

Módulo  
técnico

# Centros de salud mental comunitarios

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

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Módulo  
técnico

# Centros de salud mental comunitarios:

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

Versión oficial en español de la obra original  
*Community mental health centres: promoting person-centred and rights-based approaches*  
© Organización Mundial de la Salud, 2021  
ISBN: 978-92-4-002576-9 (versión electrónica)

*Centros de salud mental comunitarios: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*

SBN: 978-92-75-32597-1 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12597-7 (versión impresa)

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

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



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

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

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

**Cita propuesta:** Organización Panamericana de la Salud. Centros de salud mental comunitarios: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Washington, DC: OPS; 2022. (Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos). Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275325971>.

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

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

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

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

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

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

NMH/MH/2022

[El documento de orientación y los módulos técnicos están disponibles aquí.](#)

# Índice

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

## 1. Introducción ..... 1

## 2. Centros de salud mental comunitarios: descripción y análisis ..... 5

<b>2.1</b> Aung Clinic, Rangún (Myanmar) . . . . .	.6
<b>2.2</b> Centros de atención psicosocial (CAPS) III, Brasilândia (Brasil) . . . . .	15
<b>2.3</b> Phoenix Clubhouse Región administrativa especial de Hong Kong (China) . . . . .	29

## 3. Avanzar: del concepto a las buenas prácticas en los centros de salud mental comunitarios ..43

Referencias . . . . .	49
-----------------------	----

## Prefacio

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

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

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

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

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

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

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

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



**Dr Ren Minghui**

*Subdirector General*

*Cobertura Sanitaria Universal/Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles*

*Organización Mundial de la Salud*

# Agradecimientos

## Dirección estratégica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Equipo de investigación y redacción

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

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

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

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

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

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

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

**Centros de atención psicosocial (CAPS) III en Brasilândia (São Paulo, Brasil):** Carolina Ibuquerque de Siqueira, enfermera, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Jamile Caleiro Abbud, psicóloga de CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Anderson da Silva Dalcin, coordinador, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Marisa de Jesús Rocha, terapeuta ocupacional, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Debra Demiquele da Silva, auxiliar de enfermería, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Glaucia Galvão, gestión de redes y servicios, salud mental, Associação Saúde da Família, São Paulo (Brasil); Michele Goncalves Panarotte, psicóloga, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Cláudia Longhi, coordinadora, área técnica de salud mental, Secretaría de Salud Municipal, São Paulo (Brasil); Thais Helena Mourão Laranjo, gestión de redes y servicios, salud mental, Associação Saúde da Família, São Paulo (Brasil); Aline Pereira Leal, asistente social, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Lara 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 Dattet, 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 Chkonía, presidenta de la Sociedad de Psiquiatras de Georgia, profesora adjunta de la Universidad Médica Estatal de Tiflis, directora clínica del Centro de Salud Mental de Tiflis, Tiflis (Georgia); Amiran Dateshidze, fundador de la ONG Hand in Hand, Tiflis (Georgia); Giorgi Geleishvili, director del Centro de Prácticas Basadas en la Evidencia, psiquiatra del equipo comunitario de tratamiento asertivo de Tiflis, miembro particular de la Asociación Internacional de Psicología Analítica, Tiflis (Georgia); Izabela Laliashvili, gerente de la ONG Hand in Hand, Tiflis (Georgia); Tamar Shishniashvili, director de la ONG Hand in Hand, Tiflis (Georgia); Maia Shishniashvili, fundadora de la ONG Hand in Hand, Tiflis (Georgia).

**Grupos de apoyo Hearing Voices:** Gail Hornstein, profesora de psicología, Mount Holyoke College, South Hadley (Estados Unidos); Olga Runciman, psicóloga, propietaria de Psycovery Denmark, presidenta de la red danesa Hearing Voices, Copenhague (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 Mind Empowerment, USP (Kenya):** Elizabeth Kamundia, subdirectora de la Dirección de Investigación, Promoción y Extensión de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya, Nairobi (Kenya); Michael Njenga, miembro del consejo ejecutivo, Foro de Discapacidad de África, y gerente general, Usuarios y Sobrevivientes de Psiquiatría en Kenya, Nairobi (Kenya).

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

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

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

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

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

**Shared Lives (sudeste de Gales, Reino Unido):** Emma Jenkins, gerente de Shared Lives for Mental Health Crisis, South East Wales Shared Lives Scheme, Caerphilly CBC (Reino Unido); Martín Thomas, gerente comercial, South East Wales Shared Lives Scheme, Caerphilly CBC (Reino Unido); Benna Waites, directora

conjunta de psicología, asesoramiento y terapias de arte, salud mental y discapacidades de aprendizaje, Aneurina Bevan University Health Board (Reino Unido); Rachel White, gerente del equipo de tratamiento domiciliario, dirección de salud mental de adultos, Aneurina Bevan University Health Board (Reino Unido).

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

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

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

**Líbano:** Rabih El 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 de Líbano; Thurayya Zreik, coordinadora del proyecto Calidad y Derechos (QualityRights) de Líbano.

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

## Revisión técnica y contribuciones por escrito

María Paula Acuña González, expasante de la OMS (Irlanda); Christine Ajulu, Foro de promoción de los derechos humanos (Kenya); John Allan, área de salud mental, alcohol y otras drogas, Clinical Excellence Queensland, Queensland Health (Australia); Jacqueline Aloo, Ministerio de Salud (Kenya); Caroline Amissah, Autoridad de Salud Mental (Ghana); Sunday Anaba, BasicNeeds (Ghana); Naomi Anyango, hospital docente y de referencia Mathari (Kenya); Aung Min, iniciativa de salud mental de la Clínica Aung (Myanmar); Antoine Baleige, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Shantha Barriga, división de derechos relacionados con la discapacidad, Human Rights Watch (Bélgica); Peter Bartlett, Facultad de Derecho e Instituto de Salud Mental de la Universidad de Nottingham (Reino Unido); Marie Baudel, laboratorio de derecho y cambio social, Universidad de Nantes (Francia); Frank Bellivier, Ministerio de Salud (Francia); Alison Brabban, Tees, Esk & Wear Valleys NHS Foundation Trust (Reino Unido); Jonas Bull, Mental Health Europe (Bélgica); Peter Bullimore, National Paranoia Network (Reino Unido); Raluca Bunea, Open Society Foundations (Alemania); Miroslav Cangár, Consejo Asesor de Trabajo Social (Eslovaquia); Mauro Giovanni Carta, Departamento de Ciencias Médicas y Salud Pública de la Universidad de Cagliari (Italia); Marika Cencelli, Mental Health, NHS England (Reino Unido); Vincent Cheng, Hearing Voices (Hong Kong); Dixon

Chibanda, Friendship Bench (Zimbabwe); Amanda B. Clinton, Asociación Estadounidense de Psicología (Estados Unidos); Jarrod Clyne, International Disability Alliance (Suiza); Joel D. Corcoran, Clubhouse International (Estados Unidos); Alain Dannet, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Bhargavi Davar, Transforming Communities for Inclusion – Asia-Pacific (TCI–AP) (India); asesor Liron David, Enosh – Asociación Israelí de Salud Mental (Israel); Sera Davidow, Wildflower Alliance (antes conocida como Western Massachusetts Recovery Learning Community) (Estados Unidos); Larry Davidson, programa para la recuperación y la salud comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale (Estados Unidos); Gabriela B. de Luca, Open Society Foundations (Estados Unidos); Laurent Defromont, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Keshav Desiraju, exsecretario de salud (India); Julian Eaton, CBM Global (Reino Unido); Marie Fallon-Kund, Mental Health Europe (Bélgica); Julia Faure, consultora de la OMS (Francia); Silvana Galderisi, Universidad de Campania; Luigi Vanvitelli (Italia); Rosemary Gathara, Basic Needs Basic Rights Kenya (Kenya); Walter Gekle, Soteria Berne (Suiza); Piers Gooding, Melbourne Social Equity Institute de la Universidad de Melbourne (Australia); Ugne Grigaitė, ONG Mental Health Perspectives (Lituania); Ahmed Hankir, Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencias, King’s College de Londres (Reino Unido); Sarah Harrison, International Medical Corps (Turquía); Akiko Hart, National Survivor User Network (Reino Unido); Hee-Kyung Yun, Centro Colaborador de la OMS para la Rehabilitación Psicosocial y la Salud Mental Comunitaria, Hospital Mental Yong-In (República de Corea); Helen Herrman, Orygen y Centro de Salud Mental Juvenil, Universidad de Melbourne (Australia); Mathew Jackman, Global Mental Health Peer Network (Australia); Florence Jaguga, hospital docente y de referencia Moi (Kenya); Jazmín Kalha, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Olga Kalina, European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry (Dinamarca); Elizabeth Kamundia, Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya (Kenya); Clement Kemboi Cheptoo, Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya (Kenya); Tim Kendall, Salud Mental, NHS England (Reino Unido); Judith Klein, INclude-The Mental Health Initiative (Estados Unidos); Sarah Kline, United for Global Mental Health (Reino Unido); Humphrey Kofie, Sociedad de Salud Mental de Ghana (Ghana); Martijn Kole, Lister Utrecht Enik Recovery Center (Países Bajos); Géry Kruhelski, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Kimberly Lacroix, Bapu Trust for Research on Mind and Disclosure (India); Rae Lamb, Te Pou o te Whakaaro Nui (Nueva Zelanda); Marc Laporta, Centro de Investigación del Hospital Douglas, Centro Colaborador de la OPS/OMS para Referencia e Investigación sobre Salud Mental, Montreal (Canadá); Tuncho Levav, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad de Haifa (Israel); Konstantina Leventi, The European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (Bélgica); Long Jiang, Shanghai Mental Health Centre, Universidad de Shanghai Jiao Tong, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación en Salud Mental (China); Florence Wangechi Maina, Medical Training College de Kenya, Mathari Campus (Kenya); Felicia Mburu, Validity Foundation (Kenya); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, David McGrath Consulting (Australia); Roberto Mezzina, International Mental Health Collaborating Network (IMHCN), Italia, exdirector del Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia del Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Matilda Mghoi, División de Salud Mental del Ministerio de Salud (Kenya); Jean-Dominique Michel, Pro Mente Sana (Suiza); Tina Minkowitz, Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry (Estados Unidos); Faraaz Mohamed, Open Society Foundations (Estados Unidos); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (Reino Unido); María Francesca Moro, Departamento de Epidemiología de la Facultad de Salud Pública de Mailman, Universidad de Columbia (Estados Unidos); Marina Morrow, Realizing Human Rights and Equity in Community Based Mental Health Services, Universidad de York (Canadá); Joy Muhia, QualityRights Kenya, División de Salud Mental del Ministerio de Salud (Kenya); Elizabeth Mutunga, Alzheimer and Dementia Organization (Kenya); NA-Rae Jeong, Centro Colaborador de la OMS para la Rehabilitación Psicosocial y la Salud Mental Comunitaria, Hospital Mental Yong-In (República de Corea); Lawrence Nderi, Hospital Nacional Académico y de Referencia Mathari (Kenya); Mary Nettle, consultora de usuarios de salud mental (Reino Unido); Simon Njuguna Kahonge, Ministerio de Salud (Kenya); Akwasi Owusu Osei, Autoridad de Salud Mental (Ghana); Cláudia Pellegrini Braga, fiscalía de Río de Janeiro (Brasil); Sifiso Owen Phakathi, Dirección de Salud Mental y Política de Consumo de Sustancias Psicoactivas del Departamento de Salud (Sudáfrica); Phillips de Ross, Pathways (Nueva Zelanda); Dainius Puras, Instituto de Vigilancia de los Derechos Humanos/Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Vilnius (Lituania); Gerard Quinn, Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (Irlanda); Marianne Ramonet, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Julie Repper, Nottinghamshire Healthcare Trust, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Pina Ridente, psiquiatra, Italia; Jean-Luc Roelandt, Centro Colaborador de la OMS para la investigación y la capacitación en salud mental, Establecimiento Público de Salud Mental

(EPSM) Lille-Métropole (Francia); Grace Ryan, Centre for Global Mental Health, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); San Oo, iniciativa de salud mental de la Clínica Aung (Myanmar); Benedetto Saraceno, Lisbon Institute of Global Mental Health, CEDOC/NUEVA, Facultad de Medicina (Portugal); Natalie Schuck, Departamento de Estudios Legales Transfronterizos, Global Health Law Groningen Research Centre de la Universidad de Groninga (Países Bajos); Seongsu Kim, Centro de Respuesta de Crisis de Salud Mental, Nuevo Hospital Psiquiátrico Provincial Gyeonggi (República de Corea); Dudu Shiba, Directorate of Mental Health and Substance Abuse Policy, del Departamento de Salud (Sudáfrica); Mike Slade, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Alexander Smith, WARP/Counseling Service del Condado de Addison (Estados Unidos); Gregory Smith, Mountaintop, Pensilvania (Estados Unidos); Daniela Speh, Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación, Oficina Corporativa de Capacitación y Desarrollo ASUGI, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (Italia); Ellie Stake, Charity Chy -Sawel (Reino Unido); Peter Stastny, International Network Towards Alternatives and Recovery (INTAR)/Community Access NYC (Estados Unidos); Sladjana Strkalj Ivezic, Centro Comunitario de Rehabilitación de Hospital Psiquiátrico Universitario Vrapce (Croacia); Charlene Sunkel, Global Mental Health Peer Network (Sudáfrica); Sauli Suominen, Finnish Personal Ombudsman Association (Finlandia); Orest Suvalo, Instituto de Salud Mental de la Universidad Católica Ucraniana (Ucrania); Kate Swaffer, Dementia Alliance International, Alzheimer's Disease Internacional (Australia); Tae-Young Hwang, Centro Colaborador de la OMS para la Rehabilitación Psicosocial y la Salud Mental Comunitaria, Hospital Mental Yong-In (República de Corea); Bliss Christian Takyi, St. Joseph Catholic Hospital, Nkwanta (Ghana); Katelyn 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 (SMAPS) (Dinamarca); Alberto Vásquez Encalada, Sociedad y Discapacidad (SODIS), Suiza; Simon Vasseur Bacle, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia), Establecimiento Público de Salud Mental (EPSM) Lille-Métropole (Francia); Ruth Verhey, Friendship Bench (Zimbabue); Lakshmi Vijayakumar, Society for Nutrition, Education & Health Action, Servicios Voluntarios de Salud (India); Benna Waites, psicología, asesoramiento y terapias de arte, Aneurin Bevan University Health Board (Reino Unido); Ian Walker, salud mental, ENT y programa UKOT Programme, División de Salud Pública Mundial, Public Health England (Reino Unido); Petr Winkler, Departamento de Salud Mental Pública, Instituto Nacional de Salud Mental (República Checa); Stephanie Wooley, European Network of (Ex) Users and Survivors of Psychiatry (Francia); Alexandre Willschleger, Salud Mental, Hôpitaux Universitaires Genève (Suiza); Peter Badimark Yaro, BasicNeeds Ghana (Ghana); Yifeng Xu, Centro de Salud Mental de Shanghai, Universidad Jiao Tong de Shanghai, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación en Salud Mental (China); Luk Zelderloo, The European Association of Service Providers for Persons with Disabilities, Zero Project (Bélgica); Maximilien Zimmerman, Fédération Handicap International – Humanity & Inclusion (Bélgica); Martin Zinkler, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Heidenheim (Alemania).

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

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

## Agradecimientos especiales

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

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

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

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

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

## Resumen

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

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

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

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

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

## Introducción

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

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

Desde la adopción de la Convención en el 2006, un número cada vez mayor de países tratan de reformar sus leyes y políticas con el fin de promover los derechos a la inclusión comunitaria, la dignidad, la autonomía, el empoderamiento y la recuperación. Sin embargo, hasta la fecha, pocos países han establecido los marcos normativos y legislativos necesarios para afrontar los cambios de gran alcance exigidos por el marco internacional de derechos humanos. En muchos casos, las políticas y las leyes existentes perpetúan la atención basada en el internamiento en instituciones, el aislamiento y las prácticas de tratamiento coercitivas y nocivas.

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

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

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

En muchos países, la atención comunitaria de salud mental abarca una variedad de servicios, desde servicios en momentos de crisis, de alcance comunitario, de apoyo entre pares o de atención hospitalaria, hasta servicios de asistencia a la vida cotidiana o centros comunitarios de salud mental. Los ejemplos presentados en estas orientaciones abarcan diversos contextos, por ejemplo, desde el

## Mensajes clave de estas orientaciones

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

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

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

En cada descripción de un servicio de salud mental se presentan los principios fundamentales subyacentes al servicio, incluido su compromiso de respeto de la capacidad jurídica, las prácticas no



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

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

## También se requieren cambios importantes en el sector social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Recomendaciones clave

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

1

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

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

2

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

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

3

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

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

4

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

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

5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En concreto, en los módulos técnicos:

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

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

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

### Cómo usar los documentos

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

Estos documentos están dirigidos a:

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

### Nota sobre la terminología

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



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

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

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

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

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



**1.**

**Introducción**

# Introducción

Los centros de salud mental comunitarios ofrecen opciones de atención y apoyo a las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales en la comunidad. Estos centros están pensados para proporcionar apoyo fuera del ámbito institucional, en la proximidad del domicilio.

El abanico de prestaciones que se pueden vehicular a través de estos centros varía en función del tamaño, el contexto y los vínculos con el sistema general de salud del país. Sin embargo, todos los ejemplos recogidos en este documento ofrecen servicios de consulta, con sesiones individuales o grupales, en las que se presta apoyo a la persona para que comience o continúe diferentes formas de atención, como orientación, terapia o medicación, o para que las dé por terminadas.

Para apoyar a las personas a las que atienden, estos servicios también recalcan la importancia de la inclusión social y la participación en la vida comunitaria, y actúan para lograr esos objetivos. En este contexto, son características importantes el apoyo entre pares y la ayuda para acceder a oportunidades de educación, empleo, capacitación, actividades sociales y ocio. Muchos centros de salud mental asumen activamente una función coordinadora para la derivación de personas a diferentes servicios y apoyos en la comunidad. Los ejemplos reseñados en la siguiente sección reflejan la diversidad de estas funciones y actividades.

Es importante tener en cuenta que todos los centros de salud mental descritos en este módulo técnico adoptan un enfoque holístico y centrado en la persona, intentan reducir las asimetrías de poder entre el equipo profesional y los usuarios, y ven la prestación de apoyo más allá del tratamiento médico.

En algunos países, estos centros comunitarios son un pilar básico del sistema de salud mental. No solo prestan atención y apoyo esenciales en la comunidad, sino que también sirven como piedra angular para la coordinación y la continuidad de la atención. Por lo tanto, es primordial garantizar que brinden atención y apoyo desde la misma comunidad, orientándose a los derechos y centrándose en el enfoque orientado a la recuperación.

Los servicios descritos en el presente módulo técnico se eligieron tras una extensa búsqueda y análisis de los servicios encontrados por medio de una revisión bibliográfica, una búsqueda exhaustiva en internet y una consulta electrónica, con el aporte de las redes y los colaboradores de la OMS. Puede consultarse una descripción detallada de la metodología en el anexo de las *Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*. El proceso de selección se basó en los cinco criterios relativos a los derechos humanos y la recuperación: el respeto de la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la participación, la inclusión en la comunidad y el enfoque orientado a la recuperación. Cuando resulta posible o apropiado, se da prioridad a los servicios de zonas de ingresos bajos y regiones geográficas infrarrepresentadas, así como a los servicios que cuentan con datos de evaluación. Precisamente, una de las mayores dificultades encontradas es la falta de datos sólidos de evaluación, un problema que atañe a todas las categorías de servicios. La necesidad de invertir más en la evaluación de los servicios es una de las recomendaciones formuladas en la sección sobre medidas y pasos a seguir de *Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*. Los servicios descritos en el presente módulo técnico no deben interpretarse como las mejores prácticas posibles, sino que ilustran y demuestran el enorme

potencial que tienen los servicios de salud mental basados en la comunidad para promover el enfoque de la recuperación centrado en la persona, con pleno respeto por sus derechos.

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



# 2.

## **Centros de salud mental comunitarios: descripción y análisis**

2.1

# Aung Clinic

Rangún (Myanmar)





## Clasificación principal: Servicio de atención en momentos de crisis

### Otras clasificaciones:

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

### Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí  No

### Evidencia:

- Estudios publicados  Bibliografía gris  Ninguna

### Financiamiento:

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

## Contexto

Myanmar es un país de ingresos bajos (1) y uno de los países más pobres del sudeste asiático. Rangún, con siete millones de habitantes, es la ciudad más grande. Myanmar es un país étnicamente diverso, compuesto por más de 135 grupos étnicos reconocidos por el gobierno, el mayor de los cuales son los bamar, que constituyen casi el 70% de la población. Durante décadas, el país se ha visto sacudido por conflictos internos que han tenido consecuencias perjudiciales para la salud mental de la población y la comunidad (2).

En el 2017, el gasto de Myanmar en atención médica representaba solo el 1% del PIB (3), uno de los porcentajes más bajos del mundo. Al mismo tiempo, las tasas de mortalidad infantil y materna se encuentran entre las más altas del sudeste asiático (4).

En el país hay dos hospitales psiquiátricos (uno en Rangún y el otro en Mandalay) y 22 plantas de salud mental en hospitales generales. En total hay 120 camas en las unidades medicolegales de salud mental (5). Además, existen 35 dispensarios ambulatorios de salud mental adscritos a hospitales generales, siete de los cuales se encuentran en Rangún. Estos dispensarios atienden uno o dos días por semana y realizan evaluaciones, diagnósticos y seguimientos, recetan medicación y proporcionan apoyo.

Aung Clinic es un servicio comunitario de salud mental situado en Rangún. Se trata de un servicio innovador, único de su clase en el país, que colabora con las dependencias del gobierno local, así como con varias ONG nacionales.

### Descripción del servicio

Aung Clinic ofrece diversas intervenciones para ayudar a las personas con problemas mentales y discapacidades psicosociales, fuera del entorno institucional. El servicio sigue un planteamiento holístico y centrado en la persona, apartado de la concepción biomédica de la salud mental. En este sentido, se evita utilizar el lenguaje medicalizado (palabras como *enfermedad*, *trastorno*, *síndrome*) y las etiquetas estigmatizantes como *loco*, *demente* o *imbécil*.

El equipo está compuesto por una psiquiatra y un médico que también es arteterapeuta, así como cinco trabajadores de apoyo entre pares que cobran un sueldo. El centro está abierto todos los días de 9:00 am a 5:00 pm, pero también presta servicios de alcance comunitario a los usuarios y a sus familias en sus propios hogares, junto con un seguimiento telefónico y atención por internet, siempre que sea necesario, y se atienden urgencias los fines de semana.

En total, la clínica presta apoyo a más de 200 personas y sus familias. Atiende a personas con diferentes problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, así como con discapacidades intelectuales. No se excluye ningún grupo de diagnóstico; entre los usuarios hay personas diagnosticadas con trastorno de estrés postraumático, psicosis, bipolaridad, ansiedad y depresión, así como personas con problemas de drogas e ideas suicidas. Las personas pueden acudir al centro durante el día, inclusive las que viven en la calle, pero no hay opción de pernoctar. Al estar varias horas del día en el centro, a menudo es posible evitar la hospitalización de personas que atraviesan por una crisis.

La clínica está abierta a todo el mundo, pero no se permite entrar a las personas en estado de embriaguez o bajo los efectos de las drogas. Si alguien presenta un problema agudo de salud física, se lo deriva al hospital general; más adelante, puede volver cuando se haya repuesto. Si una persona agrede a otra, se informa a las autoridades, incluida la policía si es necesario; en estos casos se hace todo lo posible para desescalar la situación, pero si los intentos son infructuosos, se puede derivar a la persona al hospital psiquiátrico. La clínica también está abierta a personas con ideas de suicidio, siempre que pueda estar con ellas un cuidador acompañante.

El servicio ofrece una cartera completa de intervenciones: evaluaciones de salud mental, asesoramiento individual, terapia de grupo, medicación, capacitación laboral, grupos de apoyo de pares y grupos para familias. Se realizan varias formas de terapia: terapia conversacional, terapia familiar, atención plena (*mindfulness*) y terapias ocupacionales y laborales. También se ofrece arteterapia (6), que en algunas ocasiones permite a los usuarios obtener ingresos de las exposiciones (7), ya que participan en el reparto de los beneficios derivados de la venta de sus s. Otras intervenciones son la ayuda con la lectura, la administración básica del dinero, la aritmética, las habilidades generales para la vida, la carpintería y la cocina, a través de un club de cocina semanal.

En la primera visita a la clínica, se realiza una evaluación con la psiquiatra y se prepara un plan de tratamiento para la persona, de acuerdo con sus preferencias. Se exploran las redes de apoyo externas (familia y allegados), incluyéndolas en el proceso terapéutico siempre que sea posible, pero únicamente con el consentimiento de la persona. Las personas deciden durante cuánto tiempo desean asistir a la clínica; algunas acuden apenas a unas pocas visitas y otras, durante meses o años.

El servicio cuenta con un grupo activo de apoyo de pares, integrado por 30 miembros y dedicado al desarrollo de capacidades, las labores de promoción y el avance de los derechos de las personas con problemas mentales y discapacidades psicosociales. Además, se realizan sesiones mensuales con

un grupo de apoyo de pares para las familias. Gracias al trabajo de estos grupos, las personas que asisten a la clínica y sus familias conocen los derechos que les amparan en virtud de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y reciben apoyo para abogar por mejores tratamientos.

Aung Clinic colabora con otras ONG de Rangún, incluida la Asociación de Autismo de Myanmar (8) y la organización Future Stars (9), que ofrece asistencia a las personas con discapacidades intelectuales y sus familias.

### ***Trabajo con las minorías étnicas***

El equipo de Aung Clinic ha realizado talleres de capacitación con asistentes de Back Pack Health Worker Team (BPHWT) (10), que prestan servicios de salud a las minorías étnicas desplazadas, como las etnias karen, kayán, kachín, chin, shan, palaung, pao, mon y rakáin. Llevan a cabo su trabajo en clínicas comunitarias y mediante intervenciones basadas en la comunidad. Hasta la fecha, BPHWT ha atendido a alrededor de 80 personas con problemas de salud mental y a sus familias, en sus comunidades.

El personal de Aung Clinic también ha ayudado con la educación y capacitación en materia de salud mental para médicos generalistas, psiquiatras jóvenes y otros profesionales de salud mental, promoviendo la agenda de los derechos humanos y la atención holística. A veces, los mismos asistentes en las prácticas han vivido experiencias traumáticas y difíciles, en particular los de etnias minoritarias, como los karen. Por este motivo, las actividades de capacitación con estos asistentes exigen una sensibilidad adicional.

Aparte de sus actividades terapéuticas y pedagógicas, Aung Clinic defiende los derechos de las personas con problemas mentales y discapacidades psicosociales a través de su trabajo con escuelas, empresas y organizaciones locales, para garantizar que puedan participar en todos los aspectos de la vida.

## Principios y valores fundamentales

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

Aung Clinic trabaja para promover la voz, la voluntad y las preferencias de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales. Mediante sus actividades terapéuticas, busca empoderar a las personas que de otro modo correrían un riesgo de internamiento en instituciones. El objetivo de la clínica es ayudar a las personas a tener más confianza en sí mismas y mayor sensación de control sobre su vida. Se anima a los usuarios a tomar sus propias decisiones y elegir los tratamientos que desean como parte de su plan asistencial, después de hablar de las posibilidades disponibles. Pueden pedir ayuda y apoyo para tomar sus decisiones, pero no se utilizan planes anticipados.

Siempre se recaba el consentimiento de los usuarios cuando se plantea administrar medicación, y se los informa de los posibles efectos secundarios y las limitaciones del tratamiento. Si sufren efectos secundarios incapacitantes, se los ayuda a reducir la medicación que toman; a veces, pueden dejar de medicarse por completo, pasando a hacer un trabajo estrictamente no farmacológico.

Aunque no hay protocolos de apoyo para la toma de decisiones, el equipo de Aung Clinic se cuida de no imponer sus puntos de vista y valores, a fin de no influir en las decisiones que toman las personas con respecto a su tratamiento y su vida. En este sentido, Aung Clinic reconoce que la diferencia de poder entre el personal y los usuarios tiene el potencial de influir en sus decisiones. A todos los

miembros nuevos del equipo se les da capacitación para que reconozcan dichas dinámicas y trabajen para reducirlas. En los grupos de apoyo entre pares, se anima a los participantes a expresar sus deseos y preferencias, que quedan documentados para garantizar que el tratamiento y el apoyo proporcionados se ajusten a su voluntad.

### ***Prácticas no coercitivas***

Todos los servicios de la clínica se ofrecen de forma voluntaria. No se utiliza la coerción; no se obliga a nadie a medicarse ni se aplican intervenciones sin consentimiento. Cuando una persona se pone nerviosa, el personal hace todo lo posible por hablar con ella, a fin de comprender sus necesidades y apoyarla, para evitar el uso de la coerción y los ingresos hospitalarios forzosos. Se imparte capacitación al personal de Aung Clinic para que sepa manejar las situaciones de tensión con medidas de desescalada. En esta capacitación se utiliza el juego de roles para ilustrar las diferentes reacciones que puede tener una persona y demostrar por qué las medidas coercitivas pueden ser dañinas y causar sufrimiento.

Sin embargo, en ocasiones es preciso derivar a las personas al hospital, donde sí se aplican medidas coercitivas. Antes de la derivación, se mantiene una larga charla con la persona y su familia, para tratar de acordar una solución distinta. Si no es posible, se solicita el ingreso voluntario con el visto bueno de la persona afectada. En caso de que el ingreso sea forzoso, el equipo de Aung Clinic se manifiesta en contra de las medidas coercitivas e intenta que le den el alta a la persona lo más rápido posible, para reanudar el proceso de apoyo desde la comunidad.

### ***Inclusión en la comunidad***

Aung Clinic también trabaja intensamente por el desarrollo de capacidades en la comunidad, promoviendo la idea de que las personas con problemas mentales o discapacidades psicosociales no deben ser discriminadas en la educación o el empleo. El propio centro busca actuar como modelo de inclusión, generando una cultura acogedora, propicia e inclusiva y ofreciendo posibilidades para apoyar a las personas en su domicilio. Se ayuda a las personas a encontrar trabajo, colaborando con las familias y las comunidades para abogar para que se les dé empleo o se les permita reincorporarse. El proyecto de arteterapia también genera oportunidades de obtener ingresos. Sin embargo, el servicio no cuenta con intervenciones específicas en las áreas de vivienda o empleo fuera de la propia clínica. En zonas que se recuperan de conflictos, el servicio ayuda a construir relaciones positivas en la comunidad, participando en el desarrollo comunitario y los diálogos políticos, lo cual puede ayudar a cimentar las condiciones adecuadas para el empleo, la educación y otras oportunidades para las personas con problemas de salud mental.

### ***Participación***

A través de los grupos de apoyo de pares, la clínica crea un espacio para que los usuarios aprendan a articular sus deseos y preferencias sin asimetrías de poder, fomentando una cultura de empoderamiento. Varios trabajadores de apoyo entre pares han recibido formación en habilidades básicas de asesoramiento, en la gestión de reuniones y en habilidades básicas de redacción y organización. También han recibido formación sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Estos trabajadores ahora cobran una remuneración por el trabajo que desempeñan y participan de los procesos de toma de decisiones de Aung Clinic. Han colaborado con otras ONG, como la Federación de Personas con Discapacidad de Myanmar, Future Stars y Bethzatha Disabled Development Organization.

Cinco mujeres del grupo de apoyo de pares se encargan de las iniciativas de promoción de los derechos de las mujeres. En la actualidad, dos de ellas reciben una remuneración y se prevé que todas cobren un sueldo en el futuro. Por último, se solicitan las opiniones y los comentarios de los usuarios, que luego se tienen en cuenta para diseñar las prácticas de la clínica.

### ***Enfoque de recuperación***

El plan de recuperación abarca los objetivos a corto y largo plazo, las previsiones ante las crisis, la contribución de las familias, la participación del equipo médico, las terapias específicas que se utilizarán, las formas en que la persona puede ayudarse a sí misma y las necesidades de defensa de la causa. Siempre se procura centrar la atención en las soluciones en lugar de los problemas. De esta manera, el personal busca conocer los puntos fuertes de la persona y trabaja con ella para ayudarla a recobrar el sentimiento de control sobre su vida. Con este planteamiento, se ayuda a las personas a comunicarse más fácilmente y con mayor autoconfianza, así como a encontrar un sentido de empoderamiento, significado y esperanza. También se busca ayudar a las personas a definir un papel para sí mismas en la sociedad y se promueve la responsabilidad personal para forjarse una identidad positiva.

## Evaluación del servicio

En el 2020, una asesora externa realizó una evaluación cualitativa que no se ha publicado, con tres grupos de opinión y cinco entrevistas individuales (11). Los 20 participantes refirieron resultados positivos de su asistencia a la clínica y otorgaron especial valor a las sesiones de arteterapia y terapia grupal. Mencionan el hecho de encontrar “aceptación” y muchos afirman que, desde que asisten al centro, se sienten más capaces de manejar sus problemas de salud mental. A su vez, esto conllevó una reducción de los conflictos con las familias y los vecinos. Una mujer afirma: “Antes me peleaba con mis hijos y me iba de casa. Ahora ya no es así, porque soy capaz de controlarme”. Otra explica: “A veces, nosotros [mi familia] nos sentamos en círculo, como si hiciéramos terapia de grupo, y hablamos de lo que tenemos en el corazón. Nos valoramos mutuamente”.

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

Aung Clinic no tiene ánimo de lucro y presta sus servicios de forma gratuita. Se inauguró en el 2010 sin financiamiento externo y se ha ampliado en los últimos años mediante el financiamiento de Open Society Foundations. Entre el 2015 y el 2016, recibió US\$ 25.000 de Open Society Foundations (12), monto que aumentó hasta los US\$ 176.000 para el período comprendido entre octubre del 2018 y septiembre del 2020.

## Dificultades y soluciones

### ***Transformar las percepciones negativas***

Uno de los desafíos para la creación del servicio fue la creencia muy extendida —entre las personas afectadas, las familias, los profesionales de la salud mental y la comunidad— de que las enfermedades mentales y las discapacidades psicosociales solo pueden abordarse a través del modelo biomédico. Otro desafío relacionado que surgió durante la puesta en marcha fue el arraigado estigma social en torno a la enfermedad mental.

Trabajar con un paradigma centrado en la persona y orientado a la recuperación produjo resultados positivos, que pusieron en cuestión las ideas preconcebidas sobre la enfermedad mental como un problema exclusivamente médico, así como otros prejuicios negativos. Las continuas conversaciones con las familias y los profesionales han sido importantes para explicar los beneficios de este paradigma. Prestar el servicio en un entorno no clínico, con un equipo profesional diverso dedicado a la arteterapia, el asesoramiento mutuo y las terapias grupales, entre otras actividades, también ha contribuido a desterrar las ideas falsas.

Como forma de abordar el estigma, se trabaja con los medios de comunicación locales para abogar por la inclusión social y mejorar la atención a la salud mental. El centro también colabora con empresas a fin de encontrar oportunidades de empleo para las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, lo cual ayuda a modificar las percepciones negativas de la comunidad. Asimismo, se lleva a cabo un trabajo de alcance comunitario en zonas apartadas, con el objetivo de llegar a las etnias minoritarias.

Uno de los principales logros de Aung Clinic ha sido el cambio cultural iniciado a raíz de su labor pedagógica. La capacitación proporcionada por Aung Clinic ha influido en la actitud del equipo del hospital psiquiátrico, que ahora es más receptivo a las nuevas formas de trabajar. Este elemento pedagógico puede compensar, de alguna manera, la resistencia a la novedad que tienden a mostrar las personas y organizaciones que se benefician del *statu quo*.

### ***Superar las restricciones de financiamiento***

Aunque el centro podría mantenerse sin financiamiento externo, la actual oferta de intervenciones no sería posible. Con un aumento de los fondos, el servicio podría ampliarse a otras ciudades y comunidades de Myanmar.

Una de las dificultades que enfrenta en estos momentos Aung Clinic es el incremento de demanda derivado de su éxito. Por ahora, es posible ofrecer los servicios de forma gratuita, gracias al financiamiento externo, y también se subvencionan los desplazamientos de usuarios y familias que tienen que recorrer largas distancias.

Para satisfacer la creciente demanda, el servicio contempla introducir una estructura de pagos proporcionales, ya que algunos usuarios pueden permitirse parte de los costos. También se plantea cobrar honorarios por parte del trabajo educativo. Las ventas de las obras de arte realizadas en el centro también pueden ayudar a costear el programa. Estas soluciones harían que el servicio fuese más autosuficiente y económicamente sostenible a largo plazo.

Otro factor que ha contribuido a la sostenibilidad financiera del servicio es su capacidad para involucrar a los usuarios en el funcionamiento cotidiano del centro. Los 30 miembros del grupo de apoyo de pares se ofrecen regularmente como voluntarios para ayudar a las personas que se incorporan al servicio en las reuniones, las conversaciones y las sesiones de cocina. Los usuarios pueden participar en las actividades como acompañantes e involucrarse en la toma de decisiones, por lo que en muchos casos permanecen vinculados al centro durante años.

Aun así, el financiamiento es una dificultad crónica. En agosto del 2019, las fuertes lluvias e inundaciones que afectaron a Rangún provocaron graves desperfectos en el edificio. Muchas de las salas quedaron inundadas y fue preciso contratar cuantiosas tareas de reparación, con un costo considerable.

### ***Mejorar el acceso***

Acceder al servicio era complicado para las personas que residen fuera de la capital, Rangún, sobre todo porque no se ofrece la posibilidad de pernoctar en el centro. Como solución, la clínica colabora con iglesias, monasterios y otros alojamientos de la ciudad, de modo que las personas de fuera de Rangún puedan asistir al servicio mientras se hospedan en uno de estos lugares.

### ***Corregir las asimetrías de poder***

El lenguaje que emplean los profesionales de la salud muchas veces resulta intimidante para las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, sus familias y las comunidades étnicas. Este efecto puede socavar su confianza para hablar de las cosas que les parecen útiles o que no les ayudan. También limita los beneficios que se pueden obtener de un abordaje de recuperación y del trabajo de apoyo entre iguales.

Para superar este obstáculo, la clínica alienta a las personas a tener confianza en su propia forma de hablar sobre la salud mental y sobre la curación, y a no dejarse intimidar por la actitud de los profesionales, ayudándolas a expresarse con sus propias palabras.

También puede ser difícil integrar los conceptos nuevos sobre salud mental (como el enfoque orientado a la recuperación) con las ideas que ya se han formado las personas sobre su salud mental y su curación. La clínica ha encontrado formas de compatibilizar el enfoque centrado en la persona y orientado a la recuperación con las prácticas culturales ya existentes, como la meditación y el arte.

## Consideraciones clave para diferentes contextos

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

- aprovechar los marcos internacionales para integrar y promover el trabajo del servicio, por ejemplo, la salud como derecho humano, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS);
- abrazar una visión a largo plazo, con perseverancia y paciencia;
- emplear una combinación estratégica de intervenciones terapéuticas, defensa de la causa y trabajo pedagógico;
- hacer hincapié en la sencillez, la flexibilidad y la adaptación del servicio a las necesidades de las personas con problemas de salud mental y psicosociales crónicos;
- fomentar las asociaciones y colaboraciones con otros servicios e iniciativas;
- entablar relaciones positivas con otros servicios de salud mental, incluidos los hospitales psiquiátricos públicos, especialmente ofreciéndoles capacitación;
- permanecer abiertos a cualquier otro recurso disponible para ayudar a las personas a encontrar un camino hacia su recuperación, como el arte y la cocina;
- promover la participación de los investigadores más jóvenes (p. ej., doctorandos, orientadores y psiquiatras) en el estudio y evaluación de los servicios orientados a la recuperación y basados en los derechos humanos.

## Información adicional y recursos:

### **Sitio web:**

<https://www.aungclinicmh.org>

### **Videos:**

Myint Myat Thu. Imágenes sanadoras. Exposición de obras realizadas por los usuarios de arteterapia, 2019 [en birmano].

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

### **Contacto:**

San San Oo, psiquiatra y terapeuta de EMDR, jefa de equipo, iniciativa de salud mental de Aung Clinic, Rangún, Myanmar.

Correo electrónico: [sansanoo64@gmail.com](mailto:sansanoo64@gmail.com)



2.2

# Centros de atención psicosocial (CAPS) III

Brasilândia (Brasil)



### Clasificación principal: Centro de salud mental comunitario

#### Otras clasificaciones:

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

#### Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí       No

#### Evidencia:

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

#### Financiamiento:

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

## Contexto

La atención a la salud mental en Brasil se articula en el marco del Sistema Único de Salud (SUS) a través de distintos servicios, entre los que se encuentran los centros de atención psicosocial (CAPS) (13), servicios comunitarios que están bien integrados en el nivel de atención primaria. Los CAPS ofrecen atención y apoyo a personas con trastornos mentales graves o persistentes y discapacidades psicosociales, incluso en situaciones de crisis y dificultad. Fueron concebidos para asumir la función que tradicionalmente ejercían los hospitales psiquiátricos.

Los CAPS se clasifican según el tamaño de la población cubierta. Los CAPS I atienden a la población adulta en áreas de afluencia de más de 15.000 habitantes, los CAPS II en áreas de más de 70.000 y los CAPS III en áreas de más de 150.000 habitantes. Los CAPSi atienden a la población infantil y adolescente, mientras que los CAPSad se especializan en problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Existen configuraciones alternativas: por ejemplo, aunque los CAPS I y los CAPS II atienden principalmente a las personas adultas, también admiten a niños, niñas y adolescentes para garantizar el acceso al apoyo comunitario donde no existen centros CAPSi. Los CAPS III atienden a personas adultas, así como a la población infantil y adolescente, en zonas de afluencia cuya población supera los 150.000 habitantes. La mayoría de los CAPS abren entre semana en horario regular, pero los CAPS III funcionan las 24 horas del día, todos los días de la semana, con la posibilidad de pernoctar en ellos si es necesario (13).

En este apartado se describe el servicio del CAPS III de Brasilândia, que cubre una población de 430.000 habitantes dentro del municipio de São Paulo. El área de afluencia del centro, en la que se concentra una gran cantidad de favelas, padece altos niveles de violencia urbana y vulnerabilidad social.

La región de Brasilândia cuenta con una red diversificada de servicios de salud mental que comprende varios servicios basados en la comunidad. Por ejemplo, hay un CAPSi II para niños, niñas y adolescentes y un CAPSad III para personas adultas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Igualmente, vinculados al CAPS III de Brasilândia hay tres centros de vida independiente (servicios residenciales terapéuticos) y 19 centros de salud primaria (unidades básicas de salud). Las unidades básicas de salud, que proporcionan atención comunitaria básica, son el primer punto de contacto del sistema de salud de Brasil. En 13 de las unidades básicas de salud de Brasilândia existen equipos de salud familiar, que realizan actividades de alcance comunitario, generando vínculos más fuertes entre la comunidad y la unidad básica de salud.

La red de servicios de salud mental de la región también comprende cinco centros de apoyo a la salud familiar (núcleos ampliados de salud de la familia, o NASF) (14), que colaboran con los equipos de salud familiar y las unidades básicas de salud. Los centros NASF albergan equipos multidisciplinarios de expertos, incluida el área de la salud mental. Su cometido consiste en analizar casos clínicos, realizar interconsultas con los equipos de salud familiar y los equipos de la unidad básica de salud, colaborar en los planes de recuperación centrados en la persona y desempeñar actividades de prevención y promoción de la salud. También trabajan en estrecha colaboración con los CAPS en la derivación y valoración de los casos de salud mental.

Esta integración y vinculación entre las redes de atención primaria y de salud mental, dentro del Sistema Único de Salud, ha recibido el respaldo importante, así como aportaciones sustanciales, de los movimientos sociales, los profesionales, los usuarios y las familias (15). Como resultado, los servicios y programas realizados en la región históricamente han hecho hincapié en las acciones prácticas, en llegar a la comunidad y en conocer los antecedentes y las necesidades de las personas (16). Esta disposición se refleja especialmente en la forma en que el CAPS III de Brasilândia ha desarrollado sus prácticas, con el objetivo de poner fin a los ingresos en instituciones psiquiátricas.

## Descripción del servicio

El CAPS III de Brasilândia se inauguró en el 2002 como un CAPS II, y a principios del 2020 pasó a ser CAPS III, con servicio las 24 horas del día, los siete días de la semana. El servicio lo administra la Asociación de Salud de la Familia (Associação Saúde da Família), una organización social.

Como servicio CAPS III, el centro proporciona una atención continua, personalizada e integral desde la comunidad, a personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, incluso en momentos de crisis y en situaciones de dificultad. Sigue un planteamiento centrado en los derechos y en la persona, con acciones impulsadas por los valores y los principios de la libertad primero y desinstitucionalización. Sus objetivos principales son proporcionar atención psicosocial, promover la autonomía, corregir los desequilibrios de poder e incrementar la participación social. En lugar de pretender que las personas se amolden a unas prácticas asistenciales preestablecidas, el centro se adapta para satisfacer las demandas y necesidades de los usuarios, con un compromiso continuo.

El centro se organiza según el diseño y el objetivo comunes a todos los CAPS, es decir, crear una estructura y un entorno similares a los de una casa. El personal no lleva uniforme y los usuarios y las

familias participan de la decoración del centro. En él se desarrolla una vida cotidiana abierta, en la que los usuarios, el equipo, los profesionales y las familias utilizan el espacio de manera distendida e informal. Los miembros de la comunidad que no son usuarios del servicio también pueden entrar libremente al centro, por ejemplo, al bazar de ropa organizado en uno de los proyectos de empleo y generación de ingresos.

Por lo que se refiere a su estructura física, el CAPS III de Brasilândia dispone de áreas interiores y exteriores comunes, en las que se puede socializar e interactuar, un comedor, un espacio para las sesiones de asesoramiento individuales, una sala para actividades grupales, una farmacia y dormitorios separados por sexos, cada uno con cuatro camas. Se llevan a cabo actividades no solo en el centro, sino también en la comunidad, aprovechando los espacios públicos como parques, centros cívicos de ocio y museos. Algunas actividades están programadas (como la reunión regular de Hearing Voices), pero también se pueden organizar a petición de los usuarios, según sus intereses. Todos los días hay un empleado designado disponible, a una hora establecida, para este tipo de actividades.

El centro cuenta con 58 empleados remunerados que trabajan por turnos: un gerente, tres psiquiatras, un médico clínico, cuatro psicólogos, asistentes sociales, educadores físicos, un farmacéutico y técnicos de farmacia, enfermeras y auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, talleristas, asistentes administrativos y una recepcionista. -

Cerca de 400 personas asisten al centro todos los meses; por término medio, acuden a una primera consulta 60 personas por mes. Algunas personas acuden con más asiduidad que otras, según las necesidades de cada cual. El CAPS III de Brasilândia atiende a un total de 1.174 personas.

### ***Acceso al centro***

Al tratarse de un CAPS, el centro tiene una política de puertas abiertas y no se restringe a nadie la entrada. Se admite a personas que estén pasando por una crisis aguda, ofreciéndoles apoyo, y no hay ingresos forzosos ni imposiciones. El centro ha adoptado procesos para garantizar que no se deniegue a nadie el acceso, siempre que la capacidad lo permita. Existe un equipo encargado de las primeras consultas, y el servicio colabora con otros CAPS III para dar alojamiento si todas las plazas están ocupadas. Se puede acudir al centro sin cita previa para una primera consulta, pero también hay pacientes derivados desde otros servicios o que reciben visitas domiciliarias.

En la primera consulta, llamada acolhimento (“acogida”), se intenta generar una dinámica positiva y se atienden las necesidades de la persona en ese momento concreto. El miembro del equipo de acogida explica el servicio y emprende, junto con el usuario, el proceso para definir si el centro es el recurso adecuado para esa persona. Los miembros del equipo escuchan para comprender las necesidades y deseos de la persona, su historia particular, su red social de apoyo y su estado de salud mental general. La información recabada en la primera reunión queda documentada, y el usuario puede consultar dicha información en todo momento.

Para acceder al servicio no hace falta tener un diagnóstico psiquiátrico explícito, sino que se utiliza una interpretación más amplia, valorando los antecedentes personales, las necesidades de salud mental, la red social de la persona y su grado de vulnerabilidad social. Después de la primera sesión, se invita a la persona a inscribirse en el CAPS si está viviendo un sufrimiento significativo y presenta vulnerabilidad social, o bien si padece una enfermedad mental o discapacidad psicosocial de carácter grave o persistente. No obstante, si sus necesidades son diferentes y pueden cubrirse en otro servicio de la red, se la deriva a ese servicio. También puede haber un período más prolongado, en el que se

hace una evaluación mutua y se fomenta que la persona conozca mejor el servicio, participando en las actividades, para formarse una idea más clara y determinar si encaja con sus necesidades.

### ***Apoyar a la persona***

La atención continua que proporciona el CAPS se ajusta a las circunstancias que vive la persona (vida familiar, relaciones interpersonales, trabajo, estudios, etc.) y sigue un plan de recuperación individual, denominado “proyecto terapéutico individual”, que prepara cada usuario con el apoyo de su terapeuta de referencia y, a veces, también de la familia (13, 17). El terapeuta de referencia es el miembro del equipo que conocerá mejor la historia personal, las necesidades, los deseos y los intereses del usuario. Asignar al usuario un terapeuta de referencia es una estrategia habitual en los CAPS y su objetivo es fomentar que entable una relación sólida con al menos un miembro del equipo.

Se considera que el proyecto terapéutico individual es una estrategia que empodera a las personas para asumir su propio proceso de recuperación (18). Con esta herramienta, que se revisa y actualiza regularmente, el servicio se relaciona con el usuario y se articula en torno a una única vía de atención coordinada. Este proyecto está orientado a objetivos y abarca varias dimensiones de la vida de la persona, como su historia personal, sus deseos y necesidades, sus relaciones sociales, el contexto actual de su vida, sus problemas, sus puntos fuertes, sus objetivos en la vida y su diagnóstico. Mediante la elaboración de su proyecto terapéutico, se alienta a la persona a reflexionar sobre su futuro y asumir los riesgos positivos que proceda. El proyecto terapéutico individual también sirve para promover los derechos de la persona y apoyarla para que ejerza y disfrute de estos derechos, incluidos los relacionados con la vivienda, el trabajo y las redes sociales (p. ej., vivir de forma independiente, pero en una casa cómoda y segura, o cobrar una remuneración justa por su trabajo).

### ***Enfoque comunitario amplio***

Como servicio ubicado en la comunidad, al igual que todos los centros CAPS III, el CAPS III de Brasilândia se esfuerza por involucrar y comprender plenamente a la comunidad, así como a las personas que residen en ella. En la práctica, esto implica hablar con los habitantes de la zona para comprender la dinámica social y mapear los problemas que más afectan su vida y su salud mental (p. ej., violencia policial, narcotráfico, vulnerabilidad social, dificultades económicas, falta de viviendas adecuadas, desempleo, etc.), con miras a conocer mejor las posibles demandas de salud mental y necesidades psicosociales. Los miembros del equipo del CAPS III de Brasilândia también buscan y activan recursos comunitarios y crean asociaciones con personas y servicios para llevar a cabo iniciativas de atención a la salud mental. Un ejemplo de la red del CAPS de Brasilândia son los debates públicos sobre el problema de la violencia policial contra la población negra: São Paulo tiene una de las tasas más altas de jóvenes asesinados por los cuerpos policiales y la mayoría de las víctimas son negros (19). Estos debates, en los que se abordan problemáticas que afectan a la comunidad, son una forma de reconocer los impactos que tienen el racismo y la discriminación en la salud mental.

Más concretamente, todos los CAPS, incluido el CAPS III de Brasilândia, colaboran con la población mediante acciones para reducir el estigma, promoviendo los derechos de las personas que sufren problemas de salud mental y discapacidades psicosociales y creando oportunidades positivas para que se involucren en la comunidad. Un ejemplo es la iniciativa CAPS Itinerante, impulsada por el CAPS III de Brasilândia, en la cual el centro se desplaza hasta áreas aisladas de su zona de influencia, para realizar actividades en espacios públicos destinadas a divulgar su trabajo, reducir el estigma y mejorar la comprensión de la salud mental. En estos desplazamientos, en los que también se realizan consultas,

participan los líderes de la comunidad local, actúan artistas de la localidad y se ofrecen refrigerios. El centro también construye relaciones proactivas con empresas, instituciones y servicios locales a fin de generar oportunidades positivas para la participación social, por ejemplo, desfiles de Carnaval y campeonatos de fútbol en los que compiten equipos de usuarios de la red de CAPS y miembros de la comunidad.

El CAPS III de Brasilândia apoya a los usuarios del servicio para que participen activamente en la comunidad, acompañándolos en sus actividades cotidianas y alentándolos a aventurarse más allá de su entorno inmediato. Este apoyo les ayuda a gestionar conflictos en sus relaciones interpersonales, como los que surgen con las familias, y a adquirir las habilidades y la motivación necesarias para desenvolverse de forma autónoma. Para atender las necesidades de la comunidad, el CAPS III de Brasilândia también celebra reuniones mensuales con la red regional de salud y la red de salud mental. El centro trabaja con la premisa de que las necesidades de la comunidad son la responsabilidad colectiva de todos los servicios de la red. Si surge un problema en uno de los servicios de la red, es responsabilidad de todos encontrar una solución.

### ***Estancias en el centro***

El CAPS III de Brasilândia ofrece a los usuarios la posibilidad de alojarse en el centro, ya sea en un momento de crisis o como forma de respiro, o bien si una persona estima que necesita un apoyo adicional e ininterrumpido. El centro tiene capacidad para un máximo de ocho personas y las estancias no pueden superar los 14 días consecutivos (este período se puede ampliar si es necesario, pero se intenta evitarlo). No hay restricciones en cuanto a la frecuencia de las estancias y no se obliga a los consumidores de drogas a abstenerse para poder acceder al centro en horario nocturno.

### ***Grupos de trabajo orientados a los derechos***

El servicio del centro se sustenta en el trabajo de cinco grupos alineados con sus principios, cuatro de los cuales incluyen a usuarios:

- **Grupo de vivienda.** El grupo de vivienda promueve el derecho a gozar de un nivel de vida adecuado y en él participan usuarios del servicio. Es responsable del vínculo entre el CAPS III de Brasilândia y los servicios residenciales terapéuticos de la región. A todos los efectos, los servicios residenciales terapéuticos son casas localizadas en el espacio urbano, constituidas para personas que han estado ingresadas en hospitales de custodia o tratamiento psiquiátrico durante al menos dos años, que han recibido el alta, pero requieren ayuda para vivir en sociedad. Cada servicio residencial terapéutico está vinculado a un CAPS para uso de sus residentes. El proyecto terapéutico singular de cada persona se desarrolla conjuntamente entre el individuo, el equipo del CAPS y los asistentes del servicio residencial terapéutico. Este grupo de trabajo también se encarga de definir otras estrategias de vivienda (p. ej., alojamiento compartido) para los usuarios en situación de indigencia, realizar mejoras para dignificar los domicilios con altos niveles de precariedad y vulnerabilidad y trabajar con el sector de vivienda para determinar los mecanismos más adecuados de acceso a una vivienda digna.
- **Grupo de generación de trabajo e ingresos.** Este grupo promueve el derecho al trabajo y en él participan los usuarios del servicio. Se dedica a concebir y realizar proyectos de trabajo y de generación de ingresos, y presenta oportunidades de empleo asistido en el mercado laboral, actuando como mediadores, si procede, entre los usuarios y los empleadores. El grupo considera que el derecho al trabajo está vinculado al ingreso garantizado. Ayuda a los usuarios del servicio a hacer frente a las dificultades que tienen para mantener las actividades de generación de ingresos y conservar el empleo, así como para superar el estigma y la discriminación en el entorno laboral.

- **Grupo de territorio.** Este grupo de trabajo promueve el derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad, y en él participan los usuarios del servicio. Es responsable de mapear y describir los recursos, servicios, asociaciones, relaciones sociales y cultura de la comunidad, tendiendo puentes con el servicio y las redes de apoyo social. Entre sus actividades está la identificación de espacios positivos fuera del centro, como parques públicos, asociaciones vecinales comprometidas con la defensa de derechos o grupos de música. Con esta información, el equipo facilita el acceso colectivo a las actividades que tienen lugar en la localidad y ayuda a mejorar las relaciones sociales. El grupo también promueve actividades culturales en colaboración con otros servicios y recursos de la red.
- **Grupo de crisis.** El grupo de crisis promueve el derecho a recibir atención y apoyo en un contexto comunitario en cualquier situación. Sus acciones se basan en los principios teóricos y prácticos de la desinstitutionalización y el diálogo abierto (para más información, véase Servicios de salud mental en momentos de crisis: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos). Este grupo, cuya composición varía a diario según los miembros del equipo del centro, proporciona apoyo adicional en situaciones de crisis. En el caso de que un usuario esté pasando por una situación más compleja, un miembro de este grupo trabaja junto con su terapeuta de referencia para ofrecerle apoyo y ayuda adicional.
- **Grupo de arte y cultura.** Este grupo se dedica a promover la diversidad, desarrollar oportunidades de interacción y reforzar el poder de los usuarios del servicio. Está compuesto tanto por miembros del equipo profesional como por usuarios. Los proyectos culturales se conciben como una herramienta importante en el proceso de recuperación, ya que abren vías para que las personas se expresen, participen en la construcción del centro con intervenciones artísticas y establezcan conexiones sociales. El grupo de trabajo representa la oportunidad de participar en diferentes experiencias, involucrarse e interactuar con los demás, mejorar la confianza en uno mismo y en su grado de empoderamiento en las relaciones y adquirir habilidades importantes para la vida cotidiana, incluso en momentos de crisis o situaciones de dificultad. También se buscan actividades culturales en las que puedan participar los miembros en el área de São Paulo y se organizan talleres de arte y cultura abiertos a todos los usuarios.

### ***Apoyo proporcional y receptivo***

El servicio utiliza una clasificación de vulnerabilidad como marco global para entender y evaluar la complejidad de las situaciones personales y las necesidades de atención de cada usuario. La clasificación tiene en cuenta el grado de vulnerabilidad social de la persona, la red de apoyo social y los riesgos que afectan a dicha red, la gravedad de los síntomas psíquicos y la probabilidad de hospitalización. La tabla se actualiza regularmente para reflejar el cambio de circunstancias y el bienestar de la persona. La herramienta ayuda a ofrecer un apoyo activo proporcional a las necesidades del usuario y, a nivel del servicio, a gestionar el centro y sus recursos.

El servicio también utiliza un marco para identificar y hacer un seguimiento de los usuarios que están pasando por situaciones de crisis o dificultad. A fin de garantizar un apoyo receptivo, el equipo se reúne a diario para revisar el marco y comentar qué usuarios se encuentran en dichas situaciones, acordando medidas y plazos de actuación. Todos los días se celebran otras dos reuniones de actualización y puesta en común. Este proceso estructurado representa una red de seguridad para las personas que se encuentran en una posición particularmente vulnerable en un día determinado, ya que garantiza que se les preste el apoyo que necesitan. Todas las semanas se realiza una reunión de capacitación continua, en la que también se comentan los procesos asistenciales de los usuarios y se revisan los procedimientos de trabajo.

### ***Reducir los ingresos o internamientos en instituciones psiquiátricas***

El centro no deriva a nadie a hospitales psiquiátricos. Su objetivo es reducir los ingresos o internamientos en instituciones psiquiátricas. Concretamente, el equipo comprueba a diario el mapa de camas de los servicios locales de salud para ver si algún usuario del CAPS (inscrito o no) ha sido trasladado a un servicio de urgencias por motivos de salud mental. Si es así, un miembro del equipo se reúne con la persona (o con un familiar suyo) en el servicio urgencias, para ver qué apoyo y atención necesitan y tratar de concertar una atención adecuada en la comunidad.

## Principios y valores fundamentales del servicio

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

El reconocimiento y promoción de la capacidad jurídica de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales es un elemento central de los servicios del CAPS. Esto se refleja en el método de trabajo del centro y las prácticas de su equipo.

El centro apoya a los usuarios para que ejerzan su capacidad jurídica en la vida cotidiana, promoviendo su autonomía, dándoles esperanza y ayudándolos a tomar sus propias decisiones. La asistencia al centro es voluntaria y no se deriva ni se administra tratamiento a nadie sin consentimiento. Cada persona elabora y acuerda su proyecto terapéutico individual. El centro reconoce y procura incrementar el poder contractual de cada persona; este es un concepto relativo al poder que tiene la persona para ser reconocida y valorada en las relaciones sociales y para poder comunicarse y negociar en entornos reales (p. ej., abrir una cuenta bancaria, ir de compras, firmar un contrato laboral, etc.). Se desarrollan estrategias y acciones dentro de la comunidad para aumentar la participación social, la autonomía y la confianza de las personas para tomar sus propias decisiones, a fin de empoderarlas y crear oportunidades de intercambio social.

### ***Prácticas no coercitivas***

Promover las prácticas no coercitivas es uno de los principios esenciales del modelo de los CAPS. En el CAPS III de Brasilândia jamás se ha recurrido a las reclusiones. El servicio se guía por el principio de rechazo a la violencia, contra cualquier persona del servicio, y al uso de contenciones. Aun así, en el período comprendido entre febrero del 2019 y febrero del 2020, fue preciso aplicar contenciones mecánicas en tres ocasiones. En todas ellas, un miembro del equipo permaneció junto a la persona y la contención duró menos de una hora. Después de cada incidente, se concertó una reunión para determinar dónde había fallado el servicio y por qué.

Todas las prácticas de apoyo y atención, incluidos los medicamentos, se comentan y se deciden de mutuo acuerdo. Si una persona no desea medicarse, se le ofrecen otras estrategias, como visitas domiciliarias a diario. Aunque esté pasando una crisis, nunca se deriva a la persona a un servicio que utilice prácticas coercitivas. En situaciones de crisis o de dificultad, los miembros del equipo buscan comprender el contexto más amplio, en lugar de concentrarse en el estado o los síntomas de la persona, y el grupo de trabajo de crisis está disponible siempre para ofrecer apoyo adicional si es necesario.

Los esfuerzos para poner fin a las prácticas coercitivas se ven respaldados por el trabajo constante sobre los desequilibrios de poder y sus consecuencias. Se aconseja al personal que establezca una relación horizontal y recíproca con los usuarios, colaborando activamente para corregir los desequilibrios de



poder. Por ejemplo, los usuarios pueden entrar y salir libremente de todas las instalaciones del centro, incluida la sala de personal.

### ***Inclusión en la comunidad***

A nivel personal, los usuarios de los CAPS reciben apoyo para definir activamente en su proyecto terapéutico individual cuáles son sus objetivos de inclusión comunitaria. Cada CAPS promueve estrategias de atención e inclusión, en un diálogo con los usuarios y con arreglo a los recursos de la comunidad. Las actividades que realizan los centros en el entorno urbano también resitúan al individuo en la comunidad de manera positiva. El grupo de trabajo de territorio busca espacios o grupos positivos, como cafés donde haya buena predisposición, que pueden fomentar la inclusión de la persona en la comunidad. Si se produce un conflicto en la comunidad que afecta a un usuario del centro, el CAPS III de Brasilândia da por sentado que no es un problema individual, sino un problema que debe abordarse a nivel del servicio o de la comunidad. Con este planteamiento, la inclusión no es responsabilidad exclusiva de la persona, sino que concierne a la colectividad y a la red de servicios de salud mental en su conjunto.

### ***Participación***

Como servicio CAPS III, la participación de personas con experiencia propia es un principio fundamental. El servicio celebra una asamblea diaria (grupo bom dia) con los miembros del equipo y los usuarios del servicio, para hablar de la jornada y decidir si hay que hacer algún ajuste en las actividades programadas. También se celebra una asamblea semanal, en la que se pregunta a los usuarios por sus puntos de vista sobre las prácticas y las directrices del servicio, señalando problemas y buscando soluciones entre todos. También es una oportunidad para tratar los desequilibrios de poder y algunos problemas sociales comunes, como el estigma y la violencia. En la asamblea participan cerca de 60 personas todas las semanas, entre usuarios, familiares y profesionales.

Como otro método para fomentar la participación, los usuarios están representados en tres de los cuatro grupos de trabajo. El CAPS III de Brasilândia también alienta a los usuarios a participar activamente en las sesiones grupales como el grupo Hearing Voices y el grupo de apoyo entre pares. Estas actividades las organizan los usuarios con ayuda de los miembros del equipo. Los usuarios también pueden participar en el consejo de gestión, un comité consultivo para las decisiones de política pública de alto nivel que se adoptan en todos los servicios del Sistema Único de Salud. Esta es una práctica regulada y común a todos los CAPS. Otra actividad que hacen todos los CAPS es incluir a los usuarios en congresos de salud mental de ámbito municipal, regional y nacional, para que hagan aportes sobre el desarrollo y la aplicación de políticas y directrices de salud mental.

### ***Enfoque de recuperación***

Los principios y la filosofía de la recuperación personal son evidentes en la forma en que se prestan los servicios en el CAPS III de Brasilândia. Por ejemplo, las personas asumen un papel activo en la articulación de su propio proyecto terapéutico individual (17, 20). Ello las empodera para dirigir su propio proceso de recuperación y las ayuda a definir sus necesidades y deseos, analizar sus proyectos vitales y acordar estrategias de atención y apoyo con responsabilidades compartidas (18). El enfoque comunitario del CAPS III de Brasilândia garantiza además que la recuperación de la persona cuente con apoyo activo fuera del centro. Al generar oportunidades sociales positivas y respaldar a la persona en su vida cotidiana, el servicio ayuda y equipa a esa persona para que se involucre y se integre de manera activa y autónoma en la comunidad.

### Evaluación del servicio

Desde el 2002, 12.333 personas han utilizado los servicios del CAPS III de Brasilândia. En agosto del 2020 se acometió una evaluación del servicio (21) con la herramienta Calidad y Derechos de la Organización Mundial de la Salud (22). La evaluación se anunció al personal y consistió en una observación, una revisión de la documentación del servicio y entrevistas con cuatro usuarios y cuatro empleados, siguiendo los cinco temas de la herramienta Calidad y Derechos que emanan de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Los usuarios entrevistados eran dos hombres y dos mujeres que seguían diferentes procesos asistenciales y llevaban diferentes períodos de tiempo en el servicio. Uno de los entrevistados utilizaba el servicio de pernoctación. En la evaluación constata que el servicio sigue el enfoque orientado a los derechos humanos y la recuperación para la atención a la salud mental en la comunidad. Se comprobó que se cumplen plenamente los cinco temas de la herramienta Calidad y Derechos.

#### **Tema 1: Derecho a un nivel de vida adecuado y a la protección social (artículo 28 de la Convención)**

Los estándares de este tema se cumplieron en su totalidad. La estructura física del servicio incorpora elementos de la vida en el hogar, los interiores son cómodos y limpios, no se restringe el acceso a los diferentes ambientes y hay un gran espacio al aire libre, con árboles frutales y una barbacoa para uso compartido. Las instalaciones están bien mantenidas y se ofrecen comidas y refrigerios a diario. Además, se han desarrollado prácticas para que los usuarios y el personal puedan reinventar juntos la estructura física y la decoración, repensando el uso de cada entorno. El servicio diario se apoya en prácticas de “hacer juntos” y “estar juntos”. Los usuarios confirman lo observado y describen el espacio como “agradable” y “aireado”, comentando que allí se sentían “en casa” y “a gusto”.

#### **Tema 2: Derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible (artículo 25 de la Convención)**

Los estándares de este tema se cumplieron en su totalidad. Se constató que los usuarios recibían atención tanto en la esfera de la salud mental como en la física, mediante planes individuales (proyecto terapéutico individual), con personal y apoyo multidisciplinarios, e iniciativas tanto del servicio como en la comunidad. Los usuarios confirman que reciben apoyo para satisfacer sus necesidades de salud mental y física, por ejemplo, para renovar una receta, en momentos de crisis y en circunstancias personales de dificultad, para mantener el contacto con su red social y para fomentar su vida independiente. Aseguran que tienen acceso a medicamentos y describen el intercambio franco y la colaboración con los profesionales en relación con la medicación (p. ej., con respecto a los efectos secundarios). Aunque el servicio está vinculado con otros dispositivos asistenciales, garantizando el acceso a la atención integral de salud, se señaló que los usuarios afrontaban obstáculos para acceder a otros servicios generales de salud, debido al estigma y los prejuicios.

### **Tema 3: Derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona (artículos 12 y 14 de la Convención)**

La mayoría de los estándares de este tema se cumplieron plenamente. Las observaciones y entrevistas certifican la actitud respetuosa de los miembros del equipo hacia los usuarios. En particular, se observó que los usuarios participaban activamente y que se respetaban sus opiniones y preferencias en relación con el servicio, su utilización del servicio y las opciones de tratamiento (p. ej., decidir seguir un tratamiento en un momento conveniente, o tomar medicamentos orales en lugar de inyectables, y recibir información clara sobre las diferencias). Los entrevistados también confirmaron que se les da la opción de no medicarse; ahora bien, si el servicio estima que la medicación es un recurso terapéutico importante para la persona, el equipo comenta con ella los posibles beneficios. Los usuarios pueden expresar sus opiniones y debatirlas con el personal y demás participantes en la asamblea y el consejo de gestión, y también pueden acceder libremente a la sala de coordinación. Para la admisión y el tratamiento de los usuarios se recaba siempre su consentimiento informado, aunque es cierto que se trata de un acuerdo verbal. El estudio constata que las prácticas del centro se basan en el principio de la libertad primero. Las entrevistas revelan que este principio se aplica de manera responsable en una relación eminentemente recíproca entre el equipo y los usuarios, lo cual fomenta una interacción de calidad mediante el diálogo abierto. Aunque el servicio no utiliza voluntades anticipadas, los deseos y preferencias de las personas se hacen constar en su proyecto terapéutico individual y se respetan.

### **Tema 4: Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso (artículos 15 y 16 de la Convención)**

Los estándares de este tema se cumplieron en su totalidad, excepto uno que se cumplió parcialmente. Las actas del servicio demuestran que se llevan a cabo reuniones periódicas para prevenir todos los casos de abuso. Se observó que el comité de situaciones de crisis adoptaba diversas medidas para ayudar a las personas que estuviesen pasando por una situación de crisis. Cuando se presta apoyo a una persona, se respetan los métodos de intervención que esa persona prefiere; por ejemplo, recibir tratamiento en su casa o contar con la presencia de un miembro del equipo, pero gozar al mismo tiempo de un poco de espacio. El objetivo principal es encontrar una solución segura que resulte aceptable para la persona en crisis. Durante la observación del servicio y en las entrevistas, no se vio que ningún usuario sufriera maltrato verbal, físico, sexual o mental, ni se refirió ningún caso. El servicio documenta cualquier incidente destacable, así como las necesidades importantes que tengan los usuarios, como parte del proceso de traspaso de información entre los miembros del equipo. En la inspección, no se encontró documentada ninguna situación en la que hubiese habido falta de respeto o violencia durante el año anterior. En la evaluación se constata que en el servicio no se recurre a la reclusión ni a las contenciones.

### **Tema 5: Derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad (artículo 19 de la Convención)**

La mayoría de los estándares de este tema se cumplieron plenamente. Se constata que el servicio promueve la participación en la comunidad, informando y ayudando a los usuarios para que puedan acceder a recursos de vivienda y prestaciones económicas, facilitando el trabajo y la participación en un grupo de generación de ingresos y ayudando en la búsqueda y solicitudes de empleo. El servicio también proporciona actividades grupales para informar y apoyar a los usuarios en diversas áreas, con actividades de tipo social, cultural, religioso y de ocio. Sin embargo, no se encontraron iniciativas específicas para proporcionar acceso a la educación reglada (primaria, secundaria o superior).

Aunque en la evaluación se incluyó una revisión exhaustiva de la documentación y un período de observación, las entrevistas se realizaron a una pequeña muestra de usuarios y del equipo. A pesar de esta limitación, el estudio aporta información suficiente para validar la descripción del servicio que se ha presentado.

Desde una perspectiva más amplia, Campos et al. observan que los usuarios y sus familias tienen un alto grado de confianza en los servicios CAPS III para un momento de crisis y rehabilitación psicosocial (23). Lo observado respalda el enfoque general adoptado por los CAPS III para proporcionar una alternativa comunitaria a la hospitalización o el internamiento en instituciones, tanto en lo relativo a la atención continua como a la atención en momentos de crisis.

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

El CAPS III de Brasilândia se estableció como parte de una reforma más general de los servicios psiquiátricos de Brasil, en la que se reorientaron los dispositivos hospitalarios a servicios comunitarios de salud mental, para desarrollar una red de atención a la salud mental basada en la comunidad. Los servicios de los CAPS se canalizan y se financian íntegramente a través del SUS, cuyo financiamiento está protegido por ley con aportes de entidades federales, estatales y municipales. Los costos operativos de los CAPS los cubre el gobierno federal (de 50 a 70% del costo total del servicio), mientras que la cantidad restante la aporta el municipio.

En el 2020, el CAPS III de Brasilândia tuvo un costo mensual aproximado de 500.000 reales (equivalentes a unos US\$ 91.500).<sup>a</sup> Por persona, este monto equivale a 1.100 reales (US\$ 200)<sup>a</sup> por usuario y mes, como promedio. La cifra es menor que el costo de internación en un hospital psiquiátrico en Brasil. Para comparar con los costos típicos de Brasil, la hospitalización de menos de 30 días en un hospital psiquiátrico cuesta entre 1.700 y 2.400 reales (US\$ 300 a 430)<sup>a</sup>. Para períodos superiores a 90 días, este valor disminuye entre 1.200 y 1.900 reales (US\$ 200 a 350)<sup>a</sup> (24).

Cabe señalar que, dadas las características de los CAPS y la amplia variedad de actividades desarrolladas (p. ej., colaboraciones con otros servicios, promoción y prevención en salud mental, lucha contra el estigma y los prejuicios, eventos comunitarios, etc.), los beneficiarios no son solo las personas que acceden al servicio directamente. Este beneficio más general no queda reflejado en el cálculo del costo por persona indicado.

Las personas no pagan nada por usar el servicio, porque los CAPS forman parte del sistema público de salud, gratuito en el punto de atención.

## Dificultades y soluciones

### ***Modificar la cultura dominante en salud mental***

Desde su creación, los CAPS se han encontrado, en el área de la salud mental, con una cultura dominada por los hospitales psiquiátricos, las vulneraciones de los derechos humanos y las asimetrías de poder. Para hacer frente a este problema, los CAPS están en diálogo y negociación permanente con las redes intersectoriales y de salud, y han establecido acuerdos entre personas y servicios, elaborando procesos de trabajo comunes dirigidos a la desinstitucionalización y garantizando los derechos en

a Tasa de cambio de enero del 2021.

toda la red pública de salud mental. Además, los CAPS invierten en el desarrollo y fortalecimiento de estrategias y oportunidades para democratizar la participación en el servicio, con miras a superar los desequilibrios de poder.

### ***Definir las necesidades de salud de la comunidad***

Otra dificultad común a todos los CAPS es el desconocimiento de las necesidades y demandas de salud mental de la comunidad, así como de los recursos disponibles. En respuesta, los CAPS se esfuerzan constantemente por comprender y acercarse a la comunidad, conocer sus particularidades, su cultura y relaciones sociales, mapear y activar servicios y recursos disponibles y asumir la responsabilidad de las demandas de salud mental del área de afluencia.

### ***Subsanar las insuficiencias de capacitación***

Los CAPS también se enfrentan al problema general y crónico de la insuficiente capacitación de su personal en cuanto a prácticas alineadas con las políticas públicas de salud mental y los principios y pautas de los CAPS. Para superarlo, los CAPS realizan una capacitación colectiva continua, fundamentada en la práctica y el pensamiento crítico, con hincapié en los aspectos siguientes: la atención pública de calidad, el respeto de los derechos humanos, el principio de la libertad primero y los principios y directrices de los CAPS.

### ***Evitar la inercia institucional***

En ocasiones, el CAPS III de Brasilândia pasa por momentos de inercia institucional y estancamiento, cuando el servicio se encuentra menos abierto a la reinención y a repensar críticamente las relaciones de poder y sus propias prácticas.

Para evitar y superar este riesgo, la organización pone en práctica estrategias deliberadas:

- celebrar asambleas para fomentar el debate abierto, abordar los conflictos y cuestionar las relaciones de poder;
- involucrar a las partes interesadas en foros y movimientos de salud mental, a fin de promover una participación amplia y democrática en la construcción del servicio y la red de salud mental;
- reevaluar de forma crítica las prácticas y los servicios mediante el diálogo;
- involucrar constantemente a las partes interesadas y las redes en el diálogo, a fin de desinstitucionalizar las prácticas, los conocimientos y las actitudes, y construir una cultura de derechos;
- impartir capacitación continua y desarrollar las capacidades a partir de la práctica de la desinstitucionalización;
- colocar a los usuarios en el centro de todas las políticas y prácticas del servicio, ampliando la participación para que la calidad de las relaciones interpersonales guíe el servicio en las prácticas de la libertad primero.

## **Abordar la insuficiencia de financiamiento**

Todos los CAPS en general se ven afectados por la insuficiente inversión en servicios comunitarios de salud pública y salud mental. Para mantener los CAPS y demás servicios comunitarios de salud mental, es imprescindible que haya un compromiso constante del gobierno y que se asignen fondos públicos de forma continua.

### **Consideraciones clave para diferentes contextos**

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

- actuar siempre desde el reconocimiento de la ciudadanía de las personas y del principio de la libertad primero como punto de partida;
- situar las necesidades de las personas en el centro de toda la actuación, entre ellas el hogar, el trabajo y las relaciones sociales;
- reflexionar críticamente sobre las prácticas, prestar atención a las asimetrías de poder y elaborar estrategias críticas e innovadoras para hacer frente a los desafíos;
- reinventar el servicio regularmente, proponiendo políticas y prácticas innovadoras y transformadoras mediante la desinstitucionalización;
- establecer colaboraciones con la red de servicios comunitarios y con la propia comunidad, entablar diálogos y activar recursos;
- invertir fuertemente en recursos humanos y capacitación, ya que las personas son los principales recursos para brindar una atención de buena calidad a la salud mental;
- avanzar hacia la diversidad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales, dentro de la red general de salud mental, para satisfacer las necesidades cambiantes de salud mental de la comunidad.

Puede consultarse un análisis adicional de los CAPS y la red de salud mental en Redes integrales de servicios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos.

### Información adicional y recursos:

#### **Sitio web:**

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=20424](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=20424)

#### **Videos:**

Proyecto colectivo de generación de trabajo, ingresos y valor - Ô da Brasa [en portugués].  
<https://www.youtube.com/watch?v=5v0jki3GaBw&feature=youtu.be>

#### **Contactos:**

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

Correo electrónico: [gabinetesaudefeitura.sp.gov.br](mailto:gabinetesaudefeitura.sp.gov.br)

Coordinación del CAPS III de Brasilândia (São Paulo, Brasil).

Correo electrónico: [capsadulto.brasilandia@saudedafamilia.org](mailto:capsadulto.brasilandia@saudedafamilia.org)

2.3

# Phoenix Clubhouse

Región administrativa  
especial de Hong Kong  
(China)



## Clasificación principal: Centro de salud mental comunitario

### Otras clasificaciones:

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

### Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí       No

### Evidencia:

- Estudios publicados       Bibliografía gris       Ninguna

### Financiamiento:

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

## Contexto

La ciudad de Hong Kong, con más de siete millones de habitantes, constituye una región administrativa especial de la República Popular China. La Autoridad Hospitalaria, financiada por el gobierno, es el principal prestador de servicios de salud mental en la ciudad. Presta atención en régimen de hospitalización y ambulatorio, así como servicios de salud mental basados en la comunidad, en colaboración con el Departamento de Bienestar Social, las ONG y otras partes interesadas de la comunidad (25).

En 1998, con la finalidad de proporcionar atención continua a los usuarios del servicio de salud mental, el Departamento de Psiquiatría del Hospital Queen Mary fundó Phoenix Clubhouse, en colaboración con la Universidad de Hong Kong. El servicio es parte del Hospital Psiquiátrico de Día para Adultos del Hospital Queen Mary, y lo financia y administra dicho hospital bajo supervisión de la autoridad hospitalaria. El objetivo de este nuevo servicio era ofrecer rehabilitación en la comunidad, siguiendo el concepto de “club” (clubhouse) originario de Estados Unidos.

Los clubes incorporan un fuerte elemento de apoyo de pares y se iniciaron en Nueva York en 1944 con la apertura de Fountain House (26), en Manhattan (27). La misión de Fountain House es ofrecer oportunidades para que los hombres y las mujeres con enfermedades mentales y discapacidades psicosociales vivan, trabajen y aprendan juntos mientras contribuyen con su talento a una comunidad de apoyo de pares, con el objetivo de ayudarse a permanecer fuera del hospital y lograr sus objetivos sociales, económicos y profesionales (28).



Phoenix Clubhouse es uno de los 326 clubes de todo el mundo afiliados a Clubhouse International. Hay clubes en 33 países y 36 estados de Estados Unidos (29). Se organizan con un sistema de franquicia social (30) y dependen de fondos gubernamentales y filantrópicos. Cada club se estructura como un centro independiente, vinculado a Clubhouse International (el centro coordinador de la red, con sede en Nueva York) mediante una cuota anual y un programa de acreditación oficial (31).

El modelo Clubhouse se articula en torno a normas acordadas internacionalmente (32) (International Standards for Clubhouse Programs) (33). Estas normas prevén un conjunto de prácticas óptimas y comprenden todos los aspectos del funcionamiento del club, a saber: inscripción, instalaciones físicas, ubicación, funcionamiento diario, acceso a empleo y educación, financiamiento y administración. Clubhouse International coordina un programa de capacitación integral que armoniza el funcionamiento de todos los clubes de la red. La capacitación se imparte a través de 12 centros autorizados en todo el mundo: dos en Asia (uno de los cuales es Phoenix Clubhouse), seis en América del Norte, tres en Europa y uno en Australia (34). En el 2005, Phoenix Clubhouse comenzó a ofrecer programas de orientación para establecer un servicio similar. En el 2016, pasó a ser un centro de capacitación internacional Clubhouse y actualmente es el único centro acreditado de capacitación para comunidades de habla china. En total, han asistido a la capacitación 21 organizaciones, el 25% de las cuales están acreditadas por Clubhouse International.<sup>b</sup>

## Descripción del servicio

### *Miembros, no usuarios*

Un aspecto sumamente importante del modelo Clubhouse es que las personas que utilizan el servicio se consideran miembros, no usuarios. Se puede ser miembro de por vida. Este concepto fomenta un sentimiento de pertenencia y un compromiso duradero. Los miembros que llevan más tiempo en Clubhouse pueden ayudar a los que van incorporándose.

Los miembros de Phoenix Clubhouse tienen entre 18 y 64 años y han sido derivados por los psiquiatras del Hospital Queen Mary y el Western Psychiatric Centre. Phoenix Clubhouse es un servicio abierto y no hay criterios de exclusión (con la excepción de los comportamientos violentos). Actualmente tiene casi 600 miembros, 150 de los cuales son miembros activos, es decir, que utilizan las instalaciones al menos una vez al mes. Todos los días asisten al centro un promedio de 54 miembros (35). La mayoría residen en la isla de Hong Kong y en las islas aledañas.

### *Personal de Phoenix Clubhouse*

Phoenix Clubhouse cuenta con una plantilla de nueve empleados; tres son profesionales del Departamento de Terapia Ocupacional del Hospital Queen Mary y seis son personal general con experiencia asistencial o administrativa. También hay un grupo de voluntarios que colabora con la capacitación interna y los programas sociales.

En el proceso de contratación del personal general intervienen tanto los miembros como la plantilla profesional, con el apoyo de la gerencia del hospital. Los miembros contribuyen a definir los requisitos de los candidatos y participan en las reuniones de selección, junto con el personal. Posteriormente

<sup>b</sup> Las intervenciones ofrecidas por Phoenix Clubhouse se ajustan estrictamente a las normas internacionales de la red, lo cual se refleja en las fuentes utilizadas para esta descripción del servicio.

se lleva a cabo un foro abierto, en el que el personal y los miembros comentan cómo han ido las entrevistas de cada candidato. La decisión final se toma con el consenso del personal, los miembros, la dirección de Phoenix Clubhouse y los responsables del Departamento de Recursos Humanos. Antes de que los nuevos empleados comiencen a trabajar en Phoenix Clubhouse, se reúnen con los miembros, que son quienes les presentan los servicios.

### ***El programa Clubhouse***

El programa de Phoenix Clubhouse se estructura en una jornada de trabajo y los miembros toman decisiones por consenso en relación con todos los aspectos importantes del funcionamiento del servicio. Se generan oportunidades de empleo a través de un programa estructurado de rehabilitación profesional, y también se ofrecen oportunidades de educación asistida. El servicio facilita el acceso a la atención de salud mental inmediata y otros servicios de salud si es necesario. Organiza actividades lúdico-sociales para las noches, los fines de semana y los festivos, y ofrece un programa de educación sobre bienestar y vida saludable. Por último, Phoenix Clubhouse proporciona asistencia, según sea necesario, para encontrar una vivienda segura, digna y asequible.

### **Jornada de trabajo**

A lo largo de la jornada de trabajo, se reconocen los talentos y habilidades de los miembros, que se fomentan y se aprovechan en las rutinas cotidianas de Phoenix Clubhouse. Los miembros trabajan junto con el personal para garantizar el funcionamiento diario del club y participan en las áreas de gerencia, investigación, admisión y orientación, divulgación, contratación, capacitación, evaluación del personal, relaciones públicas, defensa de la causa y evaluación de Phoenix Clubhouse. Este trabajo interno se estructura en torno a cuatro unidades: la unidad de gerencia; la unidad de oficina; la unidad de servicios alimentarios y la unidad de protección ambiental y quiosco de golosinas. Los miembros no cobran una remuneración por el trabajo que realizan en Phoenix Clubhouse. Lo que se pretende es que su contribución voluntaria les ayude a recuperar habilidades y seguridad, y que mejore su capacidad para lograr sus objetivos profesionales, educativos y de vivienda (28).

### **Toma de decisiones por consenso**

Se fomenta la rehabilitación de los miembros con un entorno centrado en el trabajo y con su participación activa en todos los aspectos de Phoenix Clubhouse, en los que todas las decisiones se toman por consenso, algo que difiere del modelo tradicional de las terapias clínicas y los programas orientados al tratamiento. Los miembros y el personal trabajan codo con codo como colegas; todo el trabajo de Phoenix Clubhouse es para Phoenix Clubhouse, sin intereses de entidades o empresas ajenas.

### **Oportunidades de empleo remunerado en el mercado laboral local**

Todos los clubes de la red cuentan con un programa de reinserción laboral que permite a los miembros pasar de trabajar en el club a un contrato grupal, un empleo de transición, un empleo asistido o un empleo independiente.

La contratación grupal (Group Placement) es un tipo de empleo asistido. En este esquema suelen ofrecerse empleos en proyectos de carácter estacional. Cuando surgen oportunidades de trabajo, uno de los miembros del equipo profesional acompaña a un grupo de entre cuatro y seis miembros en la realización de sus tareas. Suelen ser campañas de empaquetado o envíos masivos, tareas relativamente mecánicas, y los miembros cobran una remuneración al término de cada jornada laboral. Este programa

está pensado para los miembros que tienen mayores dificultades para el empleo y les cuesta más conservar el trabajo. La productividad se valora a nivel grupal, no individual. El personal de Phoenix Clubhouse ayuda a poner en marcha el trabajo y proporciona un control de calidad, resolución de problemas y ayuda con la productividad. Muchos miembros adquieren confianza gracias a este paso inicial, antes de proceder a un empleo de transición.

En el programa de empleo de transición (Transitional Employment), los miembros trabajan en una empresa de la localidad y perciben la remuneración que les corresponde por convenio, directamente de parte de la empresa (28). Se les asignan tareas sencillas y los contratos son de media jornada, generalmente de 15 a 20 horas por semana, para adaptarse a las necesidades de los miembros como primer paso hacia la reinserción laboral. El personal y los miembros del club ofrecen capacitación y entrenamiento en la empresa para ayudar al miembro en su nuevo trabajo. A los miembros que trabajan se les recomienda que concurren al club después de su jornada, para seguir ofreciéndoles apoyo y revisar sus objetivos y planes de recuperación. Es importante señalar que las empresas asociadas mantienen un cupo de empleos de transición reservados para Phoenix Clubhouse, que se siguen ofreciendo a los miembros con independencia del rendimiento de las contrataciones anteriores (28). Con una periodicidad de entre seis y nueve meses, el miembro contratado por la empresa cambia de puesto o regresa, si lo desea, a una actividad laboral en el club, mientras que otro miembro ocupa la vacante. En este esquema, es Phoenix Clubhouse, y no la empresa, quien decide qué persona ocupará cada puesto. Una vez contratado, el miembro pasa a depender del departamento de personal de la empresa y percibe un salario determinado por una tarifa horaria. La empresa decide si le concede otras prestaciones, de conformidad con la legislación laboral vigente. Algunos ejemplos de empleos de transición son asistente administrativo, auxiliar de control documental u operario de sala de correo (36). Cuando un miembro está listo, Phoenix Clubhouse le ayuda a buscar un trabajo independiente o matricularse en un centro de estudios.

Por el contrario, el programa de empleo asistido (Supported Employment) no tiene una duración limitada y los trabajos pueden ser a jornada completa o parcial. Phoenix Clubhouse ofrece soporte, ya sea en la empresa o en otro lugar, a petición del miembro. Aunque suele haber alguna relación con la empresa, estos empleos no se reservan como un cupo para Phoenix Clubhouse, de modo que hay un elemento competitivo en el proceso de selección (29). Los empleos del programa asistido pueden ser, por ejemplo, de lavaplatos en una empresa de catering, asistente administrativo e incluso coordinador de aprendizaje y desarrollo en un bufete de abogados.

Por último, en el programa de empleo independiente (Independent Employment), no existe una relación formal entre la empresa y Phoenix Clubhouse, y no se proporciona apoyo en el puesto trabajo. Aun así, el personal de Phoenix Clubhouse puede ofrecer apoyo igualmente, de forma grupal o individual. Para optar al programa de empleo independiente, los miembros deben pasar una entrevista de tipo competitivo (29).

En la actualidad, Phoenix Clubhouse mantiene colaboraciones con 18 empresas (tanto de ámbito local como multinacionales), mediante las cuales se ofrecen a los miembros 34 puestos de empleo asistido y de transición. Cada dos años se celebra una recepción con las empresas, que fortalece la relación con estas organizaciones.

### Oportunidades de educación asistida y educación en la comunidad

Muchos de los miembros de Phoenix Clubhouse han tenido que interrumpir sus estudios. El club ofrece a los miembros oportunidades de educación asistida y ayuda para acceder a recursos educativos en la comunidad, como la universidad, clases para personas adultas, etc. Proporciona información sobre posibilidades de estudiar y ayuda en los procesos de inscripción. En el centro se realizan algunos cursos, por ejemplo, de informática, de inglés y de mandarín estándar. El centro pone a disposición de los miembros computadoras para que puedan navegar por internet y utilizar varios programas informáticos, como Microsoft Office, Adobe InDesign, Adobe Photoshop, Corel Draw y software de mecanografía en chino e inglés. Phoenix Clubhouse celebra reuniones periódicas en las que los miembros intercambian sus experiencias educativas, y los miembros que llevan más tiempo actúan como tutores para los recién incorporados. En Phoenix Clubhouse se celebran y se reconocen los logros educativos de los miembros.

### Acceso a intervenciones de salud mental y otros servicios de salud

En el centro se realizan exámenes médicos a los miembros (35) y se les ofrece asesoramiento u orientación psicológica sobre los servicios relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Cuando una persona se asocia, se le asigna un miembro del personal, llamado “técnico responsable”, que la apoyará, entre otras cosas, a la hora de analizar su plan de recuperación personal (37) o acceder a las prestaciones de la comunidad. Los miembros también pueden pedir que los atiendan psiquiatras, enfermeras y asistentes sociales médicos. Su técnico responsable puede ayudar a concertar la visita y acompañarlos. También se insta a los miembros a mantener el contacto con el servicio de salud mental o el psiquiatra que los remitió a Phoenix Clubhouse, así como con otros centros médicos que proceda, como los de atención primaria. Si se necesita asistencia inmediata, se ayuda al miembro a comunicarse con el servicio de atención médica que corresponda.

### Programas sociales, lúdicos, de bienestar y de vida saludable

El club realiza actividades de noche, de fin de semana y en días feriados, como tenis de mesa, bádminton, proyecciones de cine, clases de computación, senderismo, campamentos de día, excursiones y celebración de festejos nacionales. Las decisiones sobre las actividades se toman por consenso entre los miembros y el personal (35). Phoenix Clubhouse también tiene una serie de programas internos de alimentación, ejercicio y otras actividades relacionadas con la salud. Los miembros pueden participar en actividades físicas que se realizan fuera del centro, como caminatas y carreras organizadas.

### Asistencia para encontrar y mantener una vivienda segura, digna y asequible

Phoenix Clubhouse apoya activamente a los miembros que tienen problemas de vivienda. Cuando una persona se asocia, su responsable le pregunta por su situación en cuanto a la vivienda. Se habla regularmente de las metas y las necesidades personales de los miembros, incluido lo relativo a la vivienda. Durante las reuniones diarias de la unidad, se comentan las necesidades personales, físicas, psicológicas, laborales, educativas y de vivienda de los miembros, y se les ofrece apoyo por parte del personal y de los demás miembros. Phoenix Clubhouse puede ofrecer asistencia para encontrar una vivienda, mudarse, verificar el estado del inmueble antes de instalarse, acceder a la información y asesorar al miembro sobre sus derechos. Cuando los miembros tienen problemas de vivienda, pueden consultar información sobre vivienda en el archivo de recursos comunitarios y asistir a las reuniones de apoyo con el personal. Hay diversas posibilidades de realojamiento, como vivienda pública, albergues asistidos, casas de transición, residencias para estancias prolongadas y servicios residenciales de respiro.

En todo caso, el miembro toma sus propias decisiones, comentándolas con el personal de Phoenix Clubhouse u otra persona de su elección.

## Principios y valores fundamentales del servicio

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

Phoenix Clubhouse promueve una cultura en la que los miembros tienen el control y se respetan plenamente sus elecciones. Los miembros acostumbran a pedir ayuda para sus decisiones sobre la vida a otros miembros y al personal, en el marco de relaciones espontáneas y cimentadas sobre la confianza. Asociarse es voluntario y no hay límite de tiempo ni proceso de selección. Cuando llega una persona nueva, un programa de orientación la ayuda a sumergirse en la cultura de Phoenix Clubhouse y las tareas laborales en las diferentes unidades de trabajo. Posteriormente, puede decidir si se asocia o no de forma definitiva. Si decide asociarse, se elige un responsable y sus unidades de trabajo y tareas en función de sus preferencias. Estas decisiones pueden cambiar, asimismo, según los deseos de la persona. Los miembros deciden qué uso hacen de Phoenix Clubhouse. En las reuniones de la mañana y la tarde, eligen las tareas pendientes que se indican en un tablón. Reciben aliento y apoyo para que adopten una actitud proactiva hacia sus opciones laborales, pero no hay actividades obligatorias, normas ni contratos, y Phoenix Clubhouse jamás fuerza a nadie a trabajar.

Los miembros también reciben apoyo en su interacción con los dispositivos asistenciales del sistema público de salud mental, fuera de Phoenix Clubhouse. Si un miembro tiene dificultad para explicar lo que le pasa, el personal de Phoenix Clubhouse le ayuda a aclarar sus ideas y sus necesidades de antemano, como forma de prepararse para la consulta con el equipo clínico. Desde abril del 2019, para armonizarse con el sistema de documentación general del hospital y mejorar la comunicación entre los miembros y los equipos clínicos, Phoenix Clubhouse forma parte del sistema de documentación electrónica del hospital, que permite consignar los planes de recuperación, las voluntades anticipadas y los comentarios del personal. Este sistema facilita el intercambio de información sobre la evolución del miembro y —lo que es más importante— también permite que los equipos asistenciales conozcan sus deseos y opiniones. Los miembros también son libres de hacer constar en el informe su desacuerdo si estiman que lo consignado por el personal de Phoenix Clubhouse no concuerda con la situación que ellos perciben. El sistema de documentación electrónica está en inglés, por lo que se ofrece interpretación si resulta necesario.

### ***Prácticas no coercitivas***

La cultura de Phoenix Clubhouse concede especial importancia a las relaciones positivas entre los miembros y el personal, considerándolos como amigos, compañeros de equipo, hermanos o mentores. Si se establece una buena relación con el miembro, el personal será capaz de advertir mejor cuándo está pasando por un momento de dificultad, de modo que puede actuar para evitar una crisis. El personal recibe capacitación en gestión de crisis como parte de su proceso de incorporación. Todos los años se realiza un simulacro de crisis y manejo de emergencias, con la asistencia y observación de todo el personal y de los miembros. A continuación, se pone en práctica un escenario de caso real y se comentan las evaluaciones, las señales de alarma, las técnicas habituales de desescalada y las cuestiones de seguridad. También se analiza cómo prevenir futuras situaciones de crisis cuando se revisan los planes de recuperación personal, tal como se describe a continuación.

En ningún caso se utiliza la fuerza bruta; no se aplican reclusiones ni contenciones. Los programas no tienen elementos obligatorios. En una situación de crisis, el personal primero busca comprender y evaluar

la situación que está viviendo el miembro y le ofrece un asesoramiento positivo. Si es necesario, se ayuda a la persona a concertar una consulta médica o se la acompaña al servicio de urgencias.

Si un miembro se muestra agresivo (p. ej., si utiliza un vocabulario vulgar, si discute o se pelea, si se propasa sexualmente con alguien o si molesta a los demás), el personal y los miembros que se hallen presentes intentarán mediar y aplicar métodos de desescalada. Si los intentos de contener los actos violentos no surten efecto, Phoenix Clubhouse puede pedir ayuda al guardia de seguridad o a la policía. Como el personal y los miembros de Phoenix Clubhouse conocen al equipo de seguridad del servicio de urgencias y del hospital, pueden adoptar un papel activo a la hora de abogar por el miembro. La decisión de ingresar a una persona la toma el equipo de urgencias junto con el interesado, sin la participación del personal ni los demás miembros de Phoenix Clubhouse.

Es el miembro quien decide si toma o no la medicación recetada, y no se excluye de Phoenix Clubhouse a nadie por el hecho de no tomar su medicación. Lo mismo es válido respecto a las demás intervenciones que le hayan sido prescritas, como las de asesoramiento o psicoterapia. El personal explora los pros y los contras de las intervenciones con los miembros, analizando su plan de tratamiento y prevención de recaídas. Se anima a los miembros a que hablen de los efectos secundarios de la medicación, o de los problemas relacionados, con su equipo clínico. Se aconseja a los miembros que estén pendientes de su salud mental para detectar si empeoran o si aumenta la frecuencia de sus síntomas, comunicándolo, llegado el caso, al profesional que se ocupa de su atención. El personal permanece en contacto con la familia de los miembros, siempre con el consentimiento de estos.

### ***Inclusión en la comunidad***

El modelo de Phoenix Clubhouse promueve desde sus inicios la importancia de participar en la comunidad. Phoenix Clubhouse apoya a sus miembros para que accedan a un empleo, a los estudios, a los servicios de salud, a prestaciones sociales y a actividades de ocio, dentro de su comunidad, en la región especial de Hong Kong. Los miembros viven en sociedad, y Phoenix Clubhouse se compromete a ayudarlos a llevar una vida integrada dentro de su comunidad.

Por lo que respecta a la asistencia laboral, Phoenix Clubhouse ayuda a los miembros a aprovechar los recursos de la comunidad, incluidos los programas públicos como el Servicio Interactivo de Colocación Selectiva, el Plan de Recapitación de Empleados y el Programa de Empleo de Personas con Discapacidad a través de la Pequeña Empresa. En aras de la igualdad de oportunidades, los miembros reciben información sobre los derechos de los empleados con discapacidad, en relación con el salario mínimo legal y la discriminación. Se ayuda a las personas a acceder a la educación en espacios tradicionales, como universidades, y en programas para personas adultas; se les ayuda, asimismo, a acceder a oportunidades de empleo con empresas y empleadores de la ciudad, tal como se describe en los apartados anteriores.

Phoenix Clubhouse proporciona información sobre servicios médicos, como clínicas de odontología, centros de medicina tradicional china, clínicas de medicina occidental y un centro comunitario integrado para el bienestar mental. También se ofrece asesoramiento u orientación sobre cuestiones económicas y prestaciones públicas, como la asistencia integral del Seguro Social y el subsidio por discapacidad. Se realizan actividades lúdicas y sociales en diferentes lugares de la ciudad. Los miembros asisten a encuentros deportivos y culturales como parte del programa, y Phoenix Clubhouse colabora con otras ONG y con el gobierno organizando actos colectivos en los que se aboga por la salud mental y se promueve el bienestar.

## ***Participación***

El movimiento Clubhouse tiene unas pautas muy bien definidas y unos medios concretos para la inclusión de las personas que viven la experiencia de primera mano (los miembros). Por ejemplo, en todas las reuniones de Phoenix Clubhouse pueden participar tanto los miembros como el personal. No hay reuniones oficiales exclusivas para los miembros o para el personal (33). La responsabilidad del funcionamiento general de Phoenix Clubhouse corresponde a los miembros, al personal y, en última instancia, a la dirección. La participación activa de los miembros es fundamental en todos los aspectos de su funcionamiento (33). Se mantiene una plantilla de personal pequeña, y el espíritu del centro se vuelca en fomentar los talentos, las habilidades y la iniciativa de los miembros. Los miembros participan en las decisiones sobre políticas, programas y servicios, y en la planificación del futuro desarrollo de Phoenix Clubhouse. Reciben capacitación junto con el personal y participan en la contratación de nuevos empleados y en la evaluación de su trabajo. Los miembros también forman parte del comité asesor y de todos los comités de trabajo. El apoyo de pares es una piedra angular del modelo Clubhouse, pero no hay puestos específicos remunerados para personas con experiencia vivida. Muchos clubes, en todo el mundo, acaban dando empleo a personas con experiencia propia como parte de su plantilla, pero no mientras sean miembros.

## ***Enfoque de recuperación***

Los clubes se erigen sobre la noción de que cada miembro tiene el potencial de llevar una vida personalmente satisfactoria como miembro integrado en la sociedad, según su voluntad y sus decisiones. El modelo Clubhouse valora especialmente las actividades significativas, como el trabajo y la educación y capacitación. Promueve un sentido de comunidad, en el que los miembros se ayudan a sí mismos y a otros miembros a lograr sus objetivos. En Phoenix Clubhouse hay un fuerte énfasis en la elección personal, y cada miembro recibe ayuda activa para encontrar oportunidades de rehabilitación en las áreas de la amistad, el trabajo compartido, la atención médica, la educación, el empleo, el bienestar y la participación general en la comunidad.

Cada miembro tiene un plan de recuperación personal que facilita su participación y lo ayuda a alcanzar sus metas. Este plan abarca, entre otras cosas, la salud física, mental y espiritual, las necesidades sociales, la educación, el empleo y la participación general en la comunidad. Está orientado a las soluciones, es personalizado y se fundamenta en los puntos fuertes del miembro. Los miembros pueden comentar su plan con un miembro del personal que elijan y, en general, el personal y los miembros se reúnen cada uno, dos o tres meses para analizar su plan personal. Siempre se intenta involucrar a la red de apoyo del miembro cuando se elabora el plan. Un ejemplo sería ayudar a una persona que oye voces en sus crisis, para que conozca cuáles son sus propias habilidades de afrontamiento y para que planifique cómo recabar la ayuda de otras personas cuando se dé esa situación.

Las publicaciones especializadas apuntan a una resonancia entre la filosofía de Clubhouse International y el enfoque de la recuperación (29). Esta filosofía recalca la importancia de que las personas tomen sus propias decisiones, ya que puede darles un sentimiento de empoderamiento (38) y, por lo tanto, llevarlas a recuperar el control sobre su vida y su identidad. El enfoque de Clubhouse no funciona con un vocabulario medicalizado, y los miembros y las actividades no se organizan por diagnósticos. Hay un enfoque deliberado en los puntos fuertes de la persona, en lugar de sus síntomas (39). Los tres pilares del modelo son las relaciones significativas, las tareas significativas y un entorno de apoyo (40). Se pretende establecer un sentido de comunidad y solidaridad (41) y se hace un esfuerzo especial por ayudar a los miembros a que recuperen una vida significativa y satisfactoria, o a que

la tengan por primera vez. Una reciente revisión exhaustiva de la literatura internacional sobre el enfoque de Clubhouse concluye: “El modelo Clubhouse es compatible con las prácticas de la recuperación, ya que prima la elección personal de los miembros, la autodeterminación, la integración en la comunidad y la colaboración igualitaria con los demás miembros y el personal, en un trabajo codo con codo, ofreciendo esperanza y ayudando a las personas a vivir una vida significativa” (29).

### Evaluación del servicio

Phoenix Clubhouse evalúa su propia efectividad mediante una encuesta interna todos los años. En la encuesta de satisfacción del 2019, el 84% de los miembros se manifestaron satisfechos o muy satisfechos con Phoenix Clubhouse. Como métrica de evaluación, el servicio también hace un seguimiento de las tasas de empleo de los miembros activos (personas que asisten al menos una vez al mes). La proporción de miembros activos contratados en empleos externos ha aumentado significativamente en los últimos 18 años, pasando del 72% en el 2001 (46 personas) (F. Leung, Phoenix Clubhouse, datos inéditos, 2001) al 92% (135 personas) en el 2019 (F. Leung, Phoenix Clubhouse, datos inéditos, 2019). En el mes de septiembre del 2019, había 13 miembros contratados en un empleo de transición, 21 con un empleo asistido y 101 con empleo independiente.

El éxito de Phoenix Clubhouse fue reconocido en el 2014 cuando, en una encuesta interna de todo el Hospital Queen Mary, se elogiaron sus extraordinarios logros en las áreas de inclusión, atención continua y participación de los usuarios, los cuidadores y la comunidad en la planificación, la prestación y la evaluación de los servicios (F. Leung, Phoenix Clubhouse, comunicación personal, 2020).

A nivel internacional, gran cantidad de investigaciones han evaluado el modelo Clubhouse de manera más general. La revisión más completa de estas investigaciones se publicó en el 2018. Se trata de un estudio dirigido por Colleen McKay, del programa de investigación Clubhouse, adscrito al Centro para la Investigación de Servicios de Salud Mental del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Massachusetts (29).

McKay et al. revisaron los estudios realizados hasta la fecha en seis áreas: 1) empleo, incluidos el empleo de transición, el empleo asistido y el empleo independiente; 2) hospitalizaciones y recidivas; 3) calidad de vida y satisfacción; 4) relaciones sociales; 5) educación; y 6) actividades de promoción de la salud. Seleccionan estos seis dominios porque son los que ha examinado la literatura publicada, porque representan los resultados cuantitativos más documentados en los centros Clubhouse y porque reflejan los objetivos básicos del modelo (29). Los datos presentados por McKay et al. avalan los efectos beneficiosos del programa Clubhouse en todos los dominios analizados. Con todo, señalan que se necesitan estudios más sistemáticos para realizar una evaluación completa de los beneficios.

Algunos investigadores han cuestionado los programas de empleo de transición del movimiento Clubhouse. Se ha insinuado que pueden mantener a los miembros en una relación de dependencia respecto del personal y menoscabar su capacidad de progresar hacia un empleo plenamente remunerado (42). No obstante, estas valoraciones quizás no tengan en cuenta la importante función que desempeña el empleo de transición en los centros Clubhouse, en lo que concierne a la creación de un ambiente flexible en torno al trabajo, que no resulta intimidante y que permite a la persona elegir el programa laboral que mejor se aviene a sus preferencias y necesidades.



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

Como órgano rector, el Hospital Queen Mary financia todo el presupuesto operativo de Phoenix Clubhouse, incluidos los gastos de personal. También ayuda con la contratación, la gestión financiera y el mantenimiento. El costo anual aproximado del servicio es de 140.000 dólares de Hong Kong por año (unos US\$ 18.000)<sup>c</sup>. Los sueldos del personal suman unos 2.900.000 dólares de Hong Kong (cerca de US\$ 373.000)<sup>c</sup>.

Los miembros de Phoenix Clubhouse no pagan por usar el club ni los otros servicios del sistema de salud mental. Ahora bien, abonando una tarifa fija de 60 dólares de Hong Kong (unos US\$ 8)<sup>c</sup> por día, pueden acceder a toda la cartera de servicios ofertados en el sistema de salud mental de la región especial de Hong Kong, incluidos Phoenix Clubhouse y todos sus programas.

En la Región Administrativa Especial de Hong Kong, no existe un seguro médico obligatorio que cubra los servicios médicos públicos. Aunque el gobierno financia una parte importante, los ciudadanos deben abonar directamente una pequeña parte de los servicios. Cerca del 85% de los usuarios de Phoenix Clubhouse reciben asistencia integral del seguro social o gozan de otras exenciones hospitalarias, lo que los exime de pagar los servicios del hospital de día. Los ciudadanos que pueden costearse los servicios médicos y no reúnen los requisitos de la seguridad social abonan una pequeña parte de los servicios del hospital de día.

## **Dificultades y soluciones**

### ***Conseguir apoyo para la puesta en marcha***

Como Phoenix Clubhouse está totalmente financiado y administrado por un hospital del sector público, una dificultad importante durante la etapa inicial fue conseguir el apoyo necesario, por parte de la gerencia y ejecutiva del Hospital Queen Mary, para poner en marcha el club. La idea original la planteó un terapeuta ocupacional de uno de los hospitales psiquiátricos de día, quien propuso al director del Departamento de Terapia Ocupacional que visitara un club en el extranjero para conocer sus resultados. La visita resultó muy estimulante y a raíz de ella se determinó que el modelo Clubhouse podría ser una alternativa al servicio existente. Con el apoyo del Departamento de Psiquiatría del Hospital Queen Mary y el financiamiento concedido por la Fundación S.K. Yee a través de la Universidad de Hong Kong, se reformaron las instalaciones convencionales del hospital de día para convertirlas en Phoenix Clubhouse. Los fondos también permitieron obtener la acreditación Clubhouse y enviar al equipo de personal a capacitarse en el extranjero.

### ***Modificar la cultura dominante en salud mental***

Otra dificultad que surgió en los primeros tiempos fue la resistencia de algunos miembros del personal de primera línea ante la filosofía Clubhouse. Se sentían más cómodos en la interacción tradicional, de corte autoritario y dirigida a reducir riesgos, por lo que vacilaban a la hora de adoptar un modelo más igualitario, que implicase recabar la opinión de los miembros, compartir con ellos las instalaciones y responsabilidades y tratarlos como iguales. Para abordar esta resistencia, se dedicó mucho tiempo a educar al personal de primera línea sobre las ventajas potenciales del nuevo paradigma, a generar confianza hacia los miembros, a compartir responsabilidades con ellos y a ayudar a los miembros a asumir un sentido de responsabilidad hacia su propia recuperación. Finalmente, quedaron claros los beneficios del empoderamiento y las relaciones más igualitarias.

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

### ***Superar las barreras lingüísticas***

En su puesta en marcha, Phoenix Clubhouse también tuvo que enfrentar dificultades de índole lingüística y cultural. El formato y el lenguaje de las pautas de Clubhouse al principio resultaban complicados, ya que se habían concebido en un país diferente, con un idioma diferente y en un contexto cultural diferente. Para superar este obstáculo, Clubhouse International proporcionó ayuda para destilar los principios esenciales que subyacen a las pautas y se celebraron reuniones con los miembros para traducir la esencia de las normas al chino.

### ***Mantener la asistencia al empleo en épocas de dificultad económica***

Phoenix Clubhouse también se ha enfrentado al problema de crear puestos de empleo de transición y mantener los existentes durante épocas de recesión económica. Se ha buscado forjar un entendimiento con las empresas por el que todos salgan ganando, prestando asistencia laboral activa en el mismo sitio de trabajo y cubriendo con sustitutos a los miembros que se ausentan, lo cual ayuda a mantener una relación positiva con los empleadores.

### ***Renovación de las gerencias***

Otra dificultad viene dada por los cambios periódicos en las estructuras de gestión. En ocasiones, han asumido la gerencia del servicio personas que no estaban familiarizadas con el modelo Clubhouse. Para hacer frente a esta situación, se invita a los nuevos gerentes a reunirse con los miembros para conocer de primera mano el efecto positivo del servicio. A veces, los nuevos gerentes asisten a cursos de capacitación en el extranjero.

### ***Obtener financiamiento continuo***

Phoenix Clubhouse recibe su financiamiento básico del Hospital Queen Mary y la Universidad de Hong Kong, pero obtener fondos adicionales para actividades y capacitación es una dificultad persistente. Las sólidas relaciones con la alta gerencia y con el Departamento de Finanzas y Recursos Humanos del Hospital Queen Mary han ayudado a mitigar este problema y a conseguir fondos adicionales cuando se han necesitado.

La mayoría de los centros Clubhouse de otros países disponen de un local propio, en lugar de ubicarse en un complejo de salud pública y servicios sociales, como Phoenix Clubhouse. Sin embargo, el precio de los bienes inmuebles es una cuestión importante para Phoenix Clubhouse, que está ubicado en Hong Kong, donde el precio del suelo es prohibitivo y hay muy poco espacio disponible. En gran parte, Phoenix Clubhouse ha tenido éxito porque ha contado con el apoyo del Hospital Queen Mary. En el lenguaje del movimiento Clubhouse, es un club “auspiciado” (43), lo que significa que en última instancia lo financia y administra una organización más grande.

## Consideraciones clave para diferentes contextos

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

- involucrar, en las primeras etapas, a un líder que crea firmemente en los principios del servicio;
- contar con un equipo básico de miembros de Clubhouse activamente involucrados;
- garantizar que los miembros participen de las evaluaciones del servicio;
- asistir a sesiones de capacitación en otros centros de la red Clubhouse y a encuentros internacionales para ampliar horizontes y motivar al personal y los miembros;
- continuar el proceso de acreditación periódica de Clubhouse International, cada tres años, para realizar un proceso integral de autoevaluación y una revisión experta externa;
- promover y publicitar el servicio mediante volantes y folletos, publicaciones, visitas de bienvenida para otros profesionales de la salud o partidarios, prensa y medios de comunicación;
- acometer investigaciones y evaluaciones para documentar los efectos beneficiosos del servicio y presentar argumentos para que reciba financiamiento y apoyo.

### Información adicional y recursos:

#### Sitios web:

Phoenix Clubhouse (Hong Kong): <http://www.phoenixclubhouse.org>

Clubhouse International: <https://clubhouse-intl.org>

#### Videos:

Clubhouse International, historias de los miembros [en inglés].

<https://clubhouse-intl.org/news-stories/videos/>

#### Contacto:

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

Correo electrónico: [lsy113@ha.org.hk](mailto:lsy113@ha.org.hk)

Joel D. Corcoran, director ejecutivo de Clubhouse International USA.

Correo electrónico: [jdcorcoran@clubhouse-intl.org](mailto:jdcorcoran@clubhouse-intl.org)



# 3.

**Avanzar del concepto  
a las buenas  
prácticas en los  
centros de salud  
mental comunitarios**

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

## Pasos para establecer o transformar un centro de salud mental comunitario

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

## Preguntas concretas para establecer o transformar un centro de salud mental comunitario:

- ¿El objetivo es transformar un centro de salud mental comunitario existente, establecer un centro nuevo o integrar la salud mental en un centro existente?
- ¿Quiénes serán los beneficiarios del servicio? ¿Se excluirá a alguien? ¿Cómo se accederá al servicio?
- ¿Se prevé que haya una pequeña cantidad de camas disponibles para ofrecer alojamiento a las personas que puedan estar pasando por una crisis? Y en ese caso, ¿la oferta estará disponible las 24 horas y todos los días de la semana?
- ¿Se podrá acudir al centro sin cita previa, hará falta pedir una cita o se adoptará un enfoque mixto?
- ¿Se ofrecerá tratamiento y apoyo en el domicilio de las personas?
- ¿Qué tratamientos e intervenciones se ofrecerán? Pueden ser:
  - » evaluación de las necesidades de atención y diagnóstico, con el consentimiento de la persona;
  - » terapia orientada a la atención de los trauma;
  - » planes de recuperación centrados en la persona;
  - » psicoterapia, p. ej., terapia cognitivo-conductual;
  - » resolución de problemas y activación conductual o programación de actividades;
  - » asesoramiento u orientación psicológica, o bien terapias de apoyo individual y grupal;
  - » psicofármacos y otra medicación (incluida la prescripción de farmacoterapia, así como ayuda para dejar la medicación correctamente);
  - » diálogo y reuniones con familiares, amistades y acompañantes (con el consentimiento del usuario);
  - » apoyo para la transición y regreso al hogar y la comunidad;
  - » teléfono de atención a las crisis;
  - » apoyo entre pares;
  - » otros.
- ¿Cómo se hará la evaluación, el abordaje o la derivación de las personas que tengan problemas de salud física?
- ¿Qué recursos humanos se necesitarán (p. ej., profesionales de la medicina, incluida la psiquiatría y la medicina general, entre otros, así como de la psicología y de la enfermería, asistentes sociales, trabajadores de apoyo entre pares, terapeutas ocupacionales, trabajadores de alcance comunitario, agentes comunitarios o trabajadores legos (no profesionales), personal administrativo, etc.)? ¿Qué habilidades y capacitación necesitarán para brindar un servicio de calidad y basado en la evidencia, en línea con los derechos humanos?
- ¿Qué interrelación habrá con los demás servicios, prestaciones y recursos de la comunidad? ¿Cómo serán los sistemas de derivación?

- ¿Qué estrategias y capacitaciones se adoptarán para hacer realidad la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la participación, la inclusión en la comunidad y la orientación a la recuperación?<sup>d</sup>

### ■ Capacidad jurídica

- ¿Cómo se garantizará que haya mecanismos de apoyo a la toma de decisiones para que las decisiones se ajusten a la voluntad y las preferencias de la persona?
- ¿Cómo se obtendrá el consentimiento informado de los usuarios en relación con las decisiones de tratamiento?
- ¿Cómo garantizará el servicio que las personas:
  - » sean capaces de tomar decisiones informadas y elijan entre las opciones de tratamiento y atención?
  - » reciban toda la información esencial sobre la medicación, incluida su eficacia y los posibles efectos negativos?
- ¿Qué procesos se habilitarán para apoyar sistemáticamente a las personas a fin de que elaboren un plan anticipado?
- ¿Qué mecanismos se implantarán para garantizar que las personas puedan presentar un reclamo en caso de ser necesario?
- ¿Cómo se facilitará el acceso a otros servicios de asesoramiento y representación legal que necesiten los usuarios (p. ej., asistencia jurídica gratuita)?

### ■ Prácticas no coercitivas

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

### ■ Participación

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

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



## ■ Inclusión en la comunidad

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

## ■ Recuperación

- ¿Cómo garantizará el servicio que se contemple a la persona en el contexto de toda su vida y sus experiencias? ¿Cómo se garantizará que la atención y el apoyo no se centren únicamente en el tratamiento, el diagnóstico y el alivio sintomático?
- ¿Cómo se garantizará que las cinco dimensiones de la recuperación sean componentes integrales de la prestación? Estas dimensiones son: 1) conexión; 2) esperanza y optimismo; 3) identidad; 4) significado y propósito; y 5) autoempoderamiento.
- ¿Cómo se apoyará a las personas para que elaboren un plan de recuperación? Es decir, ¿cómo las ayudarán a reflexionar y documentar sus esperanzas y objetivos, las estrategias para lidiar con situaciones difíciles, gestionar el malestar emocional, mantenerse bien, etc.?
- ¿Se ofrecerán actividades de capacitación y apoyo a otras partes interesadas y a la comunidad en relación con el enfoque de derechos humanos en salud mental?
  - » ¿Se impartirá capacitación y apoyo a las organizaciones de la comunidad, incluidos los grupos de la sociedad civil?
  - » ¿Se impartirá capacitación y apoyo al personal de otros servicios sociales y de salud, incluidos los servicios de salud no especializados?
- Sensibilización y defensa de la causa
  - » ¿Se realizarán actividades de sensibilización sobre salud mental y derechos humanos, por ejemplo, con las familias, las escuelas, las empresas, las organizaciones locales y otros entornos comunitarios?
  - » ¿Se realizarán acciones reivindicativas sobre salud mental y derechos humanos en pro de los derechos de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales? ¿Se generarán oportunidades positivas para que participen en la comunidad, con el objetivo último de crear una comunidad en la que puedan vivir de forma autónoma? Esto incluye acciones para reducir el estigma en torno a la salud mental y generar oportunidades positivas para la comunidad.
  - » ¿Se buscará comprender la dinámica social de la comunidad local y mapear los problemas que más afectan a la vida y la salud mental de la población (p. ej., violencia policial, narcotráfico, apuros económicos)?

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

# Referencias

1. 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).
2. Myanmar: 2017 Humanitarian needs overview. En: Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas [sitio web]. Nueva York: Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas; 2016 (<https://www.frontiermyanmar.net/en/mental-illness-myanmars-hidden-epidemic/>, consultado el 7 de julio del 2020).
3. Mental illness: Myanmar's hidden epidemic. En: Frontier Myanmar [sitio web]. Rangún: Frontier Myanmar; 2018 (<https://www.frontiermyanmar.net/en/mental-illness-myanmars-hidden-epidemic/>, consultado el 1 de enero del 2021).
4. Maternal, newborn and child health: ending preventable deaths and boosting health outcomes. En: UNICEF Myanmar [sitio web]. Rangún: UNICEF Myanmar; 2019 (<https://www.unicef.org/myanmar/health-and-nutrition/maternal-new-born-and-child-health>, consultado el 1 de enero del 2021).
5. WHO-AIMS report on mental health system in Myanmar. Naipyidó: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206155>, consultado el 4 de enero del 2021).
6. Aung Clinic [sitio web]. Rangún: Aung Clinic; s.f. (<https://www.aungclinicmh.org/>, consultado el 24 de febrero del 2020).
7. Myo Myint LPP. From suffering to colourful art. Myanmar Times. 26 de octubre del 2018 (<https://www.mmtimes.com/news/suffering-colourful-art.html>, consultado el 24 de febrero del 2020).
8. Myanmar Autism Association [sitio web]. Rangún: Myanmar Autism Association; 2020, consultado el 4 de enero del 2021.
9. Su C. Future stars shine brightly in self advocacy. Myanmar Times. 18 de mayo del 2015 (<https://www.mmtimes.com/lifestyle/14518-future-stars-shine-brightly-in-self-advocacy.html>, consultado el 24 de febrero del 2020).
10. Background. En: Back Pack Health Worker Team [sitio web]. Maesot: Back Pack Health Worker Team; 2019 ([https://backpackteam.org/?page\\_id=31](https://backpackteam.org/?page_id=31), consultado el 1 de enero del 2021).
11. Antalíková R. Evaluation Report [sitio web]. Rangún: Aung Clinic; 2020 (<https://www.aungclinicmh.org/2020/05/02/evaluation-report-2020-dr-radka-antalikova/>, consultado el 7 de julio del 2020).
12. Klein J. Long ignored in global development, mental illness is declared a top priority. En: Open Society Foundations [sitio web]. Nueva 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).
13. Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Coordinación General de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: Ministerio de Salud; 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).
14. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. 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.
15. Campos GVS, Almeida IS. Análise sobre a constituição de uma rede de saúde mental em uma cidade de grande porte. Ciência saúde coletiva. 2019; 24: 2715-26. doi: 10.1590/1413-81232018247.20122017.
16. Vicentin MG, Trenche MCB, Kahhale EP, Almeida IS. Saúde mental, reabilitação e atenção básica: encontros entre universidade e serviços de saúde. São Paulo: Universidad de São Paulo; 2016.

17. Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Departamento de Acciones Programáticas y Estratégicas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministerio de Salud; 2004 (<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
18. Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Núcleo Técnico de la Política Nacional de Humanización. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministerio de Salud; 2008 ([https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf), consultado el 4 de enero del 2021).
19. Sinhoretto J, Schlittler MC, Silvestre G. Juventude e violência policial no município de São Paulo. Rev Bras Segur Pública. 2016; 10: 10-35.
20. Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Coordinación General de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas. Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de gestão 2011-2015. Brasília: Ministerio de Salud; 2016 (<https://www.scribd.com/document/373468059/SAUDE-MENTAL-NO-SUS-CUIDADO-EM-LIBERDADE-DEFESA-DE-DIREITOS-E-REDE-DE-ATENCAO-PSICOSSOCIAL.pdf>, consultado el 4 de enero del 2021).
21. CAPS III Brasilândia, São Paulo, Brasil. QualityRights evaluation report. Ginebra: OMS; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/CAPS-III-Brasilia-Brazil-QualityRights-Evaluation-Report.pdf>, consultado el 21 de enero del 2021).
22. WHO QualityRights initiative - improving quality, promoting human rights. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: OMS; s.f. (consultado el 1 de enero del 2021).
23. Campos RTO, Furtado RP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Pegolo da Gama CA. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev Saúde Pública. 2009; 43: 16-22. doi: 10.1590/S0034-89102009000800004.
24. Brasil. Ministerio de Salud. Gabinete del 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](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).
25. Mental Health Review Report. China, Región Administrativa Especial de Hong Kong: Oficina de Alimentación y Salud; 2017 ([https://www.fhb.gov.hk/download/press\\_and\\_publications/otherinfo/180500\\_mhr/e\\_mhr\\_full\\_report.pdf](https://www.fhb.gov.hk/download/press_and_publications/otherinfo/180500_mhr/e_mhr_full_report.pdf), consultado el 4 de enero del 2021).
26. The origin of Fountain House. En: Fountain House [sitio web]. Nueva York: Fountain House; s.f. (<https://www.fountainhouse.org/about/history>, consultado el 1 de enero del 2021).
27. Farrell SP, Deeds ES. The clubhouse model as exemplar. Merging psychiatric nursing and psychosocial rehabilitation. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1997; 35: 27-34.
28. 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.
29. McKay C, Nugent KL, Johnsen M, Eaton WW, Lidz CW. 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.
30. 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.
31. McKay CE, Yates BT, Johnsen M. Costs of Clubhouses: an international perspective. Adm Policy Ment Health. 2007; 34: 62-72. doi: 10.1007/s10488-005-0008-0.
32. Propst RN. Standards for Clubhouse programs: why and how they were developed. Psychiatr Rehabil J. 1992; 16: 25-30. doi: 10.1037/h0095711.

33. Quality standards. En: Clubhouse International [sitio web]. Nueva York: Clubhouse International; s.f. (<https://clubhouse-intl.org/resources/quality-standards/>, consultado el 1 de enero del 2021).
34. Training bases. En: Clubhouse International [sitio web]. Nueva York: Clubhouse International; s.f. (<http://clubhouse-intl.org/about-us/organization/training-bases/>, consultado el 1 de enero del 2021).
35. Phoenix Clubhouse [sitio web]. China, Región Administrativa Especial de Hong Kong: Phoenix Clubhouse; s.f. ([http://www.phoenixclubhouse.org/en\\_main/index.html](http://www.phoenixclubhouse.org/en_main/index.html), consultado el 6 de febrero del 2021).
36. Employment. En: Phoenix Clubhouse [sitio web]. China, Región Administrativa Especial de Hong Kong: Phoenix Clubhouse; s.f. ([http://www.phoenixclubhouse.org/en\\_main/Emp.html](http://www.phoenixclubhouse.org/en_main/Emp.html), consultado el 10 de agosto del 2020).
37. QualityRights. Personal recovery plan. Ginebra: OMS; s.f. (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/PersonalRecoveryPlanOnline.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
38. Tsang AWK, Ng RMK, Yip KC. 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.
39. Stein LI, Barry KL, Dien GV, Hollingsworth EJ, Sweeney JK. 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.
40. 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.
41. 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.
42. Crowther R, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ*. 2001; 322: 204-8. doi: 10.1136/bmj.322.7280.204.
43. Gorman JA, McKay CE, Yates BT, Fisher WH. Keeping Clubhouses open: toward a roadmap for sustainability. *Adm Policy Ment Health*. 2018; 45: 81-90. doi: 10.1007/s10488-016-0766-x.

