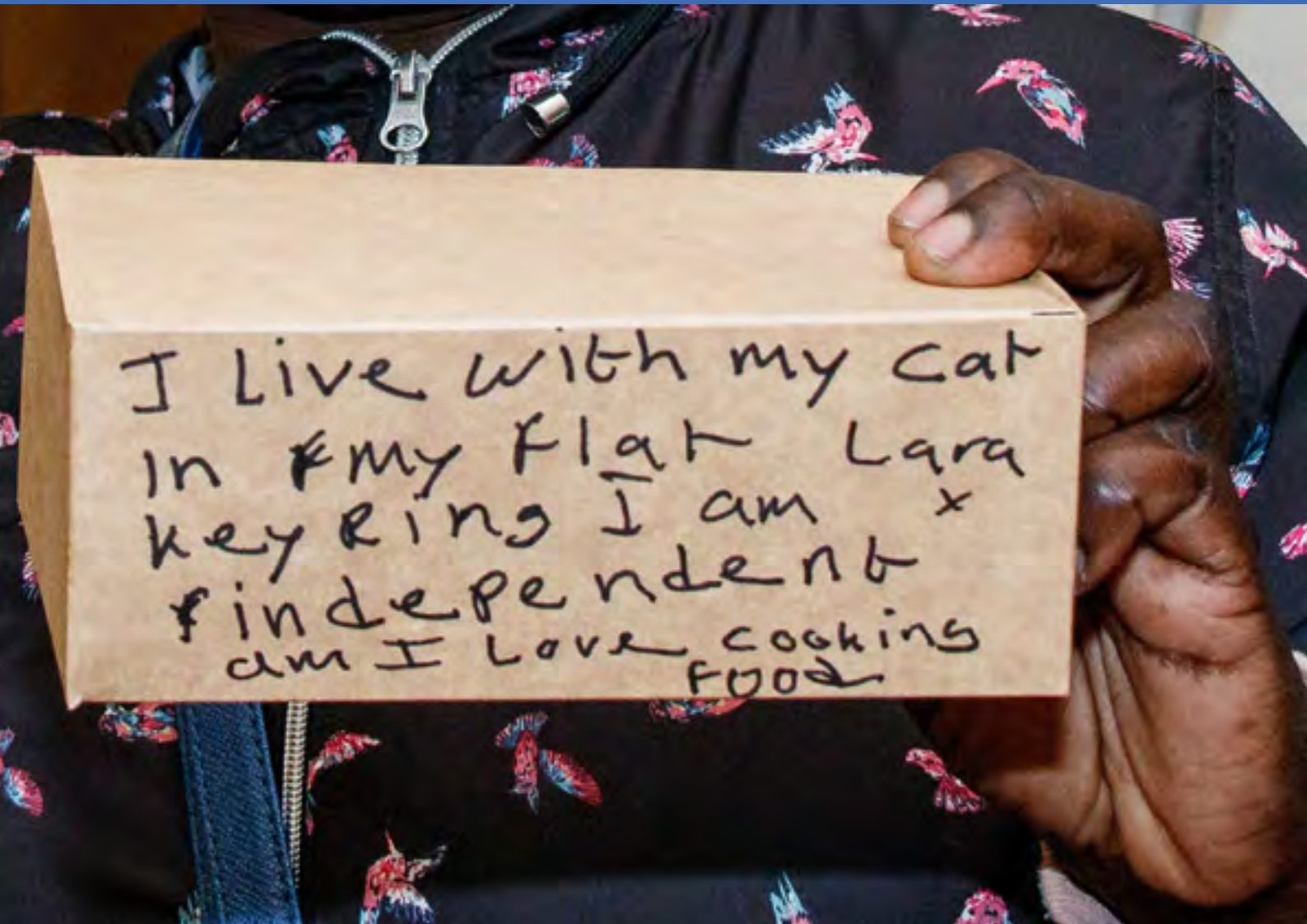
Correo electrónico: pallavi@thebanyan.org

Nisha Vinayak, colíder del Centro de Acción Social e Investigación, Academia Banyan de
Liderazgo en Salud Mental (India)

Correo electrónico: nisha@thebanyan.org

2.6.3

Redes de asistencia para la vida autónoma KeyRing

A close-up photograph of a person's hand holding a rectangular piece of brown cardboard. The person is wearing a dark-colored jacket with a colorful floral pattern. The cardboard has handwritten text in black ink. The text is written in a cursive, slightly slanted style. The person's hand is visible on the right side of the frame, gripping the cardboard.

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

Desde 1990, KeyRing brinda servicios de asistencia para la vida autónoma a las personas con afecciones de salud mental, discapacidades psicosociales y adicción a las drogas y el alcohol (346). Su misión es inspirar a las personas para que creen una vida independiente mediante un apoyo flexible, el desarrollo de habilidades y redes de conexión (347). KeyRing consta de más de 100 redes de apoyo en Inglaterra y Gales (348), cada una de las cuales cuenta con unas diez viviendas situadas a poca distancia unas de otras, de modo que los miembros de KeyRing también pueden relacionarse entre sí y participar más en su comunidad (349-351). La misión del servicio es poner en contacto a las personas y animarlas para que construyan la vida que desean.

Clasificación principal: Servicio de asistencia para la vida autónoma

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

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

Financiamiento:

- | | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sector de salud estatal | <input checked="" type="checkbox"/> Sector social estatal | <input type="checkbox"/> Seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Financiamiento de donantes | <input checked="" type="checkbox"/> Desembolso directo | |

Descripción del servicio

Como país de ingresos altos, el Reino Unido cuenta con un sistema de salud mental bien desarrollado y fue uno de los primeros países industrializados en iniciar un proceso de desinstitucionalización de los servicios de salud mental en los años setenta y ochenta (352). Sin embargo, un aumento del 40% de las detenciones involuntarias en cumplimiento de la Ley de Salud Mental entre el 2005 y el 2016 (353-356) y el internamiento inapropiada de las personas con discapacidades psicosociales en hogares para convalecientes o su detención en prisiones y establecimientos forenses (357, 358) reflejaron un movimiento hacia un enfoque adverso de “riesgo” en el sector de la salud mental y el hecho de que no se prestaba suficiente apoyo. KeyRing se estableció para cerrar esta brecha, prestando apoyo a alojamientos independientes y con conexiones, durante períodos limitados.

La vivienda se le alquila a autoridades locales o a asociaciones de vivienda, o incluso es propiedad de los miembros. Las redes se establecen en los alrededores de alojamientos existentes y disponibles a fin de que los residentes no siempre tengan que mudarse para ingresar a KeyRing, y por lo tanto abandonar lazos sociales y comunitarios significativos (348). Los voluntarios de las comunidades viven en alojamientos de KeyRing y prestan apoyo informal a los miembros con sus actividades diarias, que incluyen acompañar a los miembros a citas para actividades de educación, empleo y voluntariado (348, 359). Un centro comunitario, esencial para la red, permite a los miembros de KeyRing socializar con otros usuarios del servicio y reunirse con miembros del personal y voluntarios que viven en la comunidad (360). Otros miembros del personal de KeyRing incluyen voluntarios de conexiones comunitarias, administradores de apoyo y habilitadores comunitarios que asisten a los residentes en diferentes aspectos de su involucramiento en la comunidad y su vida personal (346, 360).

Cuando una persona es aprobada como nuevo miembro de KeyRing, el personal inicia un examen holístico para determinar sus necesidades de apoyo más inmediatas (361) y la ayuda a elaborar un plan de recuperación individualizado. La capacitación del personal, impartida por Care Academy (362), cubre la salud y la seguridad, el trabajo aislado, la salvaguardia, y el apoyo a la igualdad y la diversidad. El personal también recibe instrucción sobre el fomento de los valores de KeyRing, como el desarrollo comunitario basado en los activos, el empoderamiento, la organización comunitaria, y también acerca de la manera de utilizar Outcome Star (363) para ayudar a los miembros a hacerse más independientes. Asimismo, se ofrece capacitación más especializada y oportunidades de certificación.

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

La capacidad jurídica es un principio fundamental en el que se basa la misión de KeyRing para fomentar la vida independiente y facilitar la autonomía. El personal se centra en acompañar a los miembros teniendo en cuenta sus aptitudes y experiencias (347), aplicando un enfoque basado en los puntos fuertes para crear una atmósfera de estímulo y positividad. Siempre se procura que se adopten decisiones informadas y los miembros tienen acceso flexible al apoyo, que incluye una línea telefónica de ayuda disponible las 24 horas del día y acceso a un defensor (364). Se dispone de versiones fáciles de leer de los documentos para que las personas puedan tomar decisiones independientes plenamente informadas (365). Los residentes eligen dónde y con quién viven; no están obligados a mudarse de su casa para formar parte de una red, ya que pueden crearse nuevas redes en los alrededores de los alojamientos existentes (348). Esto crea un sentido de responsabilidad y poder de acción.

Prácticas no coercitivas

Las prácticas coercitivas que incluyen la reclusión y la restricción nunca se utilizan en los servicios de KeyRing. Se brinda capacitación a los empleados mediante la plataforma Open Futures Learning sobre técnicas de desescalada y el trabajo con personas difíciles o que se autolesionan. Los miembros del personal y los voluntarios son considerados como miembros en igualdad de condiciones de la comunidad, lo que impide que surjan asimetrías de poder. Nunca se obliga a las personas a que se tomen sus medicamentos, y tomárselos no es una condición para la prestación continua del servicio y del apoyo. Si un usuario del servicio está poco dispuesto a tomarse su medicamento, el personal de KeyRing examina los riesgos con la persona y con los profesionales, familiares, cuidadores e incluso con un voluntario par, con el consentimiento del usuario. Si las personas necesitan contactar urgentemente con un consejero para situaciones de crisis, estas pueden utilizar la línea telefónica de ayuda disponible

las 24 horas del día (348, 364). Si el personal no puede manejar una situación de crisis, este contacta con los equipos locales de salud mental y asistencia social de la zona para obtener apoyo; sin embargo, si una persona está causando daño a otros miembros de la red o al personal, se activa una alerta de salvaguardia ante la Autoridad Local o la policía. En caso de que un usuario sea hospitalizado, el personal de KeyRing visita a los equipos de salud mental y establece vínculos con ellos y se ocupa de los asuntos financieros y de vivienda.

Inclusión comunitaria

Vincular a los residentes de KeyRing con los recursos comunitarios forma parte importante del enfoque de KeyRing (366). Ofrecer a los miembros de la red una gama de opciones de apoyo en la región donde viven los anima a pensar en recurrir a otras personas que no sean su trabajador de apoyo; pueden llamar a una amistad si les preocupa algo o ir a su cafetería local si se sienten solos, y así pueden participar directamente en la vida en su comunidad. El personal localiza los recursos existentes en la comunidad e invita a oradores a conversar con los miembros. Se alienta a los usuarios a que participen localmente en clubes, grupos y deportes y otras actividades comunitarias locales como proyectos de mejoras del vecindario, campañas para el cambio local y la recaudación de fondos para obras de caridad (364). También se ayuda a las personas en la búsqueda de oportunidades laborales.

Participación

Los miembros de KeyRing se implican en todos los niveles de la organización; también pueden ocupar puestos de voluntarios o del personal. Dos miembros de la Junta Directiva de KeyRing son personas con experiencia propia en los servicios de la organización (346, 365). Los miembros también hacen presentaciones ante las autoridades locales, participan en procesos de selección de personal y de voluntarios y participan en la celebración de conferencias nacionales de KeyRing. Pueden expresar su opinión en un pie de igualdad con los gerentes acerca de los nombramientos y el control editorial del periódico trimestral de la organización. Un grupo de “labor en pro de la justicia”, que defiende a las personas con dificultades de aprendizaje que han tenido roces con el sistema de justicia penal, ha impartido capacitación a los funcionarios penitenciarios en todas las prisiones de Inglaterra. Los miembros que son Keycheckers supervisan los servicios de KeyRing y mediante una encuesta de satisfacción de los miembros se procura que se escuchen los comentarios de los usuarios (365).

Enfoque de recuperación

El enfoque orientado a la recuperación ocupa un lugar central en la filosofía de KeyRing (364), y se afianza mediante la aplicación de un enfoque de desarrollo comunitario basado en los activos cuyo principio fundamental es promover el desarrollo dirigido por los ciudadanos, orientado hacia las relaciones interpersonales y basado en los activos, en el lugar y en la inclusión (367). Teniendo en cuenta el examen holístico de las necesidades de apoyo más inmediatas de los nuevos miembros, el personal los ayuda a preparar un plan de recuperación que especifica los objetivos a corto y a más largo plazo de la recuperación utilizando el Outcome Stars Support Planning Tool, que considera diez etapas del viaje de una persona hacia la autosuficiencia (363, 368). También se valora el comportamiento de riesgo positivo, y se elabora un plan de gestión de riesgos positivos con los miembros a fin de determinar estrategias para afrontar situaciones difíciles y aumentar el bienestar. Se considera que la asignación de etiquetas limita el potencial de las personas, y su uso se evita por completo (346, 347).

Evaluación del servicio

Durante el ejercicio económico 2017–2018, las personas recibieron apoyo en 50 zonas de la Autoridad Local, en redes que empleaban a unos 209 miembros del personal de KeyRing (369). A lo largo del siguiente año, 2019–2020, KeyRing prestó apoyo a un total de 2.213 personas, con un personal y un equipo voluntario de 220 integrantes (370).

Desde la primera evaluación realizada en 1998, KeyRing ha recibido críticas sistemáticamente positivas de la calidad de su servicio y su eficacia en función de los costos (356). En el 2002, una evaluación independiente concluyó que su servicio iba “considerablemente más lejos que la mayoría de las organizaciones acerca del enfoque y los resultados” (356). En el 2006, un estudio realizado por el Departamento de Salud del Reino Unido examinó los resultados de los miembros en tres redes diferentes, y concluyó que el servicio había permitido a las personas que tenían necesidades considerables de apoyo prestado por trabajadores de atención de salud asalariados o por la familia lograr gradualmente vivir una vida independiente. El estudio reveló que KeyRing “ayuda a las personas adultas que necesitan apoyo a lograr más que mediante las formas tradicionales de apoyo” (356). En el 2015, una evaluación de tres años de la red de recuperación de KeyRing, que asiste a las personas que se recuperan del consumo y la adicción de sustancias psicoactivas, afirmó que “Se observaron mejoras notables en diversas esferas de la vida de los participantes, que incluían el bienestar, la retención de la vivienda, la asistencia a grupos de ayuda mutua, el involucramiento en actividades satisfactorias, el voluntariado y la abstinencia en curso” (371).

Una evaluación llevada a cabo en el 2018 por Housing Learning and Improvement Network concluyó que cada año, como resultado de la presencia de redes de KeyRing se observó que el 30% de los miembros evitaron la hospitalización psiquiátrica (cuya duración es de un promedio de tres semanas); que hubo una disminución del 30% de los casos de carencia de hogar; que un 25% ya no necesitó visitas semanales de enfermeras psiquiátricas comunitarias, asistentes sociales o coordinadores de la atención; que el 20% de los miembros ya no necesitaron visitas semanales de trabajadores para el manejo del uso indebido de fármacos; y que el 10% de los miembros ya no necesitaron visitas semanales de enfermeras para el manejo de discapacidades de aprendizaje (351).

Otro estudio de casos también afirma que las personas adultas logran más en KeyRing en cuanto a sus objetivos de desarrollo que mediante las formas tradicionales de apoyo, basándose en medidas de bienestar, retención de la vivienda, la abstinencia en curso y el involucramiento en actividades significativas (356, 371). En total, el 99,9% de los miembros de KeyRing logran mantener su propia vivienda (350). Por último, los comentarios positivos sobre KeyRing también incluyen múltiples testimonios de las partes interesadas comunitarias, entre ellos las fuerzas del orden (346, 359).

Costos y comparaciones de los costos

El servicio se financia con el presupuesto de asistencia social de las Autoridades Locales, el cual es asignado por el gobierno central. Los recortes sustanciales de los fondos del gobierno central realizados desde el 2010 obligaron a las Autoridades Locales a aumentar los ingresos procedentes de otras fuentes para financiar KeyRing, que incluyeron impuestos comerciales y estacionamiento. El costo del servicio varía según las necesidades, la ubicación y los usuarios, que son objeto de una evaluación de medios a fin de determinar qué copago deben realizar. Una evaluación llevada a cabo en el 2018 por la Housing Learning and Improvement Network (372) estimó el costo del apoyo en £ 3.665

(alrededor de US\$ 5.100) por persona por año (sin incluir vivienda ni alimentos); o £ 70 (US\$ 97)^x por semana. El costo de los servicios de KeyRing es inferior al de los servicios de asistencia para la vida autónoma porque los miembros requieren menos servicios de apoyo a lo largo del tiempo. La eficacia en función de los costos del modelo ha alentado a las autoridades locales y nacionales a invertir en el desarrollo de más redes.

Información adicional y recursos

Sitio web:

www.keyring.org

Videos:

Modelo de red de KeyRing: <https://vimeo.com/379267912> [en inglés]

Contacto:

Sarah Hatch, coordinadora de Comunicaciones, KeyRing Supported Living (Reino Unido), Reino Unido.

Correo electrónico: sarah.hatch@keyring.org

x Conversión al mes de febrero del 2021.

2.6.4

Shared Lives

Gales sudoriental, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del norte



Shared Lives ofrece apoyo y alojamiento en la comunidad a las personas adultas necesitadas, entre ellas personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales (373). Shared Lives es una alternativa a los centros de asistencia residencial, la atención domiciliaria y los centros diurnos, y también proporciona a los jóvenes una atención de transición tras haber estado en el hospital o en hogares de crianza. Cerca de 1.000 personas reciben apoyo de Shared Lives en Gales (374), y más de 12.000 personas en todo el Reino Unido (375).

Clasificación principal: Servicio de asistencia para la vida autónoma

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Bibliografía publicada Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sector de salud estatal | <input checked="" type="checkbox"/> Sector social estatal | <input type="checkbox"/> Seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Financiamiento de donantes | <input type="checkbox"/> Desembolso directo | |

Descripción del servicio

Shared Lives es una forma de asistencia social financiada por el estado que funciona en todo el Reino Unido (376) prestando apoyo no solo a las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, sino también a quienes tienen discapacidades de aprendizaje, discapacidades físicas o a las personas mayores con fragilidad o demencia (377). Brinda apoyo a las personas en un entorno comunitario en un lugar que se siente como un hogar (378), e incluye alojamiento, asistencia diurna y a corto plazo después del alta del hospital o para evitar el ingreso.

El programa de Shared Lives de Gales sudoriental actualmente proporciona arreglos de alojamiento asistido a más de 500 personas. Existen más de 200 hogares cuidadores de Shared Lives que brindan alojamiento para el servicio, cada uno de los cuales puede recibir hasta tres personas a la vez. Los 13 trabajadores del equipo y los 4 coordinadores de colocación de personas adultas de Shared Lives prueban y capacitan a los cuidadores de Shared Lives (379), reciben derivaciones, asignan a los

cuidadores de Shared Lives a las personas correspondientes según sus necesidades y supervisan los arreglos de alojamiento (377).

En el 2019, Aneurin Bevan University Health Board puso en marcha un nuevo servicio junto con Shared Lives de Gales sudoriental para facilitar los arreglos para las personas en situaciones de crisis como una alternativa a la hospitalización o facilitar el alta temprana de entornos hospitalarios. Bajo el nuevo servicio de Shared Lives de salud mental en momentos de crisis, las personas pueden mudarse al hogar de un cuidador meticulosamente elegido de Shared Lives o visitarlo periódicamente como alternativa al tratamiento de hospitalización (380). Se ofrecen colocaciones de emergencia de corta duración (hasta seis semanas) con el servicio de Shared Lives de salud mental en momentos de crisis con familias capacitadas. En cuanto el equipo o el personal del pabellón hospitalario deriva a la persona, se le asigna un cuidador dentro de un plazo de 24 a 48 horas y este se reúne con ella en su pabellón o en el propio hogar del cuidador. Si ambas partes están de acuerdo, el arreglo puede empezar de inmediato.

Una vez comenzado este arreglo, la persona, un trabajador de Shared Lives y el programa del personal del equipo para situaciones de crisis elaboran juntos un plan personal. El plan personal establece las acciones necesarias para satisfacer las necesidades de bienestar, atención y apoyo de la persona, y la manera en que se apoyarán sus deseos a fin de que esta logre sus objetivos y resultados personales (381). El plan se examina regularmente con la persona.

Como sus pares del servicio más amplio de Shared Lives, los cuidadores que trabajan en el programa para situaciones de crisis de salud mental cuentan con la ayuda de un trabajador asignado específicamente de Shared Lives que los asiste con visitas domiciliarias y contacto por teléfono y correo electrónico cuando sea necesario. Pueden tener acceso a apoyo fuera del horario de trabajo mediante Shared Lives y el servicio de salud mental en momentos de crisis. También se llevan a cabo reuniones periódicas con los cuidadores y un proceso de examen anual (382). Para obtener más ayuda, los cuidadores también pueden formar parte de Shared Lives Plus, organización nacional de beneficencia que apoya los programas de Shared Lives, a fin de recibir asesoramiento sobre temas como cuestiones legales y derechos humanos (383, 384).

Principios y valores fundamentales en los que se basa el servicio

Respeto de la capacidad jurídica

La elección, el empoderamiento y la autonomía y, por consiguiente, la capacidad jurídica, son la base del programa Shared Lives de Gales sudoriental. Las personas reciben información acerca de Shared Lives y se requiere consentimiento previo para la derivación. Los usuarios del servicio eligen con quién van a vivir o con quién van a quedarse (382), y su plan personal se elabora de consuno con los trabajadores de Shared Lives y se examina regularmente. Se alienta a los usuarios a que incluyan objetivos de bienestar, deseos específicos personales y planes para el futuro. Se alienta a las personas que deseen recibir ayuda para tomar decisiones a que incluyan a sus familiares o a otras personas importantes de su red más amplia, entre ellos los profesionales. Los usuarios también pueden elegir a un defensor si lo desean.

Prácticas no coercitivas

Shared Lives prohíbe el uso de la coerción, la fuerza o la restricción. Su personal y sus cuidadores reciben capacitación sobre la teoría y las técnicas de apoyo de comportamiento positivo, como también

sobre medidas preventivas y de desescalada, incluida la concientización y la evitación de factores desencadenantes. Se cuenta con evaluaciones y planes de gestión de los riesgos elaborados para cada persona de manera colaborativa. Es posible que las personas necesiten ayuda para comprender su propio comportamiento y las técnicas para adaptar positivamente su vida, a fin de responder a cualquier problema relacionado con la seguridad. Puesto que cada arreglo es considerablemente personalizado, muchos de los factores desencadenantes que a menudo existen en un entorno institucional de hospitalización y que pueden causar agitación y posteriormente dar lugar a la restricción, no existen en ningún entorno de Shared Lives.

Inclusión comunitaria

La inclusión comunitaria es la base de los valores de Shared Lives. Todos los cuidadores trabajan desde sus propios hogares, llevando regularmente a las personas a la comunidad local y presentándolas a su red social más amplia, brindando oportunidades para que estas participen en actividades que apoyan su recuperación en un entorno menos estigmatizado. Los cuidadores pueden ayudar a las personas a que se dediquen a actividades, pasatiempos o lo que les interese, y a que tengan acceso a oportunidades de educación, aprendizaje y desarrollo. Los cuidadores también respaldan las conexiones de una persona con su comunidad cultural o religiosa, su familia y sus amistades. El personal de Platform, una organización sin ánimo de lucro del ámbito de la salud mental que tiene su sede en Gales sudoriental, también ayuda a los usuarios del programa para situaciones de crisis de salud mental Shared Lives a que tengan acceso a las redes comunitarias y de pares, que incluyen proyectos y grupos de terapia dirigidos por la organización benéfica MIND (221).

Participación

Las personas que utilizan el servicio y sus representantes se consultan anualmente mediante los cuestionarios anuales de garantía de la calidad del servicio, que contribuyen a los informes del examen de la calidad de la atención. Los que participan en el proyecto de asistencia en las situaciones de crisis de salud mental realizan una evaluación de la calidad de vida de recuperación al comienzo y al final de su estadía, y también responden a un cuestionario relativo a la experiencia de los pacientes. Sobre la base de estos resultados se realizan cambios en el servicio.

Las personas con experiencia propia participan en la Mental Health Crisis Community of Practice de la Junta de Salud de la Universidad Aneurin Bevan y ayudan a configurar los servicios, incluidos los de Shared Lives. También contribuyeron a la toma de decisiones informada durante la elaboración del proyecto para las situaciones de crisis de salud mental de Shared Lives.

Enfoque de recuperación

La estrategia de Gales para la salud mental (385) (Together for Mental Health) adopta un enfoque basado en los derechos y promueve explícitamente el modelo de recuperación, y también el empoderamiento y la participación de los usuarios del servicio, a nivel personal, operacional y estratégico. Todos los servicios de Shared Lives operan de acuerdo con el enfoque orientado a la recuperación, con la meta declarada de proporcionar a los usuarios “una vida familiar normal, en la que todos pueden contribuir, tener relaciones interpersonales satisfactorias y ser ciudadanos activos y valorados” (386). El plan personal de cada usuario del servicio incluye una evaluación detallada de sus necesidades y aptitudes personales (382) que mejoran la autonomía y la confianza, que se desarrollan y mantienen de acuerdo con el enfoque de recuperación.

Evaluación del servicio

El Care and Social Service Inspectorate para Gales llevó a cabo una inspección total del programa de Gales sudoriental en el 2018 que examinó la calidad de vida, la calidad de la atención y la calidad del liderazgo y la gestión. Observó que el servicio estaba bien administrado y tenía cuidadores que habían sido seleccionados diligentemente y que podían ofrecer apoyo adecuado para responder a las necesidades de las personas. La planificación de la atención era buena y la proporcionaba un equipo bien cualificado, motivado y capacitado. También se habían implantado estructuras y sistemas eficaces para procurar que la atención respondiera a las necesidades indicadas (382).

En Inglaterra, Care Quality Commission, que regula todos los programas de Shared Lives, sistemáticamente ha calificado estos servicios acerca de la prestación de atención más segura y de la más alta calidad. En el 2019 calificó como “Buenos” o “Sobresalientes” al 96% de los 150 programas de Shared Lives en todo el Reino Unido, incluido el programa de Gales sudoriental (387-389).

Una evaluación cualitativa, realizada en abril del 2019 mediante la plataforma en línea de Shared Lives Plus, reveló que el 97% de los entrevistados que usaban los servicios de Shared Lives había informado que se sentía como si perteneciera a la familia de sus cuidadores la mayor parte del tiempo o todo el tiempo, el 89% se sentía implicado en su comunidad, el 83% sentía que su salud física había mejorado y el 88% informó que su salud emocional había mejorado. La mayoría de ellos dijeron que el apoyo que habían recibido de su cuidador también les había ayudado a tener más opciones en su vida cotidiana y que había mejorado su vida social (390).

Desde su creación en septiembre del 2019, el programa de Shared Lives para situaciones de crisis ha asistido a 59 personas, y el promedio de duración de la estadía ha sido de 15 noches (391). Estos usuarios del servicio calificaron su experiencia como pacientes mediante un cuestionario relativo la experiencia de los pacientes con un puntaje medio de más de 9 en una escala de 10 puntos, significativamente superior a las calificaciones de la experiencia con la atención de hospitalización. Las personas que utilizan el servicio para situaciones de crisis también llevan a cabo la evaluación de los resultados de la calidad de vida de recuperación. En una evaluación reciente, en la que se compararon los resultados de la calidad de vida de 44 de estos usuarios del servicio frente a 15 participantes del grupo testigo, se observaron mejoras considerables en su calidad de vida después del alta. Las personas que utilizaban el programa de Shared Lives para situaciones de crisis de salud mental habían registrado menos ingresos a las unidades de hospitalización de enfermos agudos después del alta que antes de su ingreso y registran menos contactos por accidentes y urgencias y menos derivaciones posteriores a los servicios de salud mental, lo que indica que Shared Lives se asocia con tendencias de uso reducido de los servicios en el transcurso del tiempo (391). Los testimonios individuales sobre Shared Lives de Gales sudoriental también son sumamente positivos (392-398).

Costos y comparaciones de los costos

Los usuarios de los servicios del programa Shared Lives de Gales sudoriental son objeto de una evaluación de los medios y puede exigírseles pagar un cargo establecido por la atención y el apoyo prestados. Sin embargo, no se impone ningún cargo a la persona respecto del servicio de salud mental en momentos de crisis. Los cuidadores reciben entre £ 340 y £ 588 por semana por la atención residencial (alrededor de US\$ 475–820),^y según el nivel de apoyo prestado. Un informe independiente calculó que, en promedio, el costo neto de los arreglos de Shared Lives a largo plazo era de un 43%

y Conversión al mes de marzo del 2021.

más barato que las alternativas para personas con discapacidades de aprendizaje y un 28% más barato para personas con necesidades de salud mental, lo que representó un ahorro medio de £ 26.000 (alrededor de US\$ 36.300)^z y £ 8.000 (US\$ 11.170)^z por año, respectivamente (399). Otra estimación indicó que “al acudir a un hogar de Shared Lives en lugar de a un servicio de atención residencial u otro tipo de servicio, los consejos se ahorran un promedio anual de £ 13.000 por cada persona” (400).

El programa de Shared Lives para situaciones de crisis de salud mental cuesta £ 672 por semana (US\$ 940),^r mientras que una semana de atención de hospitalización cuesta £ 3.213 (US\$ 4.485) Z en Gales sudoriental. Combinado con los datos que indican mejores resultados, esto indica que el programa de Shared Lives para situaciones de crisis de salud mental es una iniciativa sumamente eficaz en función del costo (o de alto valor). La trayectoria general de la organización ha contribuido al compromiso del gobierno galés de financiar plenamente el programa de Shared Lives para situaciones de crisis de salud mental.

Información adicional y recursos

Sitio web:

Shared Lives

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

Shared Lives para las crisis de salud mental <https://abuhb.nhs.wales/about-us/public-engagement-consultation/transforming-adult-mental-health-services-in-gwent/> [en inglés]

Videos:

Historia de Shelley Welton y Simon Burch: la puesta en marcha del servicio <https://www.youtube.com/watch?v=8F55lboVbhg> [en inglés]

Historia digital de Lindsey y Shaun: conexiones y presentación de cuidadores y usuarios de servicios

<https://www.youtube.com/watch?v=XTVmkn5NYRM&t=1s> [en inglés]

Shared Lives para las crisis de salud mental: <https://youtu.be/auWBkPqUFz4> [en inglés]

Contacto:

Benna Waites, jefa adjunta de Psicología, Orientación y Terapias Artísticas, Salud Mental y Discapacidades de Aprendizaje, Aneurin Bevan University Health Board (Reino Unido)

Correo electrónico: Benna.Waites@wales.nhs.uk

z Conversión al mes de febrero del 2021.

2.7 Conclusiones

La amplia gama de servicios de salud mental presentados en este documento incluyó ejemplos muy diferentes con buenas prácticas; sin embargo, todos ellos han surgido al comprender que las personas a menudo no son bien atendidas mediante los servicios y sistemas convencionales de atención. Los servicios descritos han procurado encontrar nuevas formas de responder a las personas, formas que hacen que los derechos humanos revistan un interés central y que funcionan basándose en un enfoque de recuperación positiva. Son testimonio del hecho de que con imaginación, creatividad, compromiso y liderazgo se pueden lograr verdaderos progresos en la atención de salud mental en entornos muy diferentes en todo el mundo.

Si bien hay grandes diferencias entre estos servicios y los contextos en los cuales operan, también hay varias características en común:

- casi todos los servicios presentados procuran ayudar a las personas y las familias a expresar sus experiencias y necesidades con sus propias palabras en lugar de usar el lenguaje de los diagnósticos;
- procuran satisfacer las necesidades de las personas de manera holística en todas las esferas de su vida en lugar de hacer que los medicamentos sean el centro de atención de su labor;
- todos son receptivos a los comentarios hechos por las personas y las familias con las que trabajan, aceptan las objeciones y las críticas, y cambian y se desarrollan con el transcurso del tiempo; y
- trabajan dentro de sus comunidades, subrayando la importancia de comprender y atender las afecciones y las crisis de salud mental en sus contextos locales.

Destacar estos ejemplos particulares no implica que los servicios presentados sean los únicos servicios que incorporan buenas prácticas, ni que sean perfectos y carezcan de limitaciones. Si bien estos servicios demuestran que es posible respetar la capacidad jurídica y promover prácticas no coercitivas, la participación, la inclusión comunitaria y un enfoque orientado a la recuperación y centrado en las personas, cada uno de ellos lo ha hecho a su manera. En algunos casos, sus estrategias son similares y en otros son muy diferentes. Sin embargo, ninguno se ajusta a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y todos podrían mejorar. Además, pocos servicios tienen datos concretos de los resultados, incluso los de países de ingreso alto, y la calidad de los datos de evaluación varía considerablemente de un servicio a otro. Esta limitación particular se aplica a la mayoría de los servicios de salud mental de todo el mundo, dado que las evaluaciones de los resultados no han sido objeto de un enfoque central hasta la fecha. Si bien cada uno de estos servicios proporciona ejemplos positivos de las maneras en que la atención de salud mental puede prestarse de otro modo, estos no pueden por sí solos prestar la amplia gama de servicios y apoyos que muchas personas necesitan para vivir una vida plena e inclusiva en sus comunidades. Para que esto suceda es importante que los servicios dentro del sistema de salud colaboren estrechamente con los servicios del sector social.

En la sección 3 se demuestra la importancia que revisten la vivienda, la educación y la capacitación, el empleo y las intervenciones de protección social, para lograr la inclusión comunitaria plena. Si bien los servicios de salud mental descritos en estas orientaciones prestan cierto apoyo en dichas esferas, estas no son objeto de particular interés para ellos. Sin embargo, en algunos casos han trabajado para superar las limitaciones colaborando con otros servicios y organizaciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales, a fin de dar una respuesta más integral a las necesidades de las personas y las familias.

Además, si bien todos estos servicios incorporan un enfoque de derechos humanos y procuran evitar las intervenciones coercitivas en su propio trabajo, cada uno de ellos forman parte del sistema de salud mental más amplio que suele tener diferentes agendas y prioridades. Por ejemplo, todos estos servicios están situados en países donde las leyes nacionales permiten las prácticas coercitivas. Asimismo, algunos de los servicios han establecido criterios de admisión estrictos, en los que las personas en crisis son excluidas y no pueden beneficiarse del servicio. Otros sencillamente son incapaces de afrontar situaciones más complejas, y derivan a las personas que experimentan una crisis difícil a lugares del servicio convencional en los que aún se aplican prácticas coercitivas. Estos retos subrayan las limitaciones inherentes a un método independiente de prestación de servicios de salud mental. La realidad de la labor de salud mental es que esta suele ser compleja y difícil, y ninguna forma de intervención o servicio será siempre apropiada o satisfactoria por sí sola.

La situación ideal es aquella en la que una amplia gama de servicios y apoyos esté al alcance de las personas y las familias dentro de una red conectada que promueve los valores positivos y los principios descritos en este documento. En la sección 4 se presentan algunos ejemplos importantes de los esfuerzos encaminados a crear esa red integral de servicios. Aunque ninguna de estas redes ha abolido las prácticas coercitivas totalmente, sí han logrado avances considerables y verdaderos hacia esa meta.

3.

Hacia la prestación de
servicios holísticos:
vivienda, educación, empleo
y protección social

En la sección anterior se documentaron y describieron los servicios de salud mental individuales en la comunidad de todo el mundo que se eligieron como ejemplos de buenas prácticas. Estos servicios se empeñan firmemente en proporcionar intervenciones y apoyos de salud mental de acuerdo con los derechos humanos y el enfoque de recuperación, y tienen en cuenta sistemáticamente formas de mejorar y alcanzar un nivel más alto de la calidad de la atención y el apoyo. De diferentes maneras, procuran respetar la capacidad jurídica de las personas, optar por otras alternativas a las prácticas coercitivas, fomentar la inclusión comunitaria, asegurar que las personas con experiencia propia participen plenamente en todos los procesos de toma de decisiones y adoptar una perspectiva de recuperación en lo relativo a la salud mental.

Como se destacó anteriormente, la salud mental y el bienestar se ven afectados por múltiples factores sociales, económicos y ambientales y tienen consecuencias de gran alcance en todos los aspectos de nuestra vida. Como tales, los servicios de salud mental por sí solos no siempre son suficientes para transformar verdaderamente la vida de las personas con trastornos de salud mental o discapacidades psicosociales. Hoy día, muchas personas que forman parte de estos grupos tienen menos oportunidades en materia de educación y empleo, y sufren discriminación cuando se trata de la vivienda o las prestaciones sociales. Tener acceso al uso total de estos servicios en igualdad de condiciones con otras personas es un derecho humano fundamental, al tiempo que representa un componente esencial para vivir una vida satisfactoria y participar plenamente en la comunidad. Por esto, es importante crear servicios que incluyan estos aspectos importantes de la vida de manera sustancial y asegurarse de que todos los servicios y apoyos al alcance de la población en general también estén disponibles y sean accesibles y de buena calidad para las personas con trastornos de salud mental.

La presente sección describe consideraciones relativas a la vivienda, la educación, el empleo y las prestaciones sociales, y resalta varios servicios de todo el mundo que responden a estas cuestiones que sufren las personas con trastornos de salud mental o discapacidades psicosociales.

3.1 Vivienda

La vivienda adecuada es un derecho humano que tienen todas las personas por igual. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad cubre el derecho a la vivienda para las personas con discapacidad, incluido el derecho a una comunidad y un hogar seguros (401). La vivienda es un factor determinante importante de la salud mental y una pieza integral de la recuperación. Las condiciones de vida inseguras y precarias pueden exacerbar los problemas de salud mental y perpetuar un círculo vicioso de exclusión (402). Los estudios también revelan que satisfacer las necesidades de vivienda de las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales brinda mayor protección contra la mortalidad temprana por causas naturales y de otro tipo, incluido el suicidio, que la satisfacción de cualquiera de los demás servicios necesarios (403). Además, la calidad de la vivienda contribuye a la percepción de una persona acerca del control, las decisiones y la autonomía, todos ellos factores intrínsecos a la recuperación (404). Por lo tanto, abordar la vivienda adecuada es no solo un imperativo en materia de derechos humanos, sino también una prioridad en materia de salud pública.

En el informe del 2016 de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (405), se indicó que prestar servicios de apoyo “que garanticen la vivienda y la ayuda doméstica” era una condición previa necesaria para que las personas con discapacidad puedan vivir y participar plenamente en la comunidad. Esta situación dista mucho de lograrse. Las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales tienen más probabilidades de afrontar múltiples obstáculos para el acceso a una vivienda estable y de calidad y a su permanencia en ella. Los obstáculos incluyen la estigmatización, la discriminación, la pobreza y la falta de establecimientos disponibles (406).

Como resultado de esto, muchas personas de todo el mundo carecen de hogar y viven en las calles en algún momento de su vida (407, 408). Por ejemplo, en Río de Janeiro (Brasil), muchas personas diagnosticadas con esquizofrenia informaron que no habían tenido hogar en algún momento de su vida (409). Una encuesta realizada en Chengdu (China), también reveló que una proporción importante de las personas con esquizofrenia había pasado un tiempo sin hogar en el período de seguimiento (410). Se observaron resultados similares en un estudio realizado en Etiopía (411).

Si bien se necesitan investigaciones más precisas y exhaustivas, muchos estudios han demostrado una prevalencia mucho mayor de los problemas o trastornos de salud mental o de las discapacidades psicosociales en las personas en situación de calle y las personas sin hogar que viven en refugios que en la población en general, tanto en países de ingreso bajo y mediano (412), como Etiopía (413) y Colombia (414), como en países de ingreso alto (407), incluidos Estados Unidos (415), Francia (416) y Alemania (417). Dada la representación excesiva de los problemas y trastornos de salud mental entre las personas sin hogar, es esencial que la prestación de servicios holísticos incluya el apoyo de la vivienda.

Durante muchos años, se supuso que las personas necesitaban tratamiento para su “problema de salud mental” primero, a fin de que pudieran funcionar en una vivienda independiente (418-421). El enfoque de “vivienda primero” se aleja de este paradigma, desvinculando la vivienda de la atención de salud mental. Este enfoque, que comenzó en el 1988 en Los Ángeles (California) y se ha extendido en todos Estados Unidos y otros países, da prioridad a proporcionar vivienda permanente y asequible a las personas sin hogar, poniendo fin así a su carencia de hogar y sirviendo de plataforma desde la que pueden ir en pos de sus objetivos personales y mejorar su calidad de vida. El concepto de “vivienda primero” se basa en el principio de que primero deben satisfacerse las necesidades básicas de las

personas, como los alimentos y el albergue, antes de ocuparse de resolver los problemas de salud mental. El enfoque también se basa en el principio de que las personas deben poder elegir acerca de la vivienda y los servicios de apoyo y que esta elección ayuda a asegurar que las personas retengan su vivienda y mejoren su vida (422). De esta forma, el modelo “vivienda primero” rompe el círculo vicioso de los problemas de salud mental y la carencia de hogar.

Las evaluaciones del enfoque de vivienda primero han revelado sistemáticamente que tener acceso a vivienda sin precondiciones de aceptación o cumplimiento de tratamientos reduce la carencia de hogar porque permite a las personas obtener vivienda más rápido y retenerla por períodos más largos que la vivienda que depende del tratamiento (423). Hay también evidencia que corrobora los efectos beneficiosos que tiene el enfoque de vivienda primero en la calidad de vida de las personas, incluidas las dimensiones como la adaptación y la integración sociales y algunos aspectos de la salud (424, 425). A medida que crece la base de investigación a favor de este enfoque (424, 426), el modelo de “vivienda primero” se está extendiendo actualmente en todos países europeos y se ha convertido incluso en una política nacional en Finlandia (427).

Bajo el apoyo efectivo y útil para la vivienda yace la comprensión de que la experiencia que han tenido las personas al vivir con un problema de salud mental o una discapacidad psicosocial es única y susceptible al cambio con el transcurso del tiempo. Esto significa que las oportunidades de vivienda y cualquier servicio de apoyo prestado deben ser lo más diversos posible a fin de satisfacer las necesidades de cada persona, por ejemplo, respecto del nivel del apoyo proporcionado, la ubicación de los asistentes (en el lugar o fuera de él), el tipo de estructura (en grupo o individual) y el nivel de la permanencia (énfasis fuerte o limitado en cuanto a que la persona deba marcharse) (428).

El nivel de apoyo, incluido el grado y el tipo proporcionados, debe depender de las decisiones, las preferencias y las necesidades de la persona. El personal visita algunos servicios de apoyo de vivienda solo unas cuantas horas al día o a la semana. Cuando se necesita apoyo adicional, el personal puede estar más presente y los residentes llevan a cabo sus propias actividades de la vida diaria, por ejemplo, cocinan, limpian y trabajan. Por último, algunas opciones de vivienda asistida incluyen la presencia del personal en todo momento a fin de que proporcione atención y apoyo respecto de las habilidades de la vida diaria, que incluyen la preparación de alimentos, el pago de cuentas, el transporte y la atención de salud. Por ejemplo, los servicios de Home Again prestados por The Banyan en Chennai (véase la sección 2.6.2) brindan un tipo de vivienda asistida que proporciona un nivel entre bajo y alto de apoyo a fin de ayudar a las personas a pasar de la atención que se brinda mediante el internamiento en instituciones (p. ej., la hospitalización prolongada) a la vida independiente en la comunidad, brindándoles la opción de vivienda compartida con otras personas en un entorno similar al de un hogar.

Los servicios también se diferencian respecto de si los asistentes viven o no en la vivienda compartida. En algunos servicios de apoyo de vivienda, como las redes de apoyo KeyRing, los asistentes no viven en la vivienda de la persona que utiliza los servicios (véase la sección 2.6.3). Los miembros eligen dónde y con quién viven, y el contrato de vivienda se hace en su nombre. Con todo, los usuarios de este servicio tienen acceso al apoyo comunicándose con su trabajador comunitario o con otros pares en la red en caso de que lo necesiten. También hay una línea telefónica de ayuda disponible para que los miembros puedan recurrir a alguien para recibir apoyo en todo momento. En otros servicios de vivienda que a menudo requieren niveles más altos de apoyo, los asistentes viven con los usuarios de los servicios.

También es posible distinguir entre las opciones de vivienda colectiva, compartida con otros usuarios de los servicios de salud mental, y las opciones de vivienda individual que incluyen vivienda comunitaria

genérica (que no es específicamente para salud mental). Como ejemplo de vivienda colectiva, los “Hogares Protegidos” en Perú proporcionan vivienda hasta a ocho residentes con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales que no tienen familia o apoyo comunitario, que conviven temporalmente en una casa dentro de la comunidad (429, 430). Un ejemplo de vivienda compartida que no es específicamente para salud mental es el de construcción de viviendas permanentes de apoyo dirigido por “The People Concern” y “Fly Away Home”, en Colden (Los Ángeles), que proporciona vivienda a 32 personas y familias que antes carecían de hogar, que incluyen personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales (431). En total, hay ocho unidades, cada una con cuatro dormitorios, como también una unidad para el administrador de las unidades. Los inquilinos comparten una sala de estar, la cocina y el baño, y tienen sus propias habitaciones privadas individuales (432). Además de proporcionar vivienda, The People Concern también presta un conjunto de servicios de apoyo en el mismo lugar para procurar que los participantes en el programa reciban apoyo para seguir alojados. La propiedad cuenta con amplios espacios comunitarios y exteriores para la promoción de la interacción entre los inquilinos. Este objetivo consiste en proporcionar vivienda a 20.000 personas que carecen de hogar en Los Ángeles para el 2028 mediante la creación de soluciones similares de vivienda en un tercio del tiempo y con un tercio del costo por persona, mediante un modelo de construcción expansible y repetible (incluidas la construcción modular, las unidades de vivienda compartida, etc.)

Por último, algunos servicios de vivienda subrayan la necesidad de pasar a regímenes de vivienda más independientes en el futuro, mientras que otros no lo hacen. Por ejemplo, el servicio Shared Lives en Gales es un programa en el que un adulto que necesite apoyo o alojamiento puede instalarse en el hogar del cuidador aprobado de Shared Lives y permanecer con este durante el tiempo que ambos deseen (véase la sección 2.6.4) (374). En algunos casos, los cuidadores y los usuarios han estado conviviendo por décadas. Otros no tienen opciones prolongadas, y se alienta a las personas a que se marchen tras un período específico o cuando su situación haya cambiado.

En general, siempre se deben evaluar las necesidades de vivienda de las personas. Existe una amplia gama de opciones para el apoyo de vivienda que puede y debe prestarse según las necesidades de las personas. Independientemente de su tipo y su forma, es importante asegurarse de que las opciones de vivienda asistida no reproduzcan los valores y las prácticas institucionales. Como lo ha recalcado el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, si bien los entornos institucionalizados difieren en tamaño, nombre y organización, comparten ciertos elementos definitorios. Estos elementos son el aislamiento y la segregación de la vida independiente dentro de la comunidad, los enfoques paternalistas en los que los usuarios del servicio no tienen control de sus propias decisiones diarias y es el personal quien las toma, la imposibilidad de elegir con quién vivir, la rigidez de la rutina independientemente de la voluntad y las preferencias de las personas, la supervisión de los arreglos de vivienda, la obligación de compartir a los asistentes con otros y ninguna influencia o una influencia limitada acerca de la elección de quién proporciona la ayuda diaria (74). Mientras que los entornos institucionales reducen significativamente las oportunidades de las personas de optar por sus propias elecciones e interactuar con otros, las opciones de vivienda asistida, por el contrario, procuran ampliarlas.

3.2 Educación y capacitación

La educación constituye un pilar esencial del desarrollo humano y económico, y tiene una trascendencia de gran alcance en la salud, el empleo, la pobreza y el capital social (433, 434). Como tal, ha ocupado el primer plano en los documentos internacionales orientadores como el Objetivo de Desarrollo Sostenible 4 (435) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (436).

El acceso a oportunidades de educación de buena calidad no es uniforme en todos los distintos grupos. Muchas personas adultas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales han tenido que poner fin a su educación o interrumpirla en la niñez, la adolescencia o la adultez temprana (436-438). En los países de ingreso bajo y mediano, los estudios revelan que las personas con problemas o trastornos de salud mental han experimentado mayores niveles de exclusión en la educación (439, 440). Estas registran tasas inferiores de matrícula escolar inicial, tienen más probabilidades de ser objeto de discriminación y estigmatización en la educación y tienen más probabilidades de desertar de la escuela y abandonarla tempranamente (441). Ocurre lo mismo en muchos países de ingreso alto. Por ejemplo, un examen sistemático realizado en el 2019 sobre la discapacidad infantil y los resultados educacionales en Estados Unidos reveló que las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales registraban sistemáticamente tasas de graduación inferiores y tasas de deserción superiores (442). Otro estudio reveló que tenían menos probabilidades de finalizar un título de educación postsecundaria (443).

Esta brecha en la educación trae consigo repercusiones importantes en la adultez para las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales, ya que afecta a sus perspectivas futuras de empleo, ingresos y nivel de vida (444). La falta de oportunidades educacionales constituye un obstáculo enorme para su inclusión y participación plena en la comunidad y contribuye a perpetuar un ciclo de exclusión social y económica (438).

Además de brindar acceso a apoyos y servicios de salud mental de buena calidad (436), es esencial proporcionar educación adecuada y de calidad y también oportunidades de aprendizaje a lo largo de toda la vida (445), a fin de asegurar que las personas puedan adquirir las cualificaciones o los conocimientos necesarios para tener un trabajo o medios de vida que correspondan a sus intereses, deseos y necesidades. A tal efecto, es esencial que las escuelas y las universidades se basen en enfoques inclusivos para la educación en los que los planes de estudios y los entornos escolares se adapten a las necesidades de cada alumno, incluidas las personas con discapacidad (440, 446). Además, es necesario prestar apoyo social y de salud apropiado, junto con diversos métodos didácticos y alojamiento razonable dentro del sistema educativo convencional. Esto puede incluir clases en línea, horarios más livianos, asistencia individual, apoyo entre pares o ayuda para navegar por el sistema escolar.

Además, en algunos lugares existen servicios de educación que reciben apoyo a fin de prestar asistencia a las personas adultas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales para que asistan o regresen a la escuela (444, 447). Estos servicios, aunque diversos en cuanto al tipo y el nivel de apoyo que proporcionan, ayudan a las personas a establecer su objetivo educacional, empezar o continuar un programa de educación de su elección, coordinar con otros servicios de salud mental y otros recursos comunitarios, y hacer frente a las dificultades relacionadas con estudiar y navegar por el sistema escolar (444, 448, 449). Muchos también proporcionan actividades individuales o de grupo encaminadas al desarrollo de habilidades a fin de que las personas adquieran aptitudes transversales que pueden ser útiles en un entorno educacional (por ejemplo, gestión del tiempo o regulación

emocional). Algunos programas educativos que reciben apoyo están disponibles como parte de un plan de estudios educativo, al tiempo que otros son servicios comunitarios independientes o que trabajan asociados con los sistemas escolares. Si bien se necesita más evidencia para evaluar rigurosamente los efectos de los programas educativos que reciben apoyo, existe evidencia preliminar de que tales servicios pueden ayudar a las personas a ganar mejor autoestima, progresar hacia sus objetivos de educación y desarrollar un sentido de esperanza (444).

Ledovec es una organización basada en la recuperación que ha estado prestando servicios de apoyo a la educación en la República Checa desde el 2006. Según las necesidades de la persona, el apoyo puede empezar antes del período de estudios y continuar a lo largo de estos. Las ofertas de apoyo son variadas e incluyen actividades como la elección de una escuela apropiada, la preparación para cualquier examen de admisión, el apoyo para hacer frente a las responsabilidades académicas normales y el manejo del estrés. Los trabajadores de Ledovec pueden mediar las conversaciones con el personal escolar y ayudar en cuanto al cumplimiento de los derechos y el respeto de los intereses personales en la escuela, y también ayudar a las personas a prepararse para su transición de un entorno escolar a un entorno laboral. En el proceso se incluye a las familias, así como a los profesionales de la educación que trabajan de cerca con la persona, y se organizan grupos de apoyo entre pares a fin de asegurar la configuración de un sólido sistema de apoyo en torno a la persona. Por último, Ledovec concientiza acerca de los problemas de salud mental en el sistema educativo y crea redes de apoyo pluridisciplinarias integradas por profesionales de los sectores educativo, social y médico para defender a las personas que tienen problemas de salud mental o discapacidades psicosociales y eliminar los obstáculos relacionados con la educación que estas experimentan en la sociedad checa.

Más allá de la educación impartida en las escuelas y universidades, hay un creciente movimiento dirigido a implantar “institutos de recuperación” en diversos países, que son espacios seguros y de apoyo donde las personas con problemas de salud mental pueden desarrollar las aptitudes, las técnicas y los conocimientos para la recuperación (450, 451). Estos institutos comparten algunas características de la educación académica que incluyen el registro, la matrícula, los planes de estudios para cada período académico, el personal de tiempo completo, los maestros a contrata y un ciclo anual de clases, y algunos en realidad están ubicados en institutos académicos convencionales para personas adultas (452). Como tales, si bien los institutos de recuperación no están diseñados para ayudar a las personas a conseguir un trabajo específico, los conocimientos y aptitudes que estas pueden obtener a partir de esta experiencia pueden ser muy útiles para encontrar y mantener un trabajo (453). Las personas pueden usar el instituto como una alternativa a los servicios de salud mental, junto con el apoyo que ofrecen los servicios de salud mental, o usarlo para ayudarse a dejar de utilizar los servicios de salud mental convencionales por completo. En Kampala (Uganda), el Hospital Nacional de Referencia Butabika ha establecido en el campus el instituto de recuperación Butabika, donde las personas con experiencia propia y con experiencia profesional en materia de salud mental codiseñan y coimparten sesiones didácticas regulares sobre temas relacionados con la recuperación. La mayoría de las sesiones didácticas están centradas en “lo que favorece” y “lo que dificulta” la recuperación, aunque el instituto también imparte sesiones didácticas basadas en aptitudes. Sus alumnos principalmente son usuarios de los servicios ambulatorios y de hospitalización de Butabika, aunque el instituto también está abierto para los familiares y el personal hospitalario. La coproducción de los cursos garantiza que las personas con experiencia propia aporten sus conocimientos especializados para el diseño, la elaboración y el dictado de los cursos ofrecidos (454).

Es posible que las personas deseen recibir capacitación profesional específica para adquirir aptitudes prácticas o aprender un oficio, lo que a su vez puede ser útil para conseguir un trabajo en particular (véase la sección 3.3). A menudo, estas oportunidades de capacitación no exigen el requisito previo de un diploma o cualificación específica. Por ejemplo, la asociación de salud mental israelí presta una variedad de servicios comunitarios de rehabilitación de salud mental, uno de los cuales ofrece capacitación profesional en materia de salud mental. El programa está centrado en tres áreas que son la mecánica de bicicletas, las habilidades culinarias y cómo hablar en público. El programa se imparte durante cinco meses y proporciona una capacitación psicoeducativa cuyo objetivo es mejorar la recuperación personal y las competencias laborales. El proceso de capacitación incluye seis partes, consistentes en la matrícula, la elaboración de un plan personal, la capacitación profesional, la pasantía, la graduación con un diploma y el apoyo con oportunidades laborales. Los participantes en esta iniciativa se involucran en procesos de empoderamiento y tutoría y se benefician de la capacitación profesional y la experiencia práctica (455) que llevan directamente al empleo. Por ejemplo, los participantes en el programa de bicicletas reciben un certificado oficial y pueden ser empleados en talleres de reparación de bicicletas en el mercado laboral abierto o continúan con su empleo de apoyo en el taller de reparación de bicicletas de la asociación. Desde el 2014, 233 personas se han graduado del programa y una evaluación de la división Ramat-Gan reveló que el 61% de los graduados tenían empleo, el 29% habían recibido empleo de apoyo y solo el 10% seguía sin empleo (456).

También es posible que las personas deseen estudiar por la satisfacción que ofrece y el significado que tiene aprender sin tener en mente un trabajo o un resultado. El aprendizaje debe considerarse como un aspecto importante de la recuperación en sí, ya que se trata de reconocer los puntos fuertes y el potencial de cada persona, lo que aumenta el acceso y la inclusión y promueve un sentido de finalidad y significado (457).

Por último, si bien muchas personas adultas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales quizás no han podido recibir una educación adecuada y de calidad en su niñez y adolescencia, es esencial elaborar y mantener iniciativas que cierren la brecha educacional en la edad adulta para procurar que las personas puedan aprovechar los beneficios personales, sociales y profesionales que ofrece el aprendizaje, si lo desean. Por consiguiente, los servicios de salud mental deben preguntar sistemáticamente acerca de la interrupción de los estudios y las aspiraciones futuras y facilitar las referencias a los servicios apropiados en la comunidad.

3.3 Generación de empleo y de ingresos

La mayoría de las personas, incluidas las que tienen problemas de salud mental o discapacidades psicosociales, desean dedicarse a un trabajo satisfactorio (458, 459). Tener acceso a un empleo remunerado no solo puede proporcionar estabilidad financiera y facilitar la respuesta a necesidades básicas como la vivienda, sino que también puede mejorar la calidad de vida al aportar cierta estructura diaria y un sentido de logro, finalidad, autonomía y contribución a la sociedad (460, 461). El trabajo puede también vincularse a un sentido de identidad y estatus, así como contribuir a fortalecer la red social de la persona (73). Por consiguiente, tener acceso a un empleo satisfactorio voluntario o remunerado está vinculado intrínsecamente a la recuperación.

A pesar del derecho que tienen las personas con discapacidad a trabajar en igualdad de condiciones con las demás (462), la discriminación en todo el mundo contra las personas que tienen problemas de salud mental o discapacidades psicosociales persiste hasta nuestros días (463) y las tasas de desempleo en este grupo son sistemáticamente mayores que las de la población general, lo que tiene conocidos efectos perjudiciales sobre el bienestar (464, 465). En los países de la OCDE, las personas que tienen trastornos moderados como ansiedad y depresión tienen el doble de probabilidades de estar desempleadas en comparación con la población en general (465, 466), y las que tienen un empleo tienden a informar que tienen contratos más precarios y salarios más bajos (465). Además, una encuesta transversal de 27 países que tenían diversos niveles de ingresos reveló tasas de desempleo que promediaban un 70% entre los participantes a los que se les había diagnosticado esquizofrenia (467). La brecha en las tasas de empleo puede atribuirse a varios factores, como la estigmatización y la discriminación, la falta de apoyo significativo, el temor de las personas a perder el acceso a las prestaciones sociales o la dificultad de sufrir problemas de salud mental en los primeros años de la edad adulta sin contar con un apoyo apropiado (a menudo un período de transición hacia un empleo o una capacitación futura) (459, 467-469).

En todo el mundo se han aplicado diversos enfoques para ayudar a las personas que tienen problemas de salud mental o discapacidades psicosociales para acceder o recuperar el empleo. Tradicionalmente vinculados a la atención institucional, han predominado los enfoques protegidos en los que se brinda a las personas trabajo en ambientes protegidos donde hay otras personas con discapacidad (470). Sin embargo, este tipo de enfoque está desapareciendo gradualmente debido a la mala calidad de esa clase de empleos en general (condiciones de trabajo deficientes, trabajo de carácter repetitivo, sueldos bajos, ninguna perspectiva de desarrollo profesional, etc.), y también debido a las tasas muy bajas de transición al mercado laboral abierto y la dificultad de crear una estructura económicamente viable en un entorno no competitivo (470). Este entorno también conduce a la segregación y la marginación de las personas con problemas mentales o discapacidades psicosociales de la comunidad.

Otros enfoques se basan en la creencia de que las personas que no forman parte del mercado laboral necesitan algún tipo de capacitación antes de tener acceso a cualquier forma de empleo. Este planteamiento puede tomar diversos nombres, pero se conoce generalmente como capacitación profesional. Generalmente las personas reciben cursos de capacitación (sobre habilidades laborales genéricas o específicas, desarrollo personal o aptitudes sociales o cognitivas, etc.), participan en los talleres para familiarizarse con las expectativas laborales o reciben asesoramiento (471) (véase la sección 3.2). Los enfoques son particularmente útiles cuando tienen como objetivo ayudar a las personas a encontrar un trabajo que sea satisfactorio para ellas.

Algunos servicios ofrecen un período de empleo transitorio antes de ayudar a la persona a obtener empleo en el mercado abierto. Esto puede considerarse un proceso gradual en el que las personas adquieren experiencia profesional en programas específicamente concebidos para quienes tienen problemas de salud mental o discapacidades psicosociales, que luego puede usarse como un peldaño para las perspectivas futuras de empleo (471).

El modelo de Clubhouse es un ejemplo de un servicio basado en la recuperación que brinda capacitación profesional y oportunidades de empleo transitorio antes de prestar apoyo para el acceso al empleo en el mercado abierto. Su enfoque incluye un período de preparación antes de que los miembros intenten regresar al empleo competitivo (194). Este período de preparación se fundamenta en la creación de la “jornada laboral diaria” y un sistema de cogestión en el que los miembros de Clubhouse han compartido la responsabilidad y la titularidad para el buen funcionamiento del servicio (planificación de la compra del mercado, preparación de alimentos, administración de los fondos de Clubhouse, tramitación de nuevas solicitudes y demás). Este enfoque permite desarrollar la autoestima y las competencias de los miembros que luego están más familiarizados con lo que se espera en un puesto remunerado. La Clubhouse también ayuda a los miembros a buscar y acceder a un empleo transitorio que tenga significado para la persona en cuestión y los ayuda a que regresen paulatinamente al mercado laboral (194). Los puestos de empleo transitorios tienen una duración limitada (generalmente entre seis y nueve meses) durante cuyo transcurso la Clubhouse establece y mantiene una relación con el empleador y proporciona capacitación y apoyo en el mismo lugar (194).

Algunos servicios de salud mental han promovido la creación de **empresas sociales** que proporcionan empleo a las personas que tienen discapacidades psicosociales. Estas empresas compiten con otros negocios en el mercado abierto, pagan a sus trabajadores el sueldo normal por su trabajo y brindan condiciones dignas y seguridad (470) (véase el ejemplo de Trieste en la sección 4.1.3). En Hong Kong, la New Life Psychiatric Association, que fue creada y es administrada por un grupo de personas a quienes se les ha diagnosticado un trastorno de salud mental y al cual pertenece, ha creado varias empresas sociales en diversos ámbitos, como servicios de comida, ventas al por menor y ecoturismo (472). Estas combinan la capacitación y el empleo para “crear un negocio viable y continuo que puede generar ingresos”. Luego se reinvierten las ganancias para cumplir la misión social de la empresa, que consiste en impartir capacitación a las personas que tienen problemas o trastornos de salud en entornos reales de trabajo y apoyarlas para que adquieran las habilidades y la confianza necesarias para el empleo abierto y la integración en la comunidad (472). Por tanto, cada empresa social sirve de sitio real de capacitación para el trabajo y proporciona empleos de capacitación a los usuarios de los servicios que trabajan como pasantes. A medida que mejoran sus habilidades y capacidades laborales, las personas son promovidas al nivel de pasantes superiores. Cuando progresan más, los funcionarios de colocación de la asociación les ayudan a encontrar empleo en el mercado abierto.

Otro ejemplo de empresa social que emplea a personas que tienen problemas de salud mental o discapacidades psicosociales es el Parivartan Café, ubicado en la zona del Hospital Ahmedabad para Salud Mental, en Gujarat (India). El café ha estado funcionando satisfactoriamente desde octubre del 2017. Lo administran personas con experiencia propia e imparte capacitación profesional a otras personas. El objetivo del café es procurar que las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales tengan más oportunidades de empleo y también crear una conciencia de salud mental positiva dentro de la propia comunidad. Se pagan unos honorarios mensuales de 3.000 rupias indias (US\$41),^{aa} además de comidas gratuitas. Estos honorarios son un 50% superiores al salario mínimo diario oficial. Los empleados reciben apoyo de un psicólogo que los

^{aa} Conversión al mes de marzo del 2021.

ayuda con todo lo que puedan necesitar, desde cómo afrontar las dificultades en sus trabajos hasta hablar de su propia salud y bienestar.

Si bien la capacitación profesional y el empleo transitorio aplican un “enfoque de capacitar y luego colocar”, otra manera de brindar apoyo laboral a las personas que tienen problemas de salud mental o discapacidades psicosociales es mediante un enfoque de “colocar y luego capacitar”. Esto suele denominarse **empleo asistido** y tiene una base de evidencia empírica muy fuerte (471). Estos programas no imparten capacitación antes del empleo, sino que priorizan el acceso al empleo en el mercado abierto. Luego proporcionan apoyo y capacitación, de ser necesario, mientras la persona trabaja (470). Estos programas han demostrado tener resultados buenos o mejores que la rehabilitación mediante capacitación profesional en cuanto a la obtención de empleo competitivo (473). Las personas que trabajan en un empleo asistido también ganaron más y trabajaron más horas por mes que las que recibieron capacitación preprofesional y profesional (473).

La colocación y el apoyo individuales (474) constituyen un modelo específico de empleo asistido que tiene una amplia base de evidencia proveniente de muchos países (475-482). Este modelo se basa en varios principios, definidos según una escala de fidelidad (483). Está centrado en llevar a cabo una búsqueda rápida de trabajo (en lugar de hacerlo en impartir la capacitación o proporcionar el asesoramiento primero) en un entorno laboral competitivo, sin plazos artificiales y con igualdad de remuneración para los trabajadores que desempeñan su labor con otros que tienen responsabilidades similares. También funciona para crear oportunidades de trabajo para las personas contactando con los empleadores, asegurando que las preferencias de los usuarios guíen las decisiones, proporcionando apoyos personalizados sin límite de tiempo y ayudando a las personas para que tengan acceso a las prestaciones sociales (474). Una revisión sistemática de 27 ensayos controlados aleatorizados demuestra que este enfoque resulta en tasas laborales más competitivas cuando se compara con la rehabilitación profesional tradicional en todos los entornos estudiados (484).

Otro método común e importante de generación de empleo e ingresos es el desarrollo de pequeñas empresas y programas de sustento para brindar oportunidades a las personas que tienen problemas de salud mental o discapacidades psicosociales. Por ejemplo, la organización Basic Needs es una ONG internacional, conocida actualmente como CBM Global, que presta apoyo a las personas que tienen problemas o trastornos de salud mental o a quienes se les ha diagnosticado epilepsia para que tengan acceso al trabajo o regresen a este, junto con una gama de otros servicios como el aumento del acceso al tratamiento, el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, etc. (485). Estas organizaciones colaboran con socios locales y procuran que los medios de sustento se consideren una pieza integral del proceso de recuperación de las personas. En uno de sus proyectos, Basic Needs Ghana ha asistido a 650 personas en Ghana del norte para que se ganen el sustento en la esfera de su elección, que incluía el cultivo de verduras, la crianza de ganado, la jardinería y la formación en sastrería y confección (486).

Por último, es necesario esforzarse para ayudar a las personas que tienen trastornos de salud mental o discapacidades psicosociales en su entorno laboral, así como ayudarlas a regresar al empleo que tenían antes. Esto puede requerir apoyo y alojamiento en y por el lugar de trabajo (487, 488). En general, hay una gran variedad de maneras de prestar apoyo para el empleo. Dado que los requisitos de cada persona son diferentes, los programas de trabajo considerados deben ser los que mejor se ajusten a las aspiraciones de la persona en ese momento. Es posible que algunas personas consideren más útil un enfoque progresivo acerca del empleo y adquieran confianza en sí mismas y habilidades mediante el trabajo voluntario u otra forma de participación social. Otras pueden preferir comenzar

directamente en su empleo preferido y beneficiarse del alojamiento laboral (como trabajo flexible, trabajo en casa, horarios más livianos, licencia por enfermedad y retorno gradual a las modalidades de trabajo, etc.) Y otras quizá no se sientan preparadas para el trabajo, o no deseen trabajar en absoluto, y algunas quizás se sientan cómodas con un contrato laboral totalmente independiente.

3.4 Protección social

Existe una relación bien establecida y recíproca entre la dificultad financiera y los problemas de salud mental (489). Vivir en la pobreza y en condiciones a menudo asociadas con la pobreza como la vivienda deficiente, la nutrición insuficiente, la violencia, la falta de acceso a ayudas sociales y de salud, entre otros, aumenta el riesgo de desarrollar un problema o trastorno de salud mental o discapacidades psicosociales. Las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales también tienen más probabilidades de caer en la pobreza o permanecer en esta debido a la discriminación que sufren en el empleo y la educación (465) (véase la sección 3.3). Las tasas más elevadas de desempleo también implican menos oportunidades de tener acceso a programas contributivos como el seguro social (490).

Un número mayor de personas con problemas o trastornos de salud mental informan tener deudas en comparación con las personas sin problemas o trastornos similares (491). Además, si bien el empleo en general constituye un factor positivo cuando se trata de salud mental, esto no siempre es así, y para algunas personas puede ser más difícil trabajar en ciertas etapas de su vida a causa de su problema o discapacidad. La lucha por asegurar una fuente estable de ingresos puede producir mucho estrés y socavar o empeorar la salud mental de una persona. Como resultado de esto, los programas y las prestaciones de protección social pueden brindar un sustento a las personas que no pueden mantenerse por sí mismas, temporalmente o por períodos más largos, y por lo tanto constituyen un aspecto esencial de la recuperación (492).

El derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado y a la protección social sin discriminación por motivos de discapacidad es una disposición fundamental formulada en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (493) e incluye tanto los programas de protección social al alcance de la población general (como sistemas de pensión, prestaciones para las personas que buscan empleo y todos los demás programas de protección social establecidos) como los programas dirigidos específicamente a las personas con discapacidades. Ambos revisten importancia crucial para asegurar la inclusión plena de las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales en igualdad de condiciones con las demás en la sociedad. Sin embargo, la presente sección está centrada en las cuestiones relacionadas con las prestaciones específicas de las discapacidades.

A pesar de las normas de derechos humanos establecidas por el derecho internacional, la práctica en muchos países demuestra que las personas con problemas de salud mental, de hecho, son objeto de discriminación en relación con las prestaciones sociales específicas de las discapacidades (494, 495). Por ejemplo, en los países de la OCDE las oleadas actuales de las políticas que buscan intensificar los procesos de evaluación y reducir los criterios de idoneidad para las prestaciones por discapacidad afectan desproporcionadamente a las personas con problemas de salud mental (494, 496, 497). Por ejemplo, en Gran Bretaña, un estudio calculó que los solicitantes que presentaban un problema de salud mental tenían 2,4 más probabilidades de perder su derecho a un subsidio para gastos de manutención por discapacidad que los que tenían un problema de salud no relacionado con la salud mental, como diabetes y trastornos neurológicos u osteomusculares (498).

Otra forma de discriminación proviene del hecho de que puede ser particularmente difícil para las personas navegar por los complejos procesos de solicitud y las evaluaciones de idoneidad inherentes a muchos sistemas de protección social (499, 500). Por ejemplo, en la India, algunos alegan que “debido a su discapacidad, muchas personas que cumplirían los requisitos para recibir

prestaciones [por discapacidad] se ven impedidas de obtener el certificado de discapacidad sin asistencia” (501). Una encuesta en Reino Unido reveló que cuatro de cada cinco personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales que habían presentado solicitudes para prestaciones sociales tenían dificultades en encontrar la información necesaria para respaldar su solicitud, y casi todas ellas consideraron que el proceso de solicitud era difícil (500). En ese mismo estudio, nueve de cada diez participantes (93%) dijeron que su salud mental se había deteriorado a la expectativa de una evaluación médica (500), lo que demuestra que las evaluaciones y los procesos de solicitud son extremadamente estresantes y pueden tener repercusiones considerables en las personas que ya tienen dificultades debido a sus problemas de salud mental (502). Además, dado que el acceso a las prestaciones por discapacidad suele depender de las evaluaciones médicas, los psiquiatras actúan como guardianes para las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales. Esto puede representar un elemento disuasivo para acceder a las prestaciones de protección social. Tener un historial de un problema de salud mental también actúa como un elemento disuasivo respecto de la solicitud de prestaciones en el sentido de que esto puede inhabilitar a las personas para obtener muchos tipos de empleo.

En muchos países las prestaciones dependen solo de variables como el tipo de deficiencia, los recursos individuales o del hogar, o la capacidad laboral calculada, en lugar de basarse en las necesidades (503, 504). Este es un enfoque reduccionista de la discapacidad que oculta el hecho de que, por definición, la discapacidad existe debido al ambiente en el que la persona se encuentra y los obstáculos sociales a las que esta se enfrenta. Por ejemplo, al centrarse solo en el tipo de deficiencia no se logra abordar el hecho de que las personas con trastornos similares posiblemente tengan necesidades muy diferentes en cuanto al tipo y la intensidad de las necesidades de atención y apoyo, según sus modalidades de convivencia y sus aspiraciones en la vida. Además, en muchos países, para cumplir los requisitos relativos a las prestaciones sociales, la persona debe someterse a una prueba sobre sus medios de subsistencia, que a menudo no tiene en cuenta los elevados gastos asociados a la discapacidad que las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales tienen que pagar para tener el mismo nivel de vida que otras personas (505).

Asimismo, centrarse en una evaluación de la capacidad laboral pasa por alto completamente la discriminación y la estigmatización generalizadas en el sector laboral y la dificultad resultante para encontrar empleo que experimentan muchas personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales que buscan empleo (506). Según este enfoque, las personas son certificadas como “incapacitadas para trabajar” para que puedan tener acceso a los programas de protección social, lo que contradice directamente el derecho al trabajo reconocido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En realidad, la mayoría de las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales estarían en condiciones de trabajar si los mercados laborales fueran inclusivos y si se les proporcionara apoyo y adaptaciones en el lugar de trabajo (488). Además, el temor de que al comenzar a trabajar y a devengar un ingreso se reduciría el derecho a recibir prestaciones también puede marginar aún más a las personas e impedir su inclusión total en la sociedad (503). Ante este contexto, es necesario alejarse del enfoque de “incapacidad para trabajar”, en particular acerca de los jóvenes, y promover una combinación adecuada y flexible entre la seguridad de ingresos y el apoyo relacionado con la discapacidad, a fin de promover el empoderamiento económico y el empleo (490).

En términos generales, la evidencia reciente indica que las condicionalidades impuestas en los programas de protección social, en las que el acceso a las prestaciones depende de que las personas acepten cumplir ciertas obligaciones (por ejemplo, entrevistas obligatorias centradas en el trabajo, planes de

capacitación y apoyo, o requisitos de búsqueda de empleo), en gran medida son ineficaces e inapropiadas para las personas con condiciones de salud mental o discapacidades psicosociales y “en muchos casos, desencadenan resultados negativos para la salud” (507). Tales prestaciones condicionales también pueden contribuir a crear el “estigma de las prestaciones sociales”, por el que las personas que reciben protección social son objeto de estigmatización y discriminación por ser beneficiarias de las prestaciones (508, 509). Esta dinámica se puso de relieve en un estudio llevado a cabo en América Latina, en el que los beneficiarios de prestaciones sociales a los que se les había diagnosticado trastorno bipolar notificaron niveles más altos de estigma autopercibido en comparación con los no beneficiarios de prestaciones (510).

Hay muchas maneras de asegurarse de que las prestaciones sociales se ajusten a las necesidades de la persona y, por lo tanto, respalden su inclusión en la sociedad. Una de ellas es proporcionar un componente incondicional a la protección social. Por ejemplo, en Suecia, un estudio realizado en el 2015 reveló que al proporcionar un subsidio mensual incondicional en efectivo de US\$ 73 por nueve meses a las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales se produjeron mejoras considerables en su calidad de vida percibida y en sus redes sociales, y disminuciones estadísticamente significativas (pero clínicamente moderadas) en la gravedad de los síntomas de depresión y ansiedad en comparación con un grupo de control (511). En un examen de los sistemas de protección social y salud mental, Senior *et al.*, basándose en la evidencia, concluyeron que “La introducción de un componente incondicional del sistema de bienestar social tiene probabilidades de mejorar la salud mental de los solicitantes (y por consiguiente su capacidad para trabajar) sin reducir su deseo de trabajar” (502).

También es necesario crear una fuente de financiamiento que apoye a las personas que tienen problemas de salud mental o discapacidades psicosociales, basándose en sus necesidades expresadas. Un buen ejemplo de esto es el concepto de los presupuestos personales de salud, que son asignaciones de dinero que las personas pueden gastar en los servicios que elijan (512). Este enfoque holístico y centrado en las personas acerca de la atención y el apoyo las empodera para que usen los fondos de maneras posiblemente nuevas e innovadoras que van más allá de los servicios contratados tradicionalmente (512). Los presupuestos personales de salud suponen que las personas son las expertas en su propia vida y bienestar y les permiten tomar control de los servicios y apoyos que quizás deseen recibir, lo que facilita a los beneficiarios tener una vida más satisfactoria, integrada, inclusiva y plena. Tras su puesta en práctica en Reino Unido, ha habido evidencia y comentarios positivos para respaldar el aumento de su uso (513-515).

La ciudad de Trieste, en Italia, ha puesto en práctica satisfactoriamente un ejemplo de presupuestos individuales de salud para quienes necesitan atención y apoyo sumamente personalizados a fin de que ejerzan plenamente su derecho a la vivienda, al empleo y a la inclusión social (véase la sección 4.1.3) (516). Los 160 participantes determinaron sus objetivos y necesidades en los planes personalizados de atención, de los cuales depende su presupuesto de salud. Este último puede usarse para satisfacer las necesidades de vivienda, empleo o relaciones sociales, con lo que se fomenta una visión holística de la atención y el apoyo. Este enfoque basado en las necesidades mejora el nivel de autonomía de las personas y aumenta la personalización de la atención. Mediante los presupuestos de salud, “una amplia gama de recursos comunitarios se utiliza de manera integrada, [y] los servicios basados en un plan personalizado de atención dejan de ser programas rígidos y preconcebidos para convertirse en programas flexibles y diversificados” (516).

En el 2015, el Gobierno de Israel, el Comité de Distribución Conjunta y la Ruderman Family Foundation se asociaron para crear “Israel Unlimited”, un programa piloto de presupuesto personal

que benefició a 300 personas con diversas discapacidades en el 2019 (517). En este programa, los participantes se conectan con un coordinador de la atención con quien determinan sus objetivos en la vida y cómo lograrlos (518). Una vez que tienen un plan, los participantes reciben una asignación monetaria en base a lo conversado, a fin de que alcancen sus objetivos en la vida. Como informó Avital Sandler-Loeff, director del programa, “Aquí permitimos a las personas elegir el modo de vida que desean. Esto significa tomar en cuenta los sueños y las aspiraciones de la persona y ver cómo podemos ayudarlas a lograrlos” (519). Por consiguiente, el apoyo a la toma de decisiones es una pieza integral de su labor. También colaboran con los prestadores de servicios y las familias para invalidar las creencias preconcebidas de que las personas con trastornos de salud mental o discapacidades no pueden tomar decisiones por sí mismas (518). Más allá de los comentarios positivos recibidos de los participantes sobre este proyecto, los resultados preliminares también indican que este costó un 20%-30% menos que el sistema vigente de prestaciones por discapacidad en Israel, a la vez que empodera a las personas para decidir acerca de su atención y apoyo (518).

De manera más general, es fundamental procurar que a las personas se les preste apoyo adecuado para que tengan acceso a las prestaciones sociales a las que tienen derecho y para que tomen decisiones al respecto, de acuerdo con las obligaciones en materia de derechos humanos. Las iniciativas como la del Defensor del Pueblo (véase la sección 2.5.5) pueden desempeñar una función clave para ayudar a las personas a navegar por los complejos sistemas de las prestaciones. El grupo de apoyo entre pares para el empoderamiento mental de Nairobi USP-K, una asociación registrada ante los servicios sociales y el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, constituye un buen ejemplo de cómo una organización de apoyo entre pares puede ayudar a las personas a tener acceso la protección social, las exenciones tributarias y los programas de empoderamiento económico (véase la sección 2.4.2).

El grupo de apoyo ayuda a los miembros a que se registren como personas con discapacidad y, una vez que se han registrado satisfactoriamente, se les proporciona información acerca de las prestaciones y otras oportunidades de financiamiento a las que quizás la persona pueda tener acceso. Estas podrían incluir subsidios de educación, subsidios de herramientas de comercio y exenciones de tasas de operaciones comerciales locales para quienes tienen un empleo informal. El grupo también examinará qué clase de servicios puede desear o necesitar la persona y cómo se la puede ayudar para que tenga acceso a ellos. Proporcionar asesoramiento individualizado acerca de las prestaciones de bienestar social a las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales en realidad puede disminuir el costo de la atención de salud al reducir la duración de las hospitalizaciones, prevenir la carencia de hogar y prevenir la recaída de los problemas de salud mental (520).

3.5 Conclusiones

Procurar que las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales tengan acceso en igualdad de condiciones con las demás a la vivienda, la educación, el empleo y la protección social es fundamental para el respeto de sus derechos humanos y para su recuperación. En la siguiente sección se subrayan algunos ejemplos de países de todo el mundo que han establecido redes que prestan una variedad de servicios de salud mental integrados, pero también una gama de otros servicios fundamentales, y que colaboran con servicios de otros sectores de la comunidad para prestar apoyo integral a las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales en todos los aspectos de su vida.

4.

Redes integrales de
servicios de salud mental

En varios lugares, países, regiones o ciudades individuales del mundo se han creado redes de servicios que abordan los determinantes sociales de la salud y los múltiples retos conexos que las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales afrontan todos los días en todos los aspectos de su vida. Fundamentalmente, estas redes se esfuerzan por ir más lejos y trabajar para replantear y dar nueva forma a las relaciones entre los servicios y las personas que acuden a ellos para recibir ayuda. En algunos casos, estas redes de servicios se han inspirado explícitamente en una agenda de derechos humanos y han trabajado para establecer servicios orientados hacia la recuperación. Al tiempo que están centradas en prestar una diversidad de servicios de salud mental, también reconocen la importancia de abordar los determinantes sociales fundamentales y colaborar activamente con otros sectores como la vivienda, la educación y el empleo. Muchas también procuran crear las condiciones idóneas para crear asociaciones verdaderas con las personas con experiencia propia a fin de asegurar que sus conocimientos especializados y los requisitos sean un componente esencial de los servicios que se prestan. En esta sección se presentan varios ejemplos de redes de salud mental; algunas redes consolidadas, estructuradas y evaluadas que han reconfigurado y reorganizado profundamente el sistema de salud mental, y también algunas redes en transición, que han logrado hitos importantes.

La presentación de estas redes no implica que en todo momento se estén cumpliendo las normas de derechos humanos en todos los servicios de las redes; esto no ocurre en ninguna parte del mundo. Sin embargo, estas redes brindan ejemplos inspiradores de lo que puede lograrse con el compromiso político, la determinación y una fuerte perspectiva de derechos humanos que respalden las acciones en materia de salud mental. Estos ejemplos son una prueba viviente de que los responsables de las políticas, los planificadores y los prestadores de servicios pueden crear un sistema único de servicios que las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales desean usar y consideran útiles, y que dan buenos resultados, protegiendo y promoviendo los derechos humanos.

4.1 Redes de salud mental consolidadas

Las redes consolidadas se han construido a lo largo de décadas y avanzan constantemente para procurar que los derechos de las personas que atienden se respeten plenamente y que se logre el grado máximo alcanzable de salud para todos. Las características comunes de estas redes incluyen un compromiso político firme y sostenido con la reforma del sistema de atención de salud mental a lo largo de décadas, a fin de adoptar un enfoque de derechos humanos y basado en la recuperación; la elaboración de nuevas políticas, leyes y presupuestos, junto con un aumento de la asignación de los recursos que refleje la voluntad política; y el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental que se integren y se conecten con los múltiples actores comunitarios procedentes de sectores diversos que incluyan a los sectores sociales, laborales, judiciales, de salud y de otro tipo.

4.1.1

Red de servicios comunitarios de salud mental de Brasil

El caso de Campinas



Las redes de servicios comunitarios de salud mental de Brasil constituyen un ejemplo de cómo un país puede implantar a gran escala servicios basados en los derechos humanos y los principios de recuperación. La red de servicios integrales, incluidos los centros de atención psicosocial, que funcionan en el marco del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil es el resultado de las profundas reformas psiquiátricas iniciadas a finales de los años setenta, que desplazaron el tratamiento de los hospitales a las comunidades, en un marco jurídico y regulatorio de apoyo. Campinas, un municipio del estado de São Paulo, representa un modelo de funcionamiento a nivel local donde todos los servicios se prestan a través de este modelo tras el cierre del hospital psiquiátrico de la ciudad en el 2017.

Coordinación de los servicios y principios fundamentales

En Brasil, la atención comunitaria de salud mental se presta en toda la nación mediante una red integral de servicios regidos por los principios de los derechos humanos y un enfoque comunitario. La red refleja a la persona, la familia y la comunidad. La manera en que se configura la red en cualquier región particular de Brasil refleja las necesidades singulares de esa región. Los centros de atención psicosocial (*Centro de Atenção Psicossocial* [CAPS]) y los centros comunitarios de atención primaria de salud (CCAPS) son los principales mecanismos coordinadores en la red. Estos servicios se complementan con los otros servicios de la red, incluidos los servicios especializados que prestan apoyo de salud mental a los centros comunitarios de atención primaria de salud, los equipos de clínica en la calle, las estrategias de desinstitucionalización, las camas de salud mental en hospitales generales y los servicios urgentes y de emergencia. En la sección 2.3.2 se presenta una descripción detallada de un centro de atención psicosocial III.

Servicios fundamentales y la manera en que funcionan

Centros de atención psicosocial (CAPS)

Los centros de atención psicosocial son la piedra angular de la red comunitaria de salud mental en Brasil. El enfoque de los centros de atención psicosocial se basa en los derechos y está centrada en las personas, y sus objetivos principales son prestar atención psicosocial, promover la autonomía, subsanar los desequilibrios de poder y ampliar la participación social. Estos centros prestan apoyo a la atención de salud mental para las personas con trastornos de salud mental graves o persistentes o discapacidades psicosociales, por ejemplo, en situaciones difíciles y de crisis. En su calidad de órgano coordinador de la red, los centros también brindan apoyo a otros servicios de salud mental y general a fin de que desempeñen su función en la red comunitaria más amplia de salud mental. Además, los centros elaboran y aplican estrategias para vincularse con otros recursos y servicios comunitarios en las áreas de la salud, la educación, la justicia y la asistencia social, con el objetivo de promover y garantizar los derechos.

Los centros de atención psicosocial se denominan según la zona de captación, horas de operaciones y la población destinataria. Según el tamaño de la población y la región abarcada, existen centros de nivel I, II y III para la población adulta, con servicios específicos para niños y adolescentes (CAPSi) y para necesidades y problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (CAPSad). Los centros psicosociales de nivel III están abiertos las 24 horas del día, los siete días de la semana, y proporcionan alojamiento nocturno si es necesario. Se puede acudir a ellos para obtener respiro, alejarse por un tiempo de situaciones difíciles, recibir ayuda en situaciones difíciles y de crisis, u otra situación en que la persona siente que puede beneficiarse de apoyo adicional y constante (184). En Campinas, hay 14 centros, 6 de

los cuales son centros psicosociales de nivel III, y los restantes están centrados en los niños o las personas con necesidades y problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Todos los centros de atención psicosocial siguen tres principios orientadores:

1. *Políticas de puertas abiertas.* Una persona puede simplemente entrar al centro para tener una reunión inicial; las personas son libres de entrar y salir de los centros en su vida diaria, participar en las actividades que se ofrecen o simplemente usar el lugar para conectarse y reunirse con otras personas, como un lugar de respiro, o para participar en actividades de grupo.

2. *Participación comunitaria.* Los centros de atención participan activamente en la comunidad, trabajando para colaborar estrechamente con la comunidad que atienden y con las personas que viven en ella y para comprenderlas plenamente. Buscan y activan recursos comunitarios y crean asociaciones para llevar a cabo las iniciativas de atención de salud mental.

3. *Desinstitucionalización.* Los centros de atención psicosocial se diseñaron y desarrollaron para reemplazar a los hospitales psiquiátricos y otras estructuras de internamiento en instituciones (184). Todos los centros psicosociales tienen la capacidad y la responsabilidad de responder a situaciones complejas, difíciles y de crisis, ofreciendo atención y apoyo con prácticas comunitarias. Como principio, los centros no derivan a las personas a los hospitales psiquiátricos.

Además de los principios orientadores comunes, los centros también comparten características acerca de sus prácticas. Estas incluyen planes de recuperación centrados en la persona para todos, prácticas de rehabilitación psicosocial con un enfoque fundamental en la ciudadanía activa, determinando acciones para empoderar a las personas en su vida cotidiana, su comunidad, en el propio servicio y en la salud mental más ampliamente, proporcionando actividades individuales y de grupo y prestando apoyo a las familias y también a la persona.

Centros comunitarios de salud

Los centros comunitarios de salud se consideran como el primer punto de contacto para la entrada de las personas al sistema de salud pública brasileño, y proporcionan atención comunitaria básica mediante servicios de medicina general, pediatría, ginecología, enfermería y odontología (521). Los equipos de salud familiar vinculan a la comunidad con los centros comunitarios. En Campinas hay 66 centros de este tipo, aproximadamente uno por cada 20.000 habitantes. Todos los centros comunitarios de Campinas se vinculan con un centro de atención psicosocial y reciben apoyo de este.

Núcleo de atención a la salud de la familia (Núcleo de Atenção à Saúde da Família [NASF])

Los núcleos de atención a la salud de la familia son equipos multidisciplinares que cuentan con una amplia gama de conocimientos especializados, que incluyen la salud mental, que prestan apoyo general directo a los centros de atención psicosocial y a los equipos de salud familiar. Los núcleos de atención examinan casos clínicos, realizan consultas compartidas, colaboran en la elaboración de planes de recuperación centrados en las personas y proporcionan actividades de prevención y promoción de la salud. También apoyan el desarrollo de la capacidad de los profesionales de los centros comunitarios de salud en materia de salud mental. Al apoyar a las personas que tienen necesidades menos acuciantes o menos complejas, los centros de atención psicosocial de la comunidad pueden centrarse en proporcionar atención y apoyo a las personas que tienen necesidades de salud mental

más complejas. Los núcleos de atención a la salud de la familia son particularmente importantes en los municipios con menos de 15.000 habitantes. Estos municipios, que representan cerca del 60% de los municipios de Brasil y cerca del 12% de la población total brasileña, son demasiado pequeños para recibir servicios de un centro de atención psicosocial dedicado específicamente a ellos. En estos municipios, los equipos de los centros comunitarios de salud y de los núcleos de atención a la salud de la familia son el pilar de la atención y el apoyo de salud mental (184).

Equipo de clínica en la calle (Equipe de Consultório na Rua)

Los equipos de clínica en la calle forman parte de los centros comunitarios de salud y prestan apoyo y atención de salud a la comunidad sin hogar. Proporcionan apoyo general de salud mental, así como apoyo a las personas que tienen problemas de salud mental, discapacidades psicosociales y necesidades y problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Estos equipos sostienen un diálogo continuo con los centros comunitarios de salud, los equipos de salud familiar y los centros de atención psicosocial (184). No derivan a las personas a los hospitales psiquiátricos u otros servicios donde quizás se utilice la coerción, la restricción o la reclusión. En el 2020, los dos equipos de clínica en la calle de Campinas asistieron a unas 476 personas por mes.

Camas de salud mental en hospitales generales (Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais)

Algunos hospitales generales tienen un número limitado de camas dedicadas a la atención de salud mental, a las que puede accederse a petición de un servicio de las redes de salud mental, como un centro de atención psicosocial. En Campinas, la hospitalización se usa en general para prestar apoyo en una situación de crisis, según su gravedad y las necesidades de una persona. Sin embargo, este servicio sigue vinculado a la red comunitaria principal. De esta forma, si se ingresa a una persona que va a utilizar una cama de salud mental en un hospital general, el equipo hospitalario y el equipo del servicio que hizo la referencia (por ejemplo, un centro de atención psicosocial) colaboran en la elaboración del plan de recuperación de la persona.

Servicios urgentes y de emergencia

La atención de salud mental urgente y de emergencia forma parte de la red de servicios de emergencia del sistema general de salud. Como norma general, estos servicios trabajan en conjunto con los centros de atención psicosocial cuando una persona con necesidades de salud mental acude a uno de los servicios.

Servicios residenciales terapéuticos (Serviços Residenciais Terapêuticos)

La red de salud mental en Brasil incluye estrategias de atención sin internamiento específicamente concebidas para las personas que han sido dadas de alta de hospitales psiquiátricos o de hospitales de custodia tras largos períodos de hospitalización. Los servicios residenciales terapéuticos son casas ubicadas en la comunidad que brindan una opción de alojamiento independiente a las personas que, al dárseles el alta, no tienen ninguna posibilidad de regresar a su hogar familiar y no tienen redes familiares ni de apoyo de otro tipo a su disposición. La rehabilitación psicosocial se proporciona en estrecha colaboración entre la persona, el servicio residencial terapéutico y el centro de atención psicosocial, con el objetivo de promover autonomía y la inclusión social, y garantizar los derechos. Campinas tiene 20 servicios residenciales terapéuticos que alojan a 139 personas, todas ellas beneficiarias del programa “Vuelta a casa”, una estrategia de atención sin internamiento que consiste en transferir dinero a las personas dadas de alta tras una hospitalización prolongada con el objetivo de fortalecer su autonomía al procurar que cuenten con recursos para tomar sus propias decisiones. La cantidad mensual pagada a nivel federal es de R\$ 412 (US\$ 73).^{ab}

ab Conversión al mes de marzo del 2021.

Iniciativas de redes transversales

Los servicios dentro de la red también se ocupan de las iniciativas de las redes transversales que son transformativas en cuanto a la persona, la comunidad y una percepción y un compromiso más amplios respecto de la discapacidad psicosocial y la salud mental. Entre los ejemplos figuran los siguientes:

- *Centros de convivencia (Centro de Convivência (CECO)).* Estos centros de convivencia están abiertos para todos, incluidas las personas con discapacidades psicosociales y cognitivas, y las personas adultas mayores y los niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad social. En el municipio de Campinas, las actividades del centro comunitario reflejan dos temas principales: la coexistencia (actividades de grupo, reuniones públicas, fomento de la comprensión de las diferencias entre las personas) y las asociaciones con instituciones públicas y la sociedad civil que contribuyen a la inclusión y la autonomía.
- *Iniciativas de generación de trabajo e ingresos.* Estas iniciativas promueven el derecho al trabajo e imparten capacitación y formación profesional para el trabajo. Fomentan la inclusión social y la autonomía, con lo que aumenta el poder personal y mejora las condiciones de vida de las personas. Estas iniciativas aplican un enfoque de economía solidaria. El municipio de Campinas tiene dos servicios centrados en la economía solidaria y la generación de trabajo e ingresos, que promueven la autonomía y la inclusión social mediante el trabajo y la participación en cooperativas y asociaciones sociales.
- *Iniciativas culturales.* La red de salud mental en Campinas tiene varios proyectos colectivos y de redes transversales que incluyen la participación de los usuarios de los servicios de salud mental, como también de profesionales y familiares de los usuarios de diferentes centros de atención psicosocial, servicios residenciales terapéuticos, centros de convivencia y otros más, en iniciativas que incluyen programas de radiodifusión, publicaciones e iniciativas deportivas.

Efectos y logros

Al comparar las estrategias y los servicios comunitarios de salud mental que reemplazaron a los hospitales psiquiátricos en Brasil, se observó que los servicios comunitarios de salud mental resultaban ser más eficaces y eficientes (522). Un estudio realizado en el 2019 reveló una correlación entre el aumento de los centros de atención psicosocial y la cobertura de centros de salud primaria en la que se verificó una disminución de las tasas de hospitalización psiquiátrica (523). Una revisión sistemática realizada en el 2015 de los estudios sobre los servicios de salud mental en Brasil permitió verificar la satisfacción con los servicios creados como sustituto al internamiento en instituciones (p. ej., CAPS), citando atributos positivos como las actitudes acogedoras y humanizadoras, la ruptura del aislamiento social, la mejora de las afecciones clínicas y el apoyo a la calidad de vida y a la salud mental en general (522). También verificó una mejoría de la autoconfianza, la salud emocional, la calidad del sueño y la capacidad para manejar situaciones difíciles (522).

Un estudio prospectivo de cohortes en el que participaron 1.888 usuarios de los centros de atención reveló que las prácticas de estos centros eran eficaces para el apoyo de las personas en situaciones difíciles y de crisis (524). Después de asistir a los centros psicosociales, el 24% de los usuarios afirmaron que habían superado la crisis; el 60% de ellos experimentaron crisis con menos frecuencia y el 70% con menos intensidad. Cuanto mayor era el tiempo que asistían a los centros, mayor era el tiempo transcurrido desde la última hospitalización psiquiátrica. También se observó que los centros psicosociales favorecían la ampliación de la autonomía de las personas, así como un enfoque proactivo y un sentido de corresponsabilidad en la recuperación (525). Se ha observado

asimismo que la implementación del sistema de los centros de atención psicosocial también reduce el riesgo de suicidio en un 14% (526).

Los familiares también han referido que se sienten satisfechos con el servicio, la calidad de la atención y el apoyo que reciben (527, 528). Los núcleos de atención a la salud de la familia han sido eficaces para satisfacer las necesidades leves y moderadas de salud mental, evitando la demanda excesiva de los servicios especializados (p. ej., los centros de atención psicosocial) (529, 530). También se observó que la utilización de los equipos de los núcleos de atención en una zona rural aumentaba la participación individual en las actividades propuestas por los servicios de salud, y las necesidades de salud se satisficieron de manera más integral (531). Se ha observado que los servicios de asistencia para la vida autónoma, como los servicios residenciales terapéuticos, apoyan a las personas que habían estado hospitalizadas durante largo tiempo, lo que aumenta su sentido de poder y autonomía, su participación social y su capacidad para establecer relaciones interpersonales (532, 533). Otros resultados similares corroboran el beneficio que brindan programas financieros como “Going Back Home” en el apoyo prestado a las personas para que regresen a la comunidad tras largos períodos de hospitalización (534, 535).

Cifras útiles

- Al comienzo del 2020 había 3.070 centros de asistencia psicosocial en todas las regiones brasileñas (536). El presupuesto de salud anual en Campinas en el 2019 fue cerca de R\$ 1.200 millones (alrededor de US\$ 207 millones)^{ac}. A la red de salud mental comunitaria se le asignó el 6,6% este presupuesto total, lo que equivale a cerca de R\$ 80 millones (alrededor de US\$ 14 millones)^{ac} (537, 538).
- Usando el ejemplo de la red de Campinas, el costo de la red comunitaria de salud mental en el 2019 fue de aproximadamente R\$ 67 per cápita (US\$ 12), basado en una población aproximada de 1,2 millones y excluyendo el costo de las camas de salud mental en los hospitales generales y los costos mayores (no relacionados con la salud mental) de los centros comunitarios de salud.
- En un estudio transversal, el 95% de los usuarios de los centros de asistencia psicosocial de Campinas entrevistados dijeron que no habían tenido ninguna hospitalización psiquiátrica después de comenzar a asistir a los centros psicosociales; el 73% de ellos dijeron haber recurrido a estos centros en una situación de crisis, mientras que nadie acudió a un hospital psiquiátrico. Esto respalda la premisa de que las redes comunitarias pueden reemplazar las funciones de los hospitales psiquiátricos (539).

Características innovadoras

- La red de salud mental comunitaria en Brasil es un ejemplo de cómo un país puede implementar servicios expansibles e iniciativas basadas en los derechos humanos y los principios de recuperación, para satisfacer las necesidades de salud mental únicas de cada comunidad.
- La red se ha negociado a todos los niveles, y con todas las partes interesadas del sistema de salud mental, entre ellas los usuarios de los servicios, los familiares, los movimientos de la sociedad civil y los profesionales de salud mental (540), fomentando así la implicación y el compromiso.
- Estas redes evolucionan continuamente para afrontar nuevos retos, como resultado del diálogo entre las partes interesadas.

ac Conversión al mes de marzo del 2021.

Recursos adicionales

Sitios web:

<https://www.gov.br/saude/pt-br>

<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/>

Videos:

Morar em Liberdade: Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira - FIOCRUZ [en portugués]

Vivir en libertad: retratos de la reforma psiquiátrica brasileña - FIOCRUZ [en inglés]

https://www.youtube.com/channel/ucd2xln_gieJrwqos8ywldpQ/videos

Memórias da reforma psiquiátrica no Brasil - FIOCRUZ [en portugués])/Memories of psychiatric reform in Brazil - FIOCRUZ [en inglés]

<http://laps.ensp.fiocruz.br/>

Rádio 'Maluco Beleza' - Campinas [en portugués]/Radio "Maluco Beleza" - Campinas (en inglés)

https://www.youtube.com/watch?v=ujrdwel_cnm

Contacto:

Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Brasil)

saudemental@saude.gov.br

Coordinación del Área Técnica de Salud Mental, Secretaría de Salud Municipal, Campinas (Brasil)

dptosaudef@campinas.sp.gov.br

Serviço de Saúde, Dr. Candido Ferreira, Campinas (Brasil)

contato@candido.org.br

4.1.2

Red de servicios comunitarios de salud mental de Lille oriental

Francia



La red de salud mental de Lille oriental promueve el concepto de “psiquiatría ciudadana”. La red, que atiende a una población de 88.000 personas en la región sudeste del área metropolitana de Lille, se ha establecido a lo largo de 40 años de reorganización y reforma del sistema de salud mental. La red de Lille oriental demuestra que es posible pasar de la atención hospitalaria a intervenciones comunitarias diversificadas para las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales mediante una inversión comparable a la de los servicios de salud mental más convencionales. El enfoque utilizado favorece el respeto de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, así como su empoderamiento, incluso en un contexto jurídico nacional más restrictivo.

Coordinación de los servicios y principios fundamentales

La red de salud mental de Lille oriental consiste en una variedad de servicios comunitarios de salud mental que maximizan la independencia y promueven la ciudadanía. Todos los servicios trabajan en conjunto, incluso comparten el acceso a los historiales médicos, a fin de crear una vía de atención coherente para cada persona en toda la red. Se hace énfasis especial en mejorar la calidad de vida de la persona, su red social, sus logros y sus puntos fuertes.

El establecimiento público de salud mental Lille Métropole (*Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole* [EPSM]) se encarga de la gestión administrativa diaria de la red y cuenta con mecanismos de supervisión y planificación regionales. Seis municipios de la región metropolitana de Lille oriental integran la Asociación Intermunicipal para la Salud, la Salud Mental y la Ciudadanía, un foro para que las partes interesadas de la comunidad se reúnan, dialoguen y planifiquen servicios y actividades. La asociación está presidida por los alcaldes de las autoridades locales y codirigida por la red de salud mental de Lille oriental. Las actividades se organizan en torno a cuatro temas principales que incluyen la prevención y promoción de la salud; la cultura; la asignación, mantenimiento y planificación de la vivienda; y el contexto local de salud, con el objetivo de asegurar que se apliquen las prioridades regionales.

Servicios fundamentales y la manera en que funcionan

Servicios médico-psicológicos locales (Services Médico-Psychologiques de Proximité [SMPP])

Los servicios médico-psicológicos locales, que se basan en dos servicios ambulatorios especializados del establecimiento público de salud mental Lille Métropole y están integrados en otros 12 establecimientos relacionados con la salud, constituyen el primer punto de contacto que tienen las personas con la red de salud mental en Lille oriental. El personal profesional incluye enfermeras, psiquiatras, psicólogos, terapeutas psicomotores,^{ad} asistentes sociales, trabajadores de apoyo entre pares y un entrenador deportivo que trabaja con las personas que tienen necesidades especiales y discapacidades. Las personas son derivadas a un centro médico-psicológico por su médico general. Después de la derivación se realiza una evaluación de las necesidades, tanto en materia de salud mental como de salud física, en un plazo de 48 horas. Luego, un equipo multidisciplinario examina cada evaluación y determina las necesidades de atención y apoyo. Las consultas se realizan en diversos lugares, como un centro social y de apoyo para los jóvenes, donde estos pueden tener acceso a los centros médico-psicológicos directamente, sin ser derivados por un médico. No existen listas de espera y el servicio también puede realizar consultas domiciliarias.

^{ad} La terapia psicomotora se define como un método de tratamiento que emplea la concientización corporal y actividades físicas como ejes fundamentales de su enfoque. Se utiliza ampliamente en varios países europeos, incluida Francia.

Cuidados intensivos integrados en la ciudad (Soins Intensifs Intégrés dans la Cité [SIIC])

Los cuidados intensivos integrados en la ciudad proporcionan respuesta a situaciones de crisis y cuidados intensivos en el hogar a un máximo de 15 personas a la vez. El equipo es multidisciplinario y está disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana.^{ae} Todos los trabajadores del servicio han sido sensibilizados acerca del uso de un enfoque orientado a la recuperación, de los derechos de los usuarios de los servicios y del manejo de las crisis sin coerción. Cuando se consideran todos estos recursos, hay casi un trabajador equivalente de tiempo completo para cada persona que solicita atención (ratio de ETC 0,96) (541).

Clínica Jérôme Bosch (Clinique Jérôme Bosch)

En la clínica Jérôme Bosch, situada en un hospital general, se dispone de diez camas y un equipo multidisciplinario para las personas que necesitan servicios de salud mental. La hospitalización, y especialmente el ingreso forzoso, se evita en la mayor medida posible en la red de Lille oriental. En todo momento hay siete personas en la clínica que en promedio permanecen allí durante siete días ([Servicio de información médica], [EPSM Lille Métropole], datos inéditos, [2020]). Luego del ingreso se proporciona a la persona información tanto verbal como escrita acerca de sus derechos y obligaciones. La persona puede nombrar a alguien en quien confía para que le preste apoyo personal durante el tiempo que pase en la clínica. La clínica depende de la red de apoyo de la persona para prestar ayuda en cuanto a la negociación, la seguridad y la prevención de conflictos. Para facilitar estas conexiones no hay ninguna hora fija para las visitas (542) y en dos habitaciones hay otra cama para que las personas que prestan apoyo puedan pasar la noche en la clínica si lo desean. Durante la estadía de la persona en el hospital se examinan sus necesidades prácticas y de salud general, así como también de su salud mental. Todos los profesionales de salud reciben capacitación específica para prevenir situaciones de conflicto y violencia. Se considera que todo uso de restricciones constituye un evento adverso grave en la atención, y es investigado para asegurar un proceso continuo de mejoramiento en el que también se solicita el aporte de los usuarios del servicio y sus familias. La reclusión nunca se usa en el hospital ni en ningún otro servicio de salud mental de Lille oriental.

Familias de acogida terapéutica

Una característica especial de la red de Lille es la existencia de un sistema de familias de “acogida terapéutica” que acogen a usuarios individuales de los servicios de salud mental como miembros de su familia. Es una alternativa a la hospitalización y a la relación tradicional entre paciente y cuidador. Las familias de acogida reciben capacitación sobre su función de anfitrionas y también sobre cuestiones de salud mental, el enfoque de recuperación y los derechos de las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales. También se capacitan en cuanto a las maneras de ayudar a evitar la agitación y las crisis.

Centro intersectorial de terapia familiar y sistémica - centro especializado de consulta externa

El centro intersectorial de terapia familiar y de red (Don Jackson) es un servicio que brinda intervenciones psicoterapéuticas para las familias y las parejas.

^{ae} Psiquiatras, enfermeras, psicólogos, educadores especiales, especialistas en terapia psicomotriz, asistentes pares.

Servicios e iniciativas de rehabilitación y asistencia para la vida autónoma

La red de salud mental en Lille oriental tiene un conjunto integral de iniciativas complementarias para apoyar a las personas que usan servicios de salud mental a fin de que lleven una vida satisfactoria y participen activamente en sus comunidades.

- *Habicité*. Habicité es un equipo de tratamiento comunitario asertivo (543), dotado de enfermeras, asistentes sociales, pares de apoyo y psicólogos, que presta apoyo intensivo y prolongado a 80 personas que tienen problemas de salud mental para que permanezcan en sus hogares dentro de un marco de recuperación. El servicio también ofrece una variedad de viviendas comunitarias que cuentan con 13 departamentos que proporcionan alojamiento colectivo hasta un máximo de 26 personas. Recientemente, el acceso a la vivienda se ha democratizado al incluir a representantes comunitarios en el proceso. El servicio ahora también se basa en la filosofía de “vivienda primero”, que significa el acceso incondicional a la vivienda y al apoyo (423).
- *Frontières*. Este servicio está centrado en mejorar la inclusión social y el bienestar mediante actividades físicas, artísticas, culturales, creativas y profesionales. Las iniciativas incluyen el Service d’activités d’insertion et de soins intégrés à la cite, que proporciona actividades a las personas que tienen trastornos de salud mental o discapacidades psicosociales. También existe el sistema “Sagacités”, que ayuda a quienes desean participar en actividades comunitarias con personas fuera del sistema de salud mental. Este apoyo puede centrarse en actividades específicas o bien adoptar la forma de orientación intensiva. También se pueden ofrecer grupos de apoyo entre pares si las personas tienen un proyecto o un interés común. Asimismo, el servicio facilita el acceso al empleo mediante asociaciones con los actores y las partes interesadas locales. Se dispone de un terapeuta ocupacional para elaborar planes profesionales y de carrera, y hay un psicólogo disponible para apoyar y motivar a la persona y evaluar sus competencias en el trabajo.

La red de Lille oriental ha establecido vínculos activos con muchos otros servicios comunitarios y organizaciones a lo largo de los años, así como con redes que incluyen instituciones sociales y culturales, funcionarios seleccionados, grupos de apoyo para usuarios y familias y otros asociados del sector de la salud, como médicos generales, farmacéuticos y servicios de enfermería privada. Utiliza estos vínculos para ayudar a las personas que utilizan servicios de salud mental a que reestablezcan su lugar en la comunidad (544). Varios grupos de apoyo también están disponibles para los usuarios de los servicios a fin de promover la inclusión en la comunidad y la ciudadanía activa.

Efectos y logros

Un logro importante de esta red puede verse en la disminución sostenida de la tasa de hospitalizaciones, que pasó de 497 ingresos en el 2002 a 341 en el 2018, a pesar del aumento considerable del número de personas que recibían atención en la red en el mismo período, que pasó de 1.677 personas en el 2002 a 3.518 por año en el 2018. El promedio de duración de la estancia en la unidad de hospitalización también disminuyó de 26 a 7 días en el mismo período.

En septiembre del 2018, un equipo de evaluación independiente realizó una evaluación conforme a la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS en todos los servicios de salud mental de Lille oriental (545). Se cumplió por completo tres de los cinco temas posibles: a) el goce del nivel más alto alcanzable de salud física y mental; b) la ausencia de coerción, violencia y abuso; c) el derecho a vivir independientemente en la comunidad. Los dos temas restantes (d) el derecho a un nivel de vida adecuado; y e) el derecho a la capacidad jurídica y la libertad y la seguridad personal) se lograron parcialmente (541). Se observó que el marco jurídico francés existente representó un obstáculo importante para el logro pleno de estos últimos dos temas.

Recursos adicionales

Sitio web:

https://www.EPSM-Lille-metropole.fr/recherche?field_tags=all&search_api_fulltext=g21

Videos:

Les SISM, c'est quoi ? Avril del 2014,
https://youtu.be/d7_1sQsinb4 [en francés]

Contactos:

Jean-Luc Roelandt, psiquiatra,
Centro colaborador de la OMS para la investigación y la capacitación en salud mental,
Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole, Francia.
Correo electrónico: jroelandt@epsm-lm.fr
Simon Vasseur Bacle, Psychologue clinicien / Chargé de mission et des affaires internationales,
Centro colaborador de la OMS para la salud mental (Lille, Francia),
Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole et Sector 21, Francia.
Correo electrónico: svasseurbacle@epsm-lille-metropole.fr

Cifras útiles

- En Lille oriental la hospitalización representa solo un 28,5% de los gastos en salud mental, en comparación con un 61% en toda Francia (541).
- Los costos globales de los servicios de salud mental también son más bajos en Lille oriental que en las zonas metropolitanas circundantes, con un costo per cápita medio de € 132 (US\$ 158)^{af} por año.
- El costo medio por usuario se ha reducido de manera sostenida desde el período 2013–2017, pasando de € 3.131 (US\$ 3.759)⁵ a € 2.915 (alrededor de US\$ 3.480)⁵ por año (541). Estas cifras incluyen los costos asociados con toda la vía de atención, desde la consulta inicial hasta la hospitalización (541).

Características innovadoras

- La red de salud mental de Lille oriental demuestra que es posible proporcionar servicios basados en los derechos humanos y orientados hacia la recuperación incluso en contextos en los que la legislación y las prácticas establecidas a nivel nacional aún siguen orientadas en gran medida hacia el internamiento en instituciones, con restricciones considerables de los derechos humanos.
- La red ha logrado establecer contacto con los políticos locales, las autoridades y las organizaciones comunitarias e implicarlos en la toma de decisiones relativas al diseño y la prestación de los servicios de la red de Lille oriental a fin de promover la participación activa de las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales en la comunidad y en la sostenibilidad del servicio.

af Conversión al mes de marzo del 2021.

4.1.3

Red de servicios
comunitarios de salud
mental de Trieste

Italia



Desde el cierre de su gran hospital psiquiátrico en los años setenta, la ciudad de Trieste ha sido pionera en aplicar la atención comunitaria de salud mental. Con un planteamiento de puertas abiertas, los centros comunitarios de salud mental funcionan las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y prestan a los usuarios un conjunto híbrido de opciones de atención diurna y nocturna, a una fracción de lo que costarían los servicios hospitalarios. Las características singulares de la red ampliada incluyen presupuestos de salud personalizados, así como oportunidades de trabajo y formación con apoyo por medio de empresas sociales. En el 2018, la red cubrió a una población de aproximadamente 236.000 personas (546) y prestó servicios a 4.800 personas (547).

Coordinación de los servicios y principios fundamentales

El servicio de salud mental de Trieste se basa en la prestación de atención y apoyo aplicando un enfoque basado en los derechos humanos en el que se hace especial hincapié en la atención ambulatoria. Los centros comunitarios de salud mental son el punto principal de entrada a los servicios de salud mental de Trieste, mientras que la unidad de psiquiatría del hospital general se usa principalmente para las urgencias nocturnas.

El personal de los centros comunitarios desempeña una función esencial en asegurar la coordinación de los servicios de toda la red. Participa y colabora activamente con los servicios de salud y bienestar, el sistema judicial, las instituciones culturales, las autoridades regionales y de la ciudad y otras organizaciones comunitarias como las redes sociales y de pares. Conecta a las personas con las diferentes iniciativas, oportunidades y servicios comunitarios. Por ejemplo, a cada persona que utiliza un centro se le asigna un pequeño grupo multidisciplinario del personal, que se encarga específicamente de su atención y su apoyo. La unidad psiquiátrica del hospital general también mantiene contacto directo con estos centros para ayudar a las personas a que pasen a recibir atención comunitaria cuanto antes.

El sistema en Trieste es administrado por el Departamento de Salud Mental dentro de la Dirección Universitaria de Salud Giuliano Isontina (Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina), que abarca a Trieste y al territorio vecino de Gorizia. El Departamento de Salud Mental es responsable de la presupuestación, la planificación y la prestación de servicios. De conformidad con su enfoque de “toda la persona, todo el sistema, toda la comunidad” acerca de la atención de salud mental, la Dirección Universitaria de Salud financia directamente a una amplia gama de asociados independientes del sector sin fines de lucro, que incluye a empresas sociales, cooperativas y asociaciones voluntarias.

Servicios fundamentales y la forma en que funcionan

Centros comunitarios de salud mental: creación de un conjunto de servicios multidisciplinarios, flexibles y móviles en la comunidad

Los cuatro centros comunitarios de salud mental de Trieste funcionan las 24 horas y aceptan a todas las personas derivadas que provienen de una población de unos 60.000 habitantes por centro. No hay listas de espera para tener acceso al centro, y las personas pueden ingresar en cualquier momento entre las 08:00 y las 20:00 horas. Cualquier persona que ingresa o llama a un centro de salud mental o recibe una respuesta, por lo general en un plazo de una a dos horas.

Los centros proporcionan atención diurna y estadías nocturnas y cuentan con un promedio de seis camas para acoger a una persona que atraviesa una crisis. El promedio de estadía es de 13,8 días (548). Durante toda su estadía, se alienta a las personas a que continúen las actividades en las que quizás ya

estén participando en ese momento, y estas pueden recibir a visitantes informalmente. Las personas también pueden acudir a los centros de manera intermitente para asistir a sesiones de terapia individual o de grupo y participar en reuniones, recibir apoyo relativo a los medicamentos, establecer contacto informal con otras personas o reunirse con otros para comer juntos. Todos los centros comunitarios de salud mental tienen una política de puertas abiertas y no hay ningún obstáculo físico como cerraduras, llaves o códigos.

Los centros también proporcionan actividades de alcance comunitario, consultas domiciliarias, apoyo en situaciones de crisis en el hogar y apoyo a las personas para que tengan acceso a la educación, al empleo y a servicios sociales o relacionados con el esparcimiento en la comunidad. Los miembros del personal realizan visitas programadas a los hogares de las personas o se reúnen con ellas en lugares públicos a fin de procurar que reciban el mayor apoyo posible en un ambiente comunitario. Cerca del 50% de la labor del personal tiene lugar en los centros y el 50% en la comunidad.

Unidad de psiquiatría del hospital general (UPHG) como último recurso: prestación de servicios de hospitalización de corta duración

En el hospital general de Trieste hay una unidad que cuenta con seis camas. La respuesta rápida para situaciones de crisis que brindan los centros comunitarios de salud mental da como resultado pocas hospitalizaciones. Por consiguiente, la unidad de psiquiatría del hospital general se usa principalmente para las emergencias nocturnas; la mayoría de las personas permanecen allí menos de 24 horas, y el promedio de estadía es de 1,7 días (548), antes de que la persona sea derivada cuanto antes al centro comunitario de su propia región. En la unidad de psiquiatría se aplica una política explícita de “puertas abiertas y ninguna restricción” (546, 549, 550) y todo el personal se capacita en la utilización de la negociación y las estrategias de desescalada para evitar utilizar la coerción.

Servicios e iniciativas de apoyo a la inclusión comunitaria: garantizar la inclusión y la participación plenas en la comunidad

La red de salud mental de Trieste tiene un conjunto integral de servicios de rehabilitación y de apoyo para la vida autónoma que trabajan en asociación con una amplia gama de organizaciones sin fines de lucro, como cooperativas sociales, asociaciones de voluntarios y de “promoción social”, que incluyen las de pares y cuidadores. Estos servicios de rehabilitación y de apoyo para la vida autónoma tienen como objetivo asegurar que las personas puedan llevar una vida satisfactoria y participar plenamente en la comunidad.

Los servicios de apoyo para la vida autónoma, prestados mediante varios departamentos pequeños para personas y grupos reducidos de hasta cinco personas, atiende a unas 100 personas cada año. También se cuenta con una casa de recuperación, que tiene espacio para unas cuatro o seis personas para que se queden allí, generalmente durante seis meses. Los servicios de rehabilitación y de apoyo para la vida autónoma colaboran con una red de unas 15 cooperativas sociales, que proporcionan capacitación y empleo a cerca de un tercio de los usuarios de los servicios de salud mental en la ciudad. En el 2018, 292 personas recibieron apoyo de los servicios de salud mental de la ciudad mediante becas de trabajo como pasantes, en actividades que incluían desde servicios de comidas y mantenimiento de jardines públicos hasta servicios hoteleros (547). Las actividades adicionales gestionadas por las asociaciones de voluntarios y de pares se organizan en diversos espacios sociales de la ciudad, y se hace énfasis en ámbitos definidos como ser los deportes, el apoyo entre pares, la expresión artística y las iniciativas de lucha contra el estigma.

Entre los residentes de la ciudad, unas 160 personas por año reciben subsidios, en forma de presupuestos personalizados de atención de salud para que tengan acceso a los servicios y cubran los gastos de vivienda, educación, capacitación y empleo, como también sus necesidades de cuidados personales y de esparcimiento (549, 551). Los presupuestos personalizados de atención de salud también pueden ayudar a financiar la educación y la formación profesional. Para decidir acerca de una asignación de fondos, se elabora un plan que incluye los objetivos fijados por la persona, el cual se examina y se acuerda en colaboración con esta. La familia puede participar con el permiso de la persona.

Efectos y logros

La investigación realizada a lo largo de los años ha evidenciado resultados importantes obtenidos con los servicios en Trieste. El primer estudio de seguimiento después de la ley de reforma (1983-1987) reveló mejores resultados psicosociales en 20 personas con un diagnóstico de esquizofrenia en Trieste y Arezzo, en comparación con otros 18 centros italianos (552). El número de personas sometidas a tratamiento involuntario cada año ha disminuido de 150 en 1971 a 18 en el 2019. Esto se traduce en una tasa de 8,11 por 100.000 habitantes (548), una de las tasas más bajas registradas en Italia (553). Cabe señalar que Italia también registró la tasa global más baja de hospitalización involuntaria entre 17 países de Europa Occidental en el 2015, o sea 14,5 personas por 100.000 habitantes, en comparación con los altos niveles de 189,3 registrados en algunos otros países; esto también ha sido un resultado sistemático desde el 2008 (53).

En el 2005, una encuesta realizada por el departamento de salud mental de Trieste en 13 centros reveló que la atención proporcionada por los centros comunitarios de salud mental en situaciones de crisis dio lugar a una resolución más rápida de la crisis, como también a la prevención de las recaídas, y a mejores resultados clínicos y sociales observados en la evaluación de seguimiento a los dos años (554-556). Los hallazgos también subrayaron la importancia de las relaciones terapéuticas de confianza, de la continuidad y la flexibilidad de la atención, y de la exhaustividad de los servicios. Además, la encuesta reveló que se había registrado una disminución del 50% de los casos de urgencias en la unidad psiquiátrica del hospital general entre 1984 y el 2005 (557). Otro estudio reveló tasas elevadas de satisfacción por parte de los usuarios de los servicios con la labor realizada por estos centros comunitarios (558).

Un estudio realizado en el 2014 y en el que participaron 27 personas que tenían necesidades complejas y que habían utilizado los servicios, reveló en la evaluación de seguimiento a los cinco años que se había registrado una tasa elevada de recuperación social: 9 participantes consiguieron trabajos competitivos, 12 lograron vivir independientemente y el puntaje global de la evaluación de necesidades de Camberwell (559) bajó del 75% al 25%. También se registró una disminución del 70% de los días de ingreso, y solo una persona abandonó el servicio (549, 560).

En el 2018, se calculó que el costo de la red de servicios de salud mental establecidos, había sido de un 37% del costo del antiguo hospital psiquiátrico, ajustado en función de los niveles actuales de gastos (547).

Información adicional y recursos

Sitio web:

www.triestementalhealth.org

Videos:

BBC News. La revolución de la salud mental de Trieste: “Es el mejor lugar para enfermarse” [en inglés] <https://www.bbc.com/news/av/stories-49008178> [en inglés]

Informe de la delegación de LA-Trieste: 11 de diciembre del 2017:

<https://youtu.be/gnyydKZzigm> [en inglés]

Episodio 8: Experiencia vivida en Trieste, un sistema de salud mental sin hospitales psiquiátricos, con Marilena y Arturo:

<https://www.spreaker.com/user/apospodcast/episode-8-lived-experience-in-trieste-a> [en inglés]

Roberto Mezzina, 2013, <https://youtu.be/unmshQdrByi> [en inglés]

Contacto:

Elisabetta Pascolo Fabrici, directora del Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, centro colaborador de la OMS para investigación y formación – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Italia.

Correo electrónico: elisabetta.pascolofabrici@asugi.sanita.fvg.it

Roberto Mezzina, psiquiatra, exdirector del Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, centro colaborador de la OMS para investigación y capacitación – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Italia.

Correo electrónico: romezzin@gmail.com; who.cc@asuits.sanita.fvg.it

Cifras útiles

- Trieste registra una de las tasas más bajas de hospitalización involuntaria de Italia por problemas de salud mental, con 8,1 personas por 100.000 habitantes (561), e Italia registra una de las tasas más bajas de Europa, con 14,5 por 100.000 habitantes (53). El número de personas sometidas a tratamiento involuntario en Trieste bajó de 150 en 1971 (562) a 18 en el 2019 (548).
- Los presupuestos de salud mental se invierten predominantemente en las intervenciones y los servicios comunitarios; estos representan el 94% del presupuesto, mientras que los servicios hospitalarios recibieron el 6% (2014) (549).
- A raíz de la transformación general de los servicios ocurrida desde los años setenta hasta la actualidad, varios estudios han revelado que los resultados de los usuarios de los servicios han mejorado considerablemente y que los costos de la prestación de atención y apoyo han disminuido (552, 554-556, 560).
- En el 2018, se calculó que el costo de la red establecida de servicios de salud mental había sido de un 37% del costo del hospital psiquiátrico antiguo, ajustado en función de los gastos actuales (547).

Características innovadoras

- 160 personas se benefician de un presupuesto de salud personalizado para tener acceso a un programa individualizado de actividades, como también a diversos servicios sociales, de vivienda y de educación.
- El servicio de salud mental colabora con una red de aproximadamente 15 cooperativas sociales, que proporcionan empleo a cerca de un tercio de los usuarios de los servicios de salud mental en la ciudad.

4.2 Redes de salud mental en transición

Más recientemente y en todo el mundo, un número cada vez mayor de países, como Perú, Líbano, Bosnia y Herzegovina y otros, están realizando esfuerzos concertados para desarrollar y ampliar sus redes de salud mental y ofrecer servicios y apoyos comunitarios, orientados a los derechos y centrados en la recuperación a escala. Si bien se requieren más tiempo y un esfuerzo sostenido, ya se están materializando cambios importantes.

Un aspecto fundamental de muchas de estas redes emergentes es el énfasis que se hace en **la creación y expansión rápidas de los centros de salud mental comunitarios**, cuyo objetivo es hacer que los servicios de salud mental ya no se presten en los hospitales psiquiátricos sino en entornos locales, a fin de asegurar la participación y la inclusión plenas de las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales en la comunidad. Entre los ejemplos figura la ampliación de los centros de salud mental comunitarios de Perú, como se describe en el recuadro 1 a continuación. Los centros de salud mental comunitarios a menudo sirven de primer punto de entrada al sistema de atención de salud mental y generalmente son un componente central de la red. A través de estos centros, las personas pueden tener acceso a una amplia gama de servicios de salud mental ambulatorios, de alcance comunitario y de nivel primario, que varían de un país a otro. Entre otras cosas, los servicios pueden incluir terapia individual o de grupo, distribución de medicamentos o tratamientos, acceso a apoyo entre pares, consultas domiciliarias, etc. Estos centros no solo prestan servicios, sino que también ayudan a coordinar otros servicios de salud mental en la red y a fomentar la recuperación vinculando a las personas con oportunidades para participar en la vida comunitaria. Más allá de su objetivo de proporcionar atención de salud mental y tratamiento, muchos procuran incorporar la inclusión social y la participación en su misión.

Recuadro 1. Perú: una red de salud mental en transición

Perú: un enfoque en la ampliación de los centros comunitarios de salud mental



En Perú, por ejemplo, en el último decenio se ha registrado un fuerte impulso hacia la creación de centros de salud mental comunitarios en todo el país, cada uno de los cuales atiende a una población de alrededor de 100.000 personas (563). Desde el 2015 se han creado 155 centros de este tipo, y el Ministerio de Salud espera ampliar la cobertura a 281 centros en toda la nación para fines del 2021 (564). Los centros desempeñan tres funciones que consisten en proporcionar tratamiento y atención a las personas que tienen problemas o trastornos de salud mental (incluidas las intervenciones psicosociales y farmacológicas), realizar actividades comunitarias de promoción y prevención en materia de salud mental, y fortalecer los servicios no especializados de atención primaria de salud en el área de la atención de salud mental (capacitación, supervisión, creación de capacidad y fortalecimiento de los sistemas de referencia de los servicios no especializados de atención primaria de salud a los centros de salud mental).

Los centros de salud mental comunitarios no son el único aspecto importante de la reforma. Se complementan con la creación de “hogares para pacientes en recuperación” comunitarios protegidos (*Hogares Protegidos*) y la creación de unidades de salud mental en los hospitales generales, y todos ellos se fundamentan en una política y una estrategia sólidas en pro de la cobertura universal de salud.

Hasta la fecha se han establecido 11 hogares para pacientes en recuperación, 5 de los cuales están ubicados en Lima (565, 566). Orientados explícitamente hacia el respeto de los derechos humanos,

estos hogares proporcionan alojamiento y atención las 24 horas del día, así como apoyo a pequeños números de personas que de otro modo estarían viviendo en los grandes psiquiátricos del país. Cada casa tiene espacio para ocho residentes. Estos hogares están dirigidos a las personas que necesitan altos niveles de apoyo y sistemas de apoyo familiar leve (429). También procuran mejorar la capacidad de las personas de vivir independientemente en la comunidad. La oficina del ómbudsman de Perú ha observado que estas intervenciones podrían fortalecerse más para brindar vías claras hacia la vida independiente y evitar el riesgo de la reinternamiento en una institución (567).

La creación de unidades de salud mental en los hospitales generales también permite desviar el enfoque de la atención de salud mental a fin de que esta deje de prestarse en los grandes hospitales psiquiátricos, como parte del proceso de desinstitucionalización. Las unidades de salud mental de los hospitales generales ofrecen servicios de hospitalización de corta duración con una estadía máxima de 45 días (568). Actualmente se han creado en 32 hospitales generales en el país. Para el 2021, el objetivo del Ministerio de Salud es que haya unidades de salud mental en 62 hospitales (566).

Es importante observar que estas transformaciones del sistema de salud mental en redes comunitarias han sido posibles gracias a un conjunto de reformas legislativas y normativas nacionales trascendentales. En particular, la Ley 29889 que se aprobó en el 2012 para la transformación del sistema de salud mental existente en un modelo comunitario de atención de salud y hacer valer el derecho de todas las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales a tener acceso al nivel de atención más alto alcanzable (569).

Por esa misma época, Perú también dedicó su empeño a la cobertura universal de salud y creó un plan de seguro de salud que incluía a los servicios de salud mental como parte del conjunto de prestaciones. Además, en el 2014 se creó un programa de presupuestación basado en los resultados que establecía un marco financiero decenal para la acción en materia de salud mental, que permitió ampliar de manera sostenida los recursos disponibles para las actividades de reforma del sector de la salud mental. Por ejemplo, el presupuesto nacional peruano para el ejercicio económico del 2020 asigna 350 millones de soles peruanos (S/) (alrededor de US\$ 94,8 millones)^{ag} a la salud mental, lo que equivale a un aumento de S/ 70 millones (alrededor de US\$ 19 millones)^{gg} con respecto a la asignación del 2019 (570).

Más recientemente, en el 2018, el código civil se reformó tras una medida sin precedentes, con la que se eliminaron los obstáculos que se oponían a la capacidad jurídica sobre la base de la discapacidad, y que también puso fin a la custodia civil de las personas adultas con discapacidad e impidió la restricción de la capacidad jurídica personal basada en las discapacidades psicosociales, intelectuales y cognitivas (571). Además, en el 2019 se aprobó la Ley 30947, que consolidaba un modelo comunitario de atención de salud mental (568). Sus regulaciones, adoptadas en marzo del 2020, incluyen disposiciones fundamentales que reconocen el derecho a la capacidad jurídica y el consentimiento informado de los usuarios de los servicios, así como la función que desempeña en el contexto de la prestación de atención de salud mental la toma de decisiones con apoyo (572). Tales reformas y compromiso político han desempeñado un papel importante en la configuración del desarrollo de los servicios y la manera en que estos funcionan.

^{ag} Conversión al mes de marzo del 2021.

En muchos países se están logrando grandes avances para diversificar e integrar los servicios de salud mental dentro de la comunidad más amplia. Muchas de estas redes han adoptado un **enfoque multidisciplinario respecto de la atención y el apoyo y promueven un marco holístico** para la prestación de la atención de salud mental. Este enfoque requiere la participación, la colaboración y la coordinación activas de los servicios de salud mental con otros actores de la comunidad que incluyen a las instituciones judiciales y de bienestar y salud; a las autoridades regionales y de la ciudad; a los servicios culturales, deportivos y de otro tipo; así como a las iniciativas y las oportunidades en la comunidad. Mediante este enfoque holístico respecto de la atención y el apoyo, las personas pueden recibir apoyo en todos los aspectos de su vida que son importantes para su salud mental y su bienestar, por ejemplo, el empleo, la vivienda, las relaciones, etc. La formación de asociaciones con organizaciones de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales, es un aspecto importante de la creación de una red de salud mental plenamente efectiva, como lo demuestra el ejemplo de Bosnia y Herzegovina, presentado en el recuadro 2 a continuación.

Recuadro 2. Bosnia y Herzegovina: una red de salud mental en transición

Bosnia y Herzegovina: amplitud de los centros de salud mental y vínculos comunitarios



En Bosnia y Herzegovina, desde el decenio del 2010, la red de salud mental ha sido fortalecida por el hecho de que los servicios de salud mental están entrelazados estrechamente con los sectores más

amplios de las áreas social, laboral y de vivienda. Por ejemplo, las zonas locales de Drin y Bakovici en el Municipio de Foinica proporcionan albergues a las personas que necesitan un nivel inferior de apoyo y cuya recuperación va por buen camino, fomentando así la vida independiente. Actualmente, Bakovici proporciona vivienda a 50 personas en 13 unidades habitacionales y hay 74 personas que habitan las siete casas de Drin en la comunidad local. Estos servicios reciben financiamiento del sector de servicios sociales de cada uno de los cantones (para actividades cotidianas), a nivel federal del Ministerio de Trabajo y Política Social (para costos de infraestructura) y por medio de donaciones y proyectos de carácter humanitario generadores de ingresos (573).

También ha habido un aumento del número de servicios de rehabilitación, creados en cooperación con los centros de trabajo social administrados y financiados por el sector social, los centros de envejecimiento saludable en Sarajevo y las asociaciones de usuarios de los servicios de salud mental. También ha aumentado el número de programas preventivos y promocionales en los servicios de salud mental comunitarios; se exige que estos constituyan el 30% de los servicios comunitarios de salud mental. Todos los centros cooperan con las escuelas mediante talleres educativos y visitas a las escuelas por parte de profesionales de salud mental; pero también mediante la prestación de servicios de salud mental cuando sea necesario. En algunos centros, el personal también realiza actividades preventivas cuya meta es apoyar a las personas mayores, sea en sus comunidades locales o en los centros asistenciales.

En términos más generales, desde el decenio del 2010 a todos los servicios de salud mental se les ha exigido aplicar un enfoque de manejo de casos que incluya la coordinación y realización de intervenciones biopsicosociales basadas en la evidencia, usando un enfoque colaborativo que conecte a los usuarios con los servicios y recursos disponibles en la comunidad (574). Los servicios centrados en las personas y orientados hacia la recuperación, incluidos el manejo de casos y otros enfoques como la terapia ocupacional, los grupos de apoyo mutuo, los métodos mejorados de trabajo con familiares y cuidadores y los programas preventivos cuentan con la plena cobertura del seguro de salud. Por consiguiente, la cooperación intersectorial ha aumentado y constituye la esencia de los esfuerzos de reforma en el país.

Asimismo ha aumentado la disponibilidad de los servicios de atención de salud mental comunitarios. Por ejemplo, el número de centros de salud mental comunitarios pasó de 51 en el 2010 a 74 en la actualidad, y cubren aproximadamente al 60% de la población (575). En el último decenio, muchas intervenciones se han centrado en desarrollar la capacidad de los equipos multidisciplinarios de los centros de salud mental comunitarios con el fin de prestar servicios de salud mental innovadores, receptivos, orientados a la recuperación y sensibles a las cuestiones de género.

Un punto fuerte importante de la red en expansión de salud mental en Bosnia y Herzegovina ha sido la colaboración de las organizaciones de personas con problemas de salud mental en torno a la prestación de servicios e iniciativas de promoción. Algunas de las organizaciones son reconocidas como prestadoras alternativas de servicios comunitarios de salud mental y muchas de ellas están estrechamente vinculadas y cuentan con el apoyo de los centros de salud mental comunitarios.

En los últimos decenios, el enfoque convencional de muchos países ha sido tradicionalmente prestar servicios de salud mental en grandes hospitales especializados a menudo asociados con resultados de atención deficientes y violaciones de los derechos humanos. Un número cada vez mayor de países se están esforzando para **reformar profundamente sus hospitales a fin de asegurar que se pueda lograr un proceso sostenible de desinstitucionalización y un enfoque basado en los derechos humanos**. Cualquier proceso de desinstitucionalización debe ir acompañado de un conjunto de reformas integrales para todo el sistema de atención de salud mental, que debe incluir la promoción de servicios comunitarios alternativos, así como también un cambio en la mentalidad de la fuerza laboral acerca de la atención centrada en las personas, el apoyo basado en los derechos y el enfoque orientado a la recuperación. Por consiguiente, los países que proporcionan atención a nivel hospitalario se están esforzando para reducir las hospitalizaciones, cerrar los grandes hospitales psiquiátricos, y simultáneamente, crear oportunidades para el apoyo en hospitales generales, los centros de atención primaria de salud o entornos comunitarios especializados, como los centros de salud mental comunitarios, los hogares colectivos y en el hogar de las personas. En el recuadro 3 a continuación se ilustra el método integral del Líbano para la mejora de la calidad y la promoción de un enfoque orientado a la recuperación y centrado en las personas en la atención hospitalaria.

Recuadro 3. Líbano: una red de salud mental en transición

Líbano: mejora de la calidad y enfoque orientado a la recuperación en la atención hospitalaria



En el Líbano, el Ministerio de Salud Pública inició un conjunto integral de transformaciones en la atención de salud mental (576, 577) centrado en la mejora de la calidad y la promoción de un enfoque orientado a la recuperación y basado en las personas. Los procesos de reforma son el resultado del compromiso político de mejorar la calidad de la atención de salud mental en todo el país. Para ello, en el 2014 se creó el Programa de Salud Mental Nacional en el seno del Ministerio de Salud Pública, y se puso en marcha una estrategia quinquenal de salud mental (2015-2020) en colaboración con asociados internacionales, nacionales y de la sociedad civil. Muchas de esas mejoras se están canalizando a través del programa Calidad y Derechos (QualityRights) de la OMS.

En febrero del 2019, el hospital psiquiátrico Al-Fanar en el Líbano fue cerrado tras informes de abusos de derechos humanos. Las violaciones incluían niveles de vida deficientes, falta de higiene y tratamiento subóptimo, incluidos la negligencia y la coerción (578-580). En respuesta a esto, el Ministerio de Salud Pública emitió dos decisiones: la Decisión N.º 271/1 sobre la evaluación del estado de salud de los pacientes transferidos del hospital de Al-Fanar (581); y la Decisión N.º 270/1 sobre la calidad de atención y los derechos humanos en salud mental, de acuerdo con las directrices de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS (582).

Ahora, los hospitales deben cumplir con altas normas de acreditación basadas en el enfoque orientado a la recuperación y el modelo de atención escalonada (583). Cualquier hospital que reciba a personas con trastornos de salud mental debe reclutar a un equipo multidisciplinario (incluidos psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y enfermeras de salud mental), establecer un vínculo con al menos un centro de atención primaria de salud, y someterse a una evaluación continua que incluye el examen de los informes de salud mental y los indicadores de desempeño del hospital.

Líbano también ha puesto en práctica iniciativas generalizadas para llevar a cabo evaluaciones integrales de los servicios y capacitar al personal sobre la salud mental, los derechos humanos y la recuperación, usando las herramientas de evaluación y capacitación de la iniciativa Calidad y Derechos. La capacitación de un equipo nacional de asesores comenzó en la fase piloto en el 2017, y en julio del 2020 ya había un equipo nacional de más de 40 asesores de servicios de salud mental en el país, del cual formaban parte profesionales de salud mental, trabajadores sociales, abogados y usuarios de los servicios. El objetivo es asegurar que esos servicios en los hospitales presten apoyo a corto plazo y una atención de calidad, así como que se puedan vincular con los servicios comunitarios. En el 2017, hubo dos evaluaciones piloto, y se realizaron tres evaluaciones de los establecimientos de salud mental en el 2020, antes de la pandemia de la COVID19 y el confinamiento asociado. A partir de esas tres evaluaciones de los establecimientos, actualmente se está trabajando en un plan de mejora, en tanto el proceso del plan de mejora de los otros dos establecimientos se ha detenido temporalmente debido a las medidas de confinamiento.

Una red creciente de cuatro centros de salud mental comunitarios con equipos multidisciplinarios capacitados está conectada a la labor hospitalaria. Esos centros actúan como puntos de referencia para la atención especializada de las personas con problemas o trastornos relacionados con la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas. A fin de asegurar la atención continua, esos centros de salud mental comunitarios están vinculados a un centro de atención primaria de salud que forma parte de la red nacional, así como a un hospital general que tiene una unidad de pacientes hospitalizados con trastornos de salud mental. Algunos también están vinculados a los centros de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Otra característica fundamental de las redes de salud mental emergentes es el reconocimiento de que la elaboración de una agenda de derechos humanos y un enfoque orientado a la recuperación no puede lograrse sin la **participación activa de las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales**. Las personas con experiencia propia son no solo expertas sino también asociadas necesarias para abogar por el respeto de sus derechos, pero también para el desarrollo de servicios y oportunidades que sean sumamente receptivos a sus necesidades reales. A tales efectos, son esenciales las redes que apoyan y empoderan a los grupos de la sociedad civil y los movimientos de los usuarios para que tengan un papel importante en todos los niveles de la planificación, la prestación y la evaluación de los servicios. En el recuadro 4 se subrayan algunos ejemplos.

Recuadro 4. Líbano, Perú y Bosnia y Herzegovina: fortalecimiento de la sociedad civil y participación significativa

Líbano, Perú y Bosnia y Herzegovina: fortalecimiento de la organización de la sociedad civil y participación significativa de las personas con experiencia propia



En el Líbano, en consonancia con la estrategia de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas (Líbano 2015-2020, objetivo estratégico 1.4.3) (577), el Programa de Salud Mental Nacional del Ministerio de Salud Pública, en colaboración con asociados, está actualmente facilitando la creación de asociaciones de usuarios de los servicios independientes. Trabajar para la representación adecuada de las personas con experiencia propia es esencial para lograr su plena participación en la elaboración, la aplicación y la evaluación de las políticas de salud mental para el Líbano. Al 2020, ya está en marcha el establecimiento de la primera asociación de usuarios de los servicios, con la ayuda y el apoyo de una red de organizaciones de la sociedad civil, ONG internacionales y asociados, así como el apoyo técnico del Programa de Salud Mental Nacional. Dentro del programa, la participación de los usuarios de los servicios ha sido un elemento esencial en la aplicación de la estrategia de salud mental, de modo que su participación sea un componente uniforme de las actividades de formulación de políticas y de las actividades nacionales de promoción, incluidos el diseño, la ejecución y el examen de campañas en todo el país.

Dentro del programa de la iniciativa Calidad y Derechos en el Líbano, se tuvo en cuenta la representación y la participación de las personas con experiencia propia para el reclutamiento y la capacitación de los asesores de esta iniciativa. Del grupo de 40 asesores capacitados de la iniciativa Calidad y Derechos, 8 eran usuarios de los servicios o personas con experiencia propia, incluidos los usuarios de los servicios que antes habían trabajado como defensores pares. Además, se garantizó la participación de las personas con experiencia propia y los usuarios de los servicios en el reclutamiento de los participantes en las sesiones de capacitación relativas a la creación de capacidad en cuanto a Calidad y Derechos y en una capacitación profesional de instructores a principios del 2020.

En Perú, las organizaciones de personas con discapacidades psicosociales han participado activamente en la promoción de la reforma normativa y jurídica. Por ejemplo, la asociación Álamo, una organización de personas con discapacidades psicosociales y sus familias, desempeñó una función importante en la redacción y adopción de la Ley 29889 del 2012, que desencadenó la aplicación de un modelo de salud mental comunitario y la reforma sin precedentes del 2018 sobre la capacidad jurídica, al participar en el comité del congreso encargado de examinar el Código Civil para reconocer la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. De manera análoga, la recién creada Coalición por la Salud Mental y Derechos Humanos, integrada por personas con experiencia propia y organizaciones asociadas, contribuyó enormemente en la redacción de las regulaciones de la Ley de Salud Mental del 2019 para asegurar un enfoque basado en los derechos en torno a la discapacidad. A pesar de estos ejemplos positivos de sus efectos, la participación de las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales en el diseño, la aplicación y el seguimiento de las políticas de salud mental sigue siendo limitada y fragmentada (584). En reconocimiento de esto, el Ministerio de Salud de Perú está promoviendo la creación y la participación de las organizaciones de usuarios de los servicios como parte de las medidas encaminadas a fortalecer los servicios que prestan los centros de salud mental comunitarios (585). Como parte de esos esfuerzos, en el 2019 se creó la Asociación Nacional de Usuarios y Familiares (*Ayni Perú*), que complementará y articulará los esfuerzos con otras organizaciones regionales y locales. Según lo indica un proyecto de investigación (586), estas organizaciones podrían fortalecerse aún más incorporando diálogos sobre los derechos humanos y el apoyo a la toma de decisiones como parte de su agenda.

En Bosnia y Herzegovina hay más de una docena de asociaciones de personas con problemas de salud mental que se han formado y constituido como organizaciones de la sociedad civil, y algunas de ellas han empleado a profesionales y prestado servicios como centros diurnos que proporcionan psicoterapia, terapia ocupacional y otras actividades cotidianas (587). El común denominador de todas estas organizaciones es que proporcionan psicoeducación a sus miembros y a los familiares; apoyan el desarrollo de aptitudes para la vida, especialmente tras hospitalizaciones más prolongadas; proporcionan terapia de grupo, orientación, terapia ocupacional y musical; brindan apoyo sobre cómo los usuarios pueden ejercer sus derechos al bienestar social y organizan diferentes tipos de capacitación, por ejemplo, la autopromoción. Las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales también han participado activamente en la promoción y en campañas para combatir el estigma, por ejemplo, la campaña nacional “Una Persona es Persona”. El objetivo de esa campaña era crear conciencia sobre la salud mental y las personas con problemas de salud mental, y presentó a las personas en el ejercicio de su vida diaria como parte de la comunidad.

4.3 Conclusiones

Como se demuestra en toda esta sección, los servicios de salud mental deben considerarse parte de una red integral e integrada de servicios y sistemas. Los servicios puestos a disposición de las personas que tienen problemas de salud mental o discapacidades psicosociales deben reflejar la diversidad y la complejidad de las necesidades de cada persona. En términos más generales, es un requisito de los derechos humanos que todos los servicios accesibles a la población en general también deben estar al alcance de las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales. El cambio de paradigma reflejado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad requiere un enfoque holístico en el que la atención de salud mental represente solo uno de los diversos aspectos que se traducen en la inclusión social.

Los diversos ejemplos presentados en esta sección demostraron que estas redes de servicios reconocen la importancia que tienen la vivienda, el empleo, la educación, la protección social y otros apoyos en los servicios que proporcionan. La integración de la salud y los servicios sociales cumple una función importante en la promoción de la recuperación, la inclusión comunitaria y el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial. Esta integración debe reforzarse y fortalecerse en todas partes. En este contexto se requieren esfuerzos continuos para establecer colaboraciones sólidas con los sectores sociales y sin fines de lucro. Por último, es esencial un compromiso político firme y sostenido con el desarrollo continuo de servicios comunitarios que respeten los derechos humanos y adopten un enfoque de recuperación para crear esas redes integrales.

Si bien esta sección presenta algunas de las transformaciones que han tenido lugar en todo el mundo en materia de salud mental y arroja luz sobre las buenas prácticas para las redes consolidadas y en transición, su intención no es proporcionar una representación exhaustiva de todo el progreso que se está logrando tanto dentro de esos países como en el resto del mundo. Lo más importante es que el desarrollo de cualquier sistema de salud mental y red de servicios debe ser tener en cuenta al contexto local. Aunque esta sección pone de relieve algunas características comunes y pasos importantes para lograr redes de salud mental basadas en los derechos humanos y orientadas hacia la recuperación, cada país tendrá que considerar sus propias especificidades para el proceso de reforma. Sin embargo, todos los países deben procurar que los derechos humanos y el enfoque de recuperación permanezcan, sin concesiones, en el centro de cualquier iniciativa de reforma.

5.

Orientaciones y medidas
de acción

Existe la oportunidad de colocar los derechos humanos en el centro de los sistemas de salud mental y, así, de ampliar la prestación de servicios y mejorarlos. La *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (588) y los marcos internacionales de derechos humanos, incluida la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, representan los compromisos y las obligaciones convenidas de los gobiernos de todas partes para defender los derechos humanos, construir sociedades inclusivas y no dejar a nadie atrás. Estos compromisos y obligaciones brindan una oportunidad singular para movilizar la acción, la atención y los recursos para mejorar los servicios de salud mental y de apoyo social que respeten los derechos. La Organización Mundial de la Salud ha respondido a este reto de manera integral mediante su programa global de trabajo y a través del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2020–2030 de la OMS, que forma la base de muchas de las medidas de acción que se proponen para los países y se describen a continuación.

Los gobiernos, los profesionales de la salud y la asistencia social, las ONG, las organizaciones de personas con discapacidad y los otros actores y las partes interesadas 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 y apoyos con buenas prácticas en materia de salud mental en los sistemas sociales generales y de cobertura universal de salud en los países, al tiempo que protegen y promueven los derechos humanos. Las medidas que pueden adoptarse en los países cubren las políticas, las leyes, el modelo de los servicios y su prestación, el personal de salud, el financiamiento, los sistemas de información, la comunidad y también la dirección y el tipo de investigación que se realice. Los distintos actores y las partes interesadas de los países asumirán diferentes funciones y responsabilidades según el contexto local específico, con los gobiernos asumiendo un papel principal en la mayoría de las acciones, con la excepción de la abogacía y otras áreas relacionadas con la sociedad civil.

5.1 Política y estrategia de salud mental

Al situar los derechos humanos y los enfoques de recuperación en la vanguardia de las políticas estratégicas y de los sistemas, las nuevas orientaciones de la política y la estrategia de salud mental tienen el potencial de aportar importantes beneficios sociales, económicos y políticos a los gobiernos y las comunidades. Para ello será necesaria una fuerte colaboración entre los sectores sanitario y social y un proceso inclusivo de elaboración y aplicación de políticas y estrategias. También requiere un cambio de mentalidad para adoptar un modelo de derechos humanos que reconozca la importancia de las intervenciones sanitarias (desde el diagnóstico hasta las intervenciones psicológicas y farmacológicas), pero que no se centre únicamente en ellas en detrimento de otros ámbitos vitales clave y determinantes de la salud, como la vivienda, la educación, los ingresos, la inclusión, las relaciones, la conexión social y el significado.

Fundamentar la política en un enfoque basado en los derechos humanos, como lo recomienda el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2020-2030 de la OMS, también requiere referirse explícitamente a los principios de la no coerción, el respeto de la capacidad jurídica, el derecho a vivir en la comunidad, el enfoque de recuperación y la manera en que esos principios se han de aplicar de forma significativa y sistémica en todo el sistema social y de la salud. El cambio de paradigma desde un modelo netamente biomédico hacia la aplicación práctica de un modelo de derechos humanos basado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad debe constituir el fundamento de todas las políticas y estrategias relacionadas con la salud mental y requiere integración en todas las esferas pertinentes en materia de política y estrategia, en lugar de ser sencillamente una línea de texto o un solo párrafo simbólico. En el recuadro 5 a continuación se describen algunos de los cambios profundos necesarios para la política, la estrategia y los sistemas de salud mental.

Recuadro 5. Directrices fundamentales para la política, la estrategia y los sistemas

Directrices fundamentales para política, la estrategia y los sistemas de salud mental (589)

La integración de un enfoque basado en los derechos humanos y centrado en la recuperación de las personas requiere cambios significativos en las cuestiones relacionadas con la política, la estrategia y los sistemas, que incluyen:

- i. fortalecimiento del involucramiento de la sociedad civil – en particular la participación de las personas con experiencia propia y sus organizaciones – en los procesos decisorios para la formulación y la ejecución de políticas;^{ah}
- ii. reorganización de los servicios y redistribución de los recursos para que la atención ya no se preste en los hospitales psiquiátricos sino en la comunidad a fin de lograr la desinstitucionalización satisfactoriamente;
- iii. articulación de los diversos servicios comunitarios para la salud mental (incluidos los servicios de respuesta en situaciones de crisis, los centros de salud mental comunitarios, los servicios hospitalarios, los servicios de alcance comunitario, los servicios de apoyo entre pares y la asistencia a la vida cotidiana) que se desarrollarán conforme a los derechos humanos y la evidencia y los principios de recuperación, y se ampliarán en todo el país, incluyendo la integración de la salud mental en los servicios de salud generales;
- iv. descripción de las funciones y responsabilidades de los sectores social y de la salud para satisfacer de manera integral las necesidades de apoyo de las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales;
- v. desarrollo de la fuerza laboral para alimentar una fuerza laboral sólida, que ha recibido capacitación multidisciplinaria (que incluya a trabajadores comunitarios, personal de salud, profesionales especializados en salud mental y compañeros pares) cuyos conocimientos y comprensión de los derechos humanos y los principios de recuperación se apliquen en su labor diaria para apoyar a las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales;
- vi. presupuestos y la financiación basados en prácticas de base empírica y en los derechos humanos, en lugar de en modelos viejos y obsoletos;
- vii. mejora de la calidad que incluya la acreditación y el seguimiento de los servicios para asegurar el respeto de los derechos humanos;
- viii. sistemas de información para evaluar y fundamentar mejor las políticas y las mejoras del sistema para que se ajusten a los derechos humanos;
- ix. ejecución de iniciativas de prevención y promoción que respondan a los determinantes sociales de salud; y
- x. fortalecimiento de la comprensión por parte de la comunidad sobre la salud mental mediante la promoción, la lucha contra el estigma y la discriminación, y la mejora de los conocimientos sobre salud mental.

^{ah} Se requiere un mayor financiamiento para asegurar la disponibilidad de los servicios comunitarios y apoyar el proceso de transición de la institución a la comunidad.

Una esfera esencial en materia de política se relaciona con el contacto y las relaciones interpersonales colaborativas establecidas entre el sector social y el de la salud (educación, vivienda, empleo y protección social). Mediante el establecimiento de una política conjunta y una intensa colaboración entre el sector social y el de la salud, los gobiernos están en mejores condiciones para abordar los determinantes fundamentales de la salud mental y dar una respuesta más integral a la atención, el apoyo y la inclusión comunitaria. Se requiere un fuerte liderazgo coordinado de los múltiples sectores, con procesos de rendición de cuentas y medios que permitan la coordinación en todo el sistema, a fin de que la colaboración dé resultado, desde el nivel de política hasta la ejecución práctica a nivel de servicio sobre el terreno.

Todo el proceso de elaborar, articular y ejecutar la política y la estrategia requiere la participación activa de todas las partes interesadas, incluidas las personas con afecciones de salud mental o discapacidades psicosociales que tradicionalmente no han participado en el diálogo en estos ámbitos. Cada interesado directo aporta una contribución única a la conversación; así, las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales conocen por experiencia los tipos de servicios e intervenciones de apoyo que son útiles; las familias y otros defensores aportan sus propios puntos de vista acerca de las necesidades de apoyo de sus familiares y también de ellos mismos; los trabajadores de atención de salud mental y asistencia social pueden ofrecer sus conocimientos especializados adquiridos a lo largo de años de capacitación y experiencia trabajando para apoyar a las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales; las ONG tienen los vínculos y la capacidad para brindar atención y realizar actividades de alcance comunitario de manera sostenida en la comunidad; y los defensores de los derechos humanos, las organizaciones de personas con discapacidad, los abogados, la policía y muchos otros tienen experiencias, perspectivas y contribuciones únicas y útiles que aportar.

Acciones nacionales fundamentales para integrar los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos humanos

Las principales medidas encaminadas a colocar los derechos humanos y los enfoques de recuperación en el primer plano de las cuestiones de política, estrategia y sistemas de salud mental requerirán que los países realicen las siguientes acciones:

- promover explícitamente un cambio hacia prácticas integrales, centradas en las personas, holísticas y orientadas hacia la recuperación que consideren a las personas en el contexto de toda su vida, respeten la voluntad y las preferencias de las personas en tratamiento, estén exentas de medidas coercitivas y promuevan los derechos de las personas a la participación y la inclusión comunitaria en lo relativo a políticas y estrategias nacionales de salud mental;
- integrar el enfoque de derechos humanos, centrado en las personas y basado en la recuperación en todas las cuestiones fundamentales de las esferas de política, estrategia y sistemas;
- crear entornos favorables que valoren la conexión social y el respeto en los sectores educativo, laboral y social y en otros sectores pertinentes;
- expresar claramente en las políticas y estrategias la manera en que el sistema y los servicios de salud mental se interconectarán con los servicios y apoyos sociales para todas las personas que tienen afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, y los mecanismos de rendición de cuentas y los procesos para poner esto en práctica;
- comprometerse firmemente a aplicar la desinstitucionalización en las políticas y procurar que esto vaya acompañado de una estrategia y un plan de acción con calendarios claros y puntos de referencia concretos; una moratoria a los nuevos ingresos a hospitales psiquiátricos; la doble financiación de

las instituciones y de los servicios comunitarios respetuosos con los derechos humanos durante el proceso de desinstitucionalización, el doble financiamiento de las instituciones y de los servicios comunitarios que aplican los derechos humanos durante el proceso de desinstitucionalización; la redistribución de fondos públicos de las instituciones a los servicios comunitarios a lo largo del tiempo; y el desarrollo de apoyo comunitario adecuado, como la asistencia económica, la vivienda asistida y oportunidades laborales, como también la capacitación, el apoyo de vivienda y el apoyo entre pares pertinentes;

- describir en la política y la estrategia la manera en que se prestarán los diferentes tipos de servicios comunitarios orientados hacia los derechos humanos, incluidos los servicios de respuesta en momentos de crisis, los centros de salud mental comunitarios, los servicios hospitalarios, los servicios de alcance comunitario y los servicios de apoyo entre pares y de asistencia para la vida autónoma; y la manera en que respetarán la capacidad jurídica, la no coerción, la experiencia propia, la participación, los principios de recuperación y la inclusión comunitaria;
- comprometerse a respaldar la prestación de apoyo entre pares dentro de los servicios (590) y dentro de la comunidad (591), preferiblemente por parte de las organizaciones independientes de apoyo entre pares cuya gestión no esté vinculada con el servicio de salud mental;
- reconocer, declarar y formalizar en la política la importancia fundamental que reviste la experiencia propia para formular y ejecutar las políticas e incluir estrategias, como mesas redondas de discusión periódicas con los responsables de las políticas, a fin de consultar y asociarse estrechamente con las ONG y otros actores de la sociedad civil, en particular las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales y sus organizaciones, con este fin; y
- comprometerse a vigilar y eliminar las violaciones de los derechos humanos y presentar una estrategia que cubra todo el sistema para hacerlo.

5.2 Reforma legislativa

Las leyes y los reglamentos nacionales específicamente relacionados con la salud mental tienen repercusiones directas y significativas en el grado en el que las personas pueden gozar de sus derechos y ejercerlos. Como se subraya en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2020-2030 de la OMS, se requiere un esfuerzo significativo por parte de los países para ajustar los marcos jurídicos con lo que se establece en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La convención y su enfoque basado en los derechos humanos sobre la discapacidad subraya el carácter universal de los derechos humanos, cuestionando las leyes en materia de salud mental vigentes en la actualidad. Esta convención rechaza todas las formas de discriminación basada en la discapacidad y acoge un paradigma de apoyo que exige una transformación de la forma en que los servicios de salud mental y otros servicios conexos se prestan. La toma de decisiones sustitutiva, las prácticas coercitivas y la institucionalización deben reemplazarse por el apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica, la vida independiente en la comunidad y otros derechos humanos (37). Promover los principios de esta convención requiere una reforma drástica de las leyes relacionadas con la salud mental y otras leyes que repercuten directamente en la vida de las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, por ejemplo, las que rigen el voto, el matrimonio, el empleo y la educación, entre otros.

En el contexto de la atención de salud, la reforma legislativa puede desempeñar una función crucial para aumentar el acceso a la atención de salud y procurar que los derechos de las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales se hagan valer en igualdad de condiciones con las demás, incluido el derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley y a la capacidad jurídica, al consentimiento informado, a tener o retener información en expedientes médicos; el derecho a la confidencialidad, al acceso a la justicia, al acceso a ayuda para tomar decisiones; y el derecho a la libertad y la seguridad de la persona, a la inclusión comunitaria y a la protección contra la explotación, la violencia y el abuso, y contra la tortura o tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. La legislación sobre la responsabilidad o la negligencia médica debe reformarse más a fin de impedir que los profesionales recurran al uso de la reclusión y las restricciones para evitar el riesgo de daños, y que en cambio promuevan el respeto de los derechos de las personas (34).

La reforma de las leyes específicamente relacionadas con las acciones en otros sectores es igualmente esencial para prevenir la discriminación en la educación, el empleo, el bienestar social, la vivienda, la salud, la justicia, el matrimonio y los arreglos contractuales, entre otros. Varias encuestas mundiales sobre las leyes relativas al empleo, el voto, el matrimonio, la patria potestad, los contratos legales y los derechos relacionados con la propiedad han subrayado la medida en que las personas con discapacidades psicosociales son discriminadas activa y gravemente y en la que se les niega sus derechos en cada uno de estos ámbitos (463, 592-594). En algunos países ser una persona con afecciones de salud mental o discapacidades psicosociales también puede hacer que se le niegue el seguro de salud (595).

Al mismo tiempo, debe reformarse el lenguaje discriminatorio que utilizan las leyes y los reglamentos. Actualmente hay muchos países que todavía usan los términos “enajenado”, “locura”, “idiota” y “cretino”, entre otros términos despectivos, como base para restringir la participación en la vida social y pública –los derechos civiles y políticos– de las personas que han recibido un diagnóstico relacionado con su salud mental. En India, por ejemplo, un examen realizado en el 2012 reveló que alrededor de 150 leyes antiguas de ese país, aún vigentes, utilizan términos como “enajenación”, “defecto físico y mental”, “incapacidad” y “debilidad física y mental” para negar a las personas que tienen afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales su derecho de ejercer su capacidad jurídica (596).

Varios países ya han emprendido reformas legislativas históricas encaminadas a ajustarlas mejor con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, como se describe en el recuadro 6 a continuación.

Recuadro 6. Reformas legislativas históricas

Reforma legislativa: Colombia, Costa Rica, India, Israel, Italia, Perú, Filipinas

Muchos países han adoptado reformas legislativas históricas que demuestran cómo los diferentes elementos de las leyes y los reglamentos nacionales funcionan para respetar, proteger y defender los derechos de las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales.

Italia fue pionera en la desinstitucionalización durante los años sesenta y setenta e hizo cumplir una reforma jurídica decisiva en 1978, Ley N.º 180 (597), también conocida como Ley Basaglia. Esta ley, posteriormente incluida en la Ley General de Salud N.º 833, es un primer ejemplo satisfactorio de reforma jurídica centrada en los derechos humanos, a pesar del uso continuo pero limitado del tratamiento involuntario. La Ley Basaglia prohibió la construcción de nuevos hospitales de salud mental y la admisión de nuevos pacientes en los existentes, que poco a poco se fueron cerrando. La ley también impuso límites estrictos al tratamiento involuntario e impulsó la creación de una red de servicios comunitarios descentralizados.

En los cinco últimos años, Costa Rica (2016) (598), Perú (2018) (599) y Colombia (2019) (600) han llevado a cabo reformas legislativas importantes que han eliminado obstáculos al ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. La reforma peruana, en particular, se ha reconocido internacionalmente y se considera un hito en la aplicación del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (571). El decreto legislativo N.º 1384 eliminó todos los obstáculos que se interponían a la capacidad jurídica basada en la discapacidad según el código civil, el código procesal civil y el acta notarial. También acabó con la tutela civil de las personas adultas con discapacidades. Esta reforma significa que ya no pueden usarse motivos relacionados con discapacidades psicosociales, intelectuales ni cognitivas para justificar cualquier forma de restricción a la capacidad jurídica. Además, basándose en esta reforma, los reglamentos de la Ley de Salud Mental del 2020 incluyen una serie de disposiciones que reconocen la capacidad jurídica de los usuarios de servicios y la función del apoyo a la toma de decisiones en el contexto de los servicios de salud mental (601).

Otros países también han adoptado medidas positivas para incorporar un enfoque de derechos humanos en su legislación sobre salud mental. Si bien no son completas en cuanto a su ajuste con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, representan los mejores ejemplos hasta la fecha de países que han adoptado una legislación más progresiva en materia de salud mental. Por ejemplo, en el 2017, India aprobó una nueva ley de salud mental (602) que incluía una serie de disposiciones fundamentales para proteger los derechos de las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, tales como el reconocimiento del derecho a tener acceso a la atención de salud mental, la posibilidad de formular directrices anticipadas o nombrar a un representante designado, la despenalización del suicidio y la prohibición de la reclusión y el confinamiento en solitario. De manera análoga, Filipinas adoptó en el 2017 su primera ley de salud mental (603) que incorpora directrices anticipadas, apoyo a la toma de decisiones y la desinstitucionalización.

La reforma jurídica también puede desempeñar un papel decisivo al facilitar el acceso a los servicios comunitarios y al apoyo. Por ejemplo, en Israel, la Ley de rehabilitación en la comunidad de las personas con discapacidades mentales del 2000 (604) proporciona a las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales un conjunto de servicios y programas que cubre la vivienda subvencionada, el empleo, la educación para personas adultas, las actividades recreativas y sociales, la asistencia a familias, la atención dental y la gestión de casos.

Acciones fundamentales nacionales para integrar los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos humanos

Al reformar la legislación sobre la salud mental para alinearla a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y a otras normas internacionales de derechos humanos, los países deben adoptar algunas medidas cruciales. Estas incluyen:

- hacer participar activamente a las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales y sus organizaciones en los procesos de reforma legislativa para procurar que las leyes y los reglamentos promuevan y protejan sus derechos y respondan a sus necesidades y requisitos;
- introducir la creación de capacidades para las partes interesadas fundamentales, incluidos los encargados de adoptar decisiones (miembros del parlamento, senadores, legisladores locales, regionales y nacionales, etc.) antes de iniciar la reforma legislativa;
- establecer procesos de revisión de las leyes para determinar cuáles deben abolirse, modificarse o adoptarse para alinear los marcos legislativos nacionales, incluidas las leyes de salud mental, a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad;
- eliminar todas las disposiciones discriminatorias que figuran en las leyes relacionadas con la educación, el empleo, el bienestar social, la vivienda, la salud, la justicia, el derecho a tener una familia y la participación en la vida política y pública;
- derogar la legislación sobre la custodia y otra legislación sobre la toma de decisiones sustitutiva y reemplazarlas con leyes que reconozcan la capacidad jurídica y promuevan el apoyo a la toma de decisiones, incluido el uso de planes anticipados y la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de las personas;
- crear leyes y reglamentos que promuevan los derechos de las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales a tomar por sí solas decisiones relativas a la atención y el tratamiento y, de conformidad con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, incluir siempre los documentos de planificación anticipada (que no puedan ser anulados por los servicios durante situaciones de crisis) y opciones de apoyo a la toma de decisiones;
- asegurarse de que las leyes exijan que el ingreso y el tratamiento siempre se basen en el consentimiento libre e informado de los usuarios de los servicios, incluidos los medicamentos, el tratamiento por electrochoque y otras intervenciones irreversibles, como la esterilización;
- incluir en las leyes y los reglamentos relativos a la salud y la salud mental disposiciones que brinden alternativas al ingreso y al tratamiento involuntarios y otras prácticas coercitivas, incluidas la reclusión y la restricción;

- incluir en las leyes y los reglamentos disposiciones que prevean el apoyo y el alojamiento, como también el apoyo a la toma de decisiones, espacios seguros de respiro y estrategias de desescalada, durante situaciones de crisis o emergencia;
- crear procedimientos en las leyes y los reglamentos para determinar la voluntad y las preferencias de las personas o la mejor interpretación de su voluntad y sus preferencias si la persona no puede comunicarlas;
- modificar la legislación civil y penal para asegurarse de que los reglamentos relativos a la responsabilidad jurídica y el deber de cuidado de los prestadores de servicios y las familias no promuevan o provoquen prácticas coercitivas (34);
- incorporar mecanismos de rendición de cuentas para informar, volver a capacitar, despedir o sancionar al personal que vulnere los derechos humanos;
- crear mecanismos y leyes para vigilar los servicios prestados a las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, como sistemas sólidos para investigar las quejas, y asegurar la participación significativa de las personas con discapacidades psicosociales y sus organizaciones en tales actividades; y
- asegurar la prestación de servicios gratuitos de asistencia letrada que estén disponibles y sean accesibles.

5.3 Modelo de servicios y la prestación de servicios de salud mental comunitarios

Hasta la fecha, cuando las personas han sido derivadas a la atención comunitaria de salud mental, la intención ha sido que se preste la atención en la comunidad donde esta puede accederse más fácilmente mientras las personas siguen con su vida normal. Sin embargo, lo que es también esencial es que esa atención y ese apoyo sean personalizados, inclusivos, integrales y se basen en los derechos y contribuyan activamente a la vida independiente y a la inclusión comunitaria. Además, la atención comunitaria de salud mental no es una sola entidad, sino que incluye una variedad de servicios e intervenciones para satisfacer las diferentes necesidades de apoyo de las personas, en particular el apoyo en momentos de crisis, la atención y el tratamiento continuos y la vida y la inclusión comunitarias. La variedad de servicios incluye, entre otros, los servicios de respuesta en momentos de crisis, los centros de salud mental comunitarios, los servicios hospitalarios, los servicios de alcance comunitario, los servicios de apoyo entre pares y la asistencia a la vida cotidiana. La manera en que se gestionan estos servicios puede ser muy diferente por región y país; los servicios pueden superponerse respecto de las actividades de atención y de apoyo que proporcionan, y el mismo tipo de servicio puede funcionar de maneras muy diferentes utilizando principios muy diferentes en diferentes lugares. Por ejemplo, un centro de salud mental comunitario en un lugar puede desempeñar muchas funciones, como la respuesta a las crisis, las actividades de alcance comunitario y el tratamiento y la atención continuos, y sin embargo en otro lugar o región un centro diferente puede desempeñar una función mucho más reducida al tiempo que otros servicios desempeñan otras funciones. En particular, es posible que no haya absolutamente ningún servicio en muchos países y regiones o que los servicios sean mínimos.

Por muy bien que se presten los servicios de salud, estos solos no serán suficientes para atender a todas las personas que tienen afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, en especial a las

personas que viven en la pobreza, que no tienen vivienda, educación ni medios para generar ingresos. Tener acceso a estos recursos, oportunidades y derechos es esencial para ayudar a las personas a llevar una vida satisfactoria y participar plenamente en su comunidad. Por lo tanto, es importante procurar que los servicios de salud mental y los servicios del sector social participen y colaboren de manera muy práctica y significativa. El objetivo final es que los países establezcan su propia red de servicios de salud mental para desempeñar integralmente las funciones principales del apoyo en momentos de crisis, el tratamiento y el apoyo continuos y la inclusión comunitaria. Esto requiere considerar cuidadosamente el tipo de servicios que han de incluirse en la red, la forma en que estos se complementan y trabajan juntos, y la manera en que se interconectarán para trabajar sin barreras con el sector social y otros sectores.

En todos los países, las familias, los cuidadores y las personas de apoyo, así como las redes comunitarias, posiblemente estén en condiciones de desempeñar algunas de estas funciones, prestando apoyo a muchas personas. Este apoyo puede ser inestimable. Por ejemplo, se ha demostrado que el apoyo familiar reduce las tasas y la duración de la hospitalización (605, 606), disminuye las crisis de salud mental y mejora la recuperación (607-611). Sin embargo, en la mayoría de los países de ingreso bajo y mediano, las familias y los cuidadores informales son la única fuente de apoyo para las personas que tienen afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, lo que conduce a diversas situaciones problemáticas, que van desde las desigualdades basadas en el género debido a la feminización del cuidado de la familia hasta la pérdida de la autonomía y la privacidad de los que reciben apoyo. Por consiguiente, siempre se requerirán los servicios formales prestados por los sectores del gobierno para complementar el apoyo prestado por las familias y las comunidades. Además, las familias y los propios cuidadores también deben beneficiarse directamente del apoyo de los servicios. Se ha demostrado que esto promueve la salud mental de los familiares y los cuidadores, reduciendo los síntomas de estrés y ansiedad (610) y mejorando la salud física (612-614).

Los curanderos y las organizaciones tradicionales y religiosas suelen ser el primer punto de contacto para muchas personas, en particular en los países de ingreso bajo y mediano. Si bien pueden desempeñar una función importante para brindar atención y apoyo, se han documentado muchos casos de encadenamiento y otras medidas coercitivas que han aplicado estos prestadores de servicios (107, 615, 616). Por consiguiente, toda red de servicios para las personas con discapacidades psicosociales debe esforzarse por eliminar las prácticas coercitivas de tal manera que solo se retengan los aspectos positivos de la atención y el apoyo.

La creación de una red de servicios comunitarios no tiene que partir de cero. A pesar de todos los problemas y retos que afrontan actualmente los sistemas de salud mental en todas partes, muchos servicios en los países están proporcionando atención y apoyo que las personas encuentran significativos y útiles, que promueven la esperanza y la recuperación y que respetan su dignidad y sus derechos. Una tarea fundamental para los países es determinar sus servicios con buenas prácticas, mejorarlos cuando hay deficiencias y ampliarlos a nivel de toda la región y todo el país.

La OMS ha elaborado el conjunto de herramientas de evaluación Calidad y Derechos (véase el recuadro 7), que puede usarse para evaluar la calidad y el grado de alineamiento con los principios de derechos humanos de todos los tipos de servicios de salud mental y hogares de asistencia social de conformidad con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (6), incluidos los hospitales, los servicios en momentos de crisis, los servicios de alcance comunitario, los servicios de asistencia para la vida autónoma y los centros de salud mental comunitarios. Además, la OMS ha elaborado una herramienta de transformación (617) para ayudar a los países a transformar y mejorar los servicios

basándose en las deficiencias detectadas mediante la evaluación de la iniciativa Calidad y Derechos. Una característica fundamental de las orientaciones se relaciona con los procesos encaminados a cambiar la cultura y la dinámica de poder de los servicios, que son requisitos previos para lograr el enfoque basado en los derechos humanos en los servicios de atención de salud mental y asistencia social (617).

Recuadro 7. Iniciativa Calidad y Derechos de la OMS

Herramientas de la iniciativa Calidad y Derechos para evaluar y mejorar la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y asistencia social

El conjunto de herramientas de evaluación de la iniciativa Calidad y Derechos (QualityRights) de la OMS permite a los países evaluar sus servicios en relación con las normas derivadas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que cubre los temas de capacidad jurídica, consentimiento informado al tratamiento, apoyo a la toma de decisiones, directrices anticipadas y un ambiente sin violencia, coerción ni abuso, además de promover la inclusión comunitaria (6). Desde su publicación en el 2012, se han realizado evaluaciones de uno o más servicios de salud mental en al menos 47 países (618).

En la Región de Europa, como parte un proyecto de la Oficina Regional de la OMS para Europa sobre las personas adultas con afecciones de salud mental, discapacidades psicosociales e intelectuales que viven en instituciones en la Región, se realizaron las evaluaciones de la iniciativa Calidad y Derechos en 75 establecimientos en 24 Estados Miembros de la OMS a lo largo del 2017 (619).

En India, del 2014 al 2016, el Ministerio de Salud y de la Familia emprendió evaluaciones en gran escala de los servicios de salud en todo el estado de Gujarat. Esas evaluaciones iban acompañadas de otras acciones, entre ellas la formulación de planes individualizados de mejoramiento en cada uno de los servicios y la puesta en marcha de un programa integral de fomento de las capacidades usando las herramientas y metodologías de la herramienta Calidad y Derechos de la OMS (620, 621). La experiencia de Gujarat fue muy positiva en los servicios en todo el estado. Durante un período de 12 meses, la calidad y las condiciones de los derechos humanos en los servicios mejoraron considerablemente, y se observaron progresos importantes en las normas relacionadas con la capacidad jurídica y el consentimiento informado. Además, el personal de los servicios mostró una actitud mucho mejor hacia los usuarios de los servicios y estos últimos dijeron que se sentían más empoderados y satisfechos con los servicios que les ofrecían (621). El siguiente video realza varios aspectos de la experiencia sobre el fomento de capacidades en Gujarat con el uso de las herramientas de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS.

OMS: Calidad y Derechos en los servicios de salud mental (Gujarat, India)

https://youtu.be/phd_poHuL9c

En el Líbano, una decisión ministerial ha ordenado que todos los hospitales psiquiátricos y pabellones de salud mental de pacientes hospitalizados en hospitales generales y organizaciones de asistencia social sean objeto de una evaluación sobre la calidad de la atención y los derechos

humanos dentro del marco de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS (582). Como parte de su reforma general e integral del sistema de salud mental, se estableció un equipo grande de 20 asesores de servicios conformado por profesionales de salud mental, trabajadores sociales, abogados y personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, el cual ha recibido capacitación conforme a la iniciativa Calidad y Derechos (622, 623). Cinco servicios ya han iniciado las evaluaciones y varios de ellos han seguido elaborando y ejecutando planes de mejoramiento usando el módulo de transformación de servicios de esta iniciativa. Estos servicios ya están demostrando tener efectos considerables en la vida de los usuarios. En el video del enlace a continuación se subrayan varios aspectos del proceso de transformación y mejoramiento de los servicios en el Líbano.

OMS: Mejora de la atención de salud mental en el Líbano: https://www.youtube.com/watch?v=tIIB_LgeYpc

Avanzar hacia un cambio cultural que se ajuste a la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS permitirá que los servicios existentes evolucionen y se desarrollen nuevos servicios, con más imaginación y flexibilidad (15). Muchos de los servicios destacados en estas orientaciones quizá sirvan de inspiración para tales avances. La intención no es crear réplicas exactas de los servicios descritos, sino aprender cómo se desarrollaron, cómo trabajan con los valores y principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y cómo incorporan un enfoque orientado a la recuperación. Lo que es más importante es crear servicios que se guíen por los principios que apoyan la capacidad jurídica, que estén libres de coerción y que incorporen la participación, el enfoque de recuperación y la inclusión comunitaria, al tiempo que se procura que los servicios se arraiguen y se integren en la comunidad que atienden.

Acciones nacionales fundamentales para integrar los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos humanos

Para desarrollar un sistema comunitario de salud mental que verdaderamente se centre en las personas, se oriente hacia la recuperación, se base en los derechos humanos y sea receptivo a la amplia gama de necesidades y requisitos que las personas pueden tener, los países deberán emprender las siguientes acciones:

- crear una red de servicios comunitarios de salud mental para una región o un país que proporcionen funciones esenciales de apoyo en situaciones de crisis, tratamiento continuo y atención, y vida e inclusión comunitarias, y que se interconecten con los sectores sociales e inicien el proceso de desinstitucionalización en los países donde aún hay instituciones;
- crear servicios de salud mental centrados en las personas, inclusivos, integrales y basados en los derechos dentro de esta red (servicios de respuesta en momentos de crisis; centros de salud mental comunitarios; servicios hospitalarios; servicios de alcance comunitario; servicios de apoyo entre pares y servicios de asistencia para la vida autónoma);
- procurar que los servicios presten apoyo adecuado a las familias, los cuidadores y otras personas de apoyo;
- proporcionar a las familias, los cuidadores y las personas de apoyo la educación, los conocimientos y las herramientas para respaldar el proceso de recuperación;

- procurar que se preste la debida atención a la función y el apoyo proporcionados por las organizaciones y los curanderos tradicionales y religiosos dentro del país, aprovechando los aspectos positivos de la atención y el apoyo que brindan, trabajando al mismo tiempo para poner fin al uso de prácticas coercitivas;
- ajustar los servicios comunitarios de salud mental a las normas internacionales de derechos humanos, en particular la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; servicios que usen alternativas a las respuestas coercitivas, respeten la capacidad jurídica y promuevan la participación, la inclusión comunitaria y los enfoques de recuperación;
- introducir políticas y prácticas a nivel de servicio que combatan el uso de la medicación forzosa y otras prácticas coercitivas que incluyen la reclusión o la restricción física, mecánica y química; e introducir las que utilizan el apoyo a la toma de decisiones, los planes anticipados y los planes de recuperación;
- fomentar una cultura de servicios positiva efectuando el cambio de cultura y actitudes dentro de los servicios, brindar capacitación para el desarrollo de los conocimientos y las habilidades del personal de los servicios a fin de promover los derechos humanos de los usuarios de los servicios; y procurar que el desarrollo, el diseño y la prestación de los servicios siempre se basen en la experiencia y los conocimientos especializados de las personas con experiencias propias;
- crear servicios que proporcionen diferentes opciones de tratamiento y apoyo, abarcando un enfoque holístico orientado hacia la recuperación, y que suministren información sobre las opciones de tratamiento, incluidos los beneficios y los posibles efectos adversos de cada uno, facilitando así el pleno consentimiento informado;
- procurar que todos los servicios y apoyos que estén al alcance de la población general también sean accesibles e inclusivos para las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, y respondan a sus necesidades; por ejemplo, los programas de protección social, la vivienda, el cuidado infantil, el apoyo familiar, los clubes deportivos, etc.;
- colaborar con los servicios sociales a fin de permitir la provisión de vivienda asequible y asistida, educación, empleo y oportunidades de generación de ingresos, y apoyo a la integración en todos los aspectos de la vida en su comunidad para las personas con afecciones de la salud mental y discapacidades psicosociales;
- recopilar activamente comentarios independientes y anónimos de los usuarios de los servicios y responder a ellos para comprender sus opiniones, lo que fue útil, lo que no fue útil, quejas específicas y lo que el servicio podría mejorar para apoyarlos;
- implementar evaluaciones independientes periódicas de los servicios utilizando el conjunto de herramientas de evaluación de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS (o algo similar) y adoptar medidas para cerrar toda brecha que se haya detectado utilizando las orientaciones y la capacitación para la transformación de los servicios (6, 617);
- prever servicios de defensoría independientes de modo que los usuarios de los servicios puedan generar alarmas o quejas sobre violaciones de los derechos humanos o de los enfoques centrados en las personas, sin temor a que esto tenga repercusiones negativas en la continuidad de la atención que reciben; y
- procurar que los servicios estén disponibles y sean accesibles y culturalmente aceptables para todas las personas y los grupos de personas que necesiten apoyo específico de salud mental sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otro tipo, origen nacional, étnico, indígena o social, propiedad, nacimiento, edad u otra condición.

5.4 Financiamiento

Muchos países no invierten adecuadamente en la salud mental, lo que da lugar al acceso limitado y a la prestación de servicios de calidad deficiente. Además, en muchos países de ingresos bajos y medianos la salud mental a menudo no se incluye u ocupa un lugar extremadamente limitado en el conjunto de servicios prestados a través de sus sistemas de salud pública, o su cobertura es responsabilidad de los planes de seguro de salud. Los hospitales psiquiátricos siguen recibiendo la mayor proporción del gasto de atención de salud en la salud mental. El atlas de salud mental 2017 de la OMS informa de que el 80% de los presupuestos de salud mental en los países de ingreso bajo y mediano se asigna a los hospitales psiquiátricos y el 35% en los países de ingreso alto (5).

Los análisis de determinación de costos han demostrado que los costos de hospitalización suelen exceder los costos del tratamiento equivalente, la atención y el apoyo en la comunidad, como lo revelan los siguientes ejemplos. En Israel, por ejemplo, la hospitalización durante una noche para un adulto cuesta 476 séqueles israelíes (US\$ 145)^{ai}. En comparación, la vivienda asistida en la comunidad cuesta entre 40 y 394 séqueles israelíes (US\$ 12–120)^{aj} por día según el grado de apoyo proporcionado (624). Asimismo, en Maryland (Estados Unidos), el costo medio del tratamiento en servicios residenciales para situaciones de crisis (hogares en la comunidad que prestan atención de enfermos agudos para las personas que de otro modo recibirían tratamiento en una unidad de hospitalización psiquiátrica de estadía corta), es de US\$ 3.046, mientras que el costo de la hospitalización en un hospital general es de US\$ 5.549 (un 44% más elevado) (625). En Perú también el costo medio unitario por consulta de pacientes ambulatorios en hospitales especializados de salud mental se calculó en US\$ 59 en comparación con US\$ 12 para consultas ordinarias de pacientes ambulatorios en centros de salud mental comunitarios, lo que equivale a un ahorro del quíntuple de esa cifra (566). En otra comparación, un solo ingreso psiquiátrico en Nigeria cuesta US\$ 3.675, que equivale a 90 visitas ambulatorias (626).

Las situaciones en que los incentivos perversos pueden dar como resultado el mantenimiento y el refuerzo de prácticas negativas en el ámbito de la salud mental deben modificarse. Tales incentivos perversos pueden incluir los siguientes ejemplos:

- Puede darse el caso de que se efectúen reembolsos o pagos más elevados (procedentes de fondos de salud pública o de seguros de salud) a los hospitales por concepto de servicios hospitalarios utilizados para cubrir el costo de servicios ambulatorios o de hospitalización que en cambio podrían haberse prestado a un bajo costo en entornos comunitarios. Por ejemplo, en Turquía, el tratamiento en los hospitales de salud mental cuesta un 30% más que en una unidad de salud mental de un hospital general (627). Asimismo, un estudio realizado en Estados Unidos de 418 hospitales reveló que la suma media cobrada por hospitalización en los servicios psiquiátricos era 2,5 veces mayor que el costo real de la prestación de asistencia, y que tener cobertura de seguro de salud se asociaba con estadías más largas (628).
- Los planes de reembolso de los seguros de salud o del sistema nacional de salud posiblemente no se ajusten a la evidencia sobre el tratamiento y las intervenciones. El seguro de salud impulsa una necesidad de diagnóstico y favorece intervenciones sencillas y discontinuas (como medicamentos) en lugar de realizar intervenciones más complejas que podrían ser beneficiosas. Esto hace que se limiten las opciones y la elección del tratamiento. Cuando los planes de reembolso del seguro de salud o del sistema nacional de salud no se ajustan a la evidencia refuerzan las malas prácticas y limitan las opciones de otras intervenciones basadas en la evidencia. Por ejemplo, en muchos países de ingreso

ai Conversión al mes de marzo del 2021.

aj Conversión al mes de marzo del 2021.

bajo y mediano y en algunos países de ingreso alto las personas tienen un acceso mucho mayor a los medicamentos psicotrópicos, gratuitamente o a un costo relativamente bajo, en relación con las formas no terapéuticas de tratamiento como la psicoterapia (629). Sin embargo, se realizan esfuerzos considerables por aumentar la disponibilidad de otras opciones, por ejemplo, la capacitación y la colocación de 820 consejeros psicosociales en 425 centros integrales de salud en Afganistán durante el período 2007-2019 (630).

- Los pagos más elevados por concepto de servicios para procedimientos que deben realizarse en un hospital (como el tratamiento por electrochoque) actúan como un incentivo perverso que promueve su uso incluso en situaciones en las que ni la evidencia ni las indicaciones clínicas^{ak} corroboran este uso (631). Por ejemplo, en Alemania, el uso del tratamiento por electrochoque entraña un pago extra de € 271 (US\$ 328)^{al} al servicio por día (632).

Los cambios en los tipos de intervenciones y servicios financiados por los gobiernos y que se reembolsan mediante los planes de seguro de salud desempeñarán una función importante en la disminución del uso de prácticas coercitivas y en la introducción y la priorización de prácticas y servicios centrados en las personas, de recuperación y basados en los derechos humanos en los países.

Muchos servicios comunitarios con buenas prácticas que se ajustan a los enfoques de recuperación y basados en los derechos humanos están bajo la dirección y la gestión de ONG en el sector sin fines de lucro. Esto brinda oportunidades a los gobiernos para contratar a ONG a fin de que presten (o sigan prestando) servicios en vez de que los servicios públicos de salud traten de prestar todos estos servicios directamente. Hay muchos ejemplos de países en todo el mundo que utilizan un enfoque combinado en el que los gobiernos prestan servicios de salud mental directamente y a través de ONG contratadas. Hay muchos ejemplos de servicios prestados por ONG que son financiados por el gobierno directamente, entre ellos varios que se mencionan en este documento, como Afiya House EUA, la red de servicios en Bosnia y Herzegovina y Hand in Hand Georgia. La ejecución de este tipo de cambio requiere una estrecha coordinación e integración, de otro modo las ONG pueden quedar marginadas fácilmente, y el efecto general de esto puede aumentar la fragmentación del sistema de atención de salud mental.

Se debe prestar cuidadosa atención a la posible rigidez de algunos planes contractuales que imponen criterios estrictos que deben cumplir los servicios para que se aprueben los fondos. A veces la falta de flexibilidad en los criterios es incompatible con el método flexible que requiere un enfoque orientado a la recuperación y centrado en las personas. Por ejemplo, el financiamiento del seguro de salud para un servicio de apoyo entre pares que reembolsa la planificación de la recuperación, pero no los gastos de transporte para reunirse con los usuarios de los servicios, crea obstáculos importantes para la prestación de ese servicio y su captación.

Muchos países han utilizado satisfactoriamente el cambio en la política y la estrategia de financiamiento como un poderoso impulsor para la reforma del sistema de salud mental, como se describe en el recuadro 8 a continuación.

ak El uso del tratamiento por electrochoque debe limitarse a casos excepcionales (solo en casos de catatonía y depresión grave resistente al tratamiento), y solo cuando se ha dado pleno consentimiento informado. Esto debe incluir información sobre el carácter controvertido del procedimiento y la posibilidad de que se produzcan efectos adversos graves. Este tratamiento solo debe usarse con el apoyo apropiado de anestesiología.

al Conversión al mes de marzo del 2021.

Recuadro 8. El financiamiento como impulsor para la reforma en Bélgica, Brasil, Perú y los países de África Occidental

Uso del financiamiento como impulsor fundamental para la reforma en Bélgica, Brasil, Perú y los países de África Occidental

Desde siempre, Bélgica, y especialmente Flandes, ha tenido un número muy elevado de camas en los hospitales psiquiátricos. Uno de los objetivos fundamentales de la reforma de salud mental en Bélgica, por consiguiente, fue eliminar gradualmente las camas en los hospitales psiquiátricos y ofrecer más opciones de asistencia ambulatoria, en particular mediante el establecimiento de equipos móviles para atender a las personas en su entorno familiar.

La reforma ha implicado a todo el país y al sector de la salud, no solo a los hospitales públicos. En Bélgica, la gran mayoría de los hospitales son instituciones privadas sin fines de lucro y el cierre de los hospitales psiquiátricos por parte del gobierno habría requerido proporcionar a las entidades organizadoras de esas instituciones una compensación financiera considerable. Por esa razón, se recurrió a la alternativa de usar incentivos financieros para alentar a los hospitales a que voluntariamente realizaran el cambio necesario con el fin de reducir el número de camas y ofrecer más servicios comunitarios.

En cuanto al financiamiento, el gobierno estuvo de acuerdo en financiar plenamente todas las camas hospitalarias que se iban a eliminar (a un nivel equivalente al de la ocupación plena). El hecho de que ya no hubiera camas –sin ninguna pérdida de fondos– hizo que el personal clínico tuviese tiempo para formar parte de los equipos móviles que se estaban estableciendo.

En un período de cuatro años, los equipos móviles comunitarios también recibieron una contribución financiera significativa del gobierno para facilitar su establecimiento; y los fondos públicos cubrieron plenamente la supervisión médica del equipo y los honorarios para las visitas a domicilio por parte de los psiquiatras. Con esto también se consiguió que los usuarios finales del servicio móvil de alcance comunitario tuviesen a su disposición un tratamiento domiciliario completamente gratuito.

En Bélgica, la atención de salud mental se organiza en redes que se definen a nivel regional y no todas las regiones tenían el mismo número de camas hospitalarias y, por lo tanto, tampoco la posibilidad de crear equipos móviles mediante la eliminación de camas y el uso del tiempo del personal para formar parte de los equipos móviles de alcance comunitario. En esas situaciones, el gobierno proporcionó más recursos financieros para permitir el reclutamiento suficiente de personal para los equipos móviles. Además del establecimiento de los equipos móviles de alcance comunitario, el mismo mecanismo de incentivos financieros también permitió fortalecer otros aspectos de los servicios hospitalarios, en particular, los servicios de respuesta en situaciones de crisis.

Bélgica ([de Bock P], [Service public fédéral (SPF) Santé publique], comunicación personal, [2020])

Brasil

La atención de salud universal es un derecho constitucional en Brasil, que se presta conforme al sistema de salud unificado del país que incluye el establecimiento de la red comunitaria de salud

mental de Brasil. Desde principios del 2000 cambió notablemente la forma en que el presupuesto de salud mental se usaba en Brasil con el propósito de financiar el establecimiento de servicios comunitarios de salud mental y poner en práctica una política de desinstitucionalización. La reorientación gradual de los recursos ha permitido reemplazar los servicios y las estructuras institucionales con una red comunitaria de servicios (633, 634).

El gasto en salud mental aumentó en un 51,3% entre el 2001 y el 2009 (635). De los recursos financieros federales asignados a la salud mental en el 2002, los hospitales psiquiátricos representaban casi el 80% de los gastos, y los servicios de salud mental comunitarios el 20% restante. En cambio, para el 2013 casi el 80% del presupuesto de salud mental se había asignado a los servicios comunitarios de salud mental en comparación con un 20% para los gastos hospitalarios (184).

Perú

En el 2012, Perú incluía los servicios de salud mental en el conjunto de prestaciones de su plan integral de seguro de salud, como parte de los esfuerzos nacionales encaminados al logro de una cobertura universal de salud. Además, se estableció una escala de la tarifa de reembolso revisada para los servicios y los proveedores de salud mental a fin de sufragar el costo de la prestación de servicios en establecimientos comunitarios de salud mental y hospitales psiquiátricos especializados. Esto condujo a una mayor prestación de servicios de salud mental en la comunidad y ayudó a reducir los desembolsos directos por parte de los pacientes para cubrir los servicios de salud mental de un 94% en el 2013 a un 32% en el 2016. En el 2014, se estableció un marco financiero decenal que usa un programa presupuestario orientado a la consecución de resultados basado en la remuneración por el desempeño (*presupuesto por resultado*) para dirigir y ampliar los esfuerzos de reforma. En este marco, los presupuestos los asigna el Ministerio de Economía y Finanzas basándose en el logro de indicadores predeterminados relacionados con la detección y el tratamiento de las afecciones de salud mental, así como intervenciones comunitarias (por ejemplo, apoyo y capacitación familiares y comunitarios) (566, 636).

África Occidental

En los gobiernos recae principalmente la responsabilidad de proporcionar una atención de salud equitativa y de calidad que promueva la dignidad y los derechos; pero lograr el apoyo político, producir cambios normativos y realizar inversiones para dejar atrás las deficiencias y el desfase de los servicios suele ser un reto en entornos de escasos recursos donde hay muchas prioridades que compiten entre sí. Las ONG y las organizaciones de la sociedad civil locales e internacionales suelen desempeñar una función catalizadora en este proceso. Su independencia, acceso a financiamiento y ausencia de burocracia les permite actuar más rápidamente que los sistemas oficiales. Esos agentes no estatales trabajan a menudo mediante el establecimiento de programas innovadores que pueden demostrar un cambio progresivo y se ajustan a las recomendaciones internacionales, incluidas las normas de derechos humanos; por ejemplo, abordar el acceso a servicios, promover la participación o combatir las prácticas coercitivas. En condiciones ideales, tal reforma se lleva a cabo en un espíritu de colaboración con el gobierno y las organizaciones de la sociedad civil locales (mediante una alianza entre los sectores público y privado), de modo que una transición gradual hacia el financiamiento y la titularidad

locales se integre a la estrategia programática, con lo cual se evita el riesgo de proyectos breves, de duración limitada, que no se pueden mantener ni escalar.

Un ejemplo de la labor de fortalecimiento de los sistemas de salud que ha tratado de desempeñar esta función catalizadora, además de dejar un legado de reforma sostenida, es la labor que la Misión Cristiana para los Ciegos (CBM) ha realizado en África Occidental desde el 2005. Sus programas en Burkina Faso, Gambia, Ghana, Liberia, Níger, Nigeria y Sierra Leona también funcionaron dentro de sistemas gubernamentales y ministerios de salud, prestando apoyo financiero, técnico y de otro tipo para fortalecer sistemas de información de salud y cadenas de suministro de medicamentos. Al mismo tiempo, al trabajar con ONG asociadas locales y establecer coaliciones de las partes interesadas de salud mental de la sociedad civil local, incluidas las personas con discapacidades psicosociales, se desarrolló y empoderó una fuerte voz de promoción para hacer responsables a los gobiernos, lo que facilitó de manera satisfactoria las reformas normativas y legislativas, e incrementó la inversión en muchos de estos países (637, 638).

Acciones nacionales fundamentales para integrar los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos humanos

Para crear y financiar adecuadamente un sistema de salud mental y apoyo centrado en las personas, orientado a la recuperación y basado en los derechos humanos, es fundamental que los países emprendan las siguientes acciones relacionadas con las finanzas:

- aumentar sustancialmente el presupuesto para la salud mental en los sectores de la salud y de protección social;
- utilizar presupuestos para reconfigurar los servicios vinculando los presupuestos con los objetivos programáticos basados en los derechos humanos e invertir en los servicios y apoyos comunitarios que se basen en la evidencia, se basen en los derechos humanos, se centren en las personas y promuevan la recuperación, que podrían incluir reembolsos para la prescripción social (a fin de permitir que los médicos generales, las enfermeras y otros profesionales de salud y de atención deriven a las personas a una variedad de apoyos locales no clínicos en la comunidad) (639) y la elaboración de planes de recuperación y planes anticipados, con el involucramiento pleno de los usuarios de los servicios;
- invertir en el sector social para proporcionar educación, vivienda, oportunidades de empleo y programas de protección social para las personas con afecciones de salud mental o discapacidades psicosociales;
- eliminar la discriminación que sufren en el seguro de salud las personas que tienen discapacidades psicosociales –en particular, debe prohibirse la denegación del seguro de salud por motivos de discapacidad y se deben adoptar reglamentos para garantizar que los planes y las primas de seguro se establezcan de manera justa y razonable (640)– y asegurar la disponibilidad del seguro de salud para brindar atención de salud mental y apoyo a largo plazo, no solo para ingresos para la atención de enfermos agudos;
- eliminar los incentivos que contribuyen a mantener hospitales psiquiátricos e instituciones de asistencia social, e incentivar su cierre de manera sistemática y planificada para hacer que los exresidentes tengan los apoyos que necesitan para llevar vidas satisfactorias en la comunidad;
- eliminar los incentivos financieros que contribuyen al uso de intervenciones y tratamientos que no se basan en la evidencia o no se ajustan a las normas internacionales de derechos humanos, e introducir incentivos para los servicios comunitarios de salud mental basados en la evidencia;

- usar incentivos financieros para aplicar métodos no coercitivos y una variedad más amplia de tratamientos y soportes que permitan enfoques holísticos, centrados en las personas y de recuperación para la atención y el apoyo, incluida la psicoterapia;
- priorizar, en el conjunto básico de servicios de salud mental proporcionado por el sistema público de salud mental, los servicios comunitarios de salud mental con buenas prácticas que operan basándose en los principios de la recuperación, la capacidad jurídica, la inclusión comunitaria y el no uso de la coerción, como una alternativa al internamiento en instituciones o a la dependencia excesiva de la atención especializada; e
- incluir e integrar los servicios prestados por ONG que promueven la recuperación, los derechos y los buenos resultados dentro del marco de los servicios que contrata y administra el gobierno y que cubre el seguro de salud.

5.5 Desarrollo y capacitación de la fuerza laboral

La fuerza laboral de los sectores de la atención de salud y la asistencia social repercute directamente en el tipo y la calidad de los servicios prestados. El desarrollo de la propia fuerza laboral depende de innumerables factores, que incluyen el reclutamiento, la motivación, la retención, la educación, la capacitación y el desarrollo profesional continuo, entre otros factores, que se han descrito bien en publicaciones de la OMS (641, 642).

Avanzar hacia servicios e intervenciones que promueven un enfoque orientado a la recuperación y centrado en las personas y que cumplen las normas internacionales de derechos humanos establecidas por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad requiere cambios importantes en las actitudes, los conocimientos, las competencias y las aptitudes de los prestadores de servicios en los servicios de atención de salud y asistencia social. Los supuestos negativos y las creencias falsas que tienen los profesionales de la salud y los prestadores de servicios (como también los responsables de las políticas y la comunidad en general) acerca de las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales deben superarse para combatir el estigma y la discriminación en el contexto de la atención de salud. Además de las necesidades de capacitación clínica como las presentadas en la Guía de intervención mhGAP de la OMS (643), las iniciativas de educación y capacitación que introducen un enfoque más equilibrado, centrado en las personas y basado en la recuperación –por oposición a un enfoque centrado exclusivamente en un modelo biomédico– son esenciales para lograr un cambio transformador. Tales iniciativas tendrían el posible beneficio adicional de reducir el temor y el estigma y la creencia de que las personas con afecciones de salud mental o discapacidades psicosociales son potencialmente (o en realidad) peligrosas (43, 644-646).

Rara vez se imparte educación en materia de derechos humanos a los prestadores de servicios en los sectores social y de la salud (647), pero esta es muy necesaria dado que los prestadores de servicios pueden restringir (y restringen) los derechos (648, 649). Los profesionales de salud deben capacitarse en lo relativo a los enfoques basados en los derechos humanos que abordan las formas transversales de la discriminación que afectan a las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales. Además, las instituciones profesionales y educacionales médicas y de salud deben examinar sus planes de estudios para asegurarse de que la educación que imparten refleje adecuadamente las necesidades de atención de salud y los derechos de las personas con discapacidad (640).

A fin de cambiar las actitudes, las creencias y las prácticas del personal acerca de un enfoque y una cultura de servicio basados en los derechos humanos, la OMS ha elaborado un conjunto de herramientas de capacitación presencial sobre salud mental, discapacidad, derechos humanos y recuperación (véase el recuadro 9).

Recuadro 9. Materiales didácticos de la herramienta Calidad y Derechos sobre salud mental, discapacidad, derechos humanos y recuperación

Materiales didácticos de la iniciativa Calidad y Derechos

Los módulos de capacitación presencial de la iniciativa Calidad y Derechos (QualityRights) de la OMS se han elaborado con la participación de más de 100 colaboradores nacionales e internacionales, entre los cuales figuran organizaciones de personas con discapacidad, ONG, personas con experiencia propia, familiares y asociados de atención de salud, profesionales que trabajan en el campo de la salud mental o en áreas afines, activistas de derechos humanos, abogados y otros más. Los módulos están dirigidos a cambiar las mentalidades en torno a la salud mental y la práctica y cubren los siguientes temas fundamentales:

Capacitación básica

- Derechos humanos (650)
- Capacidad jurídica y derecho a tomar decisiones (38)
- Salud mental, discapacidad y derechos humanos (44)
- Recuperación y el derecho a la salud (651)
- Ausencia de coerción, violencia y abuso (10)

Capacitación especializada

- Prácticas de recuperación para salud mental y bienestar (652)
- Estrategias para poner fin a la reclusión y la restricción (40)
- Apoyo a la toma de decisiones y planificación anticipada (325)

Herramientas de evaluación

- Evaluación de la capacitación de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario precapacitación (653)
- Evaluación de la capacitación de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario poscapacitación (654)

Los materiales didácticos de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS están disponibles en:

<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

Las herramientas de evaluación están disponibles en:

<https://qualityrights.org/resources/evaluation-tools/>

Si bien se requiere una capacitación centrada e intensiva para cambiar las actitudes y las prácticas, cualquier cambio significativo y sostenible en el ámbito de la salud mental solo puede realizarse si la mentalidad y las prácticas del personal cambian en gran escala. Las actividades de capacitación esporádicas, aunque sean intensivas, a menudo llegan a un número limitado de personas y por esa razón no pueden cambiar el *statu quo* que existe dentro de la comunidad en general.

Para alcanzar la escala requerida, se han elaborado una plataforma y un programa de capacitación en línea como parte de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS sobre salud mental, discapacidad, derechos humanos y recuperación que actualmente se están desplegando para cubrir, hacer participar y capacitar a muchas más personas en un período mucho más corto, sin problemas logísticos, por una fracción del costo de la capacitación presencial. Entre otros países, los gobiernos de Ghana y Kenya han puesto en marcha a nivel nacional esta capacitación, como puede verse en el recuadro 10. La capacitación en línea ha sido bien recibida por los participantes. El contenido didáctico de la capacitación en línea se basa en todo el conjunto de materiales de la capacitación presencial de la iniciativa Calidad y Derechos.

Recuadro 10. Capacitación en línea de la iniciativa Calidad y Derechos sobre salud mental y discapacidad: eliminación del estigma y promoción de los derechos humanos

Capacitación en línea de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS sobre salud mental y discapacidad: eliminación del estigma y promoción de los derechos humanos

En el 2019, tanto el Gobierno de Ghana como el Gobierno de Kenya pusieron en marcha a nivel nacional la capacitación en línea de la iniciativa Calidad y Derechos (QualityRights) de la OMS sobre salud mental, discapacidad, derechos humanos y recuperación. En Ghana, desde la puesta en marcha nacional de esta capacitación en línea en febrero del 2019 hasta febrero del 2020, alrededor de 17.000 personas se matricularon en el curso de 6 módulos y 15 horas de duración y alrededor de 9.000 personas completaron satisfactoriamente todo el curso para obtener su certificado de la OMS. Con el fin de mantener e incentivar el fomento de la capacidad a largo plazo, varias organizaciones profesionales registraron la capacitación en línea de esta iniciativa como parte de su desarrollo profesional continuo, entre ellas el Consejo Médico y Dental, el Consejo de Psicología, el Consejo Aliado de Salud, el Consejo de Enfermería y Partería, el Consejo Farmacéutico y la Facultad de Enfermería y Partería de Ghana. Además, esta última integró la capacitación en su programa regular de estudios. Asimismo, ahora ya es requisito que todos los empleados del Hospital Psiquiátrico de Accra tengan el certificado de capacitación en línea de la iniciativa Calidad y Derechos para poder recibir un ascenso.

En Kenya, poco más de un año después de la puesta en marcha oficial nacional de la capacitación en línea de la iniciativa Calidad y Derechos en noviembre del 2019, alrededor de 3.500 personas se habían matriculado, 3.000 habían completado un módulo básico sobre derechos humanos y 800 habían completado satisfactoriamente todos los 8 módulos para recibir sus certificados. Además, en julio del 2020 el gobierno de Kenya presentó su hoja de ruta para salud mental en un informe titulado “Salud mental y bienestar: camino a la felicidad y la prosperidad nacional” y la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS, con su capacitación en línea, apuntaló muchas de las recomendaciones encaminadas a transformar el sistema de salud mental y se incluyó como estrategia central para combatir el estigma y la discriminación, mejorar el acceso a los servicios de salud mental y fortalecer los recursos humanos para la salud mental.

En el Pacífico Occidental, Filipinas puso en marcha oficialmente la capacitación en línea en filipino en el Día Mundial de la Salud Mental, el 10 de octubre del 2019, en la tercera cumbre de salud pública del departamento de salud. La capacitación en línea es una de las intervenciones centrales en el plan estratégico nacional del Consejo de Filipinas para la Salud Mental encaminadas a la ejecución de la nueva ley de salud mental.

En el 2019 y el 2020, Turquía, Estonia, la República Checa y Bosnia y Herzegovina tradujeron y pusieron en marcha el programa de capacitación en línea de la iniciativa Calidad y Derechos en cada uno de sus respectivos países e idiomas. Esto ha facilitado la formación de la capacidad nacional de millares de profesionales de la salud y otras partes interesadas fundamentales en cada país.

La creación de las versiones en español y francés de la capacitación en línea de la iniciativa Calidad y Derechos en el 2021 permitirá la integración en gran escala de esta iniciativa en los países de habla francesa y española en todo el mundo, en particular en toda América Latina.

Una evaluación realizada en el 2019 por el instituto de salud mental de la Universidad de Nottingham, que examinó el cambio de actitudes de los participantes que habían completado el curso de capacitación en línea, demostró concretamente mejoras notables en las actitudes y prácticas hacia un enfoque basado en los derechos humanos en materia de salud mental, incluidas las relacionadas con la necesidad de eliminar la fuerza y la coerción en la atención de salud mental y proporcionar información y elección además de respetar las decisiones que las personas toman sobre el tratamiento ([Dilks, H., Hand, C., Oliveira, D. y Orrell, M.], [Institute of Mental Health, University of Nottingham], datos inéditos, [2019]) (655).

Comentarios recibidos sobre la plataforma de capacitación en línea

La capacitación en línea de la iniciativa Calidad y Derechos ha sido bien recibida por los participantes de la República Checa, Estonia, Ghana, Kenya, Turquía y otros países, como lo indican claramente los siguientes comentarios de los participantes.

“¡Experiencia transformadora!”

“¡¡¡La coerción, la violencia y el abuso en el trabajo deben terminar AHORA!!!”

“Estoy muy agradecido porque esta capacitación especial me ha ayudado a mejorar mis conocimientos profesionales sobre los derechos humanos.”

“¡Guau! En verdad ha habido aprendizaje. Estoy determinado a no tomar la última y única decisión en nombre de mis pacientes sin considerar su capacidad jurídica.”

“Muy educativa. En cierto momento, bajé la cabeza porque me avergoncé de cómo en muchas ocasiones había tomado una decisión sustitutiva en vez de una decisión de apoyo. Pienso seriamente que todo el personal de salud, especialmente los trabajadores de salud mental en Ghana, pueden ayudar mucho a respetar estos derechos.”

“Ha sido una experiencia transformadora. Las prácticas que antes consideraba aceptables (normales) son en realidad graves violaciones de los derechos humanos básicos. Ya comencé a dialogar con varias personas sobre la manera de cambiar su mentalidad y seguiré abogando por Calidad y Derechos en favor de las personas en mi comunidad y más allá. Gracias por el conocimiento inestimable que me han proporcionado.”

Acciones nacionales fundamentales para integrar los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos humanos

Para integrar satisfactoriamente un enfoque de salud mental centrado en las personas, orientado hacia la recuperación y basado en los derechos humanos, los países deben ampliar su visión más allá del modelo biomédico para cambiar y ampliar la mentalidad, combatir las actitudes estigmatizantes y eliminar las prácticas coercitivas. Para ello, los países tendrán que priorizar las siguientes acciones:

- impartir educación y capacitación para crear competencias estructurales de los trabajadores de atención de salud y asistencia social como parte de la capacitación previa al servicio y continua que les permita comprender y reconocer la importancia de los determinantes sociales de la salud mental, incluidas la pobreza, la desigualdad, la discriminación y la violencia, y responder adecuadamente a estos factores a la hora de proporcionar atención y apoyo;
- rediseñar los cursos de los planes de estudios de pregrado y posgrado de medicina, psicología, trabajo social y terapia ocupacional, entre otras esferas, para incorporar la educación y la capacitación en derechos humanos, discapacidad y enfoques de recuperación centrados en las personas en materia de atención de salud mental y asistencia social;
- proporcionar pasantías y lugares de aprendizaje en servicios que promueven los derechos humanos y los enfoques de recuperación centrados en las personas;
- proporcionar desarrollo profesional continuo que incorpore módulos de capacitación en derechos humanos, discapacidad y enfoques de recuperación centrados en las personas en materia de salud mental;
- exigir que la acreditación profesional incluya capacitación en derechos humanos, discapacidad y enfoques de recuperación centrados en las personas en materia de salud mental como requisito previo para la certificación;
- impartir, como parte del plan de estudios y los programas de capacitación continua para los profesionales de atención de salud y asistencia social, formación sobre la manera de apoyar a las personas que desean reducir o dejar de tomar medicamentos psicotrópicos;
- coproducir y coproporcionar educación, materiales didácticos y cursos de capacitación con las personas con experiencia propia, para los trabajadores de atención de salud y asistencia social, las ONG, las organizaciones de personas con discapacidad, la policía y otros grupos de la comunidad; y
- asegurarse de que los módulos de capacitación y la capacitación en línea de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS se proporcionen en los planes de estudio de pregrado, posgrado y desarrollo profesional continuo como parte del esfuerzo general por mejorar la concientización, los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales de atención de salud y asistencia social.

5.6 Intervenciones psicosociales, intervenciones psicológicas y fármacos psicotrópicos

Las normas internacionales de derechos humanos subrayan la importancia del acceso a intervenciones basadas en la evidencia y en los derechos humanos, como las intervenciones psicosociales y psicológicas y los fármacos psicotrópicos. Sin embargo, es de suma importancia que estos sean vistos como intervenciones que quizás sean, o no sean, útiles para una persona en particular en un momento específico de su vida. Su uso siempre debe examinarse, sus limitaciones y sus posibles efectos negativos deben explicarse claramente, y su uso final debe basarse en la voluntad, las preferencias y el consentimiento informado de la persona (656).

Sin embargo, la práctica actual en todo el mundo coloca los fármacos psicotrópicos en el centro de los tratamientos para las personas que tienen afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales. Se ha expresado gran inquietud acerca de las tasas sumamente elevadas de prescripción de los prestadores de atención primaria de salud en los países de ingresos altos (15, 657-660). La evidencia demuestra que, si bien los fármacos psicotrópicos pueden ayudar a las personas a controlar los síntomas y diferentes formas de malestar psicológico, es esencial que no se usen demasiado o se abuse de ellos y que los prestadores de servicios y las personas a quienes se han recetado estos fármacos estén plenamente informados acerca de sus efectos, tanto positivos como negativos, incluidos los posibles síntomas de abstinencia. Por ejemplo, recientemente se ha expresado una inquietud creciente acerca de los efectos negativos de los antidepresivos, incluido el síndrome grave de abstinencia que puede ocurrir cuando las personas dejan de tomarlos (661-663). Esto es particularmente inquietante dado que estos medicamentos se están recetando ampliamente y cada vez en mayor medida en muchos países (11-13) y que la evidencia sobre su eficacia es contradictoria e incluso se cuestiona (664-666). Aunque muchas personas se benefician de los fármacos antipsicóticos (neurolepticos), la evidencia similar acerca de sus efectos nocivos, por ejemplo, el síndrome metabólico observado cuando se utilizan a largo plazo, reafirma la necesidad de que se prescriban de manera responsable y cautelosa (667, 668). En este contexto es esencial que los fármacos psicotrópicos solo se receten cuando las personas que consideran su uso hayan sido informadas acerca de estos problemas y hayan dado su consentimiento informado. A las personas que desean dejar de tomar los fármacos psicotrópicos también se les debe proporcionar apoyo activo para que lo hagan, y recientemente se han elaborado varios recursos para ayudar a las personas a lograr esto.

Las intervenciones psicosociales (por ejemplo, las intervenciones que ayudan a las personas en materia de vivienda, empleo, educación, capacitación y protección social), las intervenciones psicológicas y el apoyo entre pares deben explorarse y ofrecerse en el contexto de un enfoque holístico, centrado en las personas, de recuperación y basado en los derechos. Es esencial que los servicios tengan acceso a diferentes herramientas de recuperación que pueden ampliar el enfoque del tratamiento y proporcionan a las personas un enfoque más individualizado para el manejo del malestar psicológico que están padeciendo (véase el recuadro 11). Algunos ejemplos incluyen planes y marcos de recuperación (75, 652), como los planes anticipados (325).

Recuadro 11. El enfoque de la recuperación en la salud mental: recursos y herramientas de la OMS

El enfoque de la recuperación en la salud mental: recursos y herramientas de la OMS

La OMS ha elaborado herramientas fundamentales para promover el enfoque de la recuperación en la salud mental.

1. La herramienta de autoayuda *Calidad y Derechos (QualityRights)* de la OMS sobre la planificación de la recuperación centrada en las personas para promover la salud mental y el bienestar guía a las personas en el proceso de crear para sí mismas un plan de recuperación. La herramienta está dirigida a que las personas puedan usarla por su cuenta o en colaboración con otros. Por ejemplo, se puede usar como un marco para el diálogo y las conversaciones entre los usuarios de los servicios y los prestadores de servicios u otros defensores.

En su introducción, se indica qué es la recuperación y qué significa para las personas en su vida. Luego se involucra a las personas en un ejercicio en el que estas dicen cuáles son sus sueños y metas, se les indica cómo crear un plan de bienestar además de planificar por anticipado momentos difíciles o crisis durante su recuperación. Los usuarios de esta herramienta de autoayuda realizan una serie de ejercicios de autorreflexión que promueven la autocomprensión y la forma de aprovechar su red de apoyo.

*La herramienta de autoayuda *Calidad y Derechos* de la OMS sobre planificación de la recuperación centrada en las personas para la salud mental y el bienestar está disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-self-help-tool>.*

2. El módulo de capacitación especializada de la herramienta *Calidad y Derechos* de la OMS sobre las prácticas de recuperación para la salud mental y el bienestar está dirigido a que lo use una amplia gama de partes interesadas, entre ellas las personas con experiencia propia, los profesionales y gerentes de salud y de salud mental, las familias, las ONG, las organizaciones de personas con discapacidad y muchos otros que trabajan en los sectores social y de salud. El módulo imparte capacitación integral sobre las formas prácticas de introducir un método de recuperación centrado en las personas en los servicios que proporcionan atención de salud mental y apoyo. Ofrece una introducción detallada del enfoque de recuperación y describe cómo este se diferencia de los enfoques que existen en los servicios más tradicionales.

La capacitación subraya la importancia de comprender qué significa “mejora” o “recuperación” para cada persona, así como aptitudes fundamentales para trabajar con ellas para lograr esto. Mediante una serie de estudios de casos y ejercicios, a los alumnos se les indica cómo se puede ayudar a las personas, durante su viaje de recuperación, a que determinen y aprovechen sus puntos fuertes, metas y aspiraciones, exploren oportunidades, elijan y potencien al máximo la inclusión y la autonomía en sus comunidades. Si bien el módulo se centra en la salud mental y los servicios sociales, el enfoque de recuperación es igualmente pertinente para todos los que estén superando dificultades o hayan sufrido pérdidas en su vida, ya sea que tengan alguna discapacidad o no.

*El módulo de capacitación especializada de la herramienta *Calidad y Derechos* de la OMS sobre las prácticas de recuperación está disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329602/9789241516747-eng.pdf>.*

Muchas formas distintas de intervención psicológica están disponibles y han demostrado ser eficaces, por ejemplo, la terapia interpersonal (669, 670), la terapia cognitiva conductual (671-673), la terapia dialéctica conductual (674) y las intervenciones basadas en la conciencia plena (675-677). Además, la competencia que tienen los proveedores de intervenciones psicológicas para crear una alianza con una persona que busca apoyo ha resultado ser importante en cuanto a los resultados (678), como también la comprensión cultural de la relación entre las explicaciones dadas por el terapeuta y la visión del mundo y las expectativas de la persona. Esta conexión cultural proporciona un espacio emocional y cognitivo en el que puede ocurrir la curación (679). También fortalece la seguridad y la confianza dentro de la relación terapéutica. La OMS ha puesto a disposición diversos recursos y herramientas para las intervenciones psicológicas y sociales, que se describen en el recuadro 12.

Recuadro 12. Recursos de la OMS para intervenciones psicológicas

Recursos de la OMS para intervenciones psicológicas

La OMS ha creado una serie de herramientas y materiales diferentes en torno a las intervenciones psicológicas y psicosociales, que incluye los siguientes recursos:

Enfrentando Problemas Plus (PM+): Ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad. (versión genérica 1.0 de la OMS de prueba de mercado) (680) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259696/WHO-MSD-MER-16.2-spa.pdf>

Group Problem Management Plus (Group PM+): Group psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity (versión genérica 1.0 de prueba en el terreno) (681) <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008106>

Pensamiento saludable. Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal (versión genérica 1.0 de la OMS de prueba en el terreno) (683) <https://apps.who.int/iris/handle/10665/152936>

En tiempos de estrés, haz lo que importa: Una guía ilustrada (684) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336218/9789240009561-spa.pdf>

EQUIP: Ensuring Quality in Psychological Support (685) <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/equip-ensuring-quality-in-psychological-support>

Con la rápida expansión de la tecnología, las aplicaciones y las herramientas de salud mental en línea se están popularizando cada vez más. Es preciso hacer una advertencia, con fines de precaución, para asegurar que estas no se usen como una panacea para respuestas generalizadas a las cuestiones de salud mental y las dificultades; más bien, se debe adoptar un método integral para comprender la salud mental, incluidos los factores y determinantes sociales, y no conducir a la propagación en gran escala de comprensiones relativas a la salud mental centradas exclusivamente en enfoques biomédicos, ni socavar la responsabilidad que tienen los gobiernos de proporcionar apoyo y servicios de salud mental comunitarios accesibles, aceptables e integrales basados en los derechos humanos. El

desarrollo de estas aplicaciones también debe contar con el respaldo de la investigación, basada en la evaluación de la eficacia y los comentarios de los usuarios acerca de sus experiencias y las normas de calidad en cuanto a la privacidad de datos y la seguridad. Cuando las personas experimentan estados extremos y angustia aguda, nunca se recalca demasiado la necesidad que tienen de crear relaciones terapéuticas significativas.

Acciones nacionales fundamentales para integrar los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos humanos

Para asegurarse de que todos los servicios, intervenciones y apoyos de salud mental cumplan las normas internacionales de derechos humanos, los países tendrán que emprender las siguientes acciones:

- aplicar un enfoque sistemático para obtener el consentimiento libre e informado acerca de todas las intervenciones de salud mental tomando en consideración a todos los usuarios de los servicios, y respetar el derecho de las personas a rehusar cualquiera o todas las intervenciones;
- asegurarse de que las intervenciones psicosociales respondan a la amplia gama de necesidades que una persona puede tener, abarcando las relaciones interpersonales, las redes sociales y de pares, el trabajo y los ingresos, las necesidades de educación y capacitación, la vivienda y la discriminación;
- brindar una gama de opciones de tratamiento tanto no farmacológico como farmacológico disponibles y ofrecidas por los servicios de salud que tengan en cuenta la importancia de las opciones y los enfoques no farmacológicos;
- asegurar la disponibilidad de herramientas psicológicas, intervenciones y medicamentos psicotrópicos en los países;
- examinar explícitamente, con todas las personas que consideren recibir tratamiento, los posibles efectos beneficiosos y nocivos de los medicamentos y sus repercusiones en la salud física, como también las intervenciones psicológicas y sus ventajas y desventajas;
- proporcionar orientación y apoyo a las personas que deseen reducir o dejar de tomar los fármacos psicotrópicos;
- evaluar y realizar el seguimiento del uso y los costos de los medicamentos psicotrópicos, las intervenciones psicológicas y otros tratamientos en los servicios sociales y de salud mental en la atención primaria; y
- usar planes anticipados y asegurarse de que estos sean accesibles y se den a conocer a otras personas fundamentales y que se hagan cumplir a fin de procurar que se respeten la voluntad y las preferencias de cada persona en cuanto al tratamiento y el apoyo ofrecidos.

5.7 Sistemas de información y datos

Los sistemas de información de salud mental son esenciales para que un sistema de salud mental funcione bien. Para los encargados de elaborar políticas y los planificadores, los sistemas de información proporcionan un mecanismo para comprender la situación de la salud mental, realizar su seguimiento en el transcurso del tiempo, determinar si se están logrando las metas y los objetivos y ayudar a fundamentar las decisiones, las mejoras y las medidas que han de adoptarse en el futuro. Los datos también pueden usarse para informar a las personas que usan servicios de salud mental y a la comunidad acerca del cumplimiento por parte del servicio de las normas de calidad y de derechos humanos, y los resultados de los servicios. Esta información debe presentarse en un formato accesible y debe estar disponible abierta y fácilmente para el público.

Dadas las fuertes repercusiones que los determinantes sociales tienen en la salud mental, se requieren indicadores a nivel de la población y de servicio, dentro y fuera del sector de la salud. Para reflejar la diversidad de la información requerida, es posible que gran parte de los datos que se necesitan para los indicadores deba recopilarse de diferentes fuentes dentro de sector social y de la salud, y de otros sectores pertinentes. A continuación, se presentan sugerencias en cuanto a los datos que podrían recopilarse para fundamentar un enfoque basado en los derechos humanos. Si bien es poco probable que puedan recopilarse todos estos datos, los países deben sin embargo examinar, determinar y priorizar regularmente los datos que son importantes y cuya recopilación es factible. Además, se pueden utilizar encuestas periódicas u otros medios para complementar los esfuerzos encaminados a recopilar datos sobre temas específicos de interés. En el recuadro 13 se presentan varias herramientas para facilitar la recopilación de datos.

A nivel de población y desde una perspectiva de los derechos humanos, los países pueden considerar la posibilidad de recopilar datos a nivel nacional desglosados según el sexo y la edad sobre:

- el porcentaje del presupuesto de salud mental asignado a los servicios comunitarios y al apoyo, en comparación con el presupuesto asignado a las camas y los hospitales psiquiátricos;
- el presupuesto asignado a formas concretas de tratamiento incluidos los medicamentos psicotrópicos, las intervenciones psicosociales y las terapias psicológicas;
- las tasas de mortalidad de las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, según el tipo y la causa;
- las tasas de suicidio e intentos de suicidio entre las personas con afecciones de salud mental o discapacidades psicosociales;
- las tasas de pobreza, nivel de ingresos, empleo, educación, vivienda, protección social y apoyo relacionado con las discapacidades de las personas con discapacidad psicosocial frente a otras discapacidades y frente a la población general;
- el número y porcentaje de personas sin hogar con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales;
- el número y porcentaje de personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales en las prisiones;
- la morbilidad y mortalidad asociadas con tratamientos, intervenciones, comorbilidades, falta de acceso a la atención de salud y a la equidad en materia de atención de salud;

- las tasas y los costos de las recetas de medicamentos psicotrópicos;
- el número y porcentaje de personas que reciben intervenciones psicológicas y psicosociales;
- el número y porcentaje de personas bajo custodia u otros mecanismos de toma de decisiones sustitutiva;
- las tasas de hospitalización involuntaria;
- el número y porcentaje de personas que reciben apoyo a la toma de decisiones;
- el número y porcentaje de personas con directivas o planes anticipados jurídicamente aplicables;
- el porcentaje de servicios que cumplen las normas de calidad y de derechos humanos –para esta medición se puede usar el conjunto de herramientas de evaluación de la iniciativa Calidad y Derechos; y
- el número y porcentaje de profesionales y personal de salud de los servicios de salud, psiquiatría, salud mental, asistencia social y asistencia a la vida cotidiana, y las instituciones capacitadas en materia de derechos de las personas con discapacidad.

Recuadro 13. Herramientas para la recopilación de datos sobre salud mental y discapacidad psicosocial

Lista breve de seis preguntas del Grupo de Washington para evaluar la discapacidad (686)

La lista breve de seis preguntas sobre la discapacidad formuladas por el Grupo de Washington sobre las estadísticas de discapacidad es el método más ampliamente reconocido para desglosar los datos por discapacidad en los censos y las encuestas nacionales de una forma comparable internacionalmente. Las preguntas cubren seis aspectos del funcionamiento: visión, audición, movilidad, conocimiento (capacidad de recordar), cuidado personal y comunicación. Sin embargo, la discapacidad psicosocial es un ámbito en el que la lista breve de preguntas subdetecta a las personas. Para remediar esta situación, el cuestionario ampliado (686) incluye cuatro preguntas sobre la ansiedad y la depresión, además de tres preguntas cognitivas, cuyo objetivo es detectar la discapacidad psicosocial. El Grupo de Washington sobre las estadísticas de discapacidad sigue explorando mejores formas de medir el funcionamiento psicosocial. *La lista breve del Grupo de Washington sobre Funcionamiento (WG-SS)* está disponible en: <https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/>

La Encuesta Modelo de Discapacidad (EMD) de la OMS (687) y cómo refleja las discapacidades psicosociales

La EMD es una encuesta general de población que la OMS y el Banco Mundial elaboraron en el 2012. La EMD se basa en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud e incluye un cuestionario domiciliario y también un cuestionario individual en una estructura modular. Los objetivos de la EMD son determinar la distribución y la prevalencia actuales de la discapacidad en la población y detectar los obstáculos y las desigualdades a los que se enfrentan las personas con diferentes niveles de discapacidad.

Para la EMD, la discapacidad es el resultado de la interacción entre un problema o trastorno de salud y los obstáculos a los que se enfrenta una persona en el entorno donde vive. La discapacidad también se entiende como una cuestión de grado (nivel de discapacidad leve, moderada y grave), en vez de una cuestión de tipo (discapacidad visual, auditiva, física o psicosocial). Puesto que la discapacidad no es exclusivamente un atributo de las personas debido a la presencia de deficiencias visuales, auditivas, físicas y psicosociales, la EMD no se centra en contar el número de personas que tienen estas discapacidades. Sin embargo, en el Módulo 5000 –condiciones de salud y capacidad– la información se recopila sobre la presencia de problemas de salud, incluidos los relacionados con las afecciones neurológicas y la salud mental. La EMD cubre la depresión, la ansiedad y la demencia, pero los países pueden ampliar la lista si están interesados específicamente en ciertas condiciones. Según el tamaño de la muestra, es posible analizar los datos desglosados según una o varias afecciones de salud. La Encuesta Modelo de Discapacidad de la OMS está disponible [aquí](#).

Los países también pueden considerar la posibilidad de recopilar datos a nivel de los servicios (que se pueden agregar y notificar a nivel nacional) sobre el número y porcentaje de personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales desglosadas según el sexo y la edad, que:

- residan actualmente en instituciones (por ejemplo, pacientes hospitalizados en entornos psiquiátricos, residencias para personas con discapacidades intelectuales, etc., desde establecimientos a gran escala hasta viviendas colectivas) (688);
- residan actualmente en unidades protegidas y unidades forenses;
- estén bajo intervenciones forzosas (que incluyen medicamentos, tratamiento por electrochoque, psicocirugía, esterilización sin consentimiento);
- estén sometidas a reclusión;
- estén sometidas a restricciones físicas, mecánicas o químicas;
- estén sometidas al ingreso involuntario en servicios de asistencia social, instituciones psiquiátricas y otros entornos;
- tengan acceso a servicios que, según la organización de los servicios nacionales, podrían incluir: a) centros comunitarios de salud mental; b) servicios en momentos de crisis; c) servicios hospitalarios; d) servicios de alcance comunitario; e) servicios de asistencia para la vida autónoma y servicios de apoyo domiciliarios; y f) servicios de apoyo entre pares;
- tengan planes anticipados jurídicamente aplicables;
- tengan planes de recuperación terapéutica; y
- hayan fallecido en instituciones y servicios de salud mental.

Además, los datos se pueden recopilar y desglosar según el sexo y la edad de cada usuario de los servicios, mediante una encuesta de salida que pregunte sobre:

- cualquier uso de prácticas coercitivas incluidas en el tratamiento; por ejemplo, medicamentos, reclusión y restricción, así como cualesquier percepciones subjetivas de que ha habido coerción;
- cualquier experiencia de violencia, abuso o negligencia;

- el respeto de opiniones/decisiones/preferencias en cuanto a medicamentos, tratamiento y autonomía;
- el apoyo para elaborar una directiva anticipada y determinar si se respetaron las directivas anticipadas existentes en las que se expresaban la voluntad y las preferencias;
- el apoyo para elaborar, examinar y ejecutar un plan de recuperación;
- la consideración de factores relacionados con la inclusión de la comunidad como parte de un plan de recuperación, ya se trate de pacientes hospitalizados o ambulatorios; y
- el apoyo entre pares que se ofrece dentro o fuera del servicio.

Acciones nacionales fundamentales para integrar los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos humanos

A fin de planificar, supervisar y evaluar con eficacia el establecimiento y la ejecución de un enfoque basado en los derechos humanos para mejorar la salud mental y el bienestar de comunidades específicas y de la población en general, los países tendrán que emprender las siguientes acciones:

- recopilar datos a nivel nacional y de los servicios e informar sobre los indicadores de salud mental que reflejan los determinantes sociales de salud mental y de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial;
- desglosar los datos, cuando sea apropiado, por sexo, edad, género, raza, etnicidad, discapacidad y otras variables pertinentes al contexto nacional;
- examinar, tratar, priorizar y acordar los indicadores factibles a nivel de población partiendo de los datos a nivel nacional subrayados anteriormente;
- examinar, tratar, priorizar y acordar los indicadores factibles a nivel de servicio, partiendo de los datos subrayados anteriormente;
- recopilar información fundamental de los usuarios de los servicios para comprender la calidad de la atención y el respeto de los derechos humanos basándose en las encuestas de salida;
- especificar qué medios y métodos se utilizaron en la recopilación de datos para los indicadores seleccionados;
- usar datos para informar a los sectores de salud y a otros sectores sobre el estado de la salud mental y los derechos humanos, la repercusión de políticas, estrategias e intervenciones para abordar este asunto y sobre las mejoras que se requieren sobre la base de los resultados, que incluye el uso de datos para:
 - » comprender la morbilidad y mortalidad causadas por el tratamiento y las intervenciones que se están usando o por la falta de acceso al tratamiento y los servicios;
 - » comprender qué poblaciones se ven afectadas desproporcionadamente por las violaciones de derechos humanos y las prácticas coercitivas;
 - » comprender la relación entre el costo y la eficacia de los servicios y los enfoques para asegurar el empleo eficaz de los recursos disponibles;
 - » informar a la comunidad sobre la calidad, los derechos humanos y los resultados vinculados a los servicios de salud mental que se están prestando, y poner a disposición cualesquier datos e informes en un formato accesible y fácilmente disponible; y
- poner los datos recopilados por los servicios de salud gubernamentales al alcance de la sociedad civil para una rendición de cuentas transparente y un seguimiento de los servicios y usar los datos recopilados por la sociedad civil para validar los datos recopilados por el gobierno.

5.8 La sociedad civil, las personas y la comunidad

Si bien estas orientaciones se centran en el establecimiento de sistemas sociales y de salud que integren enfoques centrados en las personas, basados en los derechos humanos y orientados hacia la recuperación respecto de los servicios de salud mental comunitarios, es importante reconocer que por sí solos, estos esfuerzos son insuficientes para lograr los resultados previstos. Se requieren mayores esfuerzos para crear sociedades y comunidades inclusivas en las que se acepte la diversidad y se respeten y promuevan los derechos humanos de todas las personas. A continuación, se describen varias acciones a nivel comunitario que pueden contribuir al logro de esta meta.

Combatir las actitudes negativas estigmatizantes y discriminatorias de comunidades enteras

Es fundamental adoptar medidas encaminadas a cambiar las actitudes negativas y estigmatizantes o las mentalidades y las prácticas discriminatorias no solo dentro de los entornos de la atención de salud y la asistencia social, sino también dentro de la comunidad, con la colaboración de todos los sectores y diversas partes interesadas de la comunidad que incluyan a las propias personas que tienen afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, los familiares, los departamentos y servicios del gobierno, las ONG, las organizaciones de personas con discapacidad, los organismos educacionales y de capacitación, los lugares de trabajo, los investigadores y académicos, los maestros, letrados, la policía, el poder judicial, las organizaciones y los curanderos culturales, tradicionales y religiosos, como también periodistas y los medios de difusión. Combatir el estigma y la discriminación de esta manera produce el beneficio agregado de promover la diversidad, la aceptación y la inclusión de todos y, por consiguiente, puede contribuir a crear comunidades más cohesivas y armoniosas que pueden, a su vez, promover la salud y el bienestar de sus miembros.

Las campañas de concientización y la capacitación en materia de derechos humanos son acciones esenciales para combatir el estigma y la discriminación. En general dan los mejores resultados cuando incluyen contacto personal con las propias personas con discapacidad (689, 690). Mediante estas acciones es esencial que las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales se den cuenta de cuáles son sus derechos a fin de que puedan reclamarlos. Asimismo, los familiares y los cuidadores también deben comprender estos derechos a fin de que ellos también puedan respetarlos y ayudar a sus familiares a que tengan acceso a los derechos. Un grupo numeroso de partes interesadas comunitarias como las mencionadas más arriba también debe comprender los derechos humanos y la salud mental que deben darse a conocer mediante programas de concientización y capacitación de desarrollo profesional básicos. En el recuadro 13 a continuación se señalan dos ejemplos convincentes de programas que combaten el estigma y la discriminación en materia de salud mental.

Las personas con experiencia propia desempeñan un papel único al diseñar y ejecutar campañas de sensibilización, y producen buenos resultados. Uno de esos ejemplos es el programa Time to Change Global, que combatió el estigma y la discriminación en torno a la salud mental en Ghana, India, Kenya, Nigeria y Uganda, que se describe en el recuadro 14. Otros enfoques innovadores incluyen los módulos de capacitación presencial de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS (véase el recuadro 9) y el programa de capacitación en línea de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS (véase el recuadro 10). La OMS también ha publicado documentos de orientación prácticos fundamentales sobre la manera de elaborar, ejecutar, supervisar y evaluar las campañas de promoción que abordan temas de salud mental, discapacidad y derechos humanos (691).

Recuadro 14. Reto al estigma y la discriminación en torno a la salud mental

Las conversaciones cambian vidas: conjunto de herramientas antiestigma

Time to Change Global fue un programa que se enfrentó al estigma y la discriminación en torno a la salud mental en Ghana, India, Kenya, Nigeria y Uganda. Las personas con experiencia vivida se encargaron de elaborar y comunicar los mensajes fundamentales de la campaña. El programa fue una asociación entre las instituciones de beneficencia de salud mental de Reino Unido Mind y Rethink Mental Illness, la organización internacional sobre desarrollo y discapacidad Christian Blind Mission (CBM) y cinco asociados a nivel nacional: Mental Health Society of Ghana (MEHSOG), Grameena Abyudaya Seva Samsthe (GASS), Gede Foundation, Basic Needs Basic Rights Kenya (BNBR) y Mental Health Uganda.

Los socios del programa elaboraron un conjunto de herramientas global antiestigma llamado “Las conversaciones cambian vidas” (692), basada en las voces de las personas que adoptan medidas para acabar con el estigma y la discriminación en torno a la salud mental. El conjunto de herramientas procura captar una instantánea de lo que el estigma parece ser en las cinco ubicaciones del programa: Accra en Ghana, Doddaballapur en India, Abuja en Nigeria, Nairobi en Kenya y Kampala en Uganda. El conjunto de herramientas no presenta una “manera correcta” de emprender la labor antiestigma; más bien, ayuda a los lectores a considerar diferentes enfoques y otras soluciones. Además de proporcionar una instantánea de lo que el estigma parece ser, el conjunto de herramientas abarca tres temas fundamentales: cómo hablar sobre la salud mental, cómo incluir a las personas con experiencia propia y cómo determinar el público apropiado y llegar a él.

Cada una de estas secciones ofrece aprendizaje y reflexión y herramientas y materiales ilustrativos junto con estudios de casos y ejemplos tomados de las cinco ubicaciones.

Para más información véase: <https://time-to-change.turtl.co/story/conversations-change-lives/>

La campaña “Di lo que piensas”

“Di lo que piensas” es una campaña de impulso nacional marcada por un espíritu de unión mundial que busca catalizar una mayor acción por parte de los gobiernos nacionales en materia de salud mental al unir los esfuerzos de la sociedad civil y reestructurar la salud mental como un tema importante a nivel nacional y mundial (693). El énfasis está en alentar a las personas con experiencia propia a participar plenamente en la elaboración y aplicación de políticas y prácticas de salud mental en el plano nacional e internacional.

En los últimos años, las campañas de coalición nacionales han logrado importantes triunfos. Por ejemplo, gracias a los esfuerzos de los activistas de Sierra Leona, el gobierno anunció un examen de la Ley de la Locura de 1902 para proteger y promover los derechos humanos de las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales. El Gobierno de Nigeria prohibió el peligroso plaguicida “Sniper”, implicado en la mayoría de los suicidios en el país. El Gobierno de Tonga anunció su primera política de salud mental nacional y triplicó su presupuesto de salud mental.

La campaña está activa en 19 países, incluidos los países de habla inglesa, española y francesa.

Para más información véase: [@gospeakyourmind #SpeakYourMind](http://www.gospeakyourmind.org)

Apoyo al desarrollo de la sociedad civil

Para que comunidades enteras gocen de buena salud mental, es importante tener una sociedad civil activa que contribuya a la toma de decisiones a nivel político, social y comunitario, ya que el grado de bienestar de una comunidad también se relaciona con su gobernanza. El empoderamiento político y el fortalecimiento de la sociedad civil aumenta el involucramiento de las personas y las comunidades locales para definir problemas y generar y aplicar soluciones (694)

Los países que han ratificado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, tienen la obligación de crear las condiciones propicias para una sociedad civil activa que tome parte en la formulación de políticas y abogue por la plena participación de las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales y sus organizaciones, como un movimiento que debe escucharse y tenerse en cuenta. El respeto y el apoyo que el gobierno proporciona a los movimientos de las personas con experiencia propia crean un entorno que les permite tener una voz más fuerte para exigir que se respeten sus derechos e intereses. Los grupos de la sociedad civil pueden desempeñar una función estratégica fundamental al abogar por los derechos humanos y por medidas relativas a políticas, servicios y de otro tipo que sean más sensibles a sus necesidades (694).

En la mayoría de los países, las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales enfrentan obstáculos que se oponen a su participación en la toma de decisiones de políticas (22). Esta falla puede explicarse en parte por la ausencia de organizaciones de personas con discapacidades psicosociales en muchas partes del mundo. Cuando tales organizaciones sí existen, a menudo carecen de financiamiento, recursos humanos y apoyo suficiente. Esto contrasta con el involucramiento de la sociedad civil en cuestiones como la infección por el VIH/sida, en las que en muchos países las personas afectadas más directamente han tenido una voz importante en la elaboración de políticas y la asignación de recursos. Sus actividades de promoción han sido sumamente eficaces para cambiar la respuesta de la salud pública de modo que dejara de basarse en una estrategia tradicional perjudicial para los derechos humanos (como las pruebas obligatorias, las restricciones a los viajes y el aislamiento) y se convirtiera más bien en una respuesta de salud pública basada en una perspectiva de derechos humanos al implementar la prevención y la atención relativas a la infección por el VIH. Los componentes activos de este logro fueron el empoderamiento de las personas VIH-positivas y su participación en todas las actividades de promoción (695, 696). La adaptación de los elementos de estos esfuerzos de promoción realizados en el ámbito del VIH podría ser un medio importante de promover la salud de las personas con discapacidades psicosociales y empoderarlas para que luchen por sus derechos.

Una sociedad civil fuerte también ayuda a crear programas y servicios más eficaces, eficientes y responsables. Por ejemplo, las organizaciones de personas con discapacidades psicosociales y experiencia propia, y las que han sido objeto de abuso dentro de los servicios de salud mental, tienen una perspectiva única que puede ayudar a procurar que los sistemas y servicios de salud mental atiendan sus necesidades y respeten sus derechos humanos. Como tales, pueden desempeñar una función importante como asesoras para el gobierno en materia de políticas, leyes y reglamentos relacionados con la salud mental; la reforma y la transformación de los servicios sociales y de salud mental; y otras medidas para proteger mejor los derechos humanos de las personas.

La sociedad civil puede desempeñar otras funciones importantes como por ejemplo: a) realizar campañas de promoción dirigidas a cambiar las actitudes y las prácticas negativas, incluida la colaboración con el sistema internacional de derechos humanos para hacer que los gobiernos rindan cuentas; b) impartir educación y capacitación en materia de salud mental, discapacidad y derechos humanos y c) prestar servicios directos, que incluyen servicios de apoyo en momentos de crisis, apoyo entre pares, iniciativas de medios de vida (generación de ingresos) y asistencia personal, en los que se brinda apoyo directo a las personas en cuestiones específicas para las que estas desean recibir asistencia. La OMS ha publicado orientaciones prácticas sobre la manera en que los movimientos de la sociedad civil en los países pueden adoptar medidas para abogar por enfoques basados en los derechos humanos en los sectores social y de la salud mental para lograr un cambio rotundo y duradero (255). En el recuadro 15 se presentan varias redes mundiales activas de organizaciones de la sociedad civil de personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales.

Recuadro 15. Organizaciones de la sociedad civil de personas con discapacidades psicosociales

Organizaciones de la sociedad civil internacionales y regionales de personas con discapacidades psicosociales

Hay varias redes de personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales que operan a nivel internacional y regional, que pueden suministrar información valiosa, orientación y alianzas para promover la reforma de los sistemas y servicios de salud mental conforme a un enfoque basado en los derechos humanos.

World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP) (697), fundada originalmente en 1991 con el nombre de Federación Mundial de Usuarios Psiquiátricos, es la organización internacional más antigua de usuarios y personas sobrevivientes de la psiquiatría y de personas con discapacidades psicosociales que promueve y representa sus derechos humanos e intereses. La WNUSP desempeñó un papel importante en la negociación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y en la subsiguiente defensa de la causa que dio lugar a la formulación de normas internacionales relacionadas con los derechos de las personas con discapacidades psicosociales. La WNUSP es Miembro de la Alianza Internacional de la Discapacidad y actúa con carácter consultivo en el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

Para más información, véase: <http://wnusp.net/>

Transforming Communities for Inclusion – Asia Pacific (TCI-AP) (698) es una organización regional independiente de personas con discapacidades psicosociales de la región de Asia y el Pacífico. Guiada por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la TCI-AP promueve los derechos y la inclusión total de las personas con discapacidades psicosociales y habilita a los servicios basados en los derechos humanos, los de salud mental comunitarios que se ajustan a esta convención y los servicios de inclusión. La TCI-AP se centra en la enseñanza y la práctica del artículo 19 de esta convención en Asia (vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad). Actualmente, la organización cuenta con la participación de 14 países, con redes emergentes en muchos otros. En el

2018, la TCI-AP adoptó la Declaración Ministerial de Bali, respaldada por 70 personas del movimiento transversal en torno a las discapacidades (699).

Para más información, véase: <https://www.tci-asia.org/>

La **European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP) (700)** es una federación independiente que representa a usuarios, exusuarios y personas sobrevivientes de la psiquiatría. La ENUSP promueve los derechos humanos de las personas con discapacidades psicosociales y las opciones controladas por los usuarios/las personas sobrevivientes de la psiquiatría, sin coerción. La ENUSP reúne a 32 organizaciones de 26 países europeos y forma parte del Foro Europeo de las Personas con Discapacidad, el Foro Europeo de Pacientes y la WNUSP. En los últimos años, la ENUSP ha participado activamente contra el proyecto de texto del Consejo de Europa relativo al protocolo adicional al Convenio de Oviedo, que tiene por objeto reglamentar la colocación y el tratamiento involuntarios.

Para más información, véase: <https://enusp.org/>

La **Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities (PANPPD) (701)** es una organización regional; se fundó en el 2005 y representa a las personas con discapacidades psicosociales en África. Procura fomentar la solidaridad continental para promover y proteger los derechos de las personas con discapacidades psicosociales. La PANPPD opera como una plataforma de defensa de la causa en pro de la justicia social, los derechos humanos, el empoderamiento, el desarrollo social y la participación e inclusión plenas de las personas con discapacidades psicosociales. Asimismo, promueve la reforma jurídica y normativa, el intercambio de conocimientos y el fortalecimiento de las capacidades de sus organizaciones afiliadas.

Para más información, véase: <https://www.facebook.com/pg/panppd/>

La **Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial (702)** es una organización regional que fue establecida en el 2018 por usuarios, exusuarios y personas sobrevivientes de la psiquiatría, “personas locas” y personas con discapacidades psicosociales, y otros problemas. La Redesfera procura fomentar el intercambio de experiencias, conocimientos y prácticas alternativas; el establecimiento de grupos de apoyo entre pares; el conocimiento y el ejercicio de los derechos; la noción de “orgullo loco” y el derecho a la “locura”; y la reforma jurídica y normativa en la región. El año pasado, Redesfera organizó dos ciclos de seminarios en línea para promover el establecimiento colectivo de conocimientos basados en la experiencia propia, y para informar acerca de los derechos de las personas.

Para más información, véase: <http://redesfera.org/>

La **Global Mental Health Peer Network (GMHPN) (703)** es una organización internacional de personas con experiencia propia. La GMHPN promueve los derechos humanos, el empoderamiento, la recuperación, el apoyo entre pares y el liderazgo de las personas con experiencia propia. Desde su creación en el 2018, el objetivo de su labor ha incluido crear una estructura sostenible para fomentar un liderazgo mundial de las personas con experiencia propia, y crear una plataforma de comunicación donde la comunidad de personas con experiencia propia pueda compartir sus criterios, opiniones, percepciones y experiencias. La GMHPN y sus representantes participan en varios comités, asociaciones, campañas y proyectos. Por ejemplo, ha puesto en marcha el proyecto titulado “Our

Global Voice” [Nuestra voz mundial] en el que se describen casos de recuperación que han dado resultados satisfactorios.

Para más información, véase: <https://www.gmhpn.org/>

Los medios de difusión

La cobertura en los medios de difusión también puede influir enormemente en la concientización del público y configurar las respuestas a los problemas de salud mental. Puede ayudar a reducir el estigma y educar, o bien, por el contrario, puede servir para aumentar los prejuicios mediante la promoción de estereotipos (704). El énfasis infundado y excesivo en el riesgo, el daño, el peligro y los crímenes puede vincular las afecciones de salud mental con la peligrosidad en la mente del público (705). A menudo esto se agrava por las etiquetas y el lenguaje estigmatizantes que se usan en esos informes (706). Por consiguiente, los periodistas desempeñan una función importante en la promoción de una agenda de derechos humanos y recuperación al centrarse en las noticias sobre medidas que han tenido éxito en la esfera de la recuperación y el respeto de los derechos humanos (707).

Los medios sociales están ampliando el foro mediante el cual se están explorando los problemas de salud mental y ofrecen a las personas con discapacidades mentales y psicosociales un espacio para expresarse y crear conexiones (708). Tienen un enorme potencial para su uso respecto de la educación y la promoción de los derechos humanos y la recuperación, como en la implementación de intervenciones de apoyo (709).

Acciones nacionales fundamentales para integrar los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos humanos

Para crear sociedades inclusivas en las que se escuche y se valore la voz de todos, y para mejorar la salud mental y el bienestar de comunidades enteras a nivel nacional, los países deberán emprender las siguientes acciones:

- impartir capacitación en derechos humanos en el contexto de la discapacidad psicosocial y de salud mental, para personas influyentes fundamentales de todos los grupos de partes interesadas en todos los sectores, incluidas las propias personas con experiencia propia, el poder judicial, las escuelas, los lugares de trabajo, las organizaciones de carácter religioso y los grupos de la sociedad civil, y para los miembros de la comunidad y los medios de difusión. Para este propósito y con el fin de beneficiar eficazmente a todas las personas se puede utilizar la capacitación presencial y la plataforma de capacitación en línea de la iniciativa Calidad y Derechos sobre salud mental, discapacidad, derechos humanos y recuperación;
- invertir en el establecimiento y la sostenibilidad de las organizaciones representativas de las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, y respaldarlos;
- fomentar la participación de las organizaciones de personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales como asesoras en materia de políticas, planificación, legislación y desarrollo de servicios a fin de proteger mejor los derechos humanos y obtener resultados de recuperación positivos, incluida la inclusión comunitaria; y
- trabajar con los medios de difusión para informar de manera responsable sobre el trabajo y la vida de las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, e informar activamente para combatir los estereotipos y las violaciones de los derechos humanos.

5.9 Investigación

El paradigma biomédico ha dominado la investigación psiquiátrica en los últimos decenios. De acuerdo con este paradigma, el foco se ha centrado en gran parte en las neurociencias, la genética y la psicofarmacología. Thomas Insel, jefe del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos de América desde el 2002 hasta el 2015 (el mayor financiador de la investigación de salud mental del mundo) (710), dijo lo siguiente en una entrevista realizada en el 2017: “Pasé 13 años en el NIMH realmente dedicado a impulsar las neurociencias y la genética de los trastornos mentales, y cuando reflexiono al respecto, me doy cuenta de que si bien logré que científicos buenísimos publicaran artículos buenísimos con costos bastante elevados –pienso que fueron de US\$ 20 mil millones– no creo que hayamos logrado marcar un cambio notable en lo relativo a la disminución del suicidio, la reducción de las hospitalizaciones o la mejora de la recuperación para millones de personas que tienen enfermedades mentales” (711).

El grado en que la investigación examina los enfoques basados en los derechos humanos en la salud mental es extremadamente limitado. Si bien se han realizado unos cuantos estudios exhaustivos que han examinado las prácticas de recuperación, que incluyen el modelo de colocación y apoyo individuales (modelo de empleo asistido) y el enfoque de intervención de recuperación REFOCUS (712, 713) en varios países de ingreso alto, las revisiones recientes de la bibliografía indican que en general hay muy pocas investigaciones y prácticamente no hay ninguna en los países de ingreso bajo y mediano (714).

Desde el 2015, solo ha habido una evaluación importante e integral de un enfoque basado en los derechos humanos en torno a la salud mental. Esta fue una evaluación de la aplicación de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS en Gujarat, India (véase el recuadro 6) que incluía el desarrollo y la aplicación de los planes de transformación y evaluaciones de los servicios de la iniciativa Calidad y Derechos; el fomento de capacidades de todas las partes interesadas en derechos humanos, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el enfoque de recuperación; y el establecimiento del apoyo entre pares individual y en grupo para los usuarios de los servicios, así como grupos de apoyo entre pares para las personas con experiencia propia y las familias (621).

La falta de investigación que explora los servicios y apoyos con buenas prácticas basados en los derechos humanos y orientados hacia la recuperación en materia de salud mental, y la manera en que los servicios respetan (o no respetan) la capacidad jurídica, la libertad y la seguridad de la persona, incluida la integridad física y mental, es digna de mención de por sí. De hecho, muy pocos de los servicios comunitarios con buenas prácticas encontrados mediante la investigación para el presente documento tenían una sólida evaluación cuantitativa o cualitativa de sus efectos, lo que, de hecho, limitó la selección de los servicios que cumplieron los criterios para la inclusión en estas orientaciones. Debe aumentarse de manera significativa la inversión en la investigación y la evaluación, incluido evaluar los costos y los resultados de estos tipos de servicios, al tiempo que los servicios realizan más esfuerzos para recopilar datos de evaluación. En el contexto de la investigación, los métodos cualitativos no deben descuidarse porque estos suelen poder describir, analizar y captar problemas complejos y sutiles en comparación con la investigación cuantitativa.

Además, se necesita más investigación sobre las muchas intervenciones prometedoras que han demostrado ser eficaces para reducir las prácticas coercitivas mediante el uso de procedimientos de desescalada, equipos de respuesta, habitaciones de descanso y confort, planes individualizados para responder a sensibilidades, como también intervenciones para promover la capacidad jurídica y la

autonomía (por ejemplo, diferentes modelos de intervenciones de apoyo a la toma de decisiones, directivas anticipadas y redes de pares). Si bien hay evidencia que respalda la eficacia de muchas de estas intervenciones (40, 546, 715, 716) también se observa una falta sorprendente de investigación sobre cuestiones sociales, económicas y culturales que repercuten en la salud mental e intervenciones que pueden abordarlas. Se necesita más inversión en la investigación sobre la función esencial que desempeñan los entornos sociales en el contexto de la salud mental, la cual puede ayudar a que se deje de lado el concepto de los problemas de salud mental en el que las personas son vistas como simples colecciones de “síntomas” que deben eliminarse (717).

Si bien hay enormes lagunas de investigación y una urgente necesidad de aumentar rápidamente nuestra inversión en las esferas mencionadas, la evidencia que ya tenemos sobre la eficacia de los servicios comunitarios y las intervenciones que promueven los derechos (como se demostró en el capítulo 3) es más que suficiente para promover la acción. No hay ninguna razón para esperar hasta que se realice más investigación antes de avanzar hacia mejores modelos de servicios alternativos fundamentados en los derechos y cambiar las prácticas culturales. Además, se deben eliminar las violaciones de los derechos humanos dondequiera que ocurran sencillamente porque socavan la dignidad humana y contradicen las convenciones acordadas internacionalmente, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. No hay evidencia que justifique las intervenciones coercitivas en entornos de salud mental (43). De hecho, la evidencia apunta en la dirección opuesta: las intervenciones que se realizan por la fuerza tienen resultados negativos para quienes son objeto de ellas (52). Las prácticas coercitivas como la restricción y la reclusión hacen daño a la salud física y mental y pueden causar la muerte (718, 719). Es posible que las personas adopten fuertes medidas para evitar recibir servicios de atención de salud mental debido a su experiencia con el tratamiento forzoso (51, 720).

Las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales pueden contribuir notablemente a la investigación debido a sus conocimientos especializados y su experiencia. Entre las disciplinas académicas emergentes figura la investigación por personas sobrevivientes. Sin embargo, una evaluación exhaustiva reciente de los estudios publicados en países de ingreso bajo y mediano (721) encontró solo un estudio publicado que había incluido en el proceso de la investigación a personas con experiencia propia (722). Es esencial que las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales, incluidas las “personas sobrevivientes expertas”, los “investigadores pares” y los “investigadores usuarios”, desempeñen una función de liderazgo en el diseño y la ejecución de la investigación en este ámbito. De hecho, la coproducción ha surgido como una metodología específica para asegurarse de que los aportes de las personas con experiencia propia se incluyan en el diseño de la investigación. El éxito dependerá de una reevaluación de muchos de los supuestos, normas y prácticas que actualmente operan, incluida una diferente perspectiva sobre qué significa “conocimientos especializados” cuando se trata de la salud mental. En el recuadro 16 a continuación se subraya la fuerte voluntad política de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en apoyo de un enfoque centrado en las personas y basado en los derechos humanos y su llamamiento a la investigación adicional sobre las respuestas no coercitivas.

Recuadro 16. Llamamiento a la acción por parte de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa

Llamamiento para fondos y recursos relacionados con alternativas a la coerción y los servicios que emplean esta práctica

En el 2019, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa declaró que la solución reside en las buenas prácticas y herramientas dentro del sistema de salud y fuera de él que ofrezcan soluciones y apoyo en casos de crisis o situaciones de emergencia, y que respeten la ética médica y los derechos humanos de las personas afectadas, incluso su derecho al consentimiento libre e informado. Estas prácticas prometedoras deben ocupar un lugar central en los sistemas de salud mental. Los servicios coercitivos y la asistencia institucional se deben considerar opciones inadmisibles que deben ser abandonadas. No obstante, el abandono de la coacción no significa abandonar a los pacientes y no debe servir de excusa para reducir el presupuesto general asignado a la salud mental. En cambio, debe haber más financiamiento y recursos para la investigación sobre respuestas alternativas (723).

Parliamentary assembly. Council of Europe. Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. 2019.

Fortalecimiento de la investigación mediante el involucramiento de las personas con experiencia propia

La frase “nada sobre nosotros sin nosotros” resume hábilmente la visión de que las personas con experiencia propia de afecciones de salud mental o discapacidades psicosociales deben participar significativamente en toda acción de salud mental, incluida la investigación. Contar con la participación de las personas con experiencia propia y conocimientos especializados fortalecerá profundamente y dará significado a nuevas investigaciones en esta esfera. Varios autores han subrayado la importancia de contar con la participación de las personas con experiencia propia tanto en el desarrollo como en la ejecución de la investigación:

“Solo una persona con discapacidad puede verdaderamente sentar las bases para la respuesta a sus necesidades, y la participación de las personas con discapacidad en un proceso de investigación que pudiera conducir a nuevos cambios para ellas debe considerarse esencial para lograr resultados satisfactorios” (724).

“... la coproducción implica igualdad no solo en el sentido de las personas o los estatus sino también a nivel de cómo se valora el propio conocimiento” (725).

Acciones nacionales fundamentales para integrar los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos humanos

Se necesitará una reorientación de las prioridades de investigación a fin de crear un fundamento sólido para un enfoque verdaderamente basado en los derechos acerca de la salud mental y los sistemas y servicios de protección. Esto exigirá que los países y los órganos nacionales e internacionales de investigación ejecuten las siguientes acciones:

- aumentar la inversión y el financiamiento para la investigación y las evaluaciones cuantitativas y cualitativas de los servicios y apoyos que se ajustan a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad para las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales (dentro de los sistemas de atención de salud mental y asistencia social), como también para la investigación y las evaluaciones sobre los enfoques en materia de política, derecho, servicios y capacitación para poner fin a la coerción, respetando la capacidad jurídica y la autonomía y reduciendo la dependencia excesiva de la medicación;
- incentivar la investigación que se centra en ampliar los servicios y apoyos que se ajustan a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad para las personas con afecciones de salud mental y discapacidades psicosociales y su integración en los sistemas sociales y de salud, la cobertura universal de salud y los programas relacionados con la discapacidad en los países de ingreso mediano y alto;
- redefinir los resultados significativos de la investigación a fin de centrarse en los resultados que tienen que ver con la participación y la inclusión comunitaria, entre otras dimensiones de la recuperación, en lugar de centrarse exclusivamente en los resultados clínicos y en las categorías basadas en síntomas;
- incentivar la investigación centrada en las intervenciones para abordar cuestiones sociales, económicas y culturales que repercuten en la salud mental a nivel individual y de población;
- promover la investigación sobre los determinantes de la salud mental y los programas de ejecución conexos;
- nombrar a personas con discapacidades psicosociales y de salud mental para que desempeñen funciones de liderazgo en el establecimiento de la agenda de investigación y en el desarrollo y la implementación de la investigación relacionada con la salud mental; y
- comunicar eficazmente los resultados y los hallazgos de la investigación a todas las partes interesadas, incluidos los profesionales de la atención de salud y la asistencia social, los responsables de las políticas, las ONG de la sociedad civil, las organizaciones de personas con discapacidad y la comunidad académica.

Referencias

1. Plan de acción sobre salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241506021>, consultado el 18 de enero del 2021).
2. Decisión WHA72(11). Follow-up to the political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable Diseases (páginas 49-52, para 2). En: 72.a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 20-28 de mayo del 2019 Resolutions and decisions, annexes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (WHA72/2019/REC/1; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72-REC1/A72_2019_REC1-en.pdf#page=1, consultado el 31 de enero del 2021).
3. Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world”. En: UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage, 23 de septiembre del 2019. Nueva York: Estados Unidos, Asamblea General; 2019 (<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>, consultado el 21 de diciembre del 2020).
4. Investing in mental health: evidence for action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf, consultado el 22 de diciembre del 2020).
5. Mental health atlas 2017. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>, consultado el 21 de diciembre del 2020).
6. WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927>, consultado el 20 de enero del 2021).
7. Šiška, J., Beadle-Brown, J. Transition from institutional care to community-based services in 27 EU Member States: Final report. Research report for the European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care. 2020 (<https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2020/05/eeg-di-report-2020-1.pdf>, consultado el 1 de septiembre del 2020).
8. Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2018 (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf, consultado el 1 de septiembre del 2020).
9. Winkler, P., Kondrátová, L., Kagstrom, A., Kupera, M., Palánová, T., Salomonová, M, et al. Adherence to the Convention on the Rights of People with Disabilities in Czech psychiatric hospitals: a nationwide evaluation study. *Health Hum Rights*. 2020;22:21-33.
10. Freedom from coercion, violence and abuse. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329582>, consultado el 21 de enero del 2021).
11. Lindsley, C. W. The top prescription drugs of 2011 in the United States: antipsychotics and antidepressants once again lead CNS therapeutics. *ACS Chem Neurosci*. 2012;3:630-1. doi: 10.1021/cn3000923.
12. Ilyas, S., Moncrieff, J. Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. *Br J Psychiatry*. 2012;200:393-8. doi: 10.1192/bjp.bp.111.104257.
13. Moore, T. J., Mattison, D. R. Adult utilization of psychiatric drugs and differences by sex, age, and race. *JAMA Intern Med*. 2017;177:274-5. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7507.
14. Gardner, C., Kleinman, A. Medicine and the mind - the consequences of psychiatry's identity crisis. *N Engl J Med*. 2019;381:1697-9. doi: 10.1056/NEJMp1910603.
15. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pnjas, 28 de marzo del 2017 (A/HRC/35/21). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/35/21>, consultado el 22 de diciembre del 2020).

16. State of Victoria, Royal Commission into Victoria's Mental Health System, Interim Report, Parl Paper No. 87 (2018–19). Melbourne: Royal Commission into Victoria's Mental Health System; 2019 (https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-rcvmhs.files/4215/8104/8017/Interim_Report_FINAL_.pdf, consultado el 19 de enero del 2021).
17. "They stay until they die". A lifetime of isolation and neglect in institutions for people with disabilities in Brazil. Nueva York: Human Rights Watch; 2018 (https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/brazil0518_web2.pdf, consultado el 3 de marzo del 2020).
18. Turnpenny, A., Petri, G., Finn, A., Beadle-Brown, J., Nyman, M. Mapping and understanding exclusion: institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. Project report. Bruselas: Mental Health Europe; 2018 (<https://kar.kent.ac.uk/64970/1/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>, consultado el 22 de diciembre del 2020).
19. Living in hell. Abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia. En: Human Rights Watch. Nueva York: Human Rights Watch; 2016 (<https://www.hrw.org/report/2016/03/20/living-hell/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-indonesia>, consultado el 18 de enero del 2021).
20. Psychiatric hospitals in Uganda. A human rights investigation. Budapest: Mental Disability Advocacy Centre; 2014 (http://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/psychiatric_hospitals_in_uganda_human_rights_investigation.pdf, consultado el 18 de enero del 2021).
21. Funk, M., Drew, N., Ansong, J., Chisholm, D., Murko, M., Nato, J. Strategies to achieve a rights based approach through WHO QualityRights. En: Stein MA, Mahomed F, Sunkel C, Patel V, editors. Mental health, human rights and legal capacity. Cambridge: Cambridge University Press; (en prensa).
22. Salud mental y desarrollo: poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como group vulnerable. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/9789962642657-spa.pdf?sfvrsn=4ab1514d_2, consultado el 4 de septiembre del 2020).
23. La *Declaración Universal de Derechos Humanos* (resolución 217A [III]), 10 de diciembre de 1948. Nueva York: Naciones Unidas, Asamblea General; 1948 (<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>, consultado el 18 de enero del 2021).
24. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200A (XXI) de 16 de diciembre de 1966. Ginebra: Naciones Unidas, Asamblea General; 1976 (<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>, consultado el 18 de enero del 2021).
25. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200A (XXI) de 16 de diciembre de 1966. Ginebra: Naciones Unidas, Asamblea General; 1976 (<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>, consultado el 18 de enero del 2021).
26. Minkowitz, T. CRPD advocacy by the World Network of Users and Survivors of Psychiatry: The emergence of an user/survivor perspective in human rights. SSRN Electronic Journal. 2012. doi: 10.2139/ssrn.2326668.
27. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Comentarios Generales. En: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) [sitio web]. Ginebra: ACNUDH; sin fecha. (<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx>, consultado el 22 de diciembre del 2020).
28. Resolución A/HRC/RES/36/13, salud mental y derechos humanos, aprobada por el Consejo de Derechos Humanos el 28 de septiembre de 2017. Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (A/ HRC/34/32; <https://undocs.org/es/A/HRC/RES/36/13>, consultado el 22 de diciembre del 2020).
29. Resolución A/HRC/32/18, salud mental y derechos humanos, aprobada por el Consejo de Derechos Humanos el 1 de julio de 2016. Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2016 (<https://undocs.org/es/A/HRC/RES/32/18>, consultado el 31 de enero del 2021).

30. Resolución A/HRC/RES/43/13, salud mental y derechos humanos, aprobada por el Consejo de Derechos Humanos el 19 de junio del 2020. Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2020 (<https://undocs.org/es/A/HRC/RES/43/13>, consultado el 31 de enero del 2021).
31. Salud mental y derechos humanos. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (A/HRC/34/32). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/34/32>, consultado el 31 de enero del 2021).
32. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pnjas, 15 de abril del 2020 (A/HRC/44/48). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2020 (<https://undocs.org/es/A/HRC/44/48>, consultado el 20 de febrero del 2020).
33. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas Aguilar, 12 de diciembre del 2017 (A/HRC/37/56). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/37/56> consultado el 5 de septiembre del 2020).
34. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas Aguilar, 11 de enero del 2019 (A/HRC/40/54). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2019 (<https://undocs.org/es/A/HRC/40/54> consultado el 5 de septiembre del 2020).
35. Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat to the Sixty-ninth World Health Assembly, Ginebra, 23-28 de mayo del 2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (A69/39; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1 consultado el 2 de septiembre del 2020).
36. Slade, M. Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
37. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Observación general núm. 1 (2014), Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley (CRPD/C/GC/1), 31 de marzo–11 de abril del 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 22 de diciembre del 2020).
38. Legal capacity and the right to decide. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329539>, consultado el 18 de enero del 2021).
39. Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights Specialized training. Course slides. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329647>, consultado el 18 de enero del 2021).
40. Strategies to end seclusion and restraint. WHO QualityRights Specialized training. Course guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605>, consultado el 21 de enero del 2021).
41. Gooding, P., McSherry, B., Roper, C. Preventing and reducing ‘coercion’ in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;142:27–39. doi: doi.org/10.1111/acps.13152.
42. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities (para 12). Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2015 (www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc, consultado el 9 de febrero del 2017).
43. Funk, M., Drew, N. Practical strategies to end coercive practices in mental health services. *World Psychiatry.* 2019;18:43-4. doi: 10.1002/wps.20600.
44. Mental health, disability and human rights. WHO QualityRights Core training: for all services and all people. Course guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329546/9789241516709-eng.pdf>, consultado el 08 de febrero del 2021).

45. Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak, 28 de julio del 2008 (A/63/175). Nueva York: Naciones Unidas, Asamblea General; 2008 (<https://undocs.org/es/A/63/175>, consultado el 18 de enero del 2021).
46. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, 1 de febrero del 2013 (A/HRC/22/53). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2013 (<https://undocs.org/es/A/HRC/22/53>, consultado el 22 de diciembre del 2020).
47. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Observación general núm. 1 (2014), Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, párr. 42 (CRPD/C/GC/1), 31 de marzo–11 de abril del 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 22 de diciembre del 2020).
48. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Observación general núm. 3 (2016), sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, párrs. 53-43 (CRPD/C/GC/3). Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2016 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/3>, consultado el 22 de diciembre del 2020).
49. Newton-Howes, G., Savage, M., Arnold, R., Hasegawa, T., Staggs, V., Kisely, S. The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: An international epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020;29:e190. doi: 10.1017/S2045796020001031.
50. Kersting, X. A. K., Hirsch, S., Steinert, T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: a systematic review. *Front Psychiatry.* 2019;10:400. doi: 10.3389/fpsy.2019.00400.
51. Rose, D., Perry, E., Rae, S., Good, N. Service user perspectives on coercion and restraint in mental health. *BJPsych Int.* 2017;14:59–61. doi: 10.1192/s2056474000001914.
52. Sashidharan, S. P., Mezzina, R., Puras, D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;28:605-12. doi: 10.1017/S2045796019000350.
53. Rains, L. S., Zenina, T., Casanova Dias, M., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry.* 2019;6:403-17. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30090-2.
54. Hammervold, U. E., Norvoll, R., Aas, R. W., Sagvaag, H. Post-incident review after restraint in mental health care - a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention. A scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2019;19:235. doi: 10.1186/s12913-019-4060-y.
55. Zinkler, M., Von Peter, S. End coercion in mental health services - toward a system based on support only. *Laws.* 2019;8:19. doi: 10.3390/laws8030019.
56. Kogstad, R. E. Protecting mental health clients' dignity - the importance of legal control. *Int J Law Psychiatry.* 2009;32:383–91. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.09.008.
57. Sunkel, C. The UN Convention: a service user perspective. *World Psychiatry.* 2019;18:51–2. doi: 10.1002/wps.20606.
58. Murphy, R., McGuinness, D., Bainbridge, E., Brosnan, L., Felzmann, H., Keys, M. et al. Service users' experiences of involuntary hospital admission under the Mental Health Act 2001 in the Republic of Ireland. *Psychiatr Serv.* 2017;68:1127-35. doi: 10.1176/appi.ps.201700008.
59. Newton-Howes, G., Mullen, R. Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. *Psychiatr Serv.* 2011;62:465-70. doi: 10.1176/ps.62.5.pss6205_0465.
60. Strout, T. Perceptions on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs.* 2010;19:416-27. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x.
61. Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., Sentissi, O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Front Psychiatry.* 2019;10:491. doi: 10.3389/fpsy.2019.00491.

62. Lasalvia, A., Zoppei, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo D, Wahlbeck K et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2013;381:55-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61379-8.
63. Gerace, A., Muir-Cochrane, E. Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: an Australian survey. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28:209-25. doi: 10.1111/inm.12522.
64. Sugiura, K., Pertega, E., Holmberg, C. Experiences of involuntary psychiatric admission decision-making: a systematic review and meta-synthesis of the perspectives of service users, informal carers, and professionals. *Int J Law Psychiatry*. 2020;73:101645. doi: 10.1016/j.ijlp.2020.101645.
65. Coffey, M., Cohen, R., Faulkner, A., Hannigan, B., Simpson, A., Barlow, S. Ordinary risks and accepted fictions: how contrasting and competing priorities work in risk assessment and mental health care planning. *Health Expectations*. 2017;20:471-83. doi: 10.1111/hex.12474.
66. Lorant, V., Depuydt, C., Gillain, B., Guillet, A., Dubois, V. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:360-5. doi: 10.1007/s00127-007-0175-2.
67. Champagne, T., Stromberg, N. Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: Innovative alternatives to seclusion and restraint. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2004;42:34-44.
68. Smith, G. M., Davis, R. H., Bixler, E. O., Lin, H. M., Altener, A., Altener, R. J. et al. Pennsylvania State hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv*. 2005;56:1115-22. doi: 10.1176/appi.ps.56.9.1115.
69. Scottish Recovery Network. The role and potential development of peer support services. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2005 (<https://www.scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2005/12/Peer-support-briefing.pdf>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
70. Pitt, V., Lowe, D., Hill, S., Pricor, M., Hetrick, S. E., Ryan, R. et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3. doi: 10.1002/14651858.CD004807.pub2.
71. Puschner, B. Peer support and global mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27:413-4. doi: 10.1017/S204579601800015X.
72. Byrne, L., Happell, B., Reid-Searl, K. Recovery as a lived experience discipline: a grounded theory study. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36:935-43. doi: 10.3109/01612840.2015.1076548.
73. Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G. et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*. 2014;13:12-20. doi: 10.1002/wps.20084.
74. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (CRPD/C/GC/5). Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2017 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/5>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
75. Person-centred recovery planning for mental health and well-being: self-help tool: WHO QualityRights. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329598>, consultado el 18 de enero del 2021).
76. Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., Slade, M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199:445-52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
77. Slade, M., Wallace, G. Recovery and mental health. En: Slade M, Oades L, Jarden A, editors. *Wellbeing, recovery and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2017:24-34.
78. Chamberlin, J. A working definition of empowerment. *Psychiatr Rehabil J*. 1997;20:43-6.

79. Wildflower Alliance [sitio web]. Springfield: Wildflower Alliance; n.d. (<https://wildfloweralliance.org/>, consultado el 13 de enero del 2021).
80. Afiya peer respite annual report - FY'17. Holyoke: Western Mass Recovery Learning Community; 2017 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Afiya-annual-report-fy-17-alt.pdf>, consultado el 4 de enero del 2021).
81. Davidow, S. Peer respite handbook: a guide to understanding, developing and supporting peer respites. Denver: Outskirts Press; 2018.
82. What is IPS? En: Intentional Peer Support [sitio web]. West Chesterfield: Intentional Peer Support; n.d. (<https://www.intentionalpeersupport.org/what-is-ips/?v=b8a74b2fbcbb>, consultado el 4 de mayo del 2020).
83. Davidow, S., Mazel-Carlton, C. The “alternatives to suicide approach”: a decade of lessons learned. En: Page A, Stritzke W, editors. Alternatives to suicide: beyond risk and towards a life worth living. Cambridge: Academic Press; 2020.
84. Missing Link [sitio web]. Bristol: Missing Link; n.d. (<https://missinglinkhousing.co.uk/>, consultado el 19 de octubre del 2019).
85. Link House Leaflet. En: Missing Link [sitio web]. Bristol: Missing Link; 2019 (https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2019/07/ML_LinkHouse_July2019.pdf, consultado el 19 de octubre del 2019).
86. Missing Link annual review 2017-18. Bristol: Missing Link; 2018 (https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2018/10/MissingLink_NextLink_SafeLink_AnnualReview2017-18.pdf, consultado el 19 de octubre del 2019).
87. Knowledge and Understanding Framework (KUF). En: Ministry of Justice, NHS England [sitio web]. London: Ministry of Justice, NHS England; n.d. (<https://kufpersonalitydisorder.org.uk/>, consultado el 4 de enero del 2021).
88. Sara Gray [video]. Bristol: Bristol Mental Health; 2017 (<https://www.youtube.com/watch?v=GMSofLVJMcY&feature=youtu.be>, consultado el 19 de octubre del 2019).
89. Complaints procedure service user guide. En: Missing Link [sitio web]. Bristol: Missing Link; n.d. (<https://missinglinkhousing.co.uk/feedback/complaints-procedure-service-user-guide/>, consultado el 13 de enero del 2021).
90. Link House service exit feedback survey 2015-16. Bristol: Missing Link; 2016 (https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2016/12/LinkHouseSatisfactionSurvey_Nov16.pdf, consultado el 19 de octubre del 2019).
91. WRAP is.... En: Advocates for Human Potential [sitio web]. Sudbury: Advocates for Human Potential; 2018 (<https://mentalhealthrecovery.com/wrap-is/>, consultado el 25 de febrero del 2020).
92. Recovery Star. En: Mental Health Partnerships [sitio web]. Stockport: Mental Health Partnerships; 2009 (<https://mentalhealthpartnerships.com/resource/recovery-star/>, consultado el 12 de febrero del 2021).
93. Link House for women in mental health crisis. En: Missing Link [sitio web]. Bristol: Missing Link; n.d. (<https://missinglinkhousing.co.uk/services-we-offer/link-house-for-women-in-mental-health-crisis/>, consultado el 19 de octubre del 2019).
94. Archived reference costs. En: NHS Improvement [sitio web]. London: NHS Improvement; n.d. (<https://improvement.nhs.uk/resources/reference-costs/>, consultado el 20 de julio del 2020).
95. MAPA (Management of Actual or Potential Aggression). En: Crisis Prevention Institute [sitio web]. Sale: Crisis Prevention Institute; 2020 (<https://www.crisisprevention.com/en-GB/Our-Programs/MAPA-Management-of-Actual-or-Potential-Aggression>, consultado el 6 de mayo del 2020).
96. von Peter, S., Aderhold, V., Cubellis, L., Bergström, T., Stastny, P. J. S. et al. Open Dialogue as a human rights-aligned approach. *Front Psychiatry*. 2019;10:387. doi: 10.3389/fpsy.2019.00387.

97. Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J. et al. The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: nineteen-year outcomes. *Psychiatry Res.* 2018;270:168-75. doi: 10.1016/j.psychres.2018.09.039.
98. Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., Lehtinen, K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother Res.* 2006;16:214-28. doi: 10.1080/10503300500268490.
99. Kiviniemi, M. Mortality, disability, psychiatric treatment and medication in first-onset schizophrenia in Finland: the register linkage study [tesis]. Oulu: University of Oulu; 2014.
100. Tribe, R. H., Freeman, A. M., Livingstone, S., Stott, J. C. H., Pilling, S. Open dialogue in the UK: qualitative study. *BJPsych Open.* 2019;5:e49. doi: 10.1192/bjo.2019.38.
101. About us. En: Pathways [sitio web]. Wellington: Pathways; n.d. (<https://www.pathways.co.nz/about/overview/>, consultado el 12 de febrero del 2021).
102. Te Pou o Te Whakaaro Nui, Take Notice. Evaluation of Tupu Ake: A peer-led acute alternative mental health service. Auckland: Te Pou o Te Whakaaro Nui, The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development; 2017 (<https://www.tepou.co.nz/resources/evaluation-of-tupu-ake>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
103. Harris, R., Tobias, M., Jeffreys, M., Waldegrave, K., Karlsen, S., Nazroo, J. Racism and health: The relationship between experience of racial discrimination and health in New Zealand. *Soc Sci Med.* 2006;63:1428-41. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.04.009.
104. McLeod, M., King, P., Stanley, J., Lacey, C., Cunningham, R. Ethnic disparities in the use of seclusion for adult psychiatric inpatients in New Zealand. *N Z Med J.* 2017;130:30-9.
105. Office of the Director of Mental Health and Addiction Services Annual Report 2017. Wellington: Ministerio de Salud de Nueva Zelandia; 2019 (<https://www.health.govt.nz/publication/office-director-mental-health-and-addiction-services-annual-report-2017>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
106. Cohen, A., Minas, H. Global mental health and psychiatric institutions in the 21st century. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017;26:4-9. doi: 10.1017/S2045796016000652.
107. Living in Chains. Shackling of People with Psychosocial Disabilities Worldwide. New York: Human Rights Watch; 2020 (https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2020/10/global_shackling1020_web_1.pdf, consultado el 19 de febrero del 2021).
108. Heggdal, D., Fosse, R., Hammer, J. Basal exposure therapy: a new approach for treatment-resistant patients with severe and composite mental disorder. *Front Psychiatry.* 2016;7:198. doi: 10.3389/fpsy.2016.00198.
109. Heggdal, D. Basal exposure therapy (BET) alternative to coercion and control in suicide prevention [video]. Oslo: Stiftelsen Humania; 2017 (<https://www.youtube.com/watch?v=fsfdrFoEhfQ&t=324s>, consultado el 4 de junio del 2020).
110. Hammer, J., Heggdal, D., Lillelien, A., Lilleby, P., Fosse, R. Drug-free after basal exposure therapy. *Tidsskrift for Den norske legeforening.* 2018;138. doi: 10.4045/tidsskr.17.0811.
111. Heggdal, D. Basal exposure therapy (BET) - basic principles and guidelines. Oslo; 2012 (<https://vestreviken.no/Documents/Helsefaglig/BET%20-%20Basal%20eksponeringsterapi/BET%20principles%20and%20guidelines.pdf>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
112. Hammer, J., Fosse, R., Lyngstad, Å., Møller, P., Heggdal, D. Effekten av komplementær ytre regulering (KYR) på tvangstiltak [Effects of complementary external regulation (CER) on coercive measures]. *Tidsskrift for Norsk psykologforening.* 2016;53:518-29.
113. Heggdal, D., Hammer, J., Alsos, T., Malin, I., Fosse, R. Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid.* 2015;12:119-28.

114. Whitaker, R. A tale of two studies. En: Mad in America [sitio web]. Cambridge: Mad in America; 2018 (<https://www.madinamerica.com/2018/03/a-tale-of-two-studies/>, accessed
115. Hammer, J., Ludvigsen, K., Heggdal, D., Fosse, R. Reduksjon av unngåelsesatferd og innleggelse grunnet villet egenskade etter Basal eksponeringsterapi (BET). *Suicidologi*. 2017;22:20-6. doi: 10.5617/suicidologi.4682.
116. Visita a Noruega, informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (A/ HRC/43/41/Add.3), 14 de enero del 2020. Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2020 (<https://undocs.org/es/A/HRC/43/41/Add.3>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
117. Hammer, J., Heggdal, D., Ludvigsen, K. Inn i katastrofelandskapet – erfaringer fra Basal eksponeringsterapi. Oslo: Abstrakt forlag; 2020.
118. Malin, I. S., Alsos, T. H. "Å våge å forholde seg til livets smerte": en kvalitativ evaluering av basal eksponeringsterapi [thesis]. Oslo: University of Oslo; 2011.
119. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477): § 64b SGB V Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen. Bundesrepublik Deutschland; 1989 (<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/64b.html>, consultado el 18 de enero del 2021).
120. Trittner, G. Gemeindepsychiatrischer Verbund wird gegründet. Heidenheimer Zeitung. 27 March 2012 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/gemeindepsychiatrischer-verbund-wird-gegruendet-31541396.html>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
121. Flammer, E., Steinert, T. The case register for coercive measures according to the law on assistance for persons with mental diseases of Baden-Wuerttemberg: conception and first evaluation. *Psychiatr Prax.* 2019;46:82-9. doi: 10.1055/a-0665-6728.
122. Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin. Berlin: Bundesärztekammer; 2016: (https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/SNEntscheidung2016.pdf, consultado el 31 de diciembre del 2020).
123. Zinkler, M., De Sabbata, K. Unterstützte Entscheidungsfindung und Zwangsbehandlung bei schweren psychischen Störungen - ein Fallbeispiel. *Recht Psychiatr.* 2017;35:207-12.
124. Zinkler, M. Supported decision making in the prevention of compulsory interventions in mental health care. *Front Psychiatry.* 2019;10:137. doi: 10.3389/fpsy.2019.00137.
125. Borasio, G. D., Heßler, H. J., Wiesing, U. Patientenverfügungsgesetz. Umsetzung in der klinischen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt.* 2009;160:1952-7.
126. Henderson, C., Swanson, J. W., Szmukler, G., Thornicroft, G., Zinkler, M. A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatr Serv.* 2008;59:63-71. doi: 10.1176/ps.2008.59.1.63.
127. Zinkler, M. Umgang mit gewaltbereiten Patienten und Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Heidenheim. Heidenheim; 2018 (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum-wAssets/docs/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/Konzept-Umgang-mit-Gewalt-und-Zwangsmassnahmen-Nov-16.pdf>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
128. Zinkler, M., Mahlke, C. I., Marschner, R. Selbstbestimmung und Solidarität. Cologne: Psychiatrie Verlag GmbH; 2019.
129. Zinkler, M. Germany without coercive treatment in psychiatry - a 15 month real world experience. *Laws.* 2016;5:15. doi: 10.3390/laws5010015.
130. Zinkler, M., Waibel, M. Auf Fixierungen kann in der klinischen Praxis verzichtet werden - ohne dass auf Zwangsmedikation oder Isolierungen zurückgegriffen wird [Inpatient mental health care without mechanical restraint, seclusion or compulsory medication]. *Psychiatr Prax.* 2019;46:225. doi: 10.1055/a-0893-2932.

131. Mayer, M., Vaclav, J., Papenberg, W., Martin, V., Gaschler, F., Özköylü S. Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege: Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. third ed. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG; 2017.
132. Mayer, M. PAIR - Das Training zur Aggressionshandhabung: Präsentation eines Trainingsprogramms zur Prävention von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Settings. 2007 ([https://www.researchgate.net/publication/280931328_PAIR - Das Training zur Aggressionshandhabung Präsentation eines Trainingsprogramms zur Praveention von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Settings](https://www.researchgate.net/publication/280931328_PAIR_-_Das_Training_zur_Aggressionshandhabung_Praesentation_eines_Trainingsprogramms_zur_Praevention_von_Aggression_und_Gewalt_in_psychiatischen_Settings), consultado el 31 de diciembre del 2020).
133. Kummer, S. Gute Bewertung für Psycho-Prävention. Heidenheimer Zeitung. 29 April 2016 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/gute-bewertung-fuer-psycho-praevention-31651066.html>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
134. Kummer, S. Beratung für psychisch Kranke auf Augenhöhe. Heidenheimer Zeitung. 21 June 2016 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/beratung-fuer-psychisch-krank-auf-augenhoehe-31660370.html>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
135. Lob- und Beschwerdemanagement im Klinikum Heidenheim. En: Klinikum Heidenheim [sitio web]. Heidenheim: Klinikum Heidenheim; n.d. (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum/patienten/ihr-aufenthalt/Lob-und-Beschwerdemanagement.php>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
136. Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle). En: Landratsamt Heidenheim [sitio web]. Heidenheim: Landratsamt Heidenheim; n.d. (<https://www.landkreis-PsoterLanqpublicarea%5BsuchEingabe%5D=soteria&cHash=d08375155cd588986d5eb3f7183e2e09#skalen>, consultado el 7 de julio del 2020).
137. Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle). En: Landratsamt Heidenheim [sitio web]. Heidenheim: Landratsamt Heidenheim; n.d. (<https://www.landkreis-heidenheim.de/Landratsamt/Organisationseinheit/SozialeSicherheitundIntegration/HilfenfrMenschenmitBehinderung/Informations-Beratungs-undBeschwerdestelleIBB/index.htm>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
138. Lob oder Kritik - Geben Sie uns Ihr Feedback. En: AOK Die Gesundheitskasse [sitio web]. Stuttgart: AOK Die Gesundheitskasse; n.d. (<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/beschwerde/>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
139. Hilfe bei ärztlichen Behandlungsfehlern. En: Landesärztekammer Baden-Württemberg [sitio web]. Stuttgart: Landesärztekammer Baden-Württemberg; n.d. (<https://www.aerztekammer-bw.de/20buerger/40behandlungsfehler/index.html>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
140. Bock, T., Priebe, S. Psychosis seminars: an unconventional approach. Psychiatr Serv. 2005;56:1441-3. doi: 10.1176/appi.ps.56.11.1441.
141. Nyhuis, P. W., Zinkler, M. Offene Psychiatrie und gemeindepsychiatrische Arbeit [Open-door psychiatry and community mental health work]. Nervenarzt. 2019;90:695-9. doi: 10.1007/s00115-019-0744-0.
142. Zwischenergebnisse zur Evaluation von Modellvorhaben für sektorenübergreifende Versorgung psychisch kranker Menschen nach §64b SGB V (EVA64) beim DKVF vorgestellt. En: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden [sitio web]. Dresden: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden; 2019 (<https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/zegv/news/eva64-dkvf>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
143. Zinkler, M. Modellvorhaben nach §64b SGB V in der Corona-Pandemie: Versorgung, Struktur und Zwangsmaßnahmen. Recht Psychiatr. (en prensa).
144. Weitz, H-J. Bericht der Ombudsstelle beim Ministerium für Soziales und Integration nach § 10 Abs. 4 PsychKHG. 2018 (https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/Ombudsstelle_Landtagsbericht-2018.pdf, consultado el 31 de diciembre del 2020).

145. Flammer, E., Steinert, T. Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf die Häufigkeit aggressiver Vorfälle und freiheitseinschränkender mechanischer Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Störungen [Consequences of the temporary lack of admissibility of involuntary medication in the state of Baden-Wuerttemberg: not less drugs, but longer deprivation of liberty]. *Psychiatr Prax.* 2015;42:260-6. doi: 10.1055/s-0034-1370069.
146. Besuchskommission nach §27 PsychKHG. Stuttgart: Baden-Württemberg Ministerium Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren; 2018 (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum-wAssets/docs/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/Besuchskommission-2018.pdf>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
147. Klinikum bekennt sich zu kommunaler Trägerschaft. Heidenheimer Zeitung. 24 January 2020 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/datenpanne-klinikum-gab-versehentlich-klarnamen-heraus-42883034.html>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
148. Soteria-Gedanke. En: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria [sitio web]. Bremen: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; n.d. (<https://soteria-netzwerk.de/entstehung-des-soteria-gedankens>, consultado el 4 de octubre del 2019).
149. Ciompi, L. The Soteria-concept. Theoretical bases and practical 13-year-experience with a milieu-therapeutic approach of acute schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1997;99:634-50.
150. Mosher, L. R., Menn, A. Soteria: an alternative to hospitalization for schizophrenia. *New Dir Ment Health Serv.* 1979;1:73–84. doi: 10.1002/yd.23319790108.
151. Ciompi, L. An alternative approach to acute schizophrenia: Soteria Berne, 32 years of experience. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother.* 2017;168:10-3. doi: 10.4414/sanp.2017.00462.
152. Soteria Bern - psychiatric hospital. En: Hospital Comparison Switzerland [sitio web]. Zurich: Hospital Comparison Switzerland; 2017 (<https://which-hospital.ch/quality-ratings.php?fc=2&hid=53>, consultado el 1 de enero del 2021).
153. Einhornfilm. Part 1 - Soteria Berne - Acute (english subtitles 1/3) [video]: Einhornfilm; 2013 (<https://www.youtube.com/watch?v=fMoJvwMZrk>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
154. Soteria Bern - Konzept - Integrierte Versorgung. En: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [sitio web]. Bern: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/wAssets/docs/soteria/KonzeptIntegrierteVersorgung.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
155. Ciompi-Lausanne L. mov58 [video]. Brussels: colloque communautés thérapeutiques Bruselas; 2015 (https://www.youtube.com/watch?v=EIUI7x_pPgQ, consultado el 30 de diciembre del 2020).
156. Aufnahme. En: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [sitio web]. Berne: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/de/soteria/aufnahme.php>, consultado el 6 de octubre del 2019).
157. Soteria Angebot. En: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [sitio web]. Berne: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/de/soteria/angebot.php>, consultado el 6 de octubre del 2019).
158. Parizot, S., Sicard, M. Antipsychiatry n° 10. *L'information psychiatrique.* 2014;90:777–88.
159. Einhornfilm. Part 2 - Soteria Berne - Integration (english subtitles 2/3) [video]: Einhornfilm; 2013 (<https://www.youtube.com/watch?v=8ilj7BcS7XU>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
160. Soteria Bern - Konzept Wohnen & Co. En: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [sitio web]. Bern: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (https://www.igsbern.ch/wAssets/docs/soteria/Konzept_Wohnen-und-Co.pdf, consultado el 13 de enero del 2021).
161. Soteria Fidelity Scale. Bremen: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; 2019 (<https://soteria-netzwerk.de/wp-content/uploads/2019/04/Soteria-Fidelity-Scale-Version-15.04.19.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
162. Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria [sitio web]. Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; n.d. (<https://soteria-netzwerk.de/>, consultado el 30 de diciembre del 2020).

163. Ingle M. How does the Soteria House heal? [sitio web]. Cambridge: Mad in America; 2019 (<https://www.madinamerica.com/2019/09/soteria-house-heal/>, consultado el 1 de enero del 2021).
164. Ciompi, L., Hoffmann, H. Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry*. 2004;3:140-6.
165. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics] (ANQ) [sitio web]. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; n.d. (www.anq.ch, consultado el 19 de febrero del 2021).
166. Nationaler Vergleichsbericht 2018. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; 2019 (https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/09/ANQpsy_EP_Nationaler_Vergleichsbericht_2018.pdf, consultado el 7 de julio del 2020).
167. Messergebnisse Psychiatrie, Soteria 2014. En: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [sitio web]. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics]; 2014 (https://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie/step3/measure/35/year/2019/nr/24679/?no_cache=1&tx_anq_anqpublicarea%5BsuchEingabe%5D=soteria&cHash=d08375155cd588986d5eb3f7183e2e09#skalen, consultado el 7 de julio del 2020).
168. Internal evaluation of Soteria House Berne 2015-2017. En: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern. Berne: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; n.d. (<https://www.igsbern.ch/de/behandlung/soteria-3.html#section-40>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
169. Ciompi, L., Dauwalder, H-P, Maier, C., Aebi, E., Trutsch, K., Kupper, Z. et al. The pilot project 'Soteria Berne': clinical experiences and results. *Br J Psychiatry*. 1992;161:145-53. doi: 10.1192/S0007125000297183.
170. Calton, T., Ferriter, M., Huband, N., Spandler, H. A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2008;34:181-92. doi: 10.1093/schbul/sbm047.
171. Soteria Berne: an alternative treatment of acute schizophrenia. En: Luc Ciompi - Psychiatrist and Author [sitio web]. Berne: Luc Ciompi - Psychiatrist and Author; 2018 (<http://www.ciompi.com/en/soteria.html>, consultado el 1 de enero del 2020).
172. Übersicht stationäre Spitaltarife 2020 Kanton Bern. En: Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion. Bern: Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion; 2020 (https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitalfinanzierung/superprovisorischetarife.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalversorgung/Tarife/Tarifuebersicht_2020.pdf, consultado el 1 de enero del 2021).
173. List of low-income countries. En: Institute of Labor Economics [sitio web]. Bonn: Institute of Labor Economics; 2017 (<https://g2lm-lic.iza.org/call-phase-iv/list-of-lic/>, consultado el 24 de febrero del 2020).
174. Nguyen, A. J., Lee, C., Schojan, M., Bolton, P. Mental health interventions in Myanmar: a review of the academic and grey literature. *Global Mental Health*. 2018;5:e8. doi: 10.1017/gmh.2017.30.
175. Mental health atlas 2017, member state profile Myanmar. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/MM.pdf?ua=1, consultado el 24 de febrero del 2020).
176. Myanmar: humanitarian needs overview 2017. En: UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs [sitio web]. New York: UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2016 (<http://reliefweb.int/report/myanmar/myanmar-humanitarian-needs-overview-2017>, consultado el 7 de julio del 2020).
177. Kha, T. Disabled pour scorn on discriminatory policy [sitio web]. Yangon: Frontier Myanmar; 2017 (<https://frontiermyanmar.net/en/disabled-pour-scorn-on-discriminatory-policy>, consultado el 1 de enero del 2021).

178. Aung Clinic [sitio web]. Yangon: Aung Clinic; n.d. (<https://www.aungclinicmh.org/>, consultado el 24 de febrero del 2020).
179. Myo Myint, L. P. P. From suffering to colourful art. Myanmar Times. 26 October 2018 (<https://www.mmtimes.com/news/suffering-colourful-art.html>, consultado el 24 de febrero del 2020).
180. Myanmar Autism Association [sitio web]. Yangon: Myanmar Autism Association; 2020, consultado el 4 de enero del 2021).
181. Su, C. Future stars shine brightly in self advocacy. Myanmar Times. 18 May 2015 (<https://www.mmtimes.com/lifestyle/14518-future-stars-shine-brightly-in-self-advocacy.html>, consultado el 24 de febrero del 2020).
182. Background. En: Back Pack Health Worker Team [sitio web]. Maesot: Back Pack Health Worker Team; 2019 (https://backpackteam.org/?page_id=31, consultado el 1 de enero del 2021).
183. Antalikova, R. Evaluation Report [sitio web]. Yangon: Aung Clinic; 2020 (<https://www.aungclinicmh.org/2020/05/02/evaluation-report-2020-dr-radka-antalikova/>, consultado el 7 de julio del 2020).
184. Klein, J. Long ignored in global development, mental illness is declared a top priority. En: Open Society Foundations [sitio web]. New York: Open Society Foundations; 2016 (<https://www.opensocietyfoundations.org/voices/long-ignored-global-development-mental-illness-declared-top-priority>, consultado el 24 de febrero del 2020).
185. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 (<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat-rio-Gest-o-2011-2015---.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
186. Treichel, C. A. S., Campos, R. T. O., Campos, G. W. S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e180617. doi: 10.1590/Interface.180617.
187. Campos, G. V. S., Almeida, I.S. Análise sobre a constituição de uma rede de saúde mental em uma cidade de grande porte [Analysis of the implementation of a mental health network in a major city]. *Ciência saúde coletiva*. 2019;24:2715-26. doi: 10.1590/1413-81232018247.20122017.
188. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2004 (https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude_mental_no_SUS_os_centros_de_atencao_psicossocial/48, consultado el 4 de enero del 2021).
189. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2008 (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf, consultado el 4 de enero del 2021).
190. Campos, R. T. O., Furtado, R. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L., Pegolo da Gama, C. A. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúde Pública* [en línea]. 2009;43:16-22. doi: 10.1590/S0034-89102009000800004.
191. CAPS III Brasilândia, São Paulo, Brasil. QualityRights evaluation report. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/CAPS-III-Brasilandia-Brazil-QualityRights-Evaluation-Report.pdf>, consultado el 21 de enero del 2021).
192. WHO QualityRights initiative - improving quality, promoting human rights. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; n.d. (., consultado el 1 de enero del 2021).
193. Brasil. Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro. Diário Oficial Da União (2018), 15(1), pp.5-47. Retificação, Na Portaria nº 3.588/GM/MS de 21 de dezembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União nº 245, de 22 de dezembro de 2017, Seção 1 (pp 236-238). 2017 (http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/2023478/do1-2018-01-22-retificacao-2023474, consultado el 18 de enero del 2021).

194. International standards for Clubhouse programs. New York: Clubhouse International; 2018 (https://clubhouse-intl.org/wp-content/uploads/2019/03/standards_2018_eng.pdf, consultado el 1 de enero del 2021).
195. McKay, C., Nugent, K. L., Johnsen, M., Eaton, W. W., Lidz, C. W. A systematic review of evidence for the Clubhouse Model of psychosocial rehabilitation. *Adm Policy Ment Health*. 2018;45:28–47. doi: 10.1007/s10488-016-0760-3.
196. Raeburn, T., Halcomb, E., Walter, G., Cleary, M. An overview of the Clubhouse model of psychiatric rehabilitation. *Australas Psychiatry*. 2013;21:376–8. doi: 10.1177/1039856213492235.
197. American Psychiatric Association. The wellspring of the Clubhouse Model for social and vocational adjustment of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 1999;50:1473-6. doi: 10.1176/ps.50.11.1473.
198. Quality standards. En: Clubhouse International [sitio web]. New York: Clubhouse International; n.d. (<https://clubhouse-intl.org/resources/quality-standards/>, consultado el 1 de enero del 2021).
199. Training bases. En: Clubhouse International [sitio web]. New York: Clubhouse International; n.d. (<http://clubhouse-intl.org/about-us/organization/training-bases/>, consultado el 1 de enero del 2021).
200. Propst, R. N. Standards for Clubhouse programs: why and how they were developed. *Psychiatr Rehabil J*. 1992;16:25–30. doi: 10.1037/h0095711.
201. Phoenix Clubhouse [sitio web]. China, Hong Kong Special Administrative Region: Phoenix Clubhouse; n.d. (http://www.phoenixclubhouse.org/en_main/index.html, consultado el 06 de febrero del 2021).
202. How Clubhouses work. En: Clubhouse International [sitio web]. New York: Clubhouse International; n.d. (<http://clubhouse-intl.org/resources/how-clubhouses-work/>, consultado el 1 de enero del 2021).
203. QualityRights - personal recovery plan. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; n.d. (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/PersonalRecoveryPlanOnline.pdf>, consultado el 1 January 2021).
204. Tsang, A. W. K., Ng, R. M. K., Yip, K. C. A six-month prospective case-controlled study of the effects of the Clubhouse rehabilitation model on Chinese patients with chronic schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry*. 2010;20:23-30.
205. Norman, C. The Fountain House movement, an alternative rehabilitation model for people with mental health problems, members' description of what works. *Scand J Caring Sci*. 2006;20:184-92. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00398.x.
206. Stein, L. I., Barry, K. L., Dien, G. V., Hollingsworth, E. J., Sweeney, J. K. Work and social support: a comparison of consumers who have achieved stability in ACT and Clubhouse programs. *Community Ment Health J*. 1999;35:193–204. doi: 10.1023/A:1018780916794.
207. Raeburn, T., Schmied, V., Hungerford, C., Cleary, M. The use of social environment in a psychosocial Clubhouse to facilitate recovery-oriented practice. *BJPsych Open*. 2016;2:173–8. doi: 10.1192/bjpo.bp.115.002642.
208. McCarthy-Jones, S. *Hearing Voices: the histories, causes and meanings of auditory verbal hallucinations*. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
209. Carter, D., Mackinnon, L., Copolov, D. Patients' strategies for coping with auditory hallucinations. *J Nerv Ment Dis*. 1996;184:159-64. doi: 10.1097/00005053-199603000-00004.
210. Pantellis, C., Barnes, T. R. E. Drug strategies and treatment-resistant schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*. 1996;30:20-37. doi: 10.3109/00048679609076070.
211. Leucht, S., Leucht, C., Huhn, M., Chaimani, A., Mavridis, D., Helfer, B. et al. Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: systematic review, bayesian meta-analysis, and meta-regression of efficacy predictors. *Am J Psychiatry*. 2017;174:927-42. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16121358.

212. Morrison, P., Taylor, D. M., McGuire, P. The Maudsley Guidelines on advanced prescribing in psychosis. Hoboken: Wiley Blackwell; 2020.
213. Styron, T., Utter, L., Davidson, L. The Hearing Voices Network: Initial lessons and future directions for mental health professionals and systems of care. *Psychiatr Q.* 2017;88:769-85. doi: 10.1007/s11126-017-9491-1.
214. Smailes, D., Alderson-Day, B., Fernyhough, C., McCarthy-Jones, S., Dodgson, G. Tailoring cognitive behavioral therapy to subtypes of voice-hearing. *Front Psychiatry.* 2015;6:1933. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01933.
215. Romme, M. A., Escher, A. D. Hearing voices. *Schizophr Bull.* 1989;15:209-16. doi: 0.1093/schbul/15.2.209.
216. About us. En: The International Hearing Voices Network [sitio web]. Maastricht: The International Hearing Voices Network; 2020 (<https://www.intervoiceonline.org/about-intervoice>, consultado el 3 de abril del 2020).
217. Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., Thomas, N. Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: implications for research and practice. *Schizophr Bull.* 2014;40:285-94. doi: 10.1093/schbul/sbu007.
218. Jones, N., Marino, C. K., Hansen, M. C. The Hearing Voices Movement in the United States: findings from a national survey of group facilitators. *Psychosis.* 2016;8:106-17. doi: 10.1080/17522439.2015.1105282.
219. HVN Groups Charter. En: Hearing Voices Network (England) [sitio web]. London: Hearing Voices Network (England); 2020 (<https://www.hearing-voices.org/hearing-voices-groups/charter/>, consultado el 13 de abril del 2020).
220. HVN-USA Charter. En: Hearing Voices Network USA [sitio web]. Gaithersburg: Hearing Voices Network USA; 2019 (<https://www.hearingvoicesusa.org/hvn-usa-charter?highlight=WyJjaGFydGVyYllO>, consultado el 15 de julio del 2020).
221. List of registered HVN-USA groups. En: Hearing Voices Network USA [sitio web]. Gaithersburg: Hearing Voices Network USA; 2020 (<http://www.hearingvoicesusa.org/hvn-usa-groups-list/list/1>, consultado el 3 de abril del 2020).
222. Mind [sitio web]. London: Mind; 2020 (<https://www.mind.org.uk/>, consultado el 4 de enero del 2021).
223. The New Life Psychiatric Rehabilitation Association [sitio web]. China, Hong Kong Special Administrative Region: The New Life Psychiatric Rehabilitation Association; 2020 (<https://www.nlpra.org.hk/default.aspx>, consultado el 4 de enero del 2021).
224. Larøi, F., Luhrmann, T. M., Bell, V., Christian, W. A. J., Deshpande, S., Fernyhough, C. et al. Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophr Bull.* 2014;40:S213-S20. doi: 10.1093/schbul/sbu012.
225. Luhrmann, T., Padmavati, R., Tharoor, H., Osei, A. Hearing voices in different cultures: a social kindling hypothesis. *Top Cogn Sci.* 2015;7:646-63. doi: 10.1111/tops.12158.
226. Higgs, R. N. Reconceptualizing psychosis: The Hearing Voices Movement and social approaches to health. *Health Hum Rights.* 2020;22:133-44.
227. al-Issa, I. The illusion of reality or the reality of illusion. Hallucinations and culture. *Br J Psychiatry.* 1995;166:368-73. doi: 10.1192/bjp.166.3.368.
228. Kråkvik, B., Larøi, F., Kalhovde, A. M., Hugdahl, K., Kompus, K., Salvesen, Ø et al. Prevalence of auditory verbal hallucinations in a general population: A group comparison study. *Scand J Psychol.* 2015;56:508-15. doi: 10.1111/sjop.12236.
229. Beavan, V., Read, J., Cartwright, C. The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *J Ment Health.* 2011;20:281-92. doi: 10.3109/09638237.2011.562262.

230. Hornstein, G. A., Putnam, E. R., Branitsky, A. How do hearing voices peer-support groups work? A three-phase model of transformation. *Psychosis*. 2020;12:1-11. doi: 10.1080/17522439.2020.1749876.
231. McCarthy-Jones, S., Waegeli, A., Watkins, J. Spirituality and hearing voices: considering the relation. *Psychosis*. 2013;5:247-58. doi: 10.1080/17522439.2013.831945.
232. Payne, T., Allen, J., Lavender, T. Hearing Voices Network groups: experiences of eight voice hearers and the connection to group processes and recovery. *Psychosis*. 2017;9:205-15. doi: 10.1080/17522439.2017.1300183.
233. My story. En: Rachel Waddingham Behind the Label [sitio web]. Nottingham: Rachel Waddingham Behind the Label; n.d. (<http://www.behindthelabel.co.uk/about/>, consultado el 22 de julio del 2020).
234. Shinn, A. K., Wolff, J. D., Hwang, M., Lebois, L. A. M., Robinson, M. A., Winternitz, S. R. et al. Assessing voice hearing in trauma spectrum disorders: a comparison of two measures and a review of the literature. *Front Psychiatry*. 2020;10:Article 1011. doi: 10.3389/fpsy.2019.01011.
235. Hornstein, G. A. Agnes's jacket: a psychologist's search for the meanings of madness. New York and London: Routledge; 2018.
236. Woods, A. The voice-hearer. *J Ment Health*. 2013;22:263-70. doi: 10.3109/09638237.2013.799267.
237. McCarthy-Jones, S., Longden, E. The voices others cannot hear. *Psychol*. 2013;26:570-4.
238. Romme, M., Escher, S. Making sense of voices. London: Mind Publications; 2000.
239. Dillon, J., Longden, E. Hearing voices groups: creating safe spaces to share taboo experiences. En: Romme M, Escher S, editors. *Psychosis as a personal crisis: an experience based approach*. London: Cambridge University Press; 2011:129-39.
240. Hayes, D., Deighton, J., Wolpert, M. Voice collective evaluation report. London: Evidence Based Practice Unit, University College London; 2014 (http://www.voicecollective.co.uk/wp-content/uploads/2015/09/Voice-collective-report-complete_web2.pdf, consultado el 4 de enero del 2021).
241. Hearing Voices Groups in prisons and secure settings: an introduction. London: Mind in Camden; 2013 (http://www.mindincamden.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/Prisons-Hearing-Voices-Booklet-2014_web.pdf, consultado el 21 de julio del 2020).
242. Longden, E., Read, J., Dillon, J. Assessing the impact and effectiveness of Hearing Voices Network self-help groups. *Community Ment Health J*. 2018;54:184-8. doi: 10.1007/s10597-017-0148-1.
243. Dillon, J., Hornstein, G. Hearing voices peer support groups: A powerful alternative for people in distress. *Psychosis*. 2013;5:286-95. doi: 10.1080/17522439.2013.843020.
244. The Maastricht Approach. En: Hearing Voices Maastricht [sitio web]. Corstens, D; n.d. (<http://www.dirkcorstens.com/maastrichtapproach>, consultado el 06 de marzo del 2021).
245. Setting up a Hearing Voices Group. En: Hearing Voices Network [sitio web]. London: Hearing Voices Network (England); 2020 (<https://www.hearing-voices.org/hearing-voices-groups/setting-up-a-hearing-voices-group/>, consultado el 13 de abril del 2020).
246. Tse, S., Davies, M., Li, Y. Match or mismatch: use of the strengths model with Chinese migrants experiencing mental illness: service user and practitioner perspectives. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2010;13. doi: 10.1080/15487761003670145.
247. Ruddle, A., Mason, O., Wykes, T. A review of hearing voices groups: evidence and mechanisms of change. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:757-66. doi: 10.1016/j.cpr.2011.03.010.
248. Meddings, S., Walley, L., Collins, T., Tullett, F., McEwan, B., Owen, K. Are hearing voices groups effective? A preliminary investigation (2004). En: The International Hearing Voices Network [sitio web]. Sheffield: The International Hearing Voices Network; 2011 (<https://www.intervoiceonline.org/2678/support/groups/are-hearing-voices-groups-effective.html>, consultado el 6 de enero del 2021).

249. Beavan, V., de Jager, A., dos Santos, B. Do peer-support groups for voice-hearers work? A small scale study of Hearing Voices Network support groups in Australia. *Psychosis*. 2017;9:57-66. doi: 10.1080/17522439.2016.1216583.
250. Dos Santos, B., Beavan, V. Qualitatively exploring Hearing Voices Network support groups. *J Ment Health Train Educ Pract*. 2015;10:26-38. doi: 10.1108/JMHTEP-07-2014-0017.
251. Roche-Morris, A., Cheetham, J. "You hear voices too?": a hearing voices group for people with learning disabilities in a community mental health setting. *Br J Learn Disabil*. 2018;47:42-9. doi: 10.1111/bld.12255.
252. Oakland, L., Berry, K. 'Lifting the veil': a qualitative analysis of experiences in Hearing Voices Network groups. *Psychosis*. 2014;7:19-129. doi: 10.1080/17522439.2014.937451.
253. Hendry, G. L. What are the experiences of those attending a self-help Hearing Voices Group: an interpretative phenomenological approach. Leeds: The University of Leeds; 2011 (http://etheses.whiterose.ac.uk/1757/1/Thesis_Aug_2011.pdf, consultado el 6 de enero del 2021).
254. Intervoice Japan. En: The International Hearing Voices Network [sitio web]. Sheffield: The International Hearing Voices Network; 2020 (<http://www.intervoiceline.org/about-intervoice/national-networks-2/japan>, consultado el 7 de abril del 2020).
255. Eight encounters with mental health care Kenya. En: In2MentalHealth [sitio web]. Hilversum: In2MentalHealth; 2013 (<https://in2mentalhealth.com/2013/02/14/eight-encounters-with-mental-health-care-kenya/>, consultado el 6 de enero del 2021).
256. Civil society organizations to promote human rights in mental health and related areas: WHO QualityRights guidance module. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329589>, consultado el 23 de enero del 2021).
257. Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (USPKenya). En: Mental Health Innovation Network [sitio web]. Geneva & London: Mental Health Innovation Network; n.d. (<https://www.mhinnovation.net/organisations/users-and-survivors-psychiatry-kenya-uspkkenya>, consultado el 6 de enero del 2021).
258. National Development Fund for Persons with Disabilities (NDFPWD). En: National Council for Persons with Disabilities [sitio web]. Nairobi: National Council for Persons with Disabilities; n.d. (<http://www.ncpwd.go.ke/index.php/ndfpwd>, consultado el 06 de marzo del 2021).
259. The role of peer support in exercising legal capacity. Nairobi: Users and Survivors of Psychiatry - Kenya; 2018 (<http://www.uspkkenya.org/wp-content/uploads/2018/01/Role-of-Peer-Support-in-Exercising-Legal-Capacity.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
260. Forchuk, C. Implementing the transitional discharge model. Final report - prepared for the Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO) Adopting Research to Improve Care (ARTIC). London: Council of Academic Hospitals of Ontario; 2015 (https://www.opdi.org/de/cache/resources/1/rs_CAHO-TDM-FINAL%20REPORT-February132015.pdf, consultado el 21 de enero del 2021).
261. CBC News. Hospital readmission more common for mental illness: report. CBC News. 29 November 2006 (<https://www.cbc.ca/news/technology/hospital-readmission-more-common-for-mental-illness-report-1.591678>, consultado el 21 de enero del 2021).
262. Madi, N., Zhao, H., Fang Li, J. Hospital readmissions for patients with mental illness in Canada. *Healthc Q*. 2007;10:30-2. doi: 10.12927/hcq.2007.18818.
263. Peer Support South East Ontario: a comprehensive report on the Transitional Discharge Model. 2021 (www.pseoo.ca/pseoostats, consultado el 29 de enero del 2021).
264. Forchuk, C., Chan, L., Schofield, R., Sircelj, M., Woodcox, V., Jewell, J. Bridging the discharge process. *Can Nurse*. 1998;94:22-6.
265. Forchuk, C., Reynolds, W., Sharkey, S., Martin, M. L., Jensen, E. The transitional discharge model: comparing implementation in Canada and Scotland. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2007;45:31-8. doi: 10.3928/02793695-20071101-07.

266. Forchuk, C., Martin, M-L., Corring, D., Sherman, D., Srivanstava, R., Harerimana, B. et al. Cost-effectiveness of the implementation of a transitional discharge model for community integration of psychiatric clients: practice insights and policy implications. *Int J Ment Health*. 2019;48:236-49. doi: 10.1080/00207411.2019.1649237.
267. Shields-Zeeman, L., Pathare, S., Walters, B. H., Kapadia-Kundu, N., Joag, K. Promoting wellbeing and improving access to mental health care through community champions in rural India: the Atmiyata intervention approach. *Int J Ment Health Syst*. 2017;11. doi: 10.1186/s13033-016-0113-3.
268. Kapadia-Kundu, N., Storey, D., Safi, B., Trivedi, G., Tupe, R., Narayana, G. Seeds of prevention: the impact on health behaviors of young adolescent girls in Uttar Pradesh, India, a cluster randomized control trial. *Soc Sci Med*. 2014;120:169-79. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.09.002.
269. Joag, K., Kalha, J., Pandit, D., Chatterjee, S., Krishnamoorthy, S., Shields-Zeeman, L. et al. Atmiyata, a community-led intervention to address common mental disorders: Study protocol for a stepped wedge cluster randomized controlled trial in rural Gujarat, India. *Trials*. 2020:1-13. doi: 10.1186/s13063-020-4133-6.
270. District human development report - Mehsana. Gandhinagar: Gujarat Social Infrastructure Development Society (GSIDS), General Administration Department (Planning), Government of Gujarat; 2016 (https://www.in.undp.org/content/dam/india/docs/human-development/District%20HDRs/16.%20Mahesana_DHDR_2017.pdf, consultado el 6 de enero del 2021).
271. Semrau, M., Evans Lacko, S., Alem, A., Ayuso Mateos, J. L., Chisholm, D., Gureje, O. et al. Strengthening mental health systems in low and middle income countries: the Emerald programme. *BMC Med*. 2015;13:1-9. doi: 10.1186/s12916-015-0309-4.
272. Chowdhary, N., Anand, A., Dimidjian, S., Shinde, S., Weobong, B., Balaji, M. et al. The Healthy Activity Program lay counsellor delivered treatment for severe depression in India: systematic development and randomized evaluation. *Br J Psychiatry*. 2015;208:381-8. doi: 10.1192/bjp.bp.114.161075.
273. Chibanda, D., Mesu, P., Kajawu, L., Cowan, F., Araya, R., Abas, M. A. Problem-solving therapy for depression and common mental disorders in Zimbabwe: piloting a task-shifting primary mental health care intervention in a population with a high prevalence of people living with HIV. *BMC Public Health*. 2011;11. doi: 10.1186/1471-2458-11-828.
274. Martell, C. R., Addis, M. E., Jacobson, N. S. *Depression in context: strategies for guided action*. New York: W W Norton & Co; 2001.
275. Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K. et al. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64:295-304. doi: 10.1037//0022-006x.64.2.295.
276. Pathare, S., Joag, K., Kalha, J., Pandit, D., Krishnamoorthy, S., Chauhan, A. et al. Atmiyata, a community led psychosocial intervention in reducing symptoms associated with common mental disorders: a stepped wedge cluster randomized controlled trial in Rural Gujarat, India. *SSRN Electronic Journal*. 2020. doi: 10.2139/ssrn.3546059.
277. Goldberg, D., Williams, P. *A user's guide to the General Health Questionnaire (GHQ)*. London: GL assessment; 1988.
278. Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M. F., Kind, P., Parkin, D. et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res*. 2011;20:727-36. doi: 10.1007/s11136-011-9903-x.
279. *A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1994 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61113/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf?sequence=1, consultado el 6 de enero del 2021).
280. *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9789241547598_eng.pdf?sequence=1, consultado el 6 de enero del 2021).

281. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16:606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
282. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., Löwe, B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166:1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
283. van Brakel, W. Participation scale users manual: P-scale Manual. Netherlands; 2006 (<https://www.infondt.org/toolkits/nmd-toolkit/participation-scale>, consultado el 28 de enero del 2021).
284. About us. En: Mariwala Health Initiative [sitio web]. Mumbai: Mariwala Health Initiative; 2018 (<https://mhi.org.in/about/>, consultado el 20 de mayo del 2020).
285. Trimbos Institute. En: EuroHealthNet [sitio web]. Brussels: EuroHealthNet; n.d. (<https://eurohealthnet.eu/research-associate-member/netherlands-institute-mental-health-and-addiction-trimbos-institute>, consultado el 6 de enero del 2021).
286. Chibanda, D. The Friendship Bench [video]. Oxford: Centre for Effective Altruism; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=XWBUpf-eTZc>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
287. Abas, M., Bowers, T., Manda, E., Cooper, S., Machando, D., Verhey, R. et al. 'Opening up the mind': problem-solving therapy delivered by female lay health workers to improve access to evidence-based care for depression and other common mental disorders through the Friendship Bench Project in Zimbabwe. *Int J Ment Health Syst.* 2016;10:1. doi: 10.1186/s13033-016-0071-9.
288. Chibanda, D. Reducing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders in Africa: lessons from the Friendship Bench in Zimbabwe. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017;26:342-7. doi: 10.1017/S2045796016001128.
289. National strategic plan for mental health services 2019-2023. Towards quality of care in mental health services. Harare: Ministry of Health and Child Care; 2019 (<https://zdhr.uz.ac.zw/xmlui/bitstream/handle/123456789/706/Zimbabwe%20Mental%20Health%20Strategic%20Plan%202019%20to%202023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consultado el 6 de enero del 2021).
290. Chibanda, D., Cowan, F., Verhey, R., Machando, D., Abas, M., Lund, C. Lay health workers' experience of delivering a problem solving therapy intervention for common mental disorders among people living with HIV: a qualitative study from Zimbabwe. *Community Ment Health J.* 2017;53:143-53. doi: 10.1007/s10597-016-0018-2.
291. Patel, V., Simunyu, E., Gwanzura, F., Lewis, G., Mann, A. The Shona Symptom Questionnaire: the development of an indigenous measure of common mental disorders in Harare. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;95:469-75. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb10134.x.
292. Chibanda, D., Weiss, H. A., Verhey, R., Simms, V., Munjoma, R., Rusakaniko, S. et al. Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: A randomized clinical trial. *JAMA.* 2016;316:2618-26. doi: 10.1001/jama.2016.19102.
293. CKT Circle Kubatana Tose. En: Friendship Bench [sitio web]. Harare: Friendship Bench; n.d. (<https://www.friendshipbenchzimbabwe.org/ckt>, consultado el 6 de enero del 2021).
294. Report on Home Focus Team (HSE South). Cork: Mental Health Commission; 2011 (https://www.mhcirl.ie/File/IRs/WSE2011_HFTBantry.pdf, consultado el 25 de febrero del 2020).
295. Poverty and social inclusion: the case for rural Ireland. Moate: Irish Rural Link; 2016 (<http://www.irishrurallink.ie/wp-content/uploads/2016/10/Poverty-and-Social-Inclusion-The-Case-for-Rural-Ireland.pdf>, consultado el 19 de agosto del 2020).
296. Twamley, I. Reluctant revolutionaries: implementing Open Dialogue in a community mental health team. En: Gijbels H, Sapouna L, Sidley G, editors. Inside out, outside in: transforming mental health practices. Monmouth: PCCS Books; 2019.
297. Arts and Health. En: Uillinn West Cork Arts Centre [sitio web]. West Cork: Uillinn West Cork Arts Centre; n.d. (<https://www.westcorkartscentre.com/arts-for-health>, consultado el 25 de agosto del 2020).

298. National Learning Network - Bantry. En: Rehab Group [sitio web]. Dublin: Rehab Group; 2020 (<https://www.rehab.ie/>, consultado el 25 de febrero del 2020).
299. What we do. En: Kerry Peer Support Network [sitio web]. Tralee: Kerry Peer Support Network; n.d. (<https://www.kerrypeersupportnetwork.ie/about-us>, consultado el 6 de enero del 2021).
300. Sapouna, L. Having choices. An evaluation of the Home Focus project in West Cork. Cork: University College Cork; 2008 (<https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/havingchoices.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
301. Alcoholics Anonymous Ireland [sitio web]. Dublin: Alcoholics Anonymous Ireland; n.d. (<https://www.alcoholicsanonymous.ie/>, consultado el 6 de enero del 2021).
302. What is Grow? En: Grow [sitio web]. Limerick: Grow; 2019 (<https://grow.ie/about-grow/>, consultado el 15 de febrero del 2020).
303. Shine [sitio web]. Maynooth: Shine; n.d. (<https://shine.ie/>, consultado el 6 de enero del 2021).
304. Learn and practice powerful, life-saving skills in just over four hours. En: LivingWorks [sitio web]. Calgary: LivingWorks; 2020 (<https://www.livingworks.net/safeTALK>, consultado el 25 de febrero del 2020).
305. Asist: applied suicide intervention skills training. En: Grassroots [sitio web]. Brighton: Grassroots; 2020 (<https://www.prevent-suicide.org.uk/training-courses/asist-applied-suicide-interventions-skills-training/>, consultado el 25 de febrero del 2020).
306. Clonakilty resource centre. En: Cork Mental Health [sitio web]. Cork: Cork Mental Health; 2020 (<https://www.corkmentalhealth.com/clonakilty-resource-centre>, consultado el 25 de febrero del 2020).
307. What we do. En: Novas [sitio web]. Limerick: Novas; 2020 (<https://www.novas.ie/about-us/>, consultado el 25 de febrero del 2020).
308. What is social farming? En: Social Farming Ireland [sitio web]. Drumshanbo: Social Farming Ireland; 2019 (<https://www.socialfarmingireland.ie/about-us/what-is-social-farming/>, consultado el 25 de febrero del 2020).
309. Community of care: the Ashoka fellow bringing mental healthcare to Kolkata's homeless. En: Ashoka [sitio web]. Munich: Ashoka; 2018 (<https://www.ashoka.org/fr-aaw/histoire/community-care-ashoka-fellow-bringing-mental-healthcare-kolkata%E2%80%99s-homeless>, consultado el 6 de enero del 2021).
310. Chatterjee, D., Roy, S. D. Iswar Sankalpa: experience with the homeless persons with mental illness. En: White RG, Jain S, Orr DMR, Read U, editors. The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health. London: Palgrave Macmillan; 2017:751-71.
311. Thara, R., Patel, V. Role of non-governmental organizations in mental health in India. Indian J Psychiatry. 2010;52:S389-95. doi: 10.4103/0019-5545.69276.
312. Naya Daur Standard Operating Processes. Kolkata: Iswar Sankalpa; 2017 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Naya-Daur-Statement-of-Protocol.pdf>, consultado el 10 de agosto del 2020).
313. Creating space for the nowhere people. Naya Daur. Community-based treatment and support for the homeless mentally ill. A review. Kolkata: Iswar Sankalpa; 2011 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Naya-Daur-A-Review.@2011-2.pdf>, consultado el 12 de febrero del 2021).
314. Analysis of Naya Daur programme data (April 2011-August 2020). Kolkata: Iswar Sankalpa; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/ANALYSIS-OF-NAYA-DAUR-PROGRAMME-DATA1.pdf>, consultado el 01 de marzo del 2021).
315. Scheme of shelter for urban homes. Kolkata: Government of West Bengal, Department of Women & Child Development and Social Welfare; 2011 (http://wbcddsw.gov.in/link/pdf/vagrancy/Scheme_Urban_Shelter.pdf, consultado el 6 de enero del 2021).

316. Audited financial statement for the year 2019 to 2020. Kolkata: Iswar Sankalpa; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Consolidated-Audit-report-2019-20-Community-Care-Programme.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
317. Healthcare in Sweden. En: Government of Sweden [sitio web]. Oslo: Government of Sweden; 2019 (<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>, consultado el 6 de enero del 2021).
318. Mental health atlas 2011, Sweden. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/swe_mh_profile.pdf?ua=1, consultado el 6 de enero del 2021).
319. Lägesrapport om verksamheter med personligt ombud 2018 (S2017/07302/RS). Stockholm: Socialstyrelsens; 2018 (<https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/globalassets/dokument/redovisning/statsbidrag-personligt-ombud-lagesrapport-2018.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
320. Berggren, U. J., Gunnarsson, E. User-oriented mental health reform in Sweden: featuring 'professional friendship'. *Disabil Soc.* 2010;25:565-77. doi: 10.1080/09687599.2010.489303.
321. Silfverhielm, H., Kamis-Gould, E. The Swedish mental health system. Past, present, and future. *Int J Law Psychiatry.* 2000;23:293-307. doi: 10.1016/S0160-2527(00)00039-X.
322. A new profession is born - personligt ombud, PO. Västerås: Socialstyrelsen; 2008 (<http://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/A%20New%20Profession%20is%20Born.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
323. Jespersen, M. PO-Skåne - a concrete example of supported decision-making. En: Proceedings. OHCHR Symposium on the Human Rights of Persons with Psychosocial Disabilities - Forgotten Europeans Symposium No 5, Bruselas: OHCHR Regional Office for Europe; (<https://europe.ohchr.org/EN/Stories/Documents/MathsJespersen.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
324. Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning, Uppföljning av verksamheten av med personligt ombud. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014 (<http://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/Personligt%20ombud%20for%20personer%20med%20psykisk%20funktionsnedsattning.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
325. Personligt ombud. En: Kunskapsguiden [sitio web]. Stockholm: Kunskapsguiden; 2019 (<https://www.kunskapsguiden.se/>, consultado el 6 de enero del 2021).
326. Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights Specialized training. Course guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329609>, consultado el 06 de marzo del 2021).
327. Innovative policy 2015 on independent living - Sweden's personal ombudsmen. En: Zero Project [sitio web]. Vienna: Zero Project; 2015 (<https://zeroproject.org/policy/sweden-2/>, consultado el 6 de enero del 2021).
328. Björkman, T., Hansson, L. Case management for individuals with a severe mental illness: a 6-year follow-up study. *Int J Soc Psychiatry.* 2007;53:12-22. doi: 10.1177/0020764006066849.
329. Gugunishvili, N. About community-based housing for the disabled, and a dream. *Georgia Today.* 12 January 2017 (<http://georgiatoday.ge/news/5593/About-Community-based-Housing-for-the-Disabled,-and-a-Dream>, consultado el 12 de mayo del 2020).
330. How Georgia is reforming mental healthcare. En: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [sitio web]. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2015 (<https://www.ge.undp.org/content/georgia/en/home/ourperspective/ourperspectivearticles/2015/08/14/how-georgia-is-reforming-mental-healthcare.html>, consultado el 14 de mayo del 2020).
331. Georgia. En: Banco Mundial [sitio web]. Washington, DC: Banco Mundial; n.d. (<https://datos.bancomundial.org/pais/georgia>, consultado el 13 de mayo del 2020).
332. 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).

333. Hand in Hand [sitio web]. Tbilisi: Hand in Hand; n.d. (<https://www.handinhand.ge/>, consultado el 12 de mayo del 2020).
334. Wმეზღუდული სახელმწიფო ზრუნვა და შშმ პირები ოჯახურ გარემოში. En: EMC Rights [sitio web]. Tbilisi: EMC Rights; 2015 (<https://emc.org.ge/ka/products/shezghuduli-sakhelmtsifo-zrunva-da-shshm-pirebi-ojakhur-garemoshi>, consultado el 15 de mayo del 2020).
335. Monitoring Group of the State Program for Social Rehabilitation and Childcare. Hand in Hand monitoring report. Tbilisi: State Program for Social Rehabilitation and Childcare; 2018 (consultado el 18 de enero del 2021).
336. 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).
337. 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).
338. Active support. En: United Response [sitio web]. London: United Response; 2020 (<https://www.unitedresponse.org.uk/active-support-guide>, consultado el 19 de mayo del 2020).
339. Georgia - Mental Health Initiative [video]. Zagreb: Gral Film; 2020 (<https://vimeopro.com/gralfilm/include/video/336759271>, consultado el 12 de mayo del 2020).
340. About us. En: The Banyan [sitio web]. Chennai: The Banyan; n.d. (<https://thebanyan.org/aboutus/>, consultado el 18 de noviembre del 2019).
341. Home again: housing with supportive services for women with mental illness experiencing long term care needs. En: Mental Health Innovation Network [sitio web]. Geneva & London: Mental Health Innovation Network; n.d. (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).
342. Narasimhan, L.. Homelessness and mental health: unpacking mental health systems and interventions to promote recovery and social inclusion [doctoral thesis]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam; 2018 (<https://research.vu.nl/en/publications/homelessness-and-mental-health-unpacking-mental-health-systems-an>, consultado el 7 de enero del 2021).
343. Home again - shared housing: independent shared housing in the community for residents of Navachetana and Udayan. En: Ashadeep [sitio web]. Guwahati: Ashadeep; n.d. (<http://www.ashadeepindia.org/home-again-shared-housing/>, consultado el 10 de noviembre del 2019).
344. Seshadri, H. These homes are helping women with mental illness merge into society. The Week. 9 January 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).
345. 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, consultado el 10 de noviembre del 2019).
346. 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).
347. KeyRing Living Support Networks [sitio web]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org>, consultado el 6 de enero del 2021).
348. What we do. En: KeyRing Living Support Networks [sitio web]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.KeyRing.org/what-we-do>, consultado el 6 de enero del 2021).
349. Clapham, D. Accommodating difference: evaluating supported housing for vulnerable people. Bristol: Policy Press; 2017.

350. Support networks. En: KeyRing Living Support Networks [sitio web]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/what-we-do/support-networks>, consultado el 7 de enero del 2021).
351. 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).
352. Establishing the financial case for KeyRing. London: Housing LIN; 2018 (https://www.housinglin.org.uk/assets/KeyRing_Financial_Proof_of_Concept-HousingLIN-FIN-002.pdf, consultado el 7 de enero del 2021).
353. Case study 1: deinstitutionalisation in UK mental health services. En: The King's Fund [sitio web]. London: The King's Fund; n.d. (<https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-change-possible/mental-health-services>, consultado el 5 de enero del 2020).
354. Independent review of the Mental Health Act 1983. Modernising the Mental Health Act – final report from the independent review. London: Department of Health and Social Care; 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).
355. Chow, W. S., 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.
356. Chow, W. S., 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.
357. Short D. CSED Case Study: KeyRing: Living Support Networks. London: Department of Health; 2009.
358. 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.
359. Housing choices. Bath: National Development Team for Inclusion; 2017 (https://www.ndti.org.uk/uploads/files/Housing_Choices_Discussion_Paper_1.pdf, consultado el 4 de agosto del 2020).
360. 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).
361. Join us. En: Keyring Living Support Networks [sitio web]. London: Keyring Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/join-us>, consultado el 19 de febrero del 2021).
362. KeyRing network model [video]. London: KeyRing Living Support Networks; 2020 (<https://vimeo.com/379267912>, consultado el 7 de enero del 2021).
363. EdgeWorks [sitio web]. Manchester: EdgeWorks; n.d. (<https://www.edgeworks.co.uk/>, consultado el 13 de enero del 2021).
364. MacKeith, J., Burns, S., Graham, K. User guide: the Outcomes Star - supporting change in homelessness and related services. London: Homeless Link; 2008 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Outcome-Star-User-Guide-2nd-Ed.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
365. KeyRing: supporting offenders with learning disabilities. London: Clinks; 2016 (https://www.clinks.org/sites/default/files/2018-10/clinks_case_study_-_keyring_april_2016_0.pdf, consultado el 7 de enero del 2021).
366. A co-production policy - easy read. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (https://www.keyring.org/uploaded_files/1641/images/Coproduction%20Easy%20Read.pdf, consultado el 7 de enero del 2021).
367. 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]. London: 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).

368. Russell, C. Asset-based community development - 5 core principles. En: Nurture Development [sitio web]. Dublin: Nurture Development; 2017 (<https://www.nurturedevelopment.org/blog/asset-based-community-development-5-core-principles/>, consultado el 7 de enero del 2021).
369. Burns, S., Graham, K., MacKeith, J. User guide: Outcomes Star - the Star for people with housing and other needs. Hove: Triangle Consulting Social Enterprise; 2017 (<https://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/Homelessness-Star-User-Guide-Preview.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
370. Where we work. En: KeyRing Living Support Networks [sitio web]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/where-we-work>, consultado el 7 de enero del 2021).
371. Our Accounts. En: Keyring Living Support Networks [sitio web]. London: Keyring Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/who-we-are/our-accounts/our-accounts.aspx>, consultado el 18 de marzo del 2021).
372. Final report: Addicts4Addicts & Keyring Recovery Network. Emerging Horizons; 2015 (https://www.keyring.org/uploaded_files/1630/images/A4A%20KN%20Report%20-%20Emerging%20Horizons.pdf, consultado el 22 de enero del 2021).
373. Who we are. En: Housing LIN [sitio web]. London: Housing LIN; n.d. (<https://www.housinglin.org.uk/AboutHousingLIN/>, consultado el 7 de enero del 2021).
374. 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).
375. Wales. En: Shared Lives Plus [sitio web]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/news-campaigns-and-jobs/growing-shared-lives/wales/>, consultado el 3 de septiembre del 2019).
376. 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).
377. Shared Lives Plus [sitio web]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/>, consultado el 3 de septiembre del 2019).
378. 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).
379. South East Wales Shared Lives Scheme. En: Blaenau Gwent County Borough Council [sitio web]. Ebbw Vale: Blaenau Gwent County Borough Council; 2017 (<https://www.blaenau-gwent.gov.uk/en/story/news/south-east-wales-shared-lives-scheme/>, consultado el 9 de septiembre del 2019).
380. Assessment process for shared lives carers. En: Caerphilly County Borough Council [sitio web]. Tredegar: Caerphilly County Borough Council; n.d. (<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).
381. 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.
382. South East Wales Shared Lives Scheme: Care Inspectorate Wales; 2019 (informe disponible a solicitud en la Organización Mundial de la Salud).
383. South East Wales Shared Lives Scheme: Care Inspectorate Wales; 2019 (informe disponible a solicitud en la Organización Mundial de la Salud).
384. 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).

385. South East Wales adult placement / Shared Lives scheme. En: Torfaen County Borough Council [sitio web]. Pontypool: Torfaen County Borough Council; 2018 (<https://www.torfaen.gov.uk/en/HealthSocialCare/Caring-for-Someone/Adultplacementschemes/Adult-Placements.aspx>, consultado el 9 de septiembre del 2019).
386. Together for mental health: a strategy for mental health and wellbeing in Wales. Cardiff: Welsh Assembly Government; 2012 (<http://www.wsamh.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/Together-for-Mental-Health-Strategy-October-2012.pdf>, consultado el 7 de enero del 2021).
387. 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, consultado el 9 de septiembre del 2019).
388. The state of health care and adult social care in England 2018/19. En: Care Quality Commission [sitio web]. Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission; 2019 (<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20200307211343/https://www.cqc.org.uk/publications/major-report/state-care>, consultado el 7 de enero del 2021).
389. Meet the carers who are opening their own homes to people in need. En: ITV [sitio web]. London: 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).
390. Shared Lives South West [sitio web]. Kingsteignton: Shared Lives South West; n.d. (<https://www.sharedlivesw.org.uk/>, consultado el 7 de enero del 2021).
391. 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).
392. Transforming adult mental health services in Gwent - Aneurin Bevan University Health Board (nhs.wales). Newport: Aneurin Bevan University Health Board (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).
393. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Lindsey and Shaun's digital story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=XTVmkn5NYRM&t=6s>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
394. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Tracy's story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2013 (https://www.youtube.com/watch?v=9_6PHlcFEgA, consultado el 30 de diciembre del 2020).
395. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Alex's digital story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=ZrjVvNq3eM>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
396. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Shelley Welton & Simon Burch's digital story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=8F55lboVbhg>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
397. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Jacqui Mills - a family's perspective [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=NttkyxJvLpQ>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
398. South East Wales Shared Lives Scheme [sitio web]. Caerphilly: South East Wales Shared Lives Scheme; 2015 (<https://southeastwalessharedlivescheme.wordpress.com/>, consultado el 5 de septiembre del 2019).
399. 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).
400. Investing in Shared Lives. London: Social Finance; 2013 (https://www.socialfinance.org.uk/sites/default/files/publications/sf_shared_lives_final.pdf, consultado el 7 de enero del 2021).

401. Hardy, R. Shared Lives: A community-based approach to supporting adults. *The Guardian*. 23 May 2014 (<https://www.theguardian.com/social-care-network/2014/may/23/shared-lives-community-based-supporting-adults>, consultado el 7 de enero del 2021).
402. Informe del Relator Especial sobre la vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado, Sr. Miloon Kothari, 25 de enero de 2001 (E/CN.4/2001/51). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo Económico y Social (ECOSOC); 2001 (<https://undocs.org/es/E/CN.4/2001/51>, consultado el 18 de enero del 2021).
403. Smith, M., Albanese, F., Truder, J. A roof over my head: the final report of the Sustain project, a longitudinal study of housing outcomes and wellbeing in private rented accommodation. London: Shelter and Crisis; 2014 (https://england.shelter.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/760514/6424_Sustain_Final_Report_for_web.pdf, consultado el 14 de enero del 2021).
404. Leff, H. S., McPartland, J. C., Banks, S., Dembling, B., Fisher, W., Allen, I. E. Service quality as measured by service fit and mortality among public mental health system service recipients. *Ment Health Serv Res*. 2004;6:93–107. doi: 10.1023/b:mhsr.0000024353.30425.ab, cited in: Leff HS, Chow CM, Pepin R, Conley J, Allen E, Seaman CA. Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2009;60:473-82. doi: 10.1176/appi.ps.60.4.473.
405. Mental health and housing. London: The Mental Health Foundation; 2016 (https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/Mental_Health_and_Housing_report_2016_1.pdf, consultado el 15 de enero del 2021).
406. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas Aguilar, 20 de diciembre de 2016 (A/HRC/34/58). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2016 (<https://undocs.org/es/A/HRC/34/58>, consultado el 5 de septiembre del 2020).
407. Farkas, M., Coe, S. From residential care to supportive housing for people with psychiatric disabilities: past, present, and future. *Front Psychiatry*. 2019;10:862. doi: 10.3389/fpsy.2019.00862.
408. Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., Geddes, J. The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2008;5:e225. doi: 10.1371/journal.pmed.0050225.
409. Fazel, S., Geddes, J. R., Kushel, M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384:1529–40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6.
410. Silva, T. F., Mason, V., Abelha, L., Lovisi, G. M., Cavalcanti, M. T. Quality of life assessment of patients with schizophrenic spectrum disorders from psychosocial care centers. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2011;60:91-8. doi: 10.1590/s0047-20852011000200004.
411. Ran, M-S., Yang, L. H., Liu, Y-J., Huang, D., Mao, W-J., Lin, F-R. et al. The family economic status and outcome of people with schizophrenia in Xinjin, Chengdu, China: 14-year follow-up study. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63:203-11. doi: 10.1177/0020764017692840.
412. Shibre, T., Medhin, G., Alem, A., Kebede, D., Teferra, S., Jacobsson, L. et al. Long-term clinical course and outcome of schizophrenia in rural Ethiopia: 10-year follow-up of a population-based cohort. *Schizophr Res*. 2015;161:414-20. doi: 10.1016/j.schres.2014.10.053.
413. Smartt, C., Prince, M., Frissa, S., Eaton, J., Fekadu, A., Hanlon, C. Homelessness and severe mental illness in low- and middle-income countries: scoping review. *BJPsych Open*. 2019;5:e57. doi: 10.1192/bjo.2019.32.
414. Fekadu, A., Hanlon, C., Gebre-Eyesus, E., Agedew, M., Solomon, H., Teferra, S. et al. Burden of mental disorders and unmet needs among street homeless people in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Med*. 2014;12:138. doi: 10.1186/s12916-014-0138-x.
415. Sarmiento, M., Correa, N., Correa, M., Franco, J. G., Alvarez, M., Ramírez, C. et al. Tuberculosis among homeless population from Medellín, Colombia: associated mental disorders and socio-demographic characteristics. *J Immigr Minor Health*. 2013;15:693-9. doi: 10.1007/s10903-013-9776-x.

416. Lee, B. A., Tyler, K. A., Wright, J. D. The new homelessness revisited. *Annu Rev Sociol.* 2010;36:501–21. doi: 10.1146/annurev-soc-070308-115940.
417. Laporte, A., Vandentorren, S., Détrez, M-A., Douay, C., Le Strat, Y., Le Méner, E. et al. Prevalence of mental disorders and addictions among homeless people in the Greater Paris Area, France. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15:241. doi: 10.3390/ijerph15020241.
418. Schreiter, S., Bempohl, F., Krausz, M., Leucht, S., Rössler, W., Schouler-Ocak, M. et al. The prevalence of mental illness in homeless people in Germany. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114:665–72. doi: 10.3238/arztebl.2017.0665.
419. Clarke, A., Parsell, C., Vorsina, M. The role of housing policy in perpetuating conditional forms of homelessness support in the era of Housing First: evidence from Australia. *Housing Studies.* 2019;35:954-75. doi: 10.1080/02673037.2019.1642452.
420. Watts, B., Fitzpatrick, S. *Welfare conditionality*. Abingdon: Routledge; 2018 (https://www.feantsaresearch.org/download/12-1_f6_bookreview_watts_v027572084727208266166.pdf, consultado el 15 de enero del 2021).
421. Nelson, G. Housing for people with serious mental illness: approaches, evidence, and transformative change. *J Sociol Soc Welf.* 2010;37:Article 7.
422. Lamb, H. R., Talbott, J. A. The homeless mentally ill. The perspective of the American Psychiatric Association. *JAMA.* 1986;256:498-50. doi: 10.1001/jama.256.4.498.
423. Fact sheet: Housing First. Washington, D.C.: National Alliance to End Homelessness; 2016 (<http://endhomelessness.org/wp-content/uploads/2016/04/housing-first-fact-sheet.pdf>, consultado el 22 de marzo del 2021).
424. Aubry T, Nelson G, Tsemberis S. Housing First for people with severe mental illness who are homeless: a review of the research and findings from the At Home-Chez soi demonstration project. *Can J Psychiatry.* 2015;60:467-74. doi: 10.1177/070674371506001102.
425. Baxter, A. J., Tweed, E. J., Katikireddi, S. V., Thomson, H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health.* 2019;73:379-87. doi: 10.1136/jech-2018-210981.
426. Woodhall-Melnik, J. R., Dunn, J. R. A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs. *Housing Studies.* 2016;31:287-304. doi: 10.1080/02673037.2015.1080816.
427. National final report: cross-site at home/chez soi project. Calgary: Mental Health Commission of Canada; 2014 (https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/mhcc_at_home_report_national_cross-site_eng_2.pdf, consultado el 15 de enero del 2021).
428. Henley J. 'It's a miracle': Helsinki's radical solution to homelessness. *The Guardian.* 3 June 2019 (<https://www.theguardian.com/cities/2019/jun/03/its-a-miracle-helsinkis-radical-solution-to-homelessness>, consultado el 15 de enero del 2021).
429. McPherson, P., Krotofil, J., Killaspy, H. What works? Toward a new classification system for mental health supported accommodation services: the simple taxonomy for supported accommodation (STAX-SA). *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15:190. doi: 10.3390/ijerph15020190.
430. Norma técnica de salud. Hogares Protegidos. Lima: Ministerio de Salud; 2018 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4585.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
431. Herrera-Lopez, V. E., Aguilar, N., Valdivieso, J., Cutipé, Y., Arellano, C. Implementación y funcionamiento de hogares protegidos para personas con trastornos mentales graves en Iquitos, Perú (2013-2016) [Implementation and operation of protected residences for people with serious mental illness in Iquitos, Peru (2013-2016)]. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e141. doi: 10.26633/RPSP.2018.141.
432. Vercammen, P. Shipping containers in Los Angeles becoming homes for the homeless. (Los Angeles). 18 October 2020 (<https://edition.cnn.com/2020/10/18/us/los-angeles-homeless-shipping-container-home-trnd/index.html>, consultado el 06 de marzo del 2020).

433. FlyawayHomes [sitio web]. Los Angeles: FlyawayHomes; n.d. (<https://flyawayhomes.org>, consultado el 25 de marzo del 2020).
434. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240688230_spa.pdf, consultado el 15 de enero del 2021).
435. Mitra S. Disability, health and human development. Basingstoke: Springer; 2018.
436. Naciones Unidas, Asamblea General. Objetivo de Desarrollo Sostenible 4 (A/RES/70/1), 25 de septiembre de 2015. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, Desarrollo Sostenible; n.d. (<https://sdgs.un.org/goals/goal4>, consultado el 18 de enero del 2021).
437. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general núm. 4 (2016) sobre el derecho a la educación inclusiva (CRPD/C/GC/4). Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2016 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/4>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
438. Esch, P., Bocquet, V., Pull, C., Couffignal, S., Lehnert, T., Graas, M. et al. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*. 2014;14:237. doi: 10.1186/s12888-014-0237-4.
439. Hale, D. R., Bevilacqua, L., Viner, R. M. Adolescent health and adult education and employment: a systematic review. *Pediatrics*. 2015;136:128. doi: 10.1542/peds.2014-2105.
440. Toolkit on disability for Africa - introducing the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Nueva York: División de Política Social y Desarrollo (DPSD) y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES) de las Naciones Unidas; 2016 (<https://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Intro-UN-CRPD.pdf>, consultado el 15 de enero del 2021).
441. Okyere, C., Aldersey, H. M., Lysaght, R., Sulaiman, S. K. Implementation of inclusive education for children with intellectual and developmental disabilities in African countries: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2019;41:2578-95. doi: 10.1080/09638288.2018.1465132.
442. Equal right equal opportunity - inclusive education for children with disabilities. Johannesburg: Global Campaign for Education and Handicap International; 2013 (http://campaignforeducation.org/docs/reports/Equal%20Right,%20Equal%20Opportunity_WEB.pdf, consultado el 15 de enero del 2021).
443. McKinley Yoder, C. L., Cantrell, M. A. Childhood disability and educational outcomes: a systematic review. *J Pediatr Nurs*. 2019;45:37-50. doi: 10.1016/j.pedn.2019.01.003.
444. Farmer, J. L., Allsopp, D. H., Ferron, J. M. Impact of the personal strengths program on self-determination levels of college students with LD and/or ADHD. *Learn Disabil Q*. 2015;38:145-59. doi: 10.1177/0731948714526998.
445. Ringeisen, H., Langer Ellison, M., Ryder-Burge, A., Biebel, K., Alikhan, S., Jones, E. Supported education for individuals with psychiatric disabilities: state of the practice and policy implications. *Psychiatr Rehabil J*. 2017;40:197-206. doi: 10.1037/prj0000233.
446. Estudio temático sobre el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (A/HRC/28/37), diciembre de 2013 (párr. 3). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2013 (<https://undocs.org/es/A/HRC/28/37>, consultado el 19 de enero del 2021).
447. My right is our future: the transformative power of disability-inclusive education. Bensheim: CBM; 2018 (https://www.cbm.org/fileadmin/user_upload/Publications/DID_Series_-_Book_3.pdf, consultado el 15 de enero del 2021).
448. Killackey, E., Allott, K., Woodhead, G., Connor, S., Dragon, S., Ring, J. Individual placement and support, supported education in young people with mental illness: An exploratory feasibility study. *Early Interv Psychiatry*. 2016;11:526-31. doi: 10.1111/eip.12344.

449. Thompson, C. J. Supported education as a mental health intervention. *J Rural Ment Health*. 2013;37:25–36. doi: 10.1037/rmh0000003.
450. Robson, E., Waghorn, G., Sherring, J., Morris, A. Preliminary outcomes from an individualised supported education programme delivered by a community mental health service. *Br J Occup Ther*. 2010;73:481-6. doi: 10.4276/030802210X12865330218384.
451. Karbouniaris, S., Wilken, J. P., Ganzevles, M., Heywegen, T. Recovery Colleges: leren als bijdrage aan herstel. Verslag van een studiereis naar Londen. *Tijdschrift voor Rehabilitatie en Herstel*. 2014;4:38-46.
452. Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M. Recovery colleges. London: Centre for Mental Health; 2012, cited in: Muusse C, Boumans J. Ruimte voor peer support! Een onderzoek naar de totstandkoming van Enik Recovery College. Utrecht: Lister; 2016.
453. Whitley, R., Shepherd, G., Slade, M. Recovery colleges as a mental health innovation. *World Psychiatry*. 2019;18:141–2. doi: 10.1002/wps.20620.
454. Toney, R., Elton, D., Munday, E., Hamill, K., Crowther, A., Meddings, S. et al. Mechanisms of action and outcomes for students in Recovery Colleges. *Psychiatr Serv*. 2018;69:1222-9. doi: 10.1176/appi.ps.201800283.
455. Ryan, G. K., Kamuhiirwa, M., Mugisha, J., Baillie, D., Hall, C., Newman, C. et al. Peer support for frequent users of inpatient mental health care in Uganda: protocol of a quasi-experimental study. *BMC Psychiatry*. 2019;19:374. doi: 10.1186/s12888-019-2360-8.
456. Enosh. *וג-תמר שונא פינס* [video]. Kefar Sava: Enosh; 2016 (<https://www.youtube.com/watch?v=gHF31cp94sw>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
457. Liron, D. Inclusion in the workforce - Enosh Vocational Training programs. Zero Project conference [presentation]. Zero Project; 2019 (<https://conference.zeroproject.org/presentations-thursday-20th-february/>, consultado el 19 de marzo del 2021).
458. Grace, A. P. Lifelong learning as critical action: International perspectives on people, politics, policy, and practice. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2013, cited in: Fernando S, King A, Loney D. Helping them help themselves: supported adult education for persons living with mental illness. *Canadian Journal for the Study of Adult Education*. 2014;27(1):15-28.
459. Grove, B. Mental health and employment: shaping a new agenda. *J Ment Health*. 1999;8:131-40. doi: 10.1080/09638239917508.
460. Harvey, S. B., Modini, M., Christensen, H., Glozier, N. Severe mental illness and work: what can we do to maximise the employment opportunities for individuals with psychosis? *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47:421-4. doi: 10.1177/0004867413476351.
461. Coutts, P. Mental health, recovery and employment. En: SRN Discussion Paper Series Report No 5. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2007 (<https://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2007/10/SRN-Discussion-Paper-5-Employment-new-logo.pdf>, consultado el 15 de enero del 2021).
462. Modini, M., Sathbh, J., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B. et al. The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australas Psychiatry*. 2016;24:331-6. doi: 10.1177/1039856215618523.
463. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,(A/RES/61/106), artículo 27 – Trabajo y empleo. Nueva York: Naciones Unidas, Asamblea General; 2007 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-27-work-and-employment.html>, consultado el 6 de mayo del 2020).
464. Nardodkar, R., Pathare, S., Ventriglio, A., Castaldelli-Maia, J., Javate, K. R., Torales, J. et al. Legal protection of the right to work and employment for persons with mental health problems: a review of legislation across the world. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:375-84. doi: 10.1080/09540261.2016.1210575.

465. Claussen, B., Bjorndal, A., Hjort, P. F. Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. *J Epidemiol Community Health*. 1993;47:14-8. doi: 10.1136/jech.47.1.14.
466. Mental health and work. En: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos [sitio web]. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; 2015 (<https://www.oecd.org/employment/mental-health-and-work.htm>, consultado el 15 de enero del 2021).
467. Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D. et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163:411–17. doi: 10.1176/appi.ajp.163.3.411.
468. Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2009;373:408-15. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61817-6.
469. Wheat, K., Brohan, E., Henderson, C., Thornicroft, G. Mental illness and the workplace: conceal or reveal? *J R Soc Med*. 2010;103:83–6. doi: 10.1258/jrsm.2009.090317.
470. Marwaha, S., Johnson, S. Schizophrenia and employment: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:337–49.
471. Grove, B. International employment schemes for people with mental health problems. *BJPsych International*. 2015;12:97–9. doi: 10.1192/s2056474000000672.
472. Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M., Anema, J. R. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9:CD011867. doi: 10.1002/14651858.CD011867.pub2.
473. About New Life. En: New Life Psychiatric Association [sitio web]. China, Hong Kong Special Administrative Region: New Life Psychiatric Association; n.d. (<https://www.nlpra.org.hk/en/about/history>, consultado el 28 de julio de 2020).
474. Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., Huxley, P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001:CD003080. doi: 10.1002/14651858.CD003080.
475. What is IPS? En: IPS Employment Center [sitio web]. Lebanon: IPS Employment Center; 2020 (<https://ipsworks.org/index.php/what-is-ips/>, consultado el 15 de enero del 2021).
476. Oshima, I., Sono, T., Bond, G. R., Nishio, M., Ito, J. A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. *Psychiatr Rehab J*. 2014;37:137–43. doi: 10.1037/prj0000085.
477. Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M. et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;370:1146-52. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61516-5.
478. Killackey, E., Jackson, H. J., McGorry, P. D. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry*. 2008;193:114–20. doi: 10.1192/bjp.bp.107.043109.
479. Bond, G. R., Drake, R. E., Becker, D. R. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*. 2008;31:280–90. doi: 10.2975/31.4.2008.280.290.
480. Heffernan, J., Pilkington, P. Supported employment for persons with mental illness: systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK. *J Ment Health*. 2011;20:368-80. doi: 10.3109/09638237.2011.556159.
481. Hoffmann, H., Jackel, D., Glauser, S., Mueser, K. T., Kupper, Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2014;171:1183–90. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13070857.
482. Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C., Sandlund, M., Rinaldi, M. Individual Placement and Support in Sweden – a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*. 2015;69:57–66. doi: 10.3109/08039488.2014.929739.

483. Tsang, H. W. H., Chan, A., Wong, A, Liberman RP. Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009;40:292–305. doi: 10.1016/j.jbtep.2008.12.007.
484. Supported employment fidelity scale. Lebanon: IPS Employment Center; 2008 (<https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2017/08/IPS-Fidelity-Scale-Eng1.pdf>, consultado el 1 de abril del 2020).
485. Brinchmann, B., Widding-Havneraas, T., Modini, M., Rinaldi, M., Moe, C., Mcdaid, D. et al. A meta-regression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2019;141:206-20. doi: 10.1111/acps.13129.
486. Mental health. En: CBM UK [sitio web]. Cambridge: CBM UK; n.d. (<https://www.cbmuk.org.uk/what-we-do/mental-health/>, consultado el 15 de enero del 2021).
487. Building productive skills of women, men and youth affected by mental disorders in northern Ghana for enhanced recovery and income. BasicNeeds-Ghana; 2017 (https://basicneedsghana.org/wp-content/uploads/2020/file/KOICA_PhotoBook_web.pdf, consultado el 01 de marzo del 2021).
488. Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U., Faber, B. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;10:CD006237. doi: 10.1002/14651858.CD006237.pub4.
489. Zafar, N., Rotenberg, M., Rudnick, A. A systematic review of work accommodations for people with mental disorders. *Work*. 2019;64:461-75. doi: 10.3233/WOR-193008.
490. Funk, M., Drew, N., Knapp, M. Mental health, poverty and development. *J Public Ment Health*. 2012;11:166-85. doi: 10.1108/17465721211289356.
491. Joint statement: towards inclusive social protection systems supporting the full and effective participation of persons with disabilities. Ginebra y Washington, D.C.: ILO and IDA; 2019 (<https://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=55473>, consultado el 15 de enero del 2021).
492. Fitch, C., Chaplin, R., Trend, C. Debt and mental health: the role of psychiatrists. *Adv Psychiatr Treat*. 2007;13:194–202. doi: 10.1192/apt.bp.106.002527.
493. Galloway, A., Boland, B., Williams, G. Mental health problems, benefits and tackling discrimination. *BJPsych Bulletin*. 2018;42:200-5. doi: 10.1192/bjb.2018.43.
494. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (A/RES/61/106), artículo 28 – Nivel de vida adecuado y protección social. Nueva York: Naciones Unidas, Asamblea General; 2007 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-28-adequate-standard-of-living-and-social-protection.html>, consultado el 6 de mayo del 2020).
495. Pybus, K., Pickett, K. E., Prady, S. L., Lloyd, C., Wilkinson, R. Discrediting experiences: outcomes of eligibility assessments for claimants with psychiatric compared with non-psychiatric conditions transferring to personal independence payments in England - ERRATUM. *BJPsych Open*. 2019;5:e27. doi: 10.1192/bjo.2019.16.
496. Ryan, F. Welfare ‘reforms’ are pushing mentally ill people over the edge. *The Guardian*. 24 January 2019 (<https://www.theguardian.com/commentisfree/2019/jan/24/welfare-reform-mentally-ill-injustice>, consultado el 15 de enero del 2021).
497. Shefer, G., Henderson, C., Frost-Gaskin, M., Pacitti, R. Only making things worse: a qualitative study of the impact of wrongly removing disability benefits from people with mental illness. *Community Ment Health J*. 2016;52:834-41. doi: 10.1007/s10597-016-0012-8.
498. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). *Sickness, disability and work: breaking the barriers: a synthesis of findings across OECD countries*. París: OECD Publishing; 2010.
499. Iacobucci, G. People with mental illness are most at risk of losing benefits, study shows. *BMJ*. 2019;364:1345. doi: 10.1136/bmj.l345.

500. Barr, B., Taylor-Robinson, D., Stuckler, D., Loopstra, R., Reeves, A., Whitehead, M. 'First, do no harm': are disability assessments associated with adverse trends in mental health? A longitudinal ecological study. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70:339-45. doi: 10.1136/jech-2015-206209.
501. The benefits assault course: making the UK benefits system more accessible for people with mental health problems. London: Money and Mental Health Policy Institute; 2019 (<https://www.moneyandmentalhealth.org/wp-content/uploads/2019/03/MMH-The-Benefits-Assault-Course-UPDATED.pdf>, consultado el 15 de enero del 2021).
502. Mishra, N. N., Parker, L. S., Nimgaonkar, V. L., Deshpande, S. N. Disability certificates in India: a challenge to health privacy. *Indian J Med Ethics*. 2012;9:43-5. doi: 10.20529/IJME.2012.010.
503. Senior, S., Caan, W., Gamsu, M. Welfare and well-being: towards mental health-promoting welfare systems. *Br J Psychiatry*. 2020;216:4-5. doi: 10.1192/bjp.2019.242.
504. Math, S. B., Nirmala, M. C.. Stigma haunts persons with mental illness who seek relief as per Disability Act 1995. *Indian J Med Res*. 2011;134 128-30.
505. Gundugurti, R., Vemulokonda, R., Math, B. The Rights of Persons with Disability Bill, 2014: how "enabling" is it for persons with mental illness? *Indian J Psychiatry*. 2016;58:121-8. doi: 10.4103/0019-5545.183795.
506. Mitra, S., Palmer, M., Kim, H., Mont, D., Groce, N. Extra costs of living with a disability: A review and agenda for research. *Disabil Health J*. 2017;10:475-84. doi: 10.1016/j.dhjo.2017.04.007.
507. Hand, C., Tryssenaar, J. Small business employers' views on hiring individuals with mental illness. *Psychiatr Rehabil J*. 2006;29:166-73. doi: 10.2975/29.2006.166.173.
508. Dwyer, P., Scullion, L., Jones, K., McNeill, J., Stewart, A. B. Work, welfare, and wellbeing: the impacts of welfare conditionality on people with mental health impairments in the UK. *Soc Policy Adm*. 2019;54:311-26. doi: 10.1111/spol.12560.
509. Kiely, K. M., Butterworth, P. Social disadvantage and individual vulnerability: a longitudinal investigation of welfare receipt and mental health in Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47:654-66. doi: 10.1177/0004867413484094.
510. Banks, L. M., Mearkle, R., Mactaggart, I., Walsham, M., Kuper, H., Blanchet, K. Disability and social protection programmes in low- and middle-income countries: a systematic review. *Oxf Dev Stud*. 2016;45:223-39. doi: 10.1080/13600818.2016.1142960.
511. Vázquez, G. H., Kapczinski, F., Magalhaes, P. V., Córdoba, R., Lopez Jaramillo, D., Rosa, A. R. et al. Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2011;130:323-27. doi: 10.1016/j.jad.2010.10.012.
512. Ljungqvist, I., Topor, A., Forssell, H., Svensson, I., Davidson, L. Money and mental illness: a study of the relationship between poverty and serious psychological problems. *Community Ment Health J*. 2015;52:842-50. doi: 10.1007/s10597-015-9950-9.
513. Alakeson, V., Boardman, J., Boland, B., Crimlisk, H., Harrison, C., Iliffe, S. et al. Debating personal health budgets. *BJPsych Bulletin*. 2016;40:34-7. doi: 10.1192/pb.bp.114.048827.
514. Helen Leonard: Personal health budgets - a view from the other side. En: *The BMJ Opinion* [sitio web]. The BMJ Opinion; 2019 (<https://blogs.bmj.com/bmj/2019/08/21/helen-leonard-personal-health-budgets-a-view-from-the-other-side/>, consultado el 15 de enero del 2021).
515. Jones, K., Welch, E., Fox, D., Caiels, J., Forder, J. Personal health budgets: implementation following the national pilot programme; overall project summary. Canterbury: Personal Social Services Research Unit, University of Kent; 2018 (<https://www.pssru.ac.uk/pub/5433.pdf>, consultado el 15 de enero del 2021).
516. Webber, M., Treacy, S., Carr, S., Clark, M., Parker, G. The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic review. *J Ment Health*. 2014;23:146-55. doi: 10.3109/09638237.2014.910642.

517. Ridente, P., Mezzina, R. From residential facilities to supported housing: the personal health budget model as a form of coproduction. *Int J Ment Health*. 2016;45:59-70. doi: 10.1080/00207411.2016.1146510.
518. Pioneering a personal budget model as part of national social services. En: Zero Project [sitio web]. Vienna: Zero Project; n.d. (<https://zeroproject.org/practice/pr191416isr-factsheet/>, consultado el 2 de mayo del 2020).
519. #ZeroCon19 | Supported decision making and personal budget models [video]. Vienna: Zero Project; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=SzLGTmmKYVs>, consultado el 7 de mayo del 2020).
520. "It makes my life more diverse": personal budget program [video]. Nueva York: JDC; 2019 (<https://web.facebook.com/watch/?v=498047330761767&rdc=1&rdr>, consultado el 15 de enero del 2021).
521. Parsonage, M. Welfare advice for people who use mental health services. developing the business case. London: Centre for Mental Health; 2013 (https://www.researchgate.net/publication/308085135_Welfare_advice_for_people_who_use_mental_health_services_developing_the_business_case, consultado el 15 de enero del 2021).
522. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 (https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf, consultado el 22 de enero del 2021).
523. Costa, P. H. A., Colugnati, F. A. B., Ronzani, T. M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura [Evaluación de los servicios de salud mental en el Brasil: revisión sistemática de la bibliografía]. *Cien Saude Colet*. 2015;20:3243-53. doi: 10.1590/1413-812320152010.14612014.
524. Miliauskas, C. R., Faus, D., Junkes, L., Rodrigues, R. B., Junger, W. Association between psychiatric hospitalizations, coverage of psychosocial care centers (CAPS) and primary health care (PHC) in metropolitan regions of Rio de Janeiro (RJ) and São Paulo (SP), Brazil. *Cien Saude Colet*. 2019;24:1935-44. doi: 10.1590/1413-81232018245.18862017.
525. Tomasi, E., Facchini, L. A., Piccini, R. X., da Silva, R. A., Gonçalves, H., Silva, S. M. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do sul do Brasil: uma análise estratificada [The effectiveness of psychosocial care centers for the mentally ill in a medium-sized city in southern Brazil: a stratified analysis]. *Cad Saúde Pública*. 2010;26:807-15. doi: 10.1590/S0102-311X2010000400022.
526. Franzmann, U. T., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Treichel, C. A. S., Oliveira, M. M. O., Pavani, F. M. Fatores associados à percepção de melhora por usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil Cad [Factors associated with perception of improvement by users of centers for psychosocial care in the south of Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2017;33:e00085216. doi: 10.1590/0102-311X00085216.
527. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde atualiza dados sobre suicídio. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 (<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/20/Coletiva-suic-dio.pdf>, consultado el 04 de febrero del 2021).
528. Pinho, L. B., Kantorski, L. P., Wetzel, C., Schwartz, E., Lange, C., Zillmer, J. G. V. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil [Qualitative evaluation of the work process in a psychosocial care center in Brazil]. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30:354-60. doi: 10.1590/S1020-49892011001000009.
529. Resende KIDS, Bandeira, M., Oliveira, DCR. Avaliação da satisfação dos pacientes, familiares e profissionais com um serviço de saúde mental [Evaluación de la satisfacción de los pacientes, familiares y profesionales con un servicio de salud mental]. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2016;24:245-53. doi: 10.1590/1982-43272664201612.
530. Trapé, T. L., Campos, R. O., Da Gama, C. A. P. Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian national health system. *Int J Health Sci*. 2015;3. doi: 10.15640/ijhs.v3n3a5.

- 531.** Amaral, C. E., Onocko-Campos, R., de Oliveira, P. R. S., Pereira, M. B., Ricci, E. C., Pequeño, M. L. et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst.* 2018;12:65. doi: 10.1186/s13033-018-0237-8.
- 532.** Dos Santos, L. C., Domingos, T., Braga, E. M., Spiri, W. C. Saúde mental na atenção básica: experiência de matriciamento na área rural [Mental health in primary care: experience of matrix strategy in the rural area]. *Rev Bras Enferm.* 2020;73:e20180236. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0236.
- 533.** Andréa, M. P., Badaró, M. M. I. Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos [Experiencias relativas a la atención de salud de los residentes de los Servicios Residenciales Terapéuticos]. *Interface (Botucatu).* 2019;23:e170950. doi: 10.1590/interface.170950.
- 534.** Furtado, J. P., de Tugny, A., Baltazar, A. P., Kapp, S., Generoso, C. M., Campos, F. C. B. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar [Alojamientos de las personas con trastornos mentales graves en el Brasil: evaluación interdisciplinaria]. *Cien Saude Colet.* 2013;18:3683-93. doi: 10.1590/S1413-81232013001200024.
- 535.** Bessoni, E., Capistrano, A., Silva, G., Koosah, J., Cruz, K., Lucena, M. Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí? [Narrativas y significados respecto del programa De Volta para Casa (Programa de regreso a casa): regresamos, y ahora ¿qué?]. *Saude soc.* 2019;28:40-53. doi: 10.1590/s0104-12902019190429.
- 536.** Guerrero, A. V. P., Bessoni, E., Cardoso, A. J. C., Vaz B. C., Braga-Campos, F. C., Badaró, M. I. M. O Programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários [Programa De Volta para Casa Program (Programa de regreso a casa) en la vida cotidiana de sus beneficiarios]. *Saude soc.* 2019;28:11-20. doi: 10.1590/s0104-12902019190435.
- 537.** Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília; 2015 (https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf, consultado el 22 de enero del 2021).
- 538.** Campinas. Lei nº 15.708, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre o Orçamento Programa do Município de Campinas para o exercício de 2019. Diário Oficial Nº 11.989 - Ano XLVII. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; 2018 (<http://www.campinas.sp.gov.br/uploads/pdf/837865233.pdf>, consultado el 13 de marzo del 2021).
- 539.** Campinas. Secretaria de Saúde. Prestação de contas 2º quadrimestre 2019 (janeiro a agosto). Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; 2019 (http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/saude/planilha_investimento_saude_2quadrim_2019.pdf, consultado el 13 de marzo del 2021).
- 540.** Onocko-Campos, R. T., Amaral, C. E. M., Saraceno, B., Oliveira, B. D. C., Treichel, C. A. S., Delgado, P. G. G. Atuação dos centros de atenção psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e113. doi: 10.26633/RPSP.2018.113.
- 541.** Consenso de Brasilia 2013. Brasilia: Organización Panamericana de Salud (OPS) Brasil; 2013 (<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/BRASILIA-CONSENSUS-2013port.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
- 542.** Projet du Pôle de Santé Mentale des villes de Mons en Baroeul, Hellemmes, Lezennes, Ronchin, Faches Thumesnil, Lesquin (V9). Lille: Secteur 59g21, EPSM Lille Métropole; 2020 (<https://www.epsm-lille-metropole.fr/sites/default/files/2021-02/Projet%20de%20pôle%20V9%20DEF.pdf>, consultado el 06 de febrero del 2021).
- 543.** Defromont, L., Groulez, C., François, G., Dekerf, B. “Zéro isolement”, une pratique de soins orientée vers le rétablissement. *Soins Psychiatrie.* 2017;38:23-5. doi: 10.1016/j.spsy.2017.03.006.
- 544.** Stein, L. I., Test, M. A. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry.* 1980;37:392-7. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780170034003.

545. Roelandt, J. L., Daumerie, N., Defromont, L., Caria, A., Bastow, P., Kishore, J. Community mental health service: an experience from the East Lille, France. *J Mental Health Hum Behav.* 2014;19:10-8.
546. WHO QualityRights Toolkit observation report: 59G21 Lille. Lille: EPSM Lille-Métropole, Centre collaborateur de l’OMS pour la Recherche et la Formation en Santé mentale; 2018 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/QualityRights-59G21-report-2019.docx>, consultado el 19 de marzo del 2021).
547. Gooding, P., McSherry, B., Roper, C., Grey, F. Alternatives to coercion in mental health settings: a literature review. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne; 2018 (<https://www.gmhpn.org/uploads/1/2/0/2/120276896/alternatives-to-coercion-literature-review-melbourne-social-equity-institute.pdf>, consultado el 15 de enero del 2021).
548. I servizi di salute mentale territoriali dell’ASUI di Trieste, anno 2018. Trieste: Dipartimento di Salute Mentale; 2019.
549. Sistema informativo, Dipartimento di Salute Mentale [base de datos en línea]. Trieste: Dipartimento di Salute Mentale.
550. Mezzina, R. Community mental health care in Trieste and beyond: an “Open Door-No Restraint” system of care for recovery and citizenship. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202:440-5. doi: 10.1097/nmd.000000000000142.
551. Mezzina, R. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its success and continuing need. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27:336-45. doi: 10.1017/S2045796018000070.
552. Mezzina, R. Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors: Trieste, Italy. *L’information psychiatrique.* 2016;92:747–54. doi: 10.1684/ipe.2016.1546.
553. Kemali, D., Maj, M., Carpinello, B., Giurazza, R. D., Impagnatiello, M., Lojacocono, D. et al. Patterns of care in Italian psychiatric services and psycho-social outcome of schizophrenic patients. A three-year prospective study. *Psychiatry Psychobiol.* 1989;4:23-31. doi: 10.1017/S0767399X00004090.
554. La salute mentale nelle regioni, analisi dei trend 2015-2017. L’Aquila: SIEP · Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica; 2019 (https://siep.it/wp-content/uploads/2019/11/QEP_volume-5_def.pdf, consultado el 15 de enero del 2021).
555. Mezzina, R., Vidoni, D., Miceli, M., Crusiz, C., Accetta, A., Interlandi, G. Crisi psichiatrica e sistemi sanitari. Una ricerca italiana. Trieste: Asterios; 2005a.
556. Mezzina, R., Vidoni, D., Miceli, M., Crusiz, C., Accetta, A., Interlandi, G. Gli interventi territoriali a 24 ore dalla crisi sono basati sull’evidenza? Indicazioni da uno studio multicentrico longitudinale. *Psichiatria di Comunità.* 2005b;4:200-16.
557. Mezzina, R., Vidoni, D. Beyond the mental hospital: crisis and continuity of care in Trieste. *Int J Soc Psychiatry.* 1995;41:1-20. doi: 10.1177/002076409504100101.
558. Mezzina, R., Johnson, S. Home treatment and “hospitality” within a comprehensive community mental health centre. En: Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G, editors. *Crisis resolution and home treatment in mental health.* Cambridge: Cambridge University Press; 2008:251–66.
559. Vicente, B., Vielma, M., Jenner, F. A., Mezzina, R., Lliapas, I. Users’ satisfaction with mental health services. *Int J Soc Psychiatry.* 1993;39:121-30. doi: 10.1177/002076409303900205.
560. The Camberwell Assessment of Need. En: King’s College London [sitio web]. London: King’s College London; n.d. (<https://www.kcl.ac.uk/ioppn/about/difference/17-the-camberwell-assessment-of-need>, consultado el 15 de enero del 2021).
561. Fascì, A., Botter, V., Pascolo-Fabrici, E., Wolf, K., Mezzina, R. Il progetto di cura personalizzato orientato alla recovery. Studio di follow up a 5 anni su persone con bisogni complessi a Trieste. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici.* 2018;16.
562. Piano regionale salute mentale Infanzia, adolescenza ed età adulta anni 2018-2020. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia; 2018 (http://mtom.regione.fvg.it/storage/2018_122/Allegato%201%20alla%20Delibera%20122-2018.pdf, consultado el 31 de enero del 2021).

563. Dell'Acqua, G. Trieste twenty years after: from the criticism of psychiatric institutions to institutions of mental health. Trieste: Mental Health Department; 1995 (http://www.triestesalutementale.it/english/doc/dellacqua_1995_trieste20yearsafter.pdf, consultado el 15 de enero del 2021).
564. Salud Mental. En: Ministerio de Salud de Perú. Lima: Ministerio de Salud de Perú; n.d. (<http://www.minsa.gob.pe/salud-mental/>, consultado el 13 de marzo del 2021).
565. Falen, J. Para el 2021 habrá 281 centros de salud mental comunitaria en el país. El Comercio. 12 March 2019 (<https://elcomercio.pe/Peru/2021-habra-281-centros-salud-mental-comunitaria-pais-noticia-616194-noticia/>, consultado el 22 de enero del 2021).
566. Salud mental. En: Ministerio de Salud [sitio web]. Lima: Ministerio de Salud; 2020 (<https://www.minsa.gob.pe/salud-mental/>, consultado el 22 de enero del 2021).
567. Marquez, P. V., Garcia, J. N. B. Paradigm shift: Peru leading the way in reforming mental health services. En: World Bank Blogs [sitio web]. Washington, DC: Banco Mundial; 2019 (<https://blogs.worldbank.org/health/paradigm-shift-Peru-leading-way-reforming-mental-health-services>, consultado el 22 de enero del 2021).
568. Informe Defensorial No 180, Supervisión de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización. Lima: Defensoría del Pueblo de Perú; 2018 (<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
569. Ley de Salud Mental - Ley N° 30947. Lima: El Congreso de la República; 2019 (<https://busquedas.elPeruano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>, consultado el 22 de enero del 2021).
570. Decreto supremo que aprueban el reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, Decreto Supremo No 033-2015-SA. 2015 (<http://www.conadisPeru.gob.pe/web/documentos/NORMAS/Ley%2029889.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
571. Seguimiento de la Ejecución Presupuestal (Consulta amigable). En: Ministerio de Economía y Finanzas [sitio web]. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas; n.d. (<https://www.mef.gob.pe/es/seguimiento-de-la-ejecucion-presupuestal-consulta-amigable>, consultado el 26 de enero del 2021).
572. Devandas, C. Reformas en discapacidad marcan un hito y un camino a seguir, dice experta de Naciones Unidas. En: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) [sitio web]. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH); 2018 (<https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23501&LangID=S>, consultado el 22 de enero del 2021).
573. Decreto Supremo que aprueba el reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, Decreto Supremo No 007-2020-SA, 5 de marzo del 2020, Artículos 3, 17, 21, 26, 27, 31 y 32. 2020 (<https://busquedas.elPeruano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1/>, consultado el 22 de enero del 2021).
574. Specijalno izvješće o stanju prava osoba s intelektualnim i mentalnim teškoćama u Bosne i Hercegovine. Banja Luka: Institucija ombudsmena/ombudsmana za ljudska prava Bosne i Hercegovine; 2018 (https://www.ombudsmen.gov.ba/documents/obmudsmen_doc2018051809032286bos.pdf, consultado el 22 de enero del 2021).
575. Asocijacija XY. Koordinisana briga, Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini (2010-2018) [video]. Sarajevo: Asocijacija XY; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=hORZRNFI1M&feature=youtu.be>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
576. Mental health project in Bosnia and Herzegovina (BiH). Bern: Swiss Agency for Development and Cooperation SDC; 2018 (<http://mentalnozdravlje.ba/uimages/pdf/Mental%20Health%20Project%20in%20BiH%20Phase%203.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).

577. QualityRights - Lebanon. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; n.d. (<https://qualityrights.org/in-countries/lebanon/>, consultado el 22 de enero del 2021).
578. The national mental health program. En: Republic of Lebanon Ministry of Public Health [sitio web]. Beirut: Republic of Lebanon Ministry of Public Health; n.d. (<https://www.moph.gov.lb/en/Pages/6/553/the-national-mental-health-program>, consultado el 22 de enero del 2021).
579. WHO results report programme budget 2018-2019. Driving impact in every country. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/about/finances-accountability/reports/results_report_18-19_final1.pdf?ua=1, consultado el 22 de enero del 2021).
580. Chamsedine, D. Le ministre de la Santé inspecte l'hôpital psychiatrique de Fanar, et annonce sa fermeture. Agence Nationale de l'Information. 17 February 2019 (<http://nna-leb.gov.lb/fr/show-news/100230/nna-leb.gov.lb/fr>, consultado el 22 de enero del 2021).
581. Scandale de l'hôpital al-Fanar: poursuites contre la propriétaire et la directrice de l'établissement. L'Orient le Jour. 20 February 2019 (<https://www.lorientlejour.com/article/1158166/scandale-de-lhopital-al-fanar-poursuites-contre-la-propritaire-et-la-directrice-de-letablissement.html>, consultado el 22 de enero del 2021).
582. Decision No. 271/1 concerning the assessment of the health status of patients transferred from al-Fanar hospital. Beirut: Minister of Public Health, Republic of Lebanon; 2019 (<https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Minister%20Decision%20-%20Concerning%20the%20Assessment%20of%20the%20Health%20Status%20of%20Patients%20Transferred%20From%20Al-Fanar.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
583. Decision No. 270/1 concerning the quality of care and human rights in the field of mental health. Beirut: Minister of Public Health, Republic of Lebanon; 2019 (<https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Minister%20Decision-%20Concerning%20the%20Quality%20of%20Care%20and%20Human%20Rights%20in%20the%20Field%20of%20Mental%20Health.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
584. Revised hospital accreditation standards in Lebanon - January 2019. En: Ministry of Public Health [sitio web]. Beirut: Republic of Lebanon Ministry of Public Health; 2019 (<https://www.moph.gov.lb/en/Pages/3/599/hospital-accreditation-#/en/view/20553/accreditation-standards-for-hospitals-in-lebanon-january-2019>, consultado el 22 de enero del 2021).
585. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 –2021. Lima: Ministerio de Salud; 2018 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
586. Minsa promueve conformación de asociaciones de usuarios afectados en Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud; 9 January 2019: (<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/24334-minsa-promueve-conformacion-de-asociaciones-de-usuarios-afectados-en-salud-mental>, consultado el 22 de enero del 2021).
587. De León, J. P., Valdivia, B., Burgos, M., Smith, P., Diez-Canseco, F. Promoción de redes de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica de personas con discapacidad: aprendizajes de una experiencia piloto en Perú. Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos. 2020;4.
588. Asocijacija XY. Uloga korisničkih udruženja u sistemu zaštite mentalnog zdravlja u zajednici [video]. Sarajevo: Asocijacija XY; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=Xr2euyOy15o&feature=youtu.be>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
589. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [sitio web]. Ginebra: Naciones Unidas; n.d. (<https://sdgs.un.org/2030agenda>, consultado el 07 de marzo del 2021).
590. The WHO mental health policy and service guidance package. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 (<https://www.who.int/publications/i/item/9241546468>, consultado el 13 de marzo del 2021).
591. One-to-one peer support by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module: module slides. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329643>, consultado el 22 de enero del 2021).

- 592.** Peer support groups by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module: module slides. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; [https:// apps.who.int/iris/handle/10665/329644](https://apps.who.int/iris/handle/10665/329644), consultado el 22 de enero del 2021).
- 593.** Bhugra, D., Pathare, S., Gosavi, C., Ventriglio, A., Torales, J., Castaldelli-Maia, J. Mental illness and the right to vote: a review of legislation across the world. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:395-9. doi: 10.1080/09540261.2016.1211096.
- 594.** Bhugra, D., Pathare, S., Nardodkar, R., Gosavi, C., Ng, R., Torales, J. Legislative provisions related to marriage and divorce of persons with mental health problems: a global review. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:386-92. doi: 10.1080/09540261.2016.1210577.
- 595.** Bhugra, D., Pathare, S., Joshi, R., Nardodkar, R., Torales, J., Tolentino, E. J. Jr. Right to property, inheritance, and contract and persons with mental illness. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:402-8. doi: 10.1080/09540261.2016.1210576.
- 596.** Kuschke, B. Disability discrimination in insurance. *De Jure*. 2018;51:50-64. doi: 10.17159/2225-7160/2018/v51n1a4.
- 597.** Incapacity laws: A preliminary analysis shows how laws discriminate against various kinds of disabilities and not just people of 'unsound mind'! New Delhi: Disability News and Information Service; 2012 (https://dnis.org/features.php?issue_id=2&volume_id=9&features_id=193, consultado el 13 de marzo del 2021).
- 598.** Legge 13 maggio 1978, n. 180 'Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori'. *Gazzetta Ufficiale* 16 maggio 1978, n. 133. Rome; 1978 (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf, consultado el 22 de enero del 2021).
- 599.** Ley para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad. Ley n.º 9379. Publicada en el Alcance 153 a La Gaceta n.º 166 de 30 de agosto de 2016. San José; 2016 (<https://www.tse.go.cr/pdf/normativa/promocionautonomiapersonal.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
- 600.** Decreto Legislativo No 1384, Decreto legislativo que reconoce y regula la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones. Lima; 2018 (<https://busquedas.elPeruano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-reconoce-y-regula-la-capacidad-jurid-decreto-legislativo-n-1384-1687393-2/>, consultado el 22 de enero del 2021).
- 601.** Ley 1996 de 2019. Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mayores de edad. Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho; 2019 (http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1996_2019.html, consultado el 22 de enero del 2021).
- 602.** Decreto Supremo que aprueba el reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, Decreto Supremo No 007-2020-SA, 5 de Marzo del 2020. 2020 (<https://busquedas.elPeruano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1/>, consultado el 22 de enero del 2021).
- 603.** The Mental Healthcare Act, 2017. Law No 10 of 2017, 7 April 2017. New Delhi: Ministry of Law and Justice; 2017 (<https://www.prsindia.org/uploads/media/Mental%20Health/Mental%20Healthcare%20Act,%202017.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
- 604.** Mental Health Act. Republic Act No 11036, 24 July 2017. Manila: Republic of the Philippines; 2017 (<https://www.officialgazette.gov.ph/2018/06/20/republic-act-no-11036/>, consultado el 22 de enero del 2021).
- 605.** הליהקב שפנ יכנ מוקיש קוח. Jerusalem; 2000 (<https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Nefesh35.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
- 606.** Lenior, M. E., Dingemans, P. M., Linszen, D. H., De Haan, L., Schene, A. H. Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: five-year follow-up of a psychosocial intervention. *Br J Psychiatry*. 2001;179:53-8. doi: 10.1192/bjp.179.1.53.

607. Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., Engel, R. R. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia - a meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2001;27:73-92. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861.
608. Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., Kuipers, E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2010;197:350-6. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074526.
609. Stowkowy, J., Addington, D., Liu, L., Hollowell, B., Addington, J. Predictors of disengagement from treatment in an early psychosis program. *Schizophr Res.* 2012;136:7-12. doi: 10.1016/j.schres.2012.01.027.
610. Giron, M., Fernandez-Yanez, A., Mana-Alvarenga, S., Molina-Habas, A., Nolasco, A., Gomez-Beneyto, M. Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. *Psychol Med.* 2010;40:73-84. doi: 10.1017/S0033291709006126.
611. Fallon, P. Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2003;10:393-401. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00617.x.
612. Doornbos, M. M. Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. *Arch Psychiatr Nurs.* 2002;16:39-46. doi: 10.1053/apnu.2002.30541.
613. Nordby, K., Kjønsgberg, K., Hummelvoll, J. K. Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: in need of support to become resource persons in treatment and recovery. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17:304-11. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01531.x.
614. Shalev, A., Shor, R. [The need for help of family caregivers of persons with mental illness in a unique service for families in the Beer Sheva Mental Health Center]. *Harefuah.* 2016;155:749-52.
615. Shor, R., Shalev, A. The significance of services in a psychiatric hospital for family members of persons with mental illness. *Fam Syst Health.* 2015;33:68-71. doi: 10.1037/fsh0000098.
616. Solera-Deuchar, L., Mussa, M. I., Ali, S. A., Haji, J., McGovern, P. Establishing views of traditional healers and biomedical practitioners on collaboration in mental health care in Zanzibar: a qualitative pilot study. *Int J Ment Health Syst.* 2020;14:1. doi: 10.1186/s13033-020-0336-1.
617. Read, U. M. Rights as relationships: collaborating with faith healers in community mental health in Ghana. *Cult Med Psychiatry.* 2019;43:613-35. doi: 10.1007/s11013-019-09648-3.
618. Transforming services and promoting human rights: WHO QualityRights training and guidance: mental health and social services. Course guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329611>, consultado el 22 de enero del 2021).
619. QualityRights in countries. En: WHO QualityRights. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; n.d. (<https://qualityrights.org/in-countries/>, consultado el 13 de marzo del 2021).
620. Mental health, human rights and standards of care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health,-human-rights-and-standards-of-care-2018>, consultado el 6 de abril del 2021).
621. QualityRights materials for training, guidance and transformation. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>, consultado el 22 de enero del 2021).
622. Pathare, S., Funk, M., Drew Bold, N., Chauhan, A., Kalha, J., Krishnamoorthy, S. Systematic evaluation of the QualityRights programme in public mental health facilities in Gujarat, India. *Br J Psychiatry.* 2019;1-8. doi: 10.1192/bjp.2019.138.

623. QualityRights Lebanon: investing in quality care and human rights in mental health [video]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.youtube.com/watch?v=TIIB_LgEYpc&list=UU07-dOwgza1IguKA86jqxNA&index=114, consultado el 28 de enero del 2021).
624. WHO result report programme budget 2018-2019. Driving impact in every country. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-result-report-programme-budget-2018-2019>, consultado el 28 de enero del 2021).
625. תואירבה דרשמ ופירעת. Jerusalem: Ministry of Health. State of Israel; 2021 (<https://www.health.gov.il/Subjects/Finance/Taarifon/Pages/PriceList.aspx>, consultado el 13 de marzo del 2021).
626. Fenton, W. S., Hoch, J. S., Herrell, J. M., Mosher, L., Dixon, L. Cost and cost-effectiveness of hospital vs residential crisis care for patients who have serious mental illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:357-64. doi: 10.1001/archpsyc.59.4.357.
627. Ezenduka, C., Ichoku, H., Ochonma, O. Estimating the costs of psychiatric hospital services at a public health facility in Nigeria. *J Ment Health Policy Econ*. 2012;15:139-48.
628. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Republic of Turkey Social Security Institution; 2019 (http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/merkez-teskilati/ana_hizmet_birimleri/gss_genel_mudurlugu/anasayfa_duyurular/sut_degisiklik_tebligi_04092019, consultado el 22 de enero del 2021).
629. Stensland, M., Watson, P. R., Grazier, K. L. An examination of costs, charges, and payments for inpatient psychiatric treatment in community hospitals. *Psychiatr Serv*. 2012;63:666-71. doi: 10.1176/appi.ps.201100402.
630. Huskamp, H. A. Pharmaceutical cost management and access to psychotropic drugs: the U.S. context. *Int J Law Psychiatry*. 2005;28:484-95. doi: 10.1016/j.ijlp.2005.08.004.
631. Mental Health System Reform in Afghanistan. En: Mental Health Innovation Network. London: Mental Health Innovation Network; n.d. (<https://www.mhinnovation.net/contact-us>, consultado el 13 de marzo del 2021).
632. Read, J., Kirsch, I., Mcgrath, L. Electroconvulsive therapy for depression: a review of the quality of ECT vs Sham ECT trials and meta-analyses. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 2019;21:64-103.
633. PEPP-Entgeltkatalog. InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus; 2019 (https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem_2020/PEPP-Entgeltkatalog, consultado el 22 de enero del 2021).
634. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPES Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: Ed MS; 2015 (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf, consultado el 22 de enero del 2021).
635. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; 2016 (<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat-rio-Gest-o-2011-2015-...pdf>, consultado el 4 de enero del 2021).
636. Gonçalves, R. W., Vieira, F. S., Delgado, P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev Saúde Pública*. 2012;46:51-8. doi: 10.1590/S0034-89102011005000085.
637. Healing minds, changing lives: a movement for community-based mental health care in Peru -delivery innovations in a low-income community, 2013-2016. Washington, D. C.: Grupo Banco Mundial; 2018 (<http://documents1.worldbank.org/curated/en/407921523031016762/pdf/125036-WP-PUBLIC-P159620-add-series-WBGMentalHealthPeruFINALWeb.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
638. Abdulmalik, J., Fadahunsi, W., Kola, L., Nwefoh, E., Minas, H., Eaton, J. et al. The Mental Health Leadership and Advocacy Program (mhLAP): a pioneering response to the neglect of mental health in Anglophone West Africa. *Int J Ment Health Syst*. 2014;8:5. doi: 10.1186/1752-4458-8-5.

639. Ryan, G. K., Nwefoh, E., Aguocha, C., Ode, P. O., Okpoju, S. O., Ocheche, P. et al. Partnership for the implementation of mental health policy in Nigeria: a case study of the Comprehensive Community Mental Health Programme in Benue State. *Int J Ment Health Syst.* 2020;14:10. doi: 10.1186/s13033-020-00344-z.
640. Social prescribing: Making it work for GPs and patients. London: British Medical Association; 2019 (<https://www.bma.org.uk/media/1496/bma-social-prescribing-guidance-2019.pdf>, consultado el 13 de marzo del 2021).
641. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas Aguilar, 16 de julio de 2018 (A/73/161). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2018 (<https://undocs.org/es/A/73/161>, consultado el 18 de enero del 2021).
642. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf, consultado el 26 de enero del 2021).
643. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>, consultado el 22 de enero del 2021).
644. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings (versión actualizada disponible en el 2021). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/, consultado el 6 de abril del 2021).
645. Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., Angermeyer, M. C.. The relationship between public causal beliefs and social distance to mentally ill people. *Aust NZ J Psychiatry.* 2004;38:348–54. doi: 10.1080/j.1440-1614.2004.01363.x.
646. Nordt, C., Rössler, W., Lauber, C. Attitudes of mental health professionals towards people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull.* 2006;32:709-14. doi: 10.1093/schbul/sbj065.
647. Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., Schomerus, G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *Br J Psychiatry.* 2011;199:367-37. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085563.
648. Hunt, P. The health and human rights movement: Progress and obstacles. *J Law Med.* 2008;15:714-24.
649. Mann, J. M. Health and human rights - if not now, when? *Am J Public Health.* 2006;96:1940-3. doi: 10.2105/ajph.96.11.1940.
650. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pnjas, 16 July 2019 (A/74/174). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2019 (<https://undocs.org/es/A/74/174>, consultado el 18 de enero del 2021).
651. Human rights. WHO QualityRights Core training: for all services and all people. Course guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329538>, consultado el 07 de marzo del 2021).
652. Recovery and the right to health. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329611>, consultado el 06 de marzo del 2021).
653. Recovery practices for mental health and well-being: WHO QualityRights Specialized training. Course guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329602>, consultado el 22 de enero del 2021).
654. Evaluation of QualityRights training on mental health, human rights and recovery: PRE-training questionnaire. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; n.d. (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PreEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>, consultado el 20 de marzo del 2021).

655. Evaluation of QualityRights training on mental health, human rights and recovery: POST-training questionnaire. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; n.d. (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PostEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>, consultado el 20 de marzo del 2021).
656. Funk, M., Drew, N., Ansong, J., Chisholm, D., Murko, M., Nato, J. Strategies to achieve a rights based approach through WHO QualityRights. En: Stein MA, Mahomed F, Sunkel C, Patel V, editors. Mental health, human rights and legal capacity. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
657. Baker, E., Fee, J., Bovingdon, L., Campbell, T., Hewis, E., Lewis, D. et al. From taking to using medication: recovery-focused prescribing and medicines management. *Adv Psychiatr Treat*. 2013;19:2–10. doi: 10.1192/[apt.bp.110.008342](https://doi.org/10.1192/apt.bp.110.008342).
658. Svensson, S. A., Hedenrud, T. M., Wallerstedt, S. M.. Attitudes and behaviour towards psychotropic drug prescribing in Swedish primary care: a questionnaire study. *BMC Fam Pract*. 2019;20. doi: 10.1186/s12875-018-0885-4.
659. Warren, J. B. The trouble with antidepressants: why the evidence overplays benefits and underplays risks - an essay by John B Warren. *BMJ*. 2020;370. doi: 10.1136/bmj.m3200.
660. He Ara Oranga: Report of the Government Inquiry into Mental Health and Addiction. Wellington: The Government Inquiry into Mental Health and Addiction; 2018 (<https://www.mentalhealth.inquiry.govt.nz/inquiry-report/>, consultado el 5 de septiembre del 2020).
661. Richard Smith: Psychiatry in crisis? En: The BMJ Opinion. London: BMJ Opinion; July 4, 2016 (<https://blogs.bmj.com/bmj/2016/07/04/richard-smith-psychiatry-in-crisis/>, consultado el 22 de diciembre del 2020).
662. Horowitz, M. A., Taylor, D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:538-46. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30032-X.
663. RCPsych launches new patient resource on stopping antidepressants. En: Royal College of Psychiatrists [sitio web]. London: Royal College of Psychiatrists; 2019 (https://www.rcpsych.ac.uk/members/your-monthly-eneNewsletter/rcpsych-eneNewsletter-september-2020/new-stopping-antidepressants-guidance?utm_campaign=1992070_eNewsletter%20-%20main%20-%2024%20September&utm_medium=email&utm_source=RCPsych%20Digital%20Team&dm_i=3S89,16P3A, consultado el 22 de enero del 2021).
664. Stopping antidepressants. En: Royal College of Psychiatrists [sitio web]. London: Royal College of Psychiatrists; 2019 (<https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/stopping-antidepressants>, consultado el 22 de enero del 2021).
665. McCormack, J., Korownyk, C. Effectiveness of antidepressants. *BMJ*. 2018;360:k1073. doi: 10.1136/bmj.k1073.
666. Moncrieff, J. What does the latest meta-analysis really tell us about antidepressants? *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27:430-2. doi: 10.1017/S2045796018000240.
667. Munkholm, K., Paludan-Müller, A. S., Boesen, K. Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis. *BMJ Open*. 2019;9:e024886. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024886.
668. Hengartner, M. P., Read, J., Moncrieff, J. Protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:890. doi: 10.21256/zhaw-18614.
669. Weinmann, S., Read, J., Aderhold, V. Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: systematic review. *Schizophr Res*. 2009;113:1–11. doi: 10.1016/j.schres.2009.05.018.
670. Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P., Cristea, I. A. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2016;173:680-7. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15091141.
671. Bright, K. S., Charrois, E. M., Mughal, M. K., Wajid, A., McNeil, D., Stuart, S. et al. Interpersonal psychotherapy to reduce psychological distress in perinatal women: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:8421. doi: 10.3390/ijerph17228421.

672. Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A., Hofmann, S. G. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A metaanalysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*. 2018;35:502-14. doi: 10.1002/da.22728.
673. Linardon, J., Wade, T. D., de la Piedad Garcia, X., Brennan, L. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85:1080-94. doi: 10.1037/ccp0000245.
674. Liu, J., Gill, N. S., Teodorczuk, A., Li, Z. J., Sun, J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*. 2019;15:98-112. doi: 10.1016/j.jad.2018.10.114.
675. DeCou, C. R., Comtois, K. A., Landes, S. J. Dialectical behavior therapy Is effective for the treatment of suicidal behavior: a meta-analysis. *Behav Ther*. 2019;50:60-72. doi: 10.1016/j.beth.2018.03.009.
676. McCartney, M., Nevitt, S., Lloyd, A., Hill, R., White, R., Duarte, R. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;143:6-21. doi: 10.1111/acps.13242.
677. Ghahari, S., Mohammadi-Hasel, K., Malakouti, S. K., Roshanpajouh, M. Mindfulness-based cognitive therapy for generalised anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. *East Asian Arch Psychiatry*. 2020;30:52-6. doi: 10.12809/eaap1885.
678. Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J. et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2018;59:52-60. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.011.
679. Wampold, B. E.. The research evidence for common factors models: a historically situated perspective. En: Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA, editors. *The heart and soul of change: delivering what works in therapy*, second edition. Washington, D. C.: American Psychological Association; 2011.
680. Kirmayer, L. J. The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism. *Br Med Bull*. 2004;69:33-4. doi: 10.1093/bmb/ldh006.
681. Enfrentando problemas plus (EP+): ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad, versión genérica de prueba de mercado de la OMS 1.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259696/WHO-MSD-MER-16.2-spa.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
682. Group Problem Management Plus (Group PM+): group psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity (generic field-trial version 1.0). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334055>, consultado el 22 de enero del 2021).
683. World Health Organization, Columbia University. Group Interpersonal Therapy (IPT) for depression (WHO generic field-trial version 1.0). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/group-interpersonal-therapy-for-depression>, consultado el 22 de enero del 2021).
684. Pensamiento saludable. Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal (Versión genérica de ensayo sobre el terreno de la OMS 1.0, 2015. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/28417>, consultado el 23 de enero del 2021).
685. En tiempos de estrés haz lo que importa: Una guía ilustrada. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336218/9789240009561-spa.pdf>, consultado el 23 de enero del 2021).
686. Kohrt, B. A., Schafer, A., Willhoite, A. Ensuring quality in psychological support (WHO EQUIP): developing a competent global workforce. *World Psychiatry*. 2020;19:115-6. doi: 10.1002/wps.20704.
687. Question sets. WG Short Set on Functioning (WG-SS). En: Washington Group on Disability Statistics [sitio web]. Maryland: Washington Group on Disability Statistics; n.d. (<https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/>, consultado el 06 de marzo del 2021).

688. Model Disability Survey. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>, consultado el 06 de marzo del 2021).
689. EU-OHCHR Bridging the Gap I: Indicadores de derechos humanos para la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en apoyo de una Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible inclusiva con la discapacidad. En: Bridging the Gap [sitio web]. Bridging the Gap; 2018 (<https://bridgingthegap-project.eu/crpd-indicators-spanish/>, consultado el 23 de enero del 2021).
690. Pinfold, V., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2005;17:123-31. doi: 10.1080/09540260500073638.
691. Rüsçh, N., Angermeyer, M. C., Corrigan, P. W. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005;20:529-39. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004.
692. Advocacy for mental health, disability and human rights: WHO QualityRights guidance module. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329587>, consultado el 23 de enero del 2021).
693. Conversations change lives. Global anti-stigma toolkit. London: Time to Change Global programme; n.d. (<https://time-to-change.turtl.co/story/conversations-change-lives/>, consultado el 06 de marzo del 2021).
694. Speak your mind [sitio web]. London: United for Global Mental Health; n.d. (<https://gospeakyourmind.org/campaign>, consultado el 19 de marzo del 2021).
695. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pnjas, 12 April 2019 (A/HRC/41/34). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2019 (<https://undocs.org/es/A/HRC/41/34>, consultado el 18 de enero del 2021).
696. Gruskin, S., Mills, E. J., Tarantola, D. History, principles, and practice of health and human rights. *Lancet*. 2007;370:449-55. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61200-8.
697. Meier, B. M., Evans, D. P., Kavanagh, M. M., Keralis, J. M., Armas-Cardona, G. Human rights in public health: deepening engagement at a critical time. *Health Hum Rights*. 2018;20:85-91.
698. World Network of Users and Survivors of Psychiatry [sitio web]. Odense: World Network of Users and Survivors of Psychiatry; n.d. (<http://wnusp.net/>, consultado el 06 de marzo del 2021).
699. Who we are. En: TCI Asia Pacific [sitio web]. Pune: TCI Asia Pacific; n.d. (<https://www.tci-asia.org>, consultado el 06 de marzo del 2021).
700. Full text of the Bali Declaration. En: Transforming communities for inclusion. Pune: CAMH News and Resources; 2018 (<https://transformingcommunitiesforinclusion.wordpress.com/2018/10/01/full-text-of-the-bali-declaration/>, consultado el 13 de marzo del 2021).
701. European Network for (ex)-Users and Survivors of Psychiatry [sitio web]. Copenhagen: European Network for (ex)-Users and Survivors of Psychiatry; n.d. (<https://enusp.org>, consultado el 06 de marzo del 2021).
702. Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities [sitio web]. Cape Town: Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities; n.d. (<https://www.facebook.com/pg/PANPPD/>, consultado el 06 de marzo del 2021).
703. Redesfera Latino Americana de la Diversidad Psicosocial [sitio web]. Redesfera Latino Americana de la Diversidad Psicosocial; n.d. (<http://redesfera.org/>, consultado el 07 de marzo del 2021).
704. Global mental health peer network [sitio web]. Johannesburg: Global mental health peer network; n.d. (<https://www.gmhpn.org>, consultado el 06 de marzo del 2021).
705. Stuart, H. Media portrayal of mental illness and its treatment. *CNS Drugs*. 2006;20:99-106. doi: 10.2165/00023210-200620020-00002.
706. Angermeyer, M. C., Schulze, B. Reinforcing stereotypes: how the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *Int J Law Psychiatry*. 2001;24:469-86. doi: 10.1016/s0160-2527(01)00079-6.

707. Levin, A. Media cling to stigmatizing portrayals of mental illness. *Psychiatric News*. 16 December 2011 (https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/pn.46.24.psychnews_46_24_16-a, consultado el 20 de enero del 2021).
708. LIVE LIFE: Preventing suicide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://www.who.int/publications/i/item/live-life-preventing-suicide>, consultado el 20 de marzo del 2021).
709. Naslund, J. A., Grande, S. W., Aschbrenner, K. A., Elwyn, G. Naturally occurring peer support through social media: the experiences of individuals with severe mental illness using YouTube. *PLoS One*. 2014;9:e110171. doi: 10.1371/journal.pone.0110171.
710. Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., McHugo, G. J., Unützer, J., Marsch, L. A., Bartels, S. J. Exploring opportunities to support mental health care using social media: A survey of social media users with mental illness. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13:405-13. doi: 10.1111/eip.12496.
711. The National Institute of Mental Health (NIMH) [sitio web]. Bethesda: The National Institute of Mental Health (NIMH); n.d. (<https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>, consultado el 23 de enero del 2021).
712. Rogers, A. Star neuroscientist Tom Insel leaves the google-spawned verily for ... a startup? En: *Wired* [sitio web]. San Francisco: Wired; 2017 (<https://www.wired.com/2017/05/star-neuroscientist-tom-insel-leaves-google-spawned-verily-startup/>, consultado el 23 de enero del 2021).
713. Slade, M., Bird, V., Clarke, E., Le Boutillier, C., McCrone, P., Macpherson, R. et al. Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): a multisite, cluster, randomised, controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2015;2:503-14. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00086-3.
714. Meadows, G., Brophy, L., Shawyer, F., Enticott, J. C., Fossey, E., Thornton, C. D. et al. REFOCUS-PULSAR recovery-oriented practice training in specialist mental health care: a stepped-wedge cluster randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:103-14. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30429-2.
715. Porsdam, M. S., Bradley, V. J., Sahakian, B. J. Human rights-based approaches to mental health: a review of programs. *Health Hum Rights*. 2016;18:263-76.
716. Smith, G. M., Ashbridge, D. M., Davis, R. H., Steinmetz, W. Correlation between reduction of seclusion and restraint and assaults by patients in Pennsylvania's state hospitals. *Psychiatr Serv*. 2015;66:303-9. doi: 10.1176/appi.ps.201400185.
717. Kanna, S., Faraaz, M., Shekhar, S., Vikram, P. An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2020;98:52-8. doi: 10.2471/BLT.19.234906.
718. Berrios, G. E., Marková, I. S. Towards a new epistemology of psychiatry. En: Kirmayer LJ, Lemelson R, Cummings CA, editors. *Re-visioning psychiatry cultural phenomenology, critical neuroscience, and global mental health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2015:41-64.
719. The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use. Rockville: US Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2011 (https://ddc.delaware.gov/contentFolder/pdfs/preventing_reducing_restraintseclusion_use_report_092012.pdf, consultado el 23 de enero del 2021).
720. Borecky, A., Thomsen, C., Dubov, A. Reweighing the ethical tradeoffs in the involuntary hospitalization of suicidal patients. *Am J Bioeth*. 2019;19:71-83. doi: 10.1080/15265161.2019.1654557.
721. McLaughlin, P., Giacco, D., Priebe, S. Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS One*. 2016;11:e0168720. doi: 10.1371/journal.pone.0168720.
722. Semrau, M., Lempp, L., Keynejad, R., Evans-Lacko, S., Mugisha, J., Raja, S. et al. Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low- and middle-income countries: systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:79. doi: 10.1186/s12913-016-1323-8.

- 723.** Ryan, G., Semrau, M., Nkurunungi, E., Mpango, R. Service user involvement in global mental health: what have we learned from recent research in low and middle-income countries? *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32:355-60. doi: 10.1097/YCO.0000000000000506.
- 724.** Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. Resolution 2291 (2019). Bruselas: Asamblea Parlamentaria. Consejo de Europa; 2019 (<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28038>(=en, consultado el 06 de marzo del 2021).
- 725.** Priestley, M., Waddington, L., Bessozi, C. Towards an agenda for disability research in Europe: learning from disabled people's organisations. *Disabil Soc*. 2010;25. doi: 10.1080/09687599.2010.505749.
- 726.** Rose, D., Kalathil, J. Power, privilege and knowledge: the untenable promise of co-production in mental "health". *Front Sociology*. 2019;4:article 57. doi: 10.3389/fsoc.2019.00057.

Anexo

Metodología

El objetivo de la metodología fue encontrar una gama diversa de servicios con buenas prácticas en diferentes contextos geográficos y económicos. La metodología se elaboró de modo que fuera proporcional a los recursos, la escala y los plazos del proyecto. Se reconoció desde un principio que la intención de la metodología no era identificar a los servicios de mejores prácticas, sino identificar las buenas prácticas que ilustran lo que puede hacerse y demostrar el potencial más amplio que tienen los servicios comunitarios de salud mental que promueven los derechos humanos y la recuperación.

Etapas 1: Búsqueda de posibles servicios para su consideración

Se buscaron posibles servicios para su consideración mediante cuatro fuentes primarias.

1. Revisiones bibliográficas, que se llevaron a cabo en inglés, francés, español y portugués para buscar posibles servicios que se habían incluido o a los que se había hecho referencia en la bibliografía académica. Se determinaron cinco temas fundamentales que reflejaban los enfoques de derechos humanos y de recuperación en salud mental, y se usaron a fin de que sirvieran de base para elegir las palabras fundamentales únicas y comunes utilizadas en cada búsqueda (respeto de la capacidad jurídica, alternativas a las prácticas coercitivas, participación, inclusión comunitaria y enfoque de recuperación). Se seleccionaron las bases de datos más pertinentes para cada idioma, y el período cubierto se limitó a los años comprendidos entre el 2005 y el 2017.
2. Una búsqueda en internet, que se llevó a cabo en inglés, francés, español y portugués usando el motor de búsqueda de Google para encontrar posibles servicios que tuvieran una presencia en línea pero que no hubieran sido incluidos o a los que no se hubiera hecho referencia necesariamente en la bibliografía académica. El formato de búsqueda fue “servicios comunitarios de salud mental de nombre del país” y se limitó a las 10 primeras páginas de los resultados en modo “incógnito”.
3. Una consulta cibernética promovida a través de los medios sociales y las redes de colaboradores de la OMS, incluidos los puntos focales para la salud mental en los ministerios de salud y centros colaboradores de la OMS, las ONG y las OPD colaboradoras y otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, incluida la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. El objetivo fue encontrar posibles servicios cuyo idioma principal no estuviera incluido en las búsquedas mencionadas o que quizás no hubieran tenido presencia en la bibliografía académica o en internet. Los criterios usados para seleccionar los servicios se especificaron en el anuncio de la consulta cibernética.
4. Por último, se buscaron servicios pertinentes conocidos por la OMS sobre la base de su labor en los países a lo largo de los años.

En todas las búsquedas se usaron los mismos criterios de exclusión: se excluyeron los servicios para las personas con discapacidades cognitivas o físicas, afecciones neurológicas o uso indebido de sustancias psicoactivas (pero no específicamente en el contexto de la salud mental). También se excluyeron los servicios altamente especializados, por ejemplo, los que se ocupan del tratamiento de trastornos de los hábitos alimentarios. Entre otros criterios de exclusión figuraron las intervenciones virtuales, los servicios telefónicos (como servicios de consulta telefónica), los programas de prevención, los servicios específicos de herramientas (por ejemplo, planificación por adelantado), la capacitación y la promoción.

Etapa 2: Selección inicial según niveles mínimos de derechos humanos y recuperación

Cada servicio fue objeto de un proceso de selección inicial según cinco criterios basados en los derechos humanos y en la recuperación:

1. respeto de la capacidad jurídica: promoción de la autonomía, toma de decisiones independiente y fomento de la independencia;
2. prácticas no coercitivas: referencia explícita a implementar servicios sin coerción, fuerza, restricción, etc.;
3. participación: apoyo entre pares, participación de los usuarios en el desarrollo o la implementación del servicio;
4. inclusión comunitaria: vínculos directos con la comunidad, oferta de servicios adicionales, inclusión de prácticas culturales, creación de redes; y
5. enfoque orientado a la recuperación: apoyo a las personas para que recuperen el control, atención centrada en las personas, promoción de relaciones interpersonales satisfactorias en la vida, esperanza en el futuro y empoderamiento.

Los servicios pasaron la etapa de selección inicial si demostraron que cumplían dos de los cinco criterios mencionados y si se consideró que incorporaban los derechos humanos y los valores de recuperación en su misión, sus servicios y sus prácticas. Una consideración fundamental fue si el servicio apoyaba a las personas que tenían necesidades complejas o a las que quizás en algunos contextos podían describirse como “casos difíciles”, y cómo prestaba el apoyo. Los servicios que no recibían, que no prestaban apoyo o que daban de alta o referían a la mayoría de esas personas a servicios que no cumplían las normas de la CRPD no fueron incluidos para su consideración ulterior. Se hicieron ajustes respecto de servicios que parecían satisfacer los criterios mencionados pero cuya evidencia era limitada, en particular si eran de un país de ingreso bajo o mediano o si el servicio representaba un enfoque particularmente innovador.

Las redes de servicios se distinguieron de los servicios independientes y se determinaron por separado. Todas las redes de servicios halladas provenían de proyectos o colaboradores de la iniciativa Calidad y Derechos (QualityRights) anteriores o actuales.

Etapa 3: Clasificación de los servicios

Los servicios se examinaron y clasificaron según categorías de servicios. Se determinaron seis categorías de servicios:

1. Servicios en momentos de crisis
2. Servicios hospitalarios
3. Centros de salud mental comunitarios
4. Servicios de alcance comunitario
5. Servicios de asistencia para la vida autónoma
6. Servicios de apoyo entre pares.

Etapa 4: Selección completa de los servicios dentro de cada tipo de servicio

Los servicios se examinaron en cuanto al número de criterios satisfechos, la medida en que los criterios se habían satisfecho (parcialmente/plenamente) y la base de evidencia de buenas prácticas disponible (por ejemplo, datos cualitativos/cuantitativos disponibles). Los servicios se calificaron bajo cada tipo de servicio según los criterios satisfechos y la base de evidencia corroboradora disponible. Los servicios de entornos de ingresos bajos y de regiones geográficas insuficientemente representadas fueron priorizados cuando fue posible o apropiado, como también los servicios con datos de evaluación,

Etapa 5: Descripción completa de los servicios que obtuvieron la calificación más alta dentro de cada tipo de servicio

Los servicios que obtuvieron la calificación más alta dentro de cada tipo de servicio se investigaron y se examinaron, y las descripciones se completaron en su totalidad. Se solicitó información adicional a los prestadores de servicios cuando fue necesario. Luego, las descripciones completas de los servicios fueron objeto de un examen interno. Los servicios avanzaron o se eliminaron en esta etapa. Si se eliminaban, se procedía a seleccionar el siguiente servicio que había recibido la calificación más alta en ese tipo de servicio para su examen total (de nuevo, priorizando a los países de ingreso bajo y mediano y a los que disponían de evaluación). Esta etapa se completó cuando se habían determinado buenas prácticas en todas las categorías de los tipos de servicios.

Etapa 6: Validación de los servicios seleccionados por tener buenas prácticas

Los servicios que avanzaron se examinaron en cuanto a la base de evidencia y la necesidad de realizar una validación adicional de ese servicio. La medida en que los servicios requirieron validación adicional fue proporcional a la robustez de la evidencia corroboradora disponible que demostraba la presencia de buenas prácticas. Los servicios que tenían, por ejemplo, investigación revisada por pares sobre el servicio y evidencia cualitativa o cuantitativa demostrable de buenas prácticas (informes de monitoreo, comentarios sobre el servicio, exámenes o premios nacionales o internacionales), fueron objeto de menos validación adicional de su servicio que los servicios que tenían evidencia corroboradora menos robusta. Los métodos de validación incluyeron visitas sobre el terreno realizadas por colaboradores locales de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS, entrevistas (en persona durante las visitas sobre el terreno o a distancia) con prestadores de servicios, usuarios de servicios o servicios locales que trabajaban con el servicio objeto de interés, o solicitudes de información adicional. Los servicios que pasaron satisfactoriamente la etapa de validación se seleccionaron para su inclusión en el documento final de las orientaciones.

Limitaciones

Una limitación importante de la metodología fue que las búsquedas se limitaron a cuatro idiomas. Si bien se intentó resolver esto mediante la consulta cibernética, no está muy claro qué servicios adicionales hubieron podido encontrarse si la revisión bibliográfica y las búsquedas en línea se hubieran realizado en más idiomas. Además, no todos los países tienen la posibilidad de promover o publicar datos sobre sus servicios, en particular en los países de ingreso bajo y mediano, y es probable que esto haya limitado más el conjunto de servicios de los que se hizo la selección. Esta limitación se superó parcialmente en la metodología al aprovechar las redes colaboradoras de la OMS para detectar ubicaciones o tipos específicos de los servicios que proporcionarían un equilibrio y una representación apropiados a la selección general de los servicios incluidos en este documento. La selección de los

servicios presentados en este documento no implica de manera alguna que estos representen las mejores prácticas del mundo ni que no haya otras buenas prácticas en otros países.

La figura 1 a continuación presenta un resumen de la metodología utilizada para seleccionar los servicios con buenas prácticas para su inclusión en estas orientaciones.

	Revisión bibliográfica	Búsqueda en internet	Consulta cibernética	Servicios hallados mediante las redes de la OMS	
Servicios hallados inicialmente	219 servicios cumplieron los criterios de selección iniciales	535 servicios cumplieron los criterios de selección iniciales	433 presentaciones basadas en criterios de selección especificados	10	
Selección inicial (según 2/5 criterios)					➔ 687 servicios eliminados
Número de servicios que avanzaron a la selección completa y a la clasificación según el servicio	74	313	113	10	
Selección completa					➔ 247 servicios eliminados
Clasificación de los servicios					
Número de servicios clasificados de cada fuente	61	108	84	10	
Servicio clasificado según de 6 tipos de servicio. Análisis a fondo del servicio que obtuvo la calificación más alta en cada tipo de servicio (sobre la base de los criterios satisfechos dando preferencia a los servicios de contextos de ingresos bajos y de regiones subrepresentadas)					
Número de servicios que avanzaron a la etapa final de validación	4	11	7	10	
Número de servicios incluidos en el documento final de las orientaciones	4	5	5	7	
Servicios por nombre	<ul style="list-style-type: none"> Soteria, (Berna, Suiza) Phoenix Clubhouse (Hong Kong) Defensor del Pueblo (Suecia) Open Dialogue Crisis Service (Finlandia) 	<ul style="list-style-type: none"> Grupos de apoyo Hearing Voices Red de asistencia para la vida autónoma KeyRing (Reino Unido) Tupu Ake (Nueva Zelanda) Afiya House (Massachusetts, EUA) Home Again (Chennai, India) 	<ul style="list-style-type: none"> Programa SharedLives (Gales sudoriental, Reino Unido) Link House (Bristol, Reino Unido) Naya Daur (India) Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH (Alemania) Clínica Aung (Myanmar) 	<ul style="list-style-type: none"> CAPS III Brasilândia (Brasil) Grupos de apoyo entre pares (USP-Kenya) Friendship Bench (Zimbabue) ATMIYATA (Gujrat, India) Hand in Hand (Georgia) Home Focus (Cork occidental, Irlanda) La Unidad BET (Hospital Blakstad, Vestre Viken Hospital Trust, Noruega) Peer Support South East Ontario (Ontario, Canadá) 	
22 servicios incluidos en el documento final de las orientaciones					

Fig. A1. Metodología para la selección de los servicios con buenas prácticas presentados

