

Módulo
técnico

Servicios de salud mental en momentos de crisis

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

Servicios de salud mental en momentos de crisis

Servicios de salud mental en momentos de crisis

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

Versión oficial en español de la obra original
Mental health crisis services: promoting person-centred and rights-based approaches
© Organización Mundial de la Salud, 2021
ISBN: 978-92-4-002572-1 (versión electrónica)

Servicios de salud mental en momentos de crisis: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos

ISBN: 978-92-75-32591-9 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12591-5 (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. Servicios de salud mental en momentos de crisis: 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/10.37774/9789275325919>.

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. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase 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.

OPS/NMH/MH/2022

Diseño y maquetación por Genève Design.

Créditos de las fotos: Fotos de la portada: Afiya House/Sera Davidow. Página 6: A Alice Photography/Andrea Alexis. Página 16: Missing Link Housing. Página 24: Open Dialogue/Mia Kurtti. Página 33: Wise Management Services Ltd.

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

Índice

Prefacio	iv
Agradecimientos	v
Resumen	xiii
¿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. Servicios de salud mental en momentos de crisis: descripción y análisis 5

2.1 Afiya House Massachusetts (Estados Unidos de América)	6
2.2 Link House Bristol (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte)	16
2.3 Open Dialogue Laponia (Finlandia)	24
2.4 Tupu Ake Auckland sur (Nueva Zelanda)	33

3. Avanzando: del concepto a las buenas prácticas en los servicios de salud mental en momentos de crisis 45

Referencias	51
-----------------------	----

Prefacio

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

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

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

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

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

En el *Plan de acción integral sobre salud mental 2020-2030* de la OMS 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 comunitaria. Además, se brinda una hoja de ruta para poner fin a la institucionalización, 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 comunitarios de salud mental que estén en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos. Proporcionan una visión de la atención de salud mental con las normas más altas de respeto de los derechos humanos y brindan la esperanza de una vida mejor para millones de personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales y para sus familias, en todo el mundo.



Dr. Ren Minghui

Subdirector General

Cobertura Sanitaria Universal/Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles

Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos

Conceptualización y gestión general

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

Dirección estratégica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Equipo de investigación y redacción

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

Patrick Bracken, psiquiatra y consultor independiente, oeste de Cork (Irlanda); 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 Hilde Vik, consultora clínica, Unidad de BET del Departamento Blakstad (Vestre Viken Hospital Trust, Viken [Noruega]).

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

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

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

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

Servicio de asistencia a la vida cotidiana Hand in Hand (Georgia): Eka Chkonია, 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 apoyo entre pares Mind Empowerment, USP (Kenya): Elizabeth Kamundia, subdirectora de la Dirección de Investigación, Promoción y Extensión de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya, Nairobi (Kenya); Michael Njenga, miembro del consejo ejecutivo, Foro de Discapacidad de África, y gerente general, Usuarios y Sobrevivientes de Psiquiatría en Kenya, Nairobi (Kenya).

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

Open Dialogue Crisis Service (Laponia, Finlandia): Brigitta Alakare, exjefa de psiquiatra; Tomi Bergström, psicólogo, PhD, Hospital Keropudas; Marika Biro, enfermera y terapeuta familiar, enfermera en jefe, Hospital Keropudas; Anni Haase, psicóloga, instructora en psicoterapia; Mia Kurtti, enfermera, MSc, instructora en familia y psicoterapia; Elina Löhönen, psicóloga, instructora en familia y psicoterapia; Hannele Mäkiöllitervo, licenciada en ciencias sociales, trabajadora de apoyo 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 Zelanda): Janice McGill, jefa de desarrollo de servicios de pares; Ross Phillips, gerente de operaciones comerciales (Pathways, Auckland [Nueva Zelanda]).

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

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

Líbano: Rabih El Chammay, director; Nayla Geagea, asesora de legislación y derechos humanos; Racha Abi Hana, coordinadora de desarrollo de servicios, programa nacional de salud mental del Ministerio de Salud Pública 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, exasante de la OMS (Irlanda); Christine Ajulu, Foro de promoción de los derechos humanos (Kenya); John Allan, área de salud mental, alcohol y otras drogas, Clinical Excellence Queensland, Queensland Health (Australia); Jacqueline Aloo, Ministerio de Salud (Kenya); Caroline Amissah, Autoridad de Salud Mental (Ghana); Sunday Anaba, BasicNeeds (Ghana); Naomi Anyango, hospital docente y de referencia Mathari (Kenya); Aung Min, iniciativa de salud mental de la Clínica Aung (Myanmar); Antoine Baleige, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Shantha Barriga, división de derechos relacionados con la discapacidad, Human Rights Watch (Bélgica); Peter Bartlett, Facultad de Derecho e Instituto de Salud Mental de la Universidad de Nottingham (Reino Unido); Marie Baudel, laboratorio de derecho y cambio social, Universidad de Nantes (Francia); Frank Bellivier, Ministerio de Salud (Francia); Alison Brabban, Tees, Esk & Wear Valleys NHS Foundation Trust (Reino Unido); Jonas Bull, Mental Health Europe (Bélgica); Peter Bullimore, National Paranoia Network (Reino Unido); Raluca Bunea, Open Society Foundations (Alemania); Miroslav Cangár, Consejo Asesor de Trabajo Social (Eslovaquia); Mauro Giovanni Carta, Departamento de Ciencias Médicas y Salud Pública de la Universidad de Cagliari (Italia); Marika Cencelli, Mental Health, NHS England (Reino Unido); Vincent Cheng, Hearing Voices (Hong Kong); Dixon Chibanda, Friendship Bench (Zimbabwe); Amanda B. Clinton, Asociación Estadounidense de Psicología (Estados Unidos); Jarrod Clyne, International Disability Alliance (Suiza); Joel D. Corcoran, Clubhouse International (Estados Unidos); Alain Dannet, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Bhargavi Davar, Transforming Communities for Inclusion – Asia-Pacific (TCI-AP) (India); asesor Liron David, Enosh – Asociación Israelí de Salud Mental (Israel); Sera Davidow, Wildflower Alliance (antes conocida como Western Massachusetts Recovery Learning Community) (Estados Unidos); Larry Davidson, programa para la recuperación y la salud comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale (Estados Unidos); Gabriela B. de Luca, Open Society Foundations (Estados Unidos); Laurent Defromont, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Keshav Desiraju, exsecretario de salud (India); Julian Eaton, CBM Global (Reino Unido); Marie Fallon-Kund, Mental Health Europe (Bélgica); Julia Faure, consultora de la OMS (Francia); Silvana Galderisi, Universidad de Campania; Luigi Vanvitelli (Italia); Rosemary Gathara, Basic Needs Basic Rights Kenya (Kenya); Walter Gekle, Soteria Berne (Suiza); Piers Gooding, Melbourne Social Equity Institute de la Universidad de Melbourne (Australia); Ugne Grigaite, ONGMentalHealthPerspectives(Lituania);AhmedHankir, 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 Provides for Persons with Disabilities (Bélgica); Long Jiang, Shangha 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, 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 Ligtot (OMS/WPRO); Aiysha Malik (OMS/Sede); María del Carmen Martínez Viciana (OMS/AMRO); Hernan Montenegro von Mühlenbrock (OMS/Sede); Melita Murko (OMS/EURO); Brian Ogallo (OMS/Sudán); Sally-ann Ohene (OMS/Ghana); Renato Oliveira E Souza (OMS/AMRO); Khalid Saeed (OMS/EMRO); Giovanni Sala (OMS/Sede); Alison Schafer (OMS/Sede); Noline Schiess (OMS/sede); Katrin Seeher (OMS/sede); Chiara Servili (OMS/Sede); Julie Storr (OMS/Sede); Shams B. Syed (OMS/Sede); Mark Van Ommeren (OMS/Sede); Martijn Vandendyck (OMS/WPRO); Jazmine Vergara (OMS/Filipinas); Edwina Zoghbi (OMS/Líbano).

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

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

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

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

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

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

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

Apoyo financiero

La OMS desea agradecer al Ministerio de Salud y Bienestar de la República de Corea por su continuo y generoso apoyo financiero para la elaboración de las *Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*. También agradecemos el apoyo financiero recibido de Open Society Foundations, CBM Global y el Gobierno de Portugal.

Agradecimientos especiales

Clínica Aung (Rangún, Myanmar) desea agradecer a las personas que participaron en el estudio para evaluar su iniciativa de salud mental, a los usuarios de los servicios y sus familias, y a las redes y asociaciones de particulares y entidades del ámbito nacional e internacional. Además, agradece a los trabajadores de apoyo

entre pares y al grupo de apoyo entre pares de su iniciativa de salud mental por la promoción y las iniciativas de coordinación para las personas con discapacidad psicosocial e intelectual.

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

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

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

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

Resumen

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

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

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

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

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

Mensajes clave de estas orientaciones

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

Introducción

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

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

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

la atención basada en el internamiento en instituciones, el aislamiento y las prácticas de tratamiento coercitivas y nocivas.

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

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

Ejemplos de servicios comunitarios de salud mental con buenas prácticas

En muchos países, la atención comunitaria de salud mental abarca una variedad de servicios, desde servicios en momentos de crisis, de alcance comunitario, de apoyo entre pares o de atención hospitalaria, hasta servicios de asistencia a la vida cotidiana o centros comunitarios de salud mental. Los ejemplos presentados en estas orientaciones abarcan diversos contextos, por ejemplo, desde el servicio de alcance comunitario en el ámbito de la salud mental Atmiyata, en India, hasta el servicio comunitario de salud mental de la Clínica Aung, en Myanmar, o el Banco de la Amistad, en Zimbabue, 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 para abogar por el respeto de sus derechos, pero también para el desarrollo de servicios y oportunidades que respondan mejor a sus necesidades reales.

Los países con un compromiso político fuerte y sostenido con el desarrollo continuo de servicios de salud mental basados en la comunidad que respeten los derechos humanos y adopten un enfoque orientado a la recuperación mejorarán enormemente no solo la vida de las personas con 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]
- WHO QualityRights e-training on mental health and disability: 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.

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 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

El objetivo de los servicios de atención a las crisis es apoyar a las personas que están viviendo un malestar psicológico agudo. Ahora bien, son justamente estos servicios los que acarrearán mayor riesgo de incurrir en vulneraciones de derechos humanos, por ejemplo, un ingreso no consentido, la administración forzosa de medicación o la aplicación de medidas coercitivas como el aislamiento y las contenciones físicas, mecánicas y químicas. Se ha demostrado que estas prácticas son perjudiciales para la salud mental, emocional y física, y que a veces conducen a la muerte (1-3).

Este módulo técnico presenta una selección de servicios de crisis que brindan atención y apoyo efectivos sin recurrir a la fuerza bruta ni a las coacciones, y que respetan el ejercicio de la capacidad jurídica y otros derechos humanos. Es posible prestar servicios de esta naturaleza de varias maneras. Algunos ayudan a las personas a superar la crisis en casa, con el apoyo de un equipo multidisciplinario. Otros ofrecen atención y apoyo en residencias o centros de respiro, una forma de alojamiento temporal que permite tomarse un descanso corto de la vida cotidiana, sin salir de la comunidad.

Todos los servicios reseñados en este módulo técnico siguen un planteamiento holístico, en cuyo centro se sitúa siempre la persona. Reconocen que no hay consenso sobre lo que constituye una crisis: lo que alguien vive como una crisis quizá no es entendido como tal por otra persona. Por eso, todos los servicios presentados ven las crisis como una experiencia profundamente personal, única y subjetiva, cuya superación requiere diferentes niveles de apoyo.

Desde la filosofía de los derechos humanos y la recuperación, los servicios descritos en este módulo técnico prestan especial atención a las asimetrías de poder dentro del servicio. Muchos también destacan la ayuda entre pares, personas que han vivido una situación similar, y la posibilidad de acceder a un espacio protector y cómodo donde superar la crisis. Todos insisten en la importancia de la comunicación y el diálogo con las personas que viven una crisis y entienden que, en lo relativo a sus necesidades de cuidado y apoyo, los expertos son ellos.

Las personas atendidas por los servicios de crisis recogidos en este módulo técnico nunca son apartadas de la vida en sociedad. Muchos servicios involucran activamente a las familias y otros allegados, con el permiso de la persona. Además, estos servicios están bien conectados con otros recursos disponibles en la comunidad: vinculan a las personas con el sistema externo y las ayudan a moverse por el mismo, de modo que puedan recibir apoyo después del episodio de crisis.

En general, el éxito de estos servicios demuestra que no es imprescindible el uso de la fuerza ni la coerción en la atención a las crisis. Por el contrario, la comunicación y el diálogo, el consentimiento informado, la ayuda entre pares, la flexibilidad en el apoyo brindado y el respeto por la capacidad jurídica son los elementos que configuran una atención de calidad que responde a las necesidades de las personas.

Los servicios descritos en el presente módulo técnico se eligieron tras una extensa revisión y una revisión bibliográfica, una búsqueda exhaustiva en internet, una consulta electrónica y los aportes 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, la supresión de las prácticas coercitivas, la participación, la inclusión en la comunidad y el enfoque orientado a la recuperación. Cuando resulta posible o apropiado, se da prioridad a los contextos de ingresos bajos y las regiones geográficas infrarrepresentadas, así como a los servicios que cuentan con datos de evaluación. Precisamente, una de las mayores dificultades encontradas es la falta de datos sólidos de evaluación, un

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

La prestación de servicios basados en la comunidad que se adhieren a los principios de derechos humanos conlleva cambios considerables en la práctica de todos los países y sienta normas muy estrictas en contextos en los que no se invierten suficientes recursos humanos y económicos en salud mental. Algunos países de 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 comunitarios de salud mental que estén centrados en la persona y promuevan los derechos humanos y la recuperación.

2.

Servicios de salud mental
en momentos de crisis:
descripción y análisis

2.1

Afiya House

Massachusetts
(Estados Unidos de América)



Clasificación principal: Servicio en momentos de crisis

Otras clasificaciones:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro comunitario de salud mental | <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

Afiya House se encuentra en la ciudad de Northampton, en la parte occidental del estado de Massachusetts (Estados Unidos de América). La gestiona Wildflower Alliance, una amplia comunidad de personas que trabajan dentro de un marco de ayuda entre pares; todos los empleados son personas que han vivido alteraciones importantes de su vida, como diagnósticos psiquiátricos, traumas, indigencia, adicciones y otras adversidades. Anteriormente conocido como Western Mass Recovery Learning Community y fundado en el 2007, el grupo cambió de nombre en el 2020 para reflejar mejor su misión de construcción comunitaria y su labor pedagógica y reivindicativa a nivel internacional (4). Hay un consejo rector (*Guiding Council of Western Massachusetts*) que actúa como junta consultiva; también este órgano está compuesto principalmente por personas con experiencia propia y tiene representación de todos los condados del oeste de Massachusetts. El consejo se reúne una vez al mes para orientar el desarrollo de la alianza y supervisar sus actividades.

Wildflower Alliance gestiona centros de recursos en las localidades de Holyoke, Pittsfield, Greenfield y Springfield; también ha desarrollado grupos, talleres y eventos en diversos puntos de la comunidad. Se ofrecen cuatro tipos de actividades: prácticas curativas alternativas, como el yoga; educación en actividades creativas, como escritura literaria, producción cinematográfica y cursos de capacitación nacionales e internacionales, así como acceso a computadoras, bibliotecas de préstamo e información sobre apoyo entre pares; acciones reivindicativas; y apoyo entre pares, por teléfono o en persona. Wildflower Alliance emplea la figura del creador de vínculos o “puente” comunitario (*community bridger*), que apoya a las personas que se disponen a recibir el alta hospitalaria y regresar a su entorno (4). Los enlaces también trabajan con personas encarceladas.

Afiya House es una de las iniciativas de apoyo entre pares de Wildflower Alliance. Fue inaugurada en el 2012 y está situada en un barrio residencial, al que se llega fácilmente en transporte público (5). Es el único centro de respiro gestionado por pares en el estado de Massachusetts, y uno de los cerca de cuarenta que hay en todo el país. Las personas que se alojan en Afiya House se conectan automáticamente con todas las demás actividades de Wildflower Alliance, y quienes trabajan en Afiya House se consideran empleados de la alianza.

Descripción del servicio

Afiya House es un centro de respiro gestionado por pares que tiene como propósito brindar apoyo a las personas con malestar psicológico. El centro, cuyo objetivo es convertir la crisis en una oportunidad de aprendizaje y crecimiento, está abierto a toda persona mayor de 18 años que esté pasando por un malestar psicológico o emocional importante y que crea que se beneficiaría de un entorno donde recibe apoyo de sus pares. La falta de vivienda no puede ser la única razón para alojarse. Los usuarios de Afiya deben respetar los valores y las expectativas de la casa, o de lo contrario se les pide que la abandonen. En estos casos, la persona se entrevista con dos miembros del equipo para analizar la situación y recibe una comunicación posterior en relación con posibles estancias en el futuro. La estancia máxima en Afiya es de siete noches; este es el tiempo que pasan en la casa la mayoría de las personas.

No se requiere autorización médica para alojarse en Afiya, pero no pueden alojarse personas que necesiten asistencia personal, como puede ser para el baño o para tomar la medicación, a menos que las acompañe alguien que las ayude en la medida necesaria (6).

Afiya consta de tres dormitorios, dos baños, una cocina, una sala de estar y otros espacios comunes, incluido un sótano amueblado y una sala de televisión. En un momento dado, en la casa solo hay uno o dos miembros asalariados del equipo.

Los empleados deben completar cuatro cursos básicos de capacitación: apoyo intencional entre pares (7), alternativas al suicidio (8), capacitación de facilitadores Hearing Voices y capacitación contra la opresión. Se ofrecen otras oportunidades de capacitación cuando es posible y si procede. Los empleados, que tienen intereses y experiencias diversas, se muestran siempre flexibles y participan en las actividades que los residentes encuentren útiles, como meditación, yoga, paseos y excursiones o jardinería, en función del clima, los recursos y los intereses.

En la casa pueden alojarse hasta tres personas a la vez. Mientras residen en Afiya, tienen acceso al apoyo entre pares las 24 horas del día, con un máximo de siete noches. A cada persona se le asigna una habitación privada, pero igualmente tienen acceso a las salas comunes como la cocina, provista de alimentos básicos, y a una variedad de recursos, como libros, material de artes plásticas, instrumentos musicales y esterillas de yoga. Se apoya a las personas para que elaboren un plan específico si creen que les sería útil, pero no hay obligación de seguir un horario marcado (ni para dormir ni para actividades obligatorias). El personal de apoyo comprueba regularmente cómo se encuentran las personas durante su estancia; pueden invitarlas a conectar o ayudarlas a buscar actividades para las que deseen recibir ayuda. El personal de apoyo puede ofrecer ayuda individual, pero también se organizan sesiones grupales si todos los residentes de la casa están de acuerdo. De hecho, el espacio es más efectivo cuando el apoyo tiene lugar entre las personas alojadas, y no solo entre el personal remunerado y las personas alojadas.

Las personas que se alojan en Afiya son libres de entrar y salir para proseguir con su actividad cotidiana, si

es lo que desean o encuentran útil. Por ejemplo, pueden seguir concurrendo a un centro de estudios o al trabajo, seguir atendiendo sus obligaciones, trámites, citas, etc.; también pueden incluir una “noche de prácticas” en su casa, como parte de su plan de regreso, hacia el final de la estancia. Sin embargo, si la persona se ausenta más de 24 horas sin avisar, pierde la plaza (6).

Durante la estancia se ofrecen otras actividades:

- aprender a preparar un plan de bienestar o redactar voluntades anticipadas;
- explorar recursos, tanto en documentos impresos como en internet, como la guía de reducción de daños para dejar los psicofármacos o el proyecto Inner Compass Initiative Withdrawal Project, una plataforma en internet que aglutina a personas de ideas afines (9, 10);
- reevaluar o hacer planes nuevos para seguir avanzando después de la estancia en Afiya House;
- conocer nuevas ideas y nuevos recursos comunitarios, como la red Hearing Voices y Alternatives to Suicide (6);
- salir a pasear, cuidar del jardín y otras actividades al aire libre.

Hay poco papeleo y se explica claramente la finalidad de cada documento. Cuando una persona entra por primera vez en la casa, firma un documento en el que se explica en qué consiste la estancia, qué se ofrece y qué no se ofrece, y cuáles son las responsabilidades de los residentes. Si la persona no quiere rellenar ningún otro formulario, nadie la obligará a hacerlo. Algunos documentos se consideran propiedad de la persona y esta se los puede llevar o destruirlos al terminar su estancia; es el caso, por ejemplo, de la ficha en la que puede indicar el tipo de apoyo que desea en caso de deteriorarse su estado. Si alguien regresa a la casa para alojarse una segunda vez, se desaconseja al personal que lea los documentos que hubiese dejado en una estancia anterior; esta forma de gestionar la documentación mitiga los desequilibrios de poder que suele haber en los servicios de salud mental.

Los interesados en alojarse en Afiya primero tienen una charla con un miembro del equipo, lo cual puede hacerse en persona o por teléfono, según la ubicación y las posibilidades de desplazarse de la persona. Se evita intencionalmente la terminología habitual de los sistemas, como puede ser el término “ingreso”. En la primera reunión, un miembro del equipo informa a la persona sobre la casa y le hace unas preguntas para conocer mejor sus circunstancias y por qué considera que Afiya podría ser una buena opción para ella. La decisión final de alojarse la toma la persona, el primer miembro del equipo con el que habló y un segundo miembro del equipo, que comprueba que no se haya pasado por alto ningún dato pertinente. El proceso es lo más flexible posible. Por ejemplo, si a alguien le cuesta mucho hablar por el malestar psicológico que le agobia, puede recurrir a otras opciones, como los mensajes de texto. También se mantiene una lista de espera de tres personas.

Afiya no presta servicios clínicos de ningún tipo, pero las personas alojadas pueden mantener el proceso clínico-asistencial que estén siguiendo en la comunidad, según deseen. Los miembros del equipo también las ayudan a determinar si desean hacer algún cambio en los servicios clínicos que están recibiendo y pueden explorar diferentes opciones con ellas. Sin embargo, la capacidad de ofrecer transporte y acompañar a alguien se ve limitada por la presencia mínima de personal en la casa.

El equipo no ayuda con la administración de psicofármacos ni otros tratamientos médicos, al objeto de evitar cualquier clase de interacción históricamente arraigada en la coerción y los desequilibrios de poder. Las habitaciones cuentan con una caja fuerte donde se pueden guardar los medicamentos y los objetos

de valor. Se puede recibir visitas si se desea o si se necesita asistencia.

Afiya funciona con la premisa de que las personas son responsables de sí mismas. Si alguien le falta el respeto a otra persona alojada o a un miembro del equipo, se lo considera responsable de sus acciones y se espera que haga propósito de enmienda o que abandone la casa. Esta regla, sin embargo, no menoscaba la libertad de experimentar y expresar los sentimientos, incluso el enojo.

No todos los centros de relevo gestionados por pares están integrados en una comunidad más amplia y más antigua, como la de Wildflower Alliance, que comenzó cinco años antes que Afiya. Por otro lado, la persona no tiene que estar pasando una crisis para alojarse; además, durante su estancia en Afiya y más adelante, puede utilizar tanto como desee los recursos que ofrece Wildflower Alliance.

Desde el 2019, Afiya cuenta con un creador de vínculos o “puente” comunitario, que trabaja 15 horas por semana, para facilitar la transición de la persona cuando ingresa y cuando abandona la casa. El orientador trabaja con las personas en la lista de espera que van a entrar en la casa, así como con las personas alojadas en Afiya que se están preparando para salir. Dispone de un vehículo y puede ayudar a las personas a concertar recursos de la comunidad si lo desean; las ayudan a construir o reconstruir las conexiones con la comunidad y a desenvolverse cuando dejan la casa. El grado de apoyo que recibe la persona depende de los deseos y las necesidades que ella misma manifieste.

Principios y valores fundamentales del servicio

Respeto de la capacidad jurídica

Durante su estancia, las personas son libres de hacer lo que les plazca. Tienen varias opciones a su disposición, incluido el apoyo entre pares, pero no se impone ningún tipo de atención ni estructura. Pueden recibir visitas y se las apoya para rechazar a las visitas indeseadas. La casa no comunica la identidad de las personas alojadas si alguien llama por teléfono para preguntar; esta regla se cumple, aunque quien llame se identifique como profesional de la salud.

Afiya prioriza la elección y la autodeterminación al proporcionar apoyo entre pares e información sobre el trauma (6). Los servicios de crisis de salud mental de emergencia nunca se solicitan, por muy mal que lo esté pasando una persona, a menos que esta lo pida expresamente. Se analizan todas las posibilidades, incluidos los pros y los contras de cada una y lo que cabe esperar de ellas. Únicamente se llama a la policía o a una ambulancia sin el consentimiento expreso de la persona si sobreviene una urgencia médica (p. ej., un infarto de miocardio o una sobredosis), si la persona está inconsciente o si hay una amenaza grave de agresión o se produce violencia manifiesta contra la casa o contra los presentes. Si se contacta con los servicios de urgencias sin el consentimiento expreso de la persona afectada, aunque se considere que estaba justificado, los miembros del equipo deben documentar lo ocurrido y realizar un proceso exhaustivo de revisión para analizar cómo se podría haber manejado la situación de manera diferente, antes o durante el incidente.

Aunque es optativo, las personas alojadas en Afiya pueden rellenar un formulario titulado “Preferencias de contacto y apoyo” (*Preferred Contact and Support Sheet*), en el que se detallan los contactos de emergencia, la información de salud importante (como alergias u otras patologías) y cómo se desea recibir apoyo en momentos de dificultad, crisis o urgencias médicas. Este formulario se considera propiedad de la persona que lo rellena, por lo que puede destruirlo o llevárselo consigo al término de su estancia. Se puede pedir a los miembros del equipo que acompañen a las personas a las consultas con el médico, en

calidad de defensores, o que las ayuden a preparar lo que quieren decirle al médico. Cuando entran en el centro, se informa a las personas sobre cuestiones de derechos humanos; también se les indica que pueden hablar con el delegado de derechos humanos de Afiya, así como con otras personas y entidades, si estiman que durante su estancia han sufrido algún tipo de maltrato (6).

Ni el malestar emocional ni las ideas suicidas se consideran urgencias médicas, ni siquiera los planes de suicidarse. De hecho, el personal de Afiya está capacitado para responder a estas situaciones: todos ellos reciben capacitación sobre el apoyo para la toma de decisiones, el apoyo intencional entre pares y el enfoque de alternativas al suicidio, unos grupos de apoyo entre pares semejantes a los de Hearing Voices (7, 8). El modelo de alternativas al suicidio, elaborado en el 2008 por Western Mass Recovery Learning Community, surge de la noción de que las intervenciones tradicionales de prevención del suicidio en realidad son contraproducentes y muchas veces dan lugar a medidas coercitivas. Con el tiempo, el enfoque se ha dividido en varias etapas: validación, curiosidad, vulnerabilidad y comunidad (VCVC).

Prácticas no coercitivas

El alojamiento temporal en Afiya House es completamente voluntario. La persona solo puede alojarse por decisión propia, no por la decisión de la familia, las amistades o los profesionales de la salud. Las habitaciones no se pueden cerrar con llave desde el exterior, pero sí desde el interior, si la persona alojada decide hacerlo. Afiya House no está en contra de la medicación, pero proporciona apoyo y recursos para dejar los psicofármacos si la persona lo desea (6). La naturaleza de un centro de respiro gestionado por pares sin formación clínica, en la que no se administra medicación ni se confisca el dinero de los alojados, minimiza las asimetrías de poder entre los huéspedes y los trabajadores, lo cual reduce el potencial de deriva hacia las medidas coercitivas, aun inintencionadas.

Se han implantado procesos y protocolos para atajar las situaciones de crisis y para documentar y aprender de cualquier incidente en el que se adopten medidas no consentidas en relación con una urgencia médica, como pueden ser una sobredosis, una hemorragia incontrolable después de una autolesión, un cuadro de dolor torácico o un desmayo. En estas circunstancias, el personal tiene instrucción de llamar a los servicios de urgencia sin demora (6). En el supuesto de que se utilice la fuerza en un incidente, por ejemplo, a raíz de llamar a los servicios de urgencias, posteriormente se lleva a cabo una revisión interna.

Las técnicas empleadas en el centro, como el apoyo intencional entre pares, las alternativas al suicidio y Hearing Voices, son medios de acompañamiento útiles, inclusive durante un arrebató de furia. Afiya House cree que es importante expresar la ira, pero absteniéndose de cometer violencia y considerando el impacto para el entorno y para las demás personas. El servicio no ofrece a los miembros del equipo capacitación ni protocolos específicos de desescalada, aparte de las técnicas de validación, curiosidad, vulnerabilidad y comunidad (VCVC) (8).

Inclusión en la comunidad

Afiya House reconoce la inclusión en la comunidad como un componente clave para ofrecer un centro de respiro; las personas alojadas reciben apoyo para salir y explorar los recursos locales. Poder salir y entrar a voluntad también las ayuda a mantener o asumir lazos y responsabilidades importantes en su comunidad, incluido el trabajo, los estudios y otras actividades (6). Las personas alojadas en el centro reciben apoyo para mantener el contacto o conectarse con la familia, las amistades, los profesionales de la salud u otros acompañantes, según deseen. Algunas veces, los miembros del equipo de Afiya también han ayudado a facilitar diálogos de sanación entre los huéspedes y sus amistades o familia.

Se reconoce que la comunidad se encuentra en grupos espirituales, deportivos, educativos y de otros tipos. El personal de Afiya House comparte información sobre los recursos que conoce y puede colaborar con la persona para descubrir recursos nuevos. Además, Afiya House trabaja con otros elementos de Wildflower Alliance, según sea necesario. El coordinador de apoyos comunitarios de la alianza trabaja mucho en el área de vivienda e indigencia, por ejemplo.

Participación

Afiya House fue fundada por personas que han tenido diagnósticos psiquiátricos, traumas, indigencia, problemas de consumo de sustancias psicoactivas y otras alteraciones de la vida. De conformidad con el estatuto de Afiya (6), el equipo se mantiene compuesto por personas que se identifican como tales, incluso a nivel de dirección.

Todas las personas que se alojan en Afiya deben cumplimentar un cuestionario de satisfacción, para que el centro pueda dar respuesta a los posibles problemas y mejorar los servicios de forma constante. El cuestionario evalúa si se han respetado los valores de Afiya, si el apoyo ofrecido satisfizo las necesidades de la persona y qué efecto tuvo la estancia en diferentes esferas de la vida de la persona: salud, relaciones, trabajo, objetivos personales y conexión con la comunidad. A modo de comparación con experiencias anteriores en servicios de salud mental, también se pide a las personas que califiquen con las mismas escalas los servicios clínicos utilizados en el pasado.

Enfoque de recuperación

Afiya House no exige que la persona alojada elabore un plan de recuperación. Solo se le pide que rellene un formulario de “Expectativas sobre la estancia” (*Hopes for Stay*), en el que describa brevemente lo que le gustaría lograr en Afiya. Puede tratarse de algo tan sencillo como regular los horarios de sueño, pero también puede ser algo más detallado, como elaborar un plan de bienestar o encontrar una nueva vivienda. No es obligatorio rellenar este formulario, y los miembros del equipo no insisten si la persona no quiere hacerlo. Si lo desean, las personas alojadas pueden rellenar la ficha de preferencias de contacto y apoyo (*Preferred Contact and Support Sheet*), en la que pueden consignar sus deseos, preferencias, vulnerabilidades y tipos de apoyo que desean recibir si en algún momento son incapaces de comunicarse. Los planes son propiedad de la persona, por lo que esta decide, al concluir su estancia, si se los lleva, los deja o los destruye (6). Unos días antes de su salida, un miembro del equipo invita a la persona alojada a comentar cualquier cosa que desee arreglar antes de irse. También es la ocasión para que la persona exponga de viva voz sus opiniones y valore su experiencia en la casa.

Evaluación del servicio

Afiya House elaboró un informe en el 2017 (5) que compendia datos agregados sobre utilización, así como los resultados de encuestas de satisfacción anónimas y voluntarias, realizadas al final de la estancia y seis meses después. Las encuestas siempre son voluntarias. Al final de la estancia, contestaron a la encuesta 124 personas, lo cual representa una tasa de respuesta del 84%.

Este informe (5) indica que entre el 1 de julio del 2016 y el 30 de junio del 2017 hubo en Afiya House 174 estancias; 107 personas (el 61%) se alojaron en una única estancia, 29 se alojaron dos veces y 38 se alojaron tres veces o más. Para 74 personas (el 43%), era la primera vez que se alojaban en la casa. El 51% de los encuestados indica que, antes de su estancia en Afiya House, había estado en un programa de tradicional de respiro; el 57% habían usado otros servicios de salud mental y el 16% no habían usado

nunca un servicio de salud mental. Por otro lado, hubo 1.344 personas que se pusieron en contacto con el servicio, pero no acabaron alojándose en Afiya House; en el 74% de estos casos, fue por falta de plazas, mientras que el resto no cumplían los requisitos de admisión, ya fuese por necesidades médicas o por edad.

Después de la estancia, el 70% de los usuarios regresaron a su casa, el 7% fueron a casa de amistades o familiares, el 5% fueron a un centro de respiro convencional, el 1% fueron a un hospital psiquiátrico y el 0,5% fueron a un hotel; en el 17% de los casos, no se conoce el lugar adonde fueron después de su paso por la casa (6). En el informe se analizan los formularios de expectativas sobre la estancia (*Hopes for Stay*): el 86% de los encuestados aseguran que se cumplió al menos una de las expectativas que tenían. En términos cualitativos, los encuestados afirman que Afiya tuvo un efecto positivo en su vida. En comparación con los hospitales y otros centros de relevo gestionados por equipos clínicos, en lugar de pares, Afiya House consigue valoraciones más altas en diversas variables. Las personas se sienten mejor acogidas en Afiya y consideran que la información sobre el apoyo es más transparente. También opinan que Afiya utiliza un lenguaje más orientado a la recuperación, y que su personal es menos prejuicioso y más atento, por lo que hacen que se sientan más escuchadas. También manifiestan su preferencia por Afiya en lo que concierne a la capacidad de conectar y participar en el apoyo entre pares con los demás (6).

Los encuestados también consideran que los siguientes elementos les fueron útiles durante su estancia: interactuar con un equipo que realmente se preocupaba por ellos; sentirse conectados con el personal y otros usuarios; lograr objetivos; y tener la libertad de hacer lo que necesitasen, inclusive pedir apoyo. Los encuestados que llevan más tiempo utilizando el servicio presentan mejor salud emocional y mejores relaciones, menos hospitalizaciones, mejores habilidades de afrontamiento y una mejor situación de vivienda (6). Cabe destacar que los encuestados también opinan que debería ofrecerse más apoyo para planificar la vida después de la estancia en el centro, a menudo por la falta de recursos disponibles en la comunidad a la que regresan. En respuesta a estos comentarios, se contrató al orientador de enlace con la comunidad, que apoya a las personas en el regreso a su entorno familiar, vinculándolas con los recursos disponibles.

En este informe del 2017 (5), Afiya House señala que es difícil cumplir uno de sus objetivos principales, que es evitar que la gente acabe en el hospital, porque Afiya solo puede alojar a tres personas y todas las plazas suelen estar ocupadas, mientras que en la región hay nueve unidades de psiquiatría. También es difícil satisfacer las demandas de la gran cantidad de personas que tienen problemas de vivienda en la zona; se trata de una cuestión sistémica, difícil de resolver para cualquier entidad.

Según una proyección realizada en el 2015, se calcula que 125 personas, que en total suman 250 estancias, probablemente habrían sido hospitalizadas de no haber acudido al servicio de respiro de Afiya (la cifra se basa en lo indicado por los propios usuarios y en sus antecedentes de ingresos) (6).

Costos y comparaciones de costos

Afiya House es totalmente gratuito para las personas que se alojan, y no hace falta tener Seguro de salud. El centro está totalmente financiado a través del Departamento de Salud de Massachusetts, que ha comprometido fondos hasta el 2027 como mínimo. El costo anual de gestión en el 2019 fue de US\$ 443.928, de los cuales el gasto de personal comprende la partida más grande. En el 2015, el costo medio por persona y día en Afiya fue de US\$ 1.460, en comparación con los US\$ 2.695 por persona y día que cuesta el internamiento en un hospital (6).

Dificultades y soluciones

Fomentar la confianza del personal

Una de las principales dificultades ha sido la inseguridad que sentían los miembros del equipo a la hora de probar métodos de trabajo nuevos y diferentes. Muchos no tenían suficiente confianza en sí mismos para expresar sus límites personales en el trabajo que realizaban. Les costaba aplicar el apoyo intencional entre pares, así como otras habilidades recién adquiridas, especialmente cuando los temas planteados por las personas alojadas podían infundirles miedo, por ejemplo, al hablar de las autolesiones o las agresiones.

Se ofreció a los miembros del equipo mucha capacitación sobre el apoyo entre pares y se dedicó un mes entero, antes de que abriera el centro, a afianzar las conexiones entre los miembros del equipo.

Superar la resistencia al modelo Afiya

Dadas las opiniones y prácticas imperantes, les resultaba difícil a los prestadores de servicios tradicionales aceptar la propuesta de Afiya House. Muchos no creían que pudiera tomarse en serio el apoyo ofrecido y consideraban, en muchos casos, que ellos eran los únicos que hacían el verdadero trabajo ante una crisis; en su opinión, Afiya House era un centro para personas que no estaban pasando una crisis propiamente dicha, sino que necesitaban una ayuda adicional. Además, creían que, una vez recabado el consentimiento de un usuario para el tratamiento de sus datos, Afiya quedaba facultada para divulgar toda su información personal a otros prestadores de servicios. Por el contrario, Afiya House considera que esta práctica contribuye a la pérdida de poder de las personas alojadas en la casa.

Para remediar la situación, se organizaron actividades de divulgación continua dirigidas a los prestadores. Se expusieron ejemplos específicos de cómo el equipo de Afiya había apoyado a personas en situación de crisis. Lo importante fue subrayar los éxitos: residentes que habían pasado por una crisis, pero mejoraron. Asimismo, se organizaron reuniones de “intercambio de información” con los prestadores de servicios tradicionales, tanto en la misma casa Afiya como por vía telefónica, para conocer mejor las exigencias y expectativas del trabajo de ambas partes. Dentro de este proceso, se reconoció que los prestadores tradicionales requieren ciertos tipos de información y tienen la obligación de hacer un seguimiento de las personas; al mismo tiempo, Afiya explicó los valores y el razonamiento por los cuales se restringe la cesión de datos de sus usuarios.

Reivindicar el cambio en el sistema general de salud mental

Como Afiya House solo cuenta con tres plazas, es sumamente difícil que sirva de alternativa real a la hospitalización para toda la zona, dada la cantidad de camas de psiquiatría que hay. Además, los problemas que afectan a las personas muchas veces guardan relación con cuestiones estructurales profundas. Una de las principales dificultades ha sido aprender a tratar el malestar psicológico dentro de un plazo de una semana, cuando la crisis puede estar muy vinculada, por ejemplo, con la carencia de vivienda de la persona.

Se ha dedicado tiempo a entablar relaciones con legisladores, líderes de pensamiento locales y personas que ostentan posiciones importantes y respetadas. Se ha planteado reiteradamente—en todos los informes anuales, en todas las presentaciones y en todas las conversaciones con financiadores y legisladores—la escasez de servicios de este tipo y las implicaciones que tiene para la sostenibilidad y eficacia en el presente y en el futuro. Además, las evaluaciones sistemáticas realizadas han proporcionado las evidencias necesarias para que los financiadores continúen sufragando el servicio.

Remunerar un salario suficiente para los trabajadores pares

La falta de fondos ha dificultado ofrecer sueldos suficientes para mantener a los mejores empleados. El trabajo de apoyo entre pares no recibe el respeto que merece; es especialmente difícil encontrar a alguien que tenga experiencia de primera mano, que esté dispuesto a hablar abiertamente sobre su vida y a quien se le dé bien apoyar a los demás. La retribución ofrecida debe permitir conservar a empleados realmente capaces de desempeñar bien una tarea tan complicada. Para superar este obstáculo se destina un pequeño porcentaje de los fondos adicionales que recibe Afiya House, siempre que sea posible, para incrementar los salarios.

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 a personas con experiencia propia en el diseño y realización de investigaciones, a fin de contar con estudios más relevantes, apropiados y significativos y mitigar la desconfianza respecto de dichos estudios;
- mantener la integridad del apoyo que proporciona el servicio en lugar de ajustarlo para que se adapte a las restricciones de la investigación;
- reconocer que es más fácil erigir desde cero un servicio con una nueva visión que derribar las estructuras y los procesos existentes, sobre todo cuando hay intereses arraigados;
- buscar empleados dentro de los servicios tradicionales que puedan ayudar a la organización a analizar y replantear sus conocimientos y creencias, así como a conocer otras posibilidades;
- garantizar que el servicio sea parte de una comunidad más grande de ayuda entre pares, que tenga un liderazgo fuerte y experiencia de primera mano en la enfermedad mental y las discapacidades psicosociales;
- dirigir las acciones reivindicativas a los interesados directos, desde los financiadores hasta las instituciones de las administraciones locales, para contar con un flujo constante de financiamiento.

Información adicional y recursos

Sitio web:

<https://wildfloweralliance.org/>

Videos:

Afiya House (versión completa) [en inglés].

<https://www.youtube.com/watch?v=9x8h3LvEB04>

Contacto:

Sera Davidow, Directora de Wildflower Alliance, Massachusetts (Estados Unidos).

Correo electrónico: sera@westernmassrlc.org or sera@wildfloweralliance.org

2.2

Link House

Bristol (Reino Unido de Gran
Bretaña e Irlanda del Norte)



Clasificación principal: Servicio de atención en momentos de crisis

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

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

Financiamiento:

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

Contexto

La ciudad de Bristol se encuentra en el oeste de Inglaterra. En el 2014 se produjo una innovación importante en los servicios de salud mental de la ciudad, cuando 18 organizaciones del sector público y del voluntariado se unieron para formar Bristol Mental Health, unificando todas las prestaciones asistenciales. Totalmente financiada por el Estado a través del Servicio Nacional de Salud, cada entidad integrante contribuye con su experiencia a los diferentes aspectos de la atención a la salud mental.

Una de estas 18 organizaciones es Missing Link, que desde 1982 atiende a mujeres sin hogar o incapaces de vivir en casa por los problemas de salud mental. Missing Link es el mayor prestador de servicios exclusivamente femeninos de Bristol. Entre el 2017 y el 2018, ayudó a 864 mujeres a encontrar servicios y vivienda en su comunidad; de ellas, 150 se alojaron en Link House, un centro residencial para momentos de crisis (11).

La presente reseña está dedicada a Link House, pero Missing Link, entidad inscrita en virtud de la Ley de Sociedades Benéficas Cooperativas y Comunitarias del 2014, presta muchos otros servicios, como orientación, ayuda a mujeres en riesgo de indigencia en el lugar donde se encuentren, alojamientos compartidos y apoyo para volver a encontrar vivienda. También ofrece albergues para mujeres sin hogar que tienen necesidades complejas, apoyo para mujeres que han sufrido violencia doméstica o han sido obligadas a casarse, y apoyo emocional y práctico a personas adultas y menores de ambos sexos que han sido víctimas de violaciones y agresiones sexuales (12, 13).

Descripción del servicio

Link House es un centro residencial pensado para mujeres mayores de 18 años que están viviendo una crisis de salud mental y necesitan pasar un tiempo fuera de su entorno familiar. Funciona desde el 2010 y su objetivo principal es evitar que estas mujeres acaben ingresadas en un centro psiquiátrico. Las ayuda a hacer frente a la crisis inmediata, a construirse una red social y a adquirir resiliencia para el futuro. Link House recalca que la atención que ofrece no es de carácter médico, sino que consiste en conversaciones y actividades, y se basa en un modelo social (12).

El centro representa una alternativa al tratamiento hospitalario y puede alojar a 10 mujeres al mismo tiempo, en estancias de máximo cuatro semanas. El servicio acepta a todas las mujeres, incluidas las que estén sometidas a una orden de tratamiento obligatorio, según la cual deben aceptar la medicación y la terapia como condición para vivir en la comunidad en lugar de permanecer encerradas en dependencias hospitalarias. Las mujeres ingresadas en el hospital psiquiátrico de la ciudad en virtud de la Ley de Salud Mental pueden recibir el “alta” y pasar a Link House en un proceso de alta adelantada. En cualquier caso, la estancia en Link House siempre es voluntaria. También pueden alojarse mujeres con discapacidades intelectuales, cognitivas y físicas, siempre que sean capaces de ocuparse de sus cuidados personales; en el centro hay una habitación adaptada para discapacitados, con su propio baño, que se usa regularmente.

Con el acento puesto en proporcionar un entorno no clínico, la casa cuenta con una gran sala de estar y una cocina compartida, donde las residentes traen su propia comida. Además, hay una lavandería, un comedor y un jardín. Las reglas de la casa son mantener un comportamiento respetuoso con las demás, garantizar la seguridad y el bienestar dentro del hogar y no fumar ni beber alcohol.

El personal está disponible las 24 horas, todos los días. Hay tres empleadas que cubren el turno de día y dos, el de noche. Las mujeres alojadas en Link House tienen una trabajadora de apoyo asignada. Además, también se ofrece un programa de actividades grupales, como sesiones de conciencia plena (*mindfulness*). No hay personal médico, y algunas empleadas, procedentes de la comunidad local, han vivido ellas mismas la experiencia de un problema de salud mental. No se exige una titulación formal para trabajar en Link House, aunque sí se imparte una capacitación básica sobre salvaguardias, igualdad y diversidad, conciencia en torno al suicidio, minimización de las autolesiones y primeros auxilios de salud mental. También hay capacitación sobre estrategias alternativas de afrontamiento y desescalada.

Si una mujer desea entrar en Link House, puede llamar ella misma por teléfono para solicitarlo, sin necesidad de una derivación de los servicios de salud mental. También se reciben derivaciones de coordinadores de atención, los orientadores de recuperación, el equipo de crisis, los trabajadores de apoyo y los médicos generales del consorcio de salud de Avon y Wiltshire, dependiente del Servicio Nacional de Salud, que abarca los servicios de salud de los condados de Avon y Wiltshire, incluida la ciudad de Bristol.

Después de la derivación, el personal habla con la mujer para decidir si Link House es adecuado para ella. Pueden concertar una visita para conocerla personalmente e indagar cómo ofrecerle apoyo (14). Se acepta en la casa a mujeres con psicosis o pensamientos suicidas, y también con problemas de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, siempre que estén progresando hacia la recuperación. Si los miembros del personal consideran que no podrán apoyar adecuadamente a la mujer, pueden decidir remitirla a otro servicio, en lugar de acogerla en Link House; esta decisión también dependerá de las necesidades de atención y apoyo de las mujeres alojadas en ese momento y de la capacidad del servicio.

Para evitar las listas de espera en situaciones de emergencia, Link House puso a prueba un proyecto

en los años 2017 y 2018, por el cual se ofrecía una cama de urgencia a la que tenían acceso directo los equipos de crisis del hospital (15). Si la mujer que está sufriendo una crisis vive en la calle y no hay lugar para ella en Link House, se intenta encontrarle una plaza en uno de los demás servicios de Missing Link.

Cuando una mujer se aloja en Link House, se la apoya para que defina un área de su vida que le gustaría mejorar, y el personal elabora un programa adaptado a ese objetivo (16). Cada mujer cuenta con una referente del equipo, con la que trabaja una hora al día en el área definida. El personal también trata de construir servicios de apoyo alrededor de cada residente y ayudarlas con las habilidades de autocuidado, administración del dinero, cocina, tareas domésticas, gestión del tiempo, relaciones, empleo y crianza de los hijos (14). Link House organiza un grupo de recuperación que se reúne dos o tres veces por semana, además de gran cantidad de actividades diarias (incluidas las técnicas holísticas de recuperación). Las mujeres alojadas en Link House también pueden disfrutar de los demás programas dirigidos por Missing Link. Pueden recibir visitas y son libres de salir de la casa con las visitas o por su cuenta. Las visitas solo pueden realizarse en determinados horarios y no pueden durar más de una hora, ya que el espacio es limitado. Las mujeres acuerdan entre ellas quiénes pueden visitarlas y cuándo.

Principios y valores fundamentales del servicio

Respeto de la capacidad jurídica

Escuchar a la mujer y respetar su derecho de autodeterminación son elementos esenciales de la filosofía de Link House. Todas sus actividades se rigen por los valores fundamentales del respeto, la escucha, la comprensión, la valoración y la respuesta a lo que dicen las usuarias. Todo se hace según las preferencias de la usuaria. Si una mujer no se encuentra bien y tiene claro lo que quiere, el equipo permanece a su lado a modo de acompañamiento, siempre que esta no se oponga, pero no la presiona para que hable o tome una decisión.

En general, las usuarias prosiguen con su vida, mientras Link House se sitúa en un segundo plano, actuando como red de seguridad (16). Las actividades están diseñadas para ayudar a las mujeres a articular sus propios objetivos y deseos; por ejemplo, el equipo puede ayudarlas a encontrar una persona que las acompañe al médico y vele por sus derechos.

Si la usuaria está insatisfecha con Link House, Missing Link tiene un mecanismo para presentar quejas, por el cual puede comunicar (a través de un tercero si prefiere) cualquier asunto relacionado con el servicio o con las trabajadoras. Missing Link comenta que las quejas se gestionan con prontitud (17).

Link House alienta y apoya a las mujeres para que elaboren voluntades anticipadas, en las que expresen sus deseos y sus preferencias, como parte de su plan de recuperación general, ya que algunas mujeres experimentan más de una crisis.

Prácticas no coercitivas

El acceso a Link House es siempre voluntario; en la primera evaluación se procura garantizar que las mujeres que acceden al servicio estén realmente contentas con su estancia en la casa. Aunque se les aconseja que sigan una rutina, no están obligadas a hacerlo, y no se aplican medidas restrictivas. Las usuarias afirman que se sienten a salvo y en casa, y aprecian el enfoque no clínico, el ambiente exclusivamente femenino y la positividad y el apoyo del equipo (18).

Las mujeres alojadas en Link House son responsables de su propio tratamiento farmacológico; el personal no les controla ni les administra la medicación. Aunque una mujer decida no tomar la medicación recetada, no se verá afectada su estancia en Link House. Si la situación mental de una mujer se deteriora hasta tal punto que ella misma se siente en peligro o pone en peligro a otras personas, se la deriva al equipo de crisis del Servicio Nacional de Salud o a una unidad hospitalaria.

Inclusión en la comunidad

Se otorga especial importancia a proporcionar un entorno inclusivo; se anima a las mujeres a interactuar y cocinar juntas, y dos o tres veces por semana se organizan sesiones grupales. Link House vincula a las residentes con diferentes servicios comunitarios, en función de sus preferencias y deseos; por ejemplo, algunas acceden a los programas de inserción laboral de Missing Link. Se las anima a plantearse qué les gustaría hacer en el futuro, se las ayuda a examinar sus necesidades educativas y a preparar un CV si es apropiado. Cabe destacar que Link House las alienta a proseguir sus actividades habituales en la comunidad, mientras están alojadas en la casa (16).

Participación

Link House es un servicio coproducido, en el que participan personas con experiencia propia en todos los niveles de la organización.

A nivel de dirección, Link House ha puesto en marcha un grupo de antiguas usuarias, llamado Crisis House User Reference Group, con el objetivo de reforzar la coproducción y actuar como vehículo de apoyo entre pares. El grupo se reúne cada seis semanas y cuenta con una nutrida asistencia. Las integrantes del grupo han recibido consultas sobre reglas de la casa, políticas, literatura y actividades.

Las residentes de Link House intervienen en la gestión diaria de la casa y la organización de las actividades. En la evaluación del servicio, el 98% de las usuarias se declaran satisfechas con su nivel de participación en el funcionamiento de la casa (18). Cuando Missing Link hace un llamamiento para reclutar voluntarias, su objetivo es encontrar a personas con experiencia propia, y al menos el 20% son antiguas usuarias (15). También se llevan a cabo reuniones de opinión con usuarias, a fin de orientar el desarrollo y la mejora de los servicios.

Enfoque de recuperación

El servicio aplica un modelo social de la recuperación, en lugar de un modelo biomédico. Ha adoptado un enfoque basado en las fortalezas, que valora la experiencia propia y la autodeterminación; concede especial importancia a la igualdad y a la sensibilidad cultural; adopta una visión holística, proporciona apoyo flexible, en función de las necesidades individuales, y ayuda a las mujeres a reconectarse con su vida. Todas las empleadas reciben capacitación y apoyo, con prácticas reflexivas, y utilizan enfoques orientados a la atención de los traumas.

Las residentes reciben apoyo para elaborar estrategias de afrontamiento y puntos fuertes que las ayuden en su tránsito hacia la recuperación. Las mujeres preparan un plan de acción individual de recuperación siguiendo el método de *Wellness Recovery Action Plans* (WRAP) [planificación de la acción para la recuperación del bienestar], que es una técnica de prevención y bienestar utilizada en todo el mundo (19). De hecho, el 88% de las usuarias consideran que este método les ha sido útil, y el personal adapta las actividades a los objetivos de cada usuaria. Los profesionales de salud que atienden a las usuarias del

servicio también están integrados en este plan de recuperación. Junto con una integrante del personal, las mujeres también reciben apoyo para elaborar un cuadro de recompensas con su recuperación, que les permite ir midiendo sus resultados y, por ende, su progreso (20). Diseñado por la Asociación Británica de Prestadores de Salud Mental, abarca 10 dominios de la vida personal, incluidas las habilidades cotidianas, las relaciones, el trabajo, la identidad y la autoestima. Cuando salen de Link House, las mujeres pueden ir consultando el gráfico para ver cuánto han avanzado en cada dominio.

Evaluación del servicio

Las usuarias han indicado que, después de su estancia en Link House, acuden menos al hospital y durante períodos más cortos. Todas las usuarias de Link House que vinieron derivadas desde los servicios de salud mental tenían prescripción de cama de hospital, de lo cual se deduce que la estancia en la casa reduce directamente los ingresos hospitalarios (21). En el período 2017-2018, Link House acogió a 150 mujeres. De las 122 mujeres encuestadas, el 99% consideran que la estadía fue una experiencia útil, el 99% afirman que el apoyo responde a sus necesidades, el 94% afirman que su salud mental ha mejorado y el 100% encuentran útiles las actividades y las sesiones grupales y recomendarían el servicio a una amiga.

Una usuaria describe su estancia en Link House con estas palabras: “Cuatro semanas aquí han sido totalmente afirmativas para mi vida. Ahora que voy a salir estoy un poco nerviosa, pero también emocionada y esperanzada por el futuro, por primera vez en varios años. Gracias por ayudarme a encontrar las fuerzas para darle la vuelta a la situación” (22).

Cuando la usuaria termina su estancia, contesta una encuesta de salida. La encuesta de salida de 2015-2016 (18), en la que se recibieron 131 respuestas de mujeres que se habían alojado en ese periodo, tuvo comentarios positivos. Todas las encuestadas afirman que la estancia en Link House fue una experiencia útil; al 81% les gusta la tabla de logros de recuperación; el 88% afirman que su salud mental ha mejorado; el 93% afirman que se sentían a salvo; y el 98% encontraron útiles las actividades a las que asistieron. Sin embargo, muchas indicaron que faltan más actividades.

Las usuarias indican que les gustaría seguir recibiendo apoyo, en forma de seguimiento, después de dejar la casa. En muchos casos, estas mujeres están pasando de una situación de dependencia continua, en la que reciben asistencia las 24 horas, a una vida práctica o totalmente independiente. En este sentido, expresan el deseo de que el personal sea más activo en la gestión de esta transición (18).

Costos y comparaciones de costos

La prestación del servicio cuesta 467.000 libras esterlinas (aprox. US\$ 650.450)^a por año, y cubre el alquiler y los gastos del inmueble, los suministros (75.000 libras), el personal (337.000 libras) y gastos generales, entre los que están la limpieza, las tareas administrativas de la sede central, la publicidad, las auditorías, los equipos informáticos y la seguridad (55.000 libras). Este costo equivale a 127 libras (aprox. US\$ 171)^a por persona, cama y día. Una cama de hospital cuesta aproximadamente tres veces más que una cama de Link House (23). El servicio está financiado por la comisión adjudicadora de servicios clínicos y es gratuito para las usuarias.

^a Tasa de cambio de marzo del 2021.

Dificultades y soluciones

Vencer las reticencias en torno al modelo social

La propuesta de fundar Link House se veía como algo radical; se consideraba peligroso adjudicar el servicio a una ONG y no a una empresa pública. Además, persistían las actitudes negativas hacia el modelo social de la salud mental, en tanto que algunos profesionales se oponían a incorporar los conocimientos y las vivencias de las personas expertas por experiencia propia dentro del servicio.

Fueron precisos 18 meses de arduo trabajo para convencer a los adjudicadores del valor potencial del proyecto. Para impulsarlo, el servicio trabajó con organizaciones locales de personas con experiencia propia. También fue útil involucrar a partidarios dispuestos a promoverlo. Hoy en día, tanto el modelo social como el enfoque orientado a la recuperación están más aceptados, y ya no se consideran radicales. Muchos profesionales respaldan esta forma de trabajar. En la medida de lo posible, se procuró colaborar con los servicios públicos, manteniendo al mismo tiempo la independencia; estas colaboraciones muchas veces dependían de un equilibrio delicado.

Argumentos a favor de un servicio exclusivamente femenino

Abrir un servicio solo para mujeres fue difícil, porque no se había constatado a nivel local que las mujeres estuviesen mal atendidas en unidades hospitalarias mixtas. El valor de un servicio exclusivamente femenino siguió cuestionándose, en particular durante períodos de austeridad nacional y ante los esfuerzos por lograr una mayor igualdad entre hombres y mujeres.

El servicio ha colaborado con grupos de antiguas usuarias de la zona para realizar una encuesta entre mujeres que hubiesen usado servicios de internamiento; en este estudio se observó una preferencia abrumadora por una unidad exclusivamente femenina, ubicada en la comunidad y no en un hospital psiquiátrico. Se insistió constantemente a favor del derecho de las mujeres a recibir atención en un entorno protector, lo cual implicó continuar trabajando para promover el servicio.

Obtener financiamiento

Financiar el proyecto fue un reto mayúsculo. Como no se podía optar a recibir fondos nuevos, los responsables de la adjudicación pública debían redistribuir los fondos asignados a los servicios existentes. Seguir recibiendo fondos después de la inyección inicial también fue complicado. Cuando se renovaron los contratos, no se contempló en las partidas financieras ni la inflación ni el aumento de los costos, lo cual implica, a efectos prácticos, que cada año el servicio dispone de menos dinero. También ha aumentado la presión continua de los servicios públicos para que Link House absorba las camas de las unidades de salud mental, puesto que han cerrado plantas hospitalarias y ha aumentado la demanda de servicios de salud mental. A juicio de quienes deciden qué servicios financiar, un centro con atención las 24 horas consume demasiados recursos humanos y tiene un costo muy elevado.

El financiamiento del proyecto se ha complementado con subvenciones de pequeños organismos financieros; también se han recaudado fondos extra con actos benéficos. Por otro lado, se intenta mantener los gastos generales al mínimo. Como elemento muy destacable, Link House ha demostrado con datos que sus resultados son positivos y que es más barato que las camas de hospital.

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:

- respetar el derecho de autodeterminación de las usuarias, como factor determinante de la prestación;
- monitorear y evaluar el servicio internamente de forma continua;
- acometer una evaluación independiente cada tres años, previendo financiamiento para estas evaluaciones en los presupuestos generales;
- diseñar las evaluaciones junto con personas expertas por experiencia propia;
- contar con una organización más amplia que dé soporte y preste otros servicios, además de ocuparse de la gestión administrativa;
- valorar la disponibilidad de viviendas en la comunidad y otras opciones de alojamiento sobre las cuales construir el servicio;
- no dejar de brindar apoyo a las usuarias cuando dejan la casa, especialmente cuando están haciendo una transición hacia una vida menos dependiente.

Información adicional y recursos

Sitio web:

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

Videos:

Link House [en inglés].

<https://missinglinkhousing.co.uk/link-house-film>

Sara Gray, del personal de Link House [en inglés].

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

Contactos:

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

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

Carol Metters, antigua directora ejecutiva de Missing Link Mental Health Services, Bristol (Reino Unido).

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

2.3

Open Dialogue

Laponia (Finlandia)



Clasificación principal: Servicio de atención en momentos de crisis

Otras clasificaciones:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centro comunitario de salud mental | <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

Open Dialogue (“diálogo abierto”) es una técnica especial de trabajo psicoterapéutico y dialógico con personas y familias que se enfrentan a un problema de salud mental. Surgió en Laponia Occidental (Finlandia), pero muchos profesionales de la salud mental están recibiendo capacitación en técnicas de diálogo abierto en Escandinavia, Alemania, Países Bajos, Austria, Reino Unido, Estados Unidos, Australia, Japón e Irlanda (24, 25).

Laponia Occidental tiene seis municipios y una población aproximada de 65.000 habitantes. El método Open Dialogue está presente en todos los componentes del servicio de salud mental de Laponia Occidental. El presente apartado describe un servicio de crisis y alcance domiciliario coordinado por la Clínica Ambulatoria Keropudas, una clínica de guardia con sede en el Hospital Keropudas, en la ciudad de Tornio (de 21.900 habitantes).

Este servicio de atención a las crisis abarca toda la región de Laponia Occidental y se coordina con otras clínicas ambulatorias y dispositivos asistenciales de los demás municipios de la región. El Hospital Keropudas se especializa en salud mental y, aparte de las consultas ambulatorias, también ofrece tratamiento en régimen interno para toda el área de afluencia de Laponia Occidental, con una unidad de psiquiatría de 22 camas. La unidad tiene una jefatura de enfermería, un puesto de asistente de la jefatura de enfermería, 17 puestos de enfermería (profesionales con licenciatura), 13 auxiliares de enfermería (con título básico), dos puestos para profesionales médicos, uno de psicología, uno para un asistente social y uno de secretaría.

También hay una clínica ambulatoria separada en Tornio, que ofrece intervenciones de salud mental en la ciudad y el municipio. Esta clínica cuenta con un puesto de asistente de la jefatura de enfermería,

seis puestos de enfermería, un puesto de psiquiatría, uno de psicología, uno de asistente social, uno de terapeuta ocupacional y uno de secretaría.

La ciudad y el municipio de Kemi, con una población de 21.000 habitantes, también cuentan con un servicio ambulatorio. Hay equipos más pequeños que prestan servicios ambulatorios en los municipios de Simo, Tervola, Keminmaa e Ylitomio. El equipo de crisis de Keropudas trabaja en estrecha colaboración con los servicios ambulatorios de Tornio y Kemi en la atención a las crisis en sus respectivas zonas.

Por otro lado, existe un equipo general de salud mental junto al Hospital Central Länsi-Pohja, en Kemi, un hospital general que da cobertura a toda Laponia Occidental. El equipo de enlace de salud mental, compuesto por dos enfermeras, un psicólogo y un psiquiatra a tiempo parcial, recibe derivaciones del servicio de urgencias y de las unidades de internamiento. Una parte importante del trabajo del equipo consiste en cuidados terminales y atención a las autolesiones, pero también se coordina con los equipos ambulatorios de diferentes municipios para realizar seguimientos.

En Kemi y Tornio hay dos clínicas para niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental, que siguen los principios del diálogo abierto y dan cobertura a toda la región.

Descripción del servicio

El servicio Open Dialogue, gestionado por la clínica ambulatoria Keropudas, realiza una intervención psicoterapéutica para personas que acuden por una crisis de salud mental, en particular las que tienen síntomas psicóticos. El equipo está compuesto por un director de enfermería, una enfermera jefa auxiliar, 14 enfermeros, un asistente social, un psiquiatra, un psicólogo, un terapeuta ocupacional y un secretario. También intervienen médicos residentes. En algunas ocasiones participan trabajadores pares que ahora actúan como consultores y proporcionan información, pero esto en general se hace hacia el final de la intervención.

El personal tiene consultorios en el Hospital Keropudas, pero la mayor parte de su trabajo se lleva a cabo en la comunidad. Hay miembros del equipo disponibles las 24 horas, todos los días. Se trata del único punto de entrada para situaciones de crisis en Laponia Occidental. Las personas se ponen en contacto con el servicio por teléfono, por mensajes de texto, por correo electrónico o acudiendo en persona. Durante un período de cuatro semanas en el 2018, se atendieron 724 llamadas, contando las solicitudes de asistencia, de tratamiento y de información. A veces se reciben llamadas de personas que buscan apoyo directamente; otras veces, quien llama es la policía, un educador social del área de juventud o un médico generalista; hay médicos que llaman para comentar el caso de un paciente, pero muchas veces lo hacen para hablar de cuestiones generales sobre su trabajo.

En el 2019, cada mes se organizaron cerca de 100 primeras reuniones con personas, familias y redes. No hay un límite establecido de personas que pueden recibir atención, aunque a veces se deriva a la persona y su familia a otros servicios que se consideran más apropiados.

En la clínica, quien recibe la solicitud de atención a una crisis organiza un equipo específico para el caso, que trabaja con la persona afectada y su familia o red durante todo el tiempo que sea necesario. Todos los trabajadores del servicio de salud mental pueden integrar el equipo específico de caso, tanto de la unidad de crisis como de la unidad de hospitalización. A veces intervienen también otros servicios, como los asistentes del área municipal de trabajo social (26). Si se ingresa a la persona en la unidad de hospitalización en algún momento durante la crisis, este equipo se ocupa de todo el proceso.

El servicio procura responder a cada derivación lo más rápido posible; ante una crisis grave, se intenta dar respuesta en menos de 24 horas, salvo que la persona solicite expresamente un aplazamiento. Las reuniones con la persona, su familia y su entorno se pueden realizar en el domicilio o en los consultorios del equipo, donde la persona prefiera. El objetivo principal es prestar apoyo para evitar la hospitalización, aunque no siempre se consigue. En ocasiones, la persona ingresa en la unidad de hospitalización del Hospital General de Kemi, de modo que no se contacta con el servicio de crisis de Keropudas; esto suele ocurrir cuando hay personal temporal que no conoce el sistema.

El personal posee diversas habilidades y muchos miembros del equipo han recibido capacitación sobre distintas formas de psicoterapia, como la psicoterapia grupal, la arteterapia, la terapia cognitivo-conductual y la terapia orientada a la atención de los traumas. Las personas que recurren al servicio pueden trabajar con diferentes profesionales a lo largo de su colaboración con el equipo, según sus necesidades y deseos. Además, pueden participar en las actividades semanales que se organizan, como natación, golf y otros programas de ejercicio físico.

Las reuniones se llevan a cabo regularmente, al principio todos los días. No tienen una duración fija, pero suelen durar entre 45 minutos y dos horas. Con el visto bueno de la persona, el equipo incluye a la familia y a su entorno social. El servicio es flexible, capaz de adaptarse fácilmente a las necesidades y preferencias individuales; también se desplaza adonde esté el usuario, tanto dentro como fuera del hospital, y proporciona continuidad asistencial. Siempre que resulta posible, se intenta minimizar el tratamiento farmacológico y mantener a los mismos miembros en el equipo de apoyo de una persona. Se busca la transparencia total, y en todas las charlas y decisiones intervienen el usuario, su familia y sus cuidadores. El equipo utiliza el término “dialogismo” para indicar que su cometido principal es promover el diálogo y la construcción de un nuevo entendimiento entre los participantes, en el lenguaje de la persona, la familia y el entorno. El personal está capacitado para tolerar la incertidumbre.

El servicio pretende ser “una forma de intervención no institucional y no medicalizante” y fomentar “formas locales y contextuales de conocimiento y práctica”, aplicando deliberadamente “un enfoque de red para facilitar una comprensión contextual y relacional del bienestar mental” (24).

Open Dialogue se basa en un conjunto de “criterios de fidelidad para la práctica dialógica” (27). Hay siete “principios estructurales”, a saber: ayuda inmediata; perspectiva de red social; flexibilidad y movilidad; responsabilidad; continuidad psicológica; tolerancia a la incertidumbre; y diálogo (polifonía).^b También se incorporan 12 “principios terapéuticos”, que son los siguientes: debe haber al menos dos terapeutas presentes en la reunión del equipo, en la que deben estar la familia y la red social de la persona y se deben formular preguntas abiertas; además, los terapeutas deben responder a lo que digan los usuarios; deben orientar la atención al momento presente; deben recabar diferentes puntos de vista, mediante un enfoque relacional en el diálogo; deben responder con un estilo fáctico y estar atentos a los significados; deben recalcar las palabras e historias de los usuarios, no los síntomas; deben conversar con otros profesionales (reflexionar) en reuniones terapéuticas; deben ser transparentes; y deben tolerar la incertidumbre.

^b En la técnica del diálogo abierto, el término “polifonía” denota una situación en la que se da validez a todas las voces que se expresan en un relato.

Principios y valores fundamentales del servicio

Respeto de la capacidad jurídica

El servicio tiene como objetivo promover la dignidad de la persona y respetar su capacidad jurídica generando las condiciones propicias para un diálogo real con ella, con su familia y con su entorno. De este diálogo se deriva el plan de atención terapéutica. Los miembros del equipo no imponen su terminología profesional y procuran entablar una situación en la que se escucha a todas las voces, sin favorecer a ninguna ni permitir que ninguna sea la dominante. Si la persona no quiere que participe su familia, por la razón que sea, no se le impone este requisito. En las reuniones, todos los asistentes reciben un trato igualitario; dicho de otro modo, “la tarea principal de los terapeutas es ser abiertos y en gran medida receptivos, en lugar de dar instrucciones o interpretar” (24). En la capacitación en diálogo abierto se subraya la necesidad de crear las condiciones necesarias para que se pueda escuchar y reconocer a las voces menos dominantes.

Por todo ello, uno de los principios capitales del diálogo abierto es escuchar los puntos de vista y los deseos de la persona, y utilizarlos como guía. Los términos relacionados al diagnóstico se consideran innecesarios y el equipo intenta utilizar el lenguaje común de la familia. Así, toda la intervención tiene como objetivo promover el respeto a las decisiones, los valores y las prioridades de la persona afectada. Por ejemplo, las decisiones sobre la ubicación y la hora de las reuniones las toma la persona. La idea es que el equipo de tratamiento esté a su disposición, y las decisiones terapéuticas las determine solo la persona. Open Dialogue intenta promover “el potencial del usuario para la autoexploración, la autoexplicación y la autodeterminación”. A veces, si la persona tiene un brote psicótico, puede ser difícil conseguirlo, pero, en todo caso, la preeminencia de la “creación de significado” permite que la persona se haga entender. La participación de la familia y el entorno social también ayuda a dilucidar los deseos y preferencias de la persona que está pasando por dificultades, pero solo con su consentimiento.

Los valores de Open Dialogue comprenden el consenso, la participación, la autonomía, el diálogo, la comunicación, el compromiso y el fomento de los espacios protectores para el entendimiento mutuo. También se intenta desarrollar una “forma compartida de gestión de riesgos” que funcione con el entorno social de la persona (24). Cuando se ingresa a alguien en el hospital, se anima a la red social elegida por la persona a permanecer involucrada y ayudarla a articular sus puntos de vista y sus deseos.

El equipo de Open Dialogue intenta percatarse de las diferencias de poder que entran en juego en un momento de crisis y que pueden minar la capacidad del usuario para expresar sus necesidades y preferencias. El servicio trata la cuestión del poder y cómo subsanar sus desequilibrios en la capacitación y la supervisión, y procura reducirlos al mínimo.

Prácticas no coercitivas

El servicio de crisis procura evitar siempre las intervenciones coercitivas, tratando de reducir las situaciones de tensión. Si una persona se niega a medicarse, no se la amenaza con internarla. En estas situaciones, siempre se realiza una negociación considerable para encontrar una solución que conlleve el mínimo riesgo. El personal del servicio ha recibido capacitación en gestión de agresiones reales o potenciales, una intervención de desescalada (28). No obstante, cuando no hay alternativa, se utiliza la fuerza física, se ingresa a la persona y se le administra tratamiento contra su voluntad en la unidad de hospitalización del Hospital Keropudas. Estas situaciones se producen, sobre todo, cuando se teme que la persona pueda ser violenta. En tales circunstancias, a veces se aplican las contenciones y el aislamiento en la unidad de hospitalización.

Inclusión en la comunidad

Se anima a la familia y a la red social a participar en las reuniones terapéuticas, pero siempre es el usuario el que decide, junto con el equipo responsable, a quiénes se invita. El servicio trabaja en estrecha colaboración con escuelas, institutos de capacitación y empresas, así como con otras organizaciones que pueden colaborar. Por lo tanto, en las reuniones de la red pueden intervenir personas que interactúan directamente con el usuario en diversos ámbitos, como familiares y parientes, vecinos y amistades, profesores, asistentes sociales, empleadores o curanderos (24).

Participación

En el sistema de salud mental finlandés no hay puestos oficiales que ocupen usuarios o antiguos usuarios; sin embargo, en Laponia Occidental, el servicio cuenta con cuatro antiguos usuarios que actúan como consultores con contratos anuales. Se dedican principalmente a la capacitación y gestión, pero también organizan y facilitan reuniones de grupos de apoyo. Pueden participar en el trabajo con los usuarios del servicio y en la atención a las crisis de Open Dialogue, pero aún no están integrados en los equipos de tratamiento de los casos como miembros plenos. Desde el 2014, el servicio de salud mental trabaja con profesionales y usuarios para producir conjuntamente una nueva forma de capacitación, vista como un vehículo a través del cual escuchar el punto de vista de las personas que comparten una situación vital.

Para recopilar los comentarios y opiniones de los usuarios, se realiza sistemáticamente una encuesta anónima anual sobre el tratamiento recibido y las reacciones generales.

Enfoque de recuperación

La importancia que concede Open Dialogue a la centralidad de las relaciones, los valores y los significados se enmarca en el enfoque orientado a la recuperación. En particular, el servicio promueve la conexión fomentando la participación de la familia y el entorno social en las reuniones terapéuticas. Busca empoderar al usuario evitando el uso de tecnicismos para normalizar y elaborar, en cambio, el significado de las experiencias de la persona. También se aconseja a la persona que participe activamente en la decisión de cómo hablar y enfrentar los problemas.

Evaluación del servicio

La técnica de diálogo abierto diseñada en Laponia Occidental cuenta, desde hace decenios, con la colaboración de la Universidad de Jyväskylä, que la ha evaluado con estudios académicos, algo importante para mantener el alto nivel de las investigaciones producidas (29). Además, la investigación se ha convertido en una parte integral del ejercicio profesional de los integrantes del servicio.

Las investigaciones sobre el servicio de crisis han prestado especial atención al tratamiento del primer brote psicótico y en ellas han participado personas que recibieron parte de su atención, o incluso la totalidad, en el hospital. Estos estudios se entienden mejor como una forma de lo que se denomina investigación-acción (30) y reflejan la complejidad de evaluar los servicios en un contexto real. Por otro lado, se han publicado algunas comparaciones controladas entre el diálogo abierto y el tratamiento habitual. Una de ellas es un estudio de cohortes, realizado a partir de registros, que comparó la evolución a largo plazo de los usuarios de Open Dialogue con un grupo control de gran envergadura, compuesto por personas de toda Finlandia. Los sujetos de estas cohortes acudieron a un servicio de psiquiatría por primera vez a raíz de un brote psicótico y permanecieron en seguimiento durante un

período de cerca de 19 años. En la cohorte de Open Dialogue se observa una reducción significativa de la duración de los ingresos hospitalarios, los subsidios por discapacidad y la necesidad de neurolépticos, en comparación con la cohorte de control (31). Cabe señalar que, mientras que casi todos los sujetos del grupo de control (97,3%) tomaron neurolépticos en algún momento de su tratamiento, el 46% de la cohorte de Open Dialogue completó su tratamiento sin tomar estos fármacos. En el estudio se indica, asimismo, que las personas que siguieron la técnica de Open Dialogue habían logrado mejores resultados en el plano laboral (26).

Estos resultados vienen avalados por otro estudio de ámbito nacional, con un seguimiento de cinco años, en el que constata que el distrito de salud de Laponia Occidental tiene las cifras más bajas de Finlandia en relación con la duración de los tratamientos hospitalarios y las pensiones de invalidez (32).

Los estudios cualitativos en general señalan que el diálogo abierto es una intervención aceptable para los usuarios, así como para sus familias y los profesionales (33). En un estudio realizado en Estados Unidos con usuarios de un servicio móvil de atención a las crisis, se observó que los participantes y los familiares valoran la apertura y la transparencia del modelo, así como el tiempo que les dedica el equipo y su implicación en la toma de decisiones; además, aprecian que la intervención no esté centrada únicamente en la medicación (34). También se indica que la satisfacción del personal es alta.

La mayoría de las investigaciones sobre Open Dialogue tratan temas como el uso de neurolépticos, los subsidios por discapacidad y la duración de la estancia hospitalaria, pero hay menos evidencia sobre su impacto en la aplicación de medidas coercitivas. De todas maneras, en el estudio de 19 años mencionado anteriormente (31), el 50% de los ingresos de la cohorte de toda Finlandia son no consentidos, en comparación con solo el 26% en Laponia Occidental. Esta diferencia hace pensar que Open Dialogue tiene un efecto significativo sobre la cantidad de tratamientos forzados. Actualmente no hay datos sobre el número de personas que han recibido apoyo del equipo de crisis y acaban ingresadas en contra de su voluntad.

Una extensa revisión de los estudios cuantitativos y cualitativos que se han realizado sobre los servicios de diálogo abierto en Finlandia, Noruega y Estados Unidos (35) pone de relieve que la investigación se ve complicada por las muchas variantes de la técnica de diálogo abierto, es decir, las variaciones del modelo original de Laponia, así como por los diferentes contextos en los que se llevan a cabo. Los autores proponen que se investigue más en entornos reales, para explorar cómo funciona el diálogo abierto y por qué. Actualmente se están realizando estudios de este tipo en diferentes países (29). En el Reino Unido, el estudio “Open Dialogue: Development and Evaluation of a Social Network Intervention for Severe Mental Disease” (ODDESSI) es el mayor ensayo controlado aleatorizado de Open Dialogue, en el que han participado más de 600 usuarios durante un período de tres años (36). En el 2019, el Consejo Nacional de Investigaciones de Italia recibió una subvención para poner en marcha el proyecto internacional HOPEnDialogue, vinculado con el estudio británico antes mencionado, cuyo objetivo es investigar la eficacia del diálogo abierto en diferentes contextos, además de vertebrar y respaldar una comunidad de aprendizaje sobre el diálogo abierto a nivel mundial (37).

Costos y comparaciones de costos

El servicio lo financia el Estado a través del sector de la salud, por lo que el financiamiento proviene de los impuestos locales de los municipios. El seguro nacional de salud también cubre los costos de algunos medicamentos y la psicoterapia privada. Los neurolépticos se dispensan gratuitamente (38) y el servicio de crisis es gratuito para los usuarios. Se calcula que una reunión dialógica de entre 60 a 120

minutos de duración cuesta entre 130 y 400 euros (entre US\$ 158 y 482, aprox.) (38, 39);^c este costo incluye la participación activa de un equipo multiprofesional que puede comprender la asistencia social, la ayuda con la vivienda y las finanzas, las recetas de medicamentos y la licencia por enfermedad, las intervenciones de trauma, la terapia ocupacional, la arteterapia y la consulta entre pares (M. Kurtti, Distrito de Atención Médica de Laponia Occidental, comunicación personal, 2021).

El servicio de Laponia Occidental se beneficia del sistema localizado de financiamiento de los servicios de salud de Finlandia, que permite hacer una inversión importante en la capacitación del personal.

Dificultades y soluciones

Trabajar dentro de una estructura fragmentada

Hace más de 40 años, cuando comenzó el servicio, el hospital psiquiátrico local lo administraba una organización diferente. Establecer una intervención integral de atención a las crisis en la comunidad conllevaba hacer frente a diversas dificultades de tipo institucional.

Para superar estas dificultades, se entabló un diálogo activo con los interesados directos: equipos profesionales, gerencias y representantes políticos a nivel regional. Se definieron y acordaron objetivos claros para el servicio. Así, el personal estuvo mejor preparado para contribuir a la reorganización del servicio a fin de adaptarse al entorno cambiante.

Transformar la cultura dominante en salud mental

Había cierto cinismo, entre el personal del servicio de salud mental, respecto a lo que se conseguiría con una forma diferente de trabajar, así como reticencia a colaborar. Para superar este obstáculo, se insistió mucho en la capacitación, que estaba abierta a todos y era pertinente para el trabajo que realizaban en el día a día.

Fomentar la reflexión bajo presión

Ha habido grandes dificultades para gestionar las presiones cotidianas de tiempo y recursos. El personal tiene tiempo limitado para reflexionar sobre el servicio y el trabajo que realiza. Además, los cambios periódicos en la configuración y gestión de las prestaciones han redoblado la presión y han alterado el funcionamiento del servicio.

Se ha hecho un esfuerzo activo por encontrar tiempo para que el equipo hable y reflexione sobre su trabajo en reuniones conjuntas. Al crear una cultura en la que se valora la investigación, los profesionales han podido contar con el incentivo, el tiempo y la oportunidad de reflexionar sobre lo que hacen. Del mismo modo, los usuarios han tenido la oportunidad de expresar sus experiencias, algo que se ha aprovechado como oportunidad importante para evaluar la eficacia del servicio.

Ampliar el cuadro de personal capacitado

Las reducciones del personal disponible han supuesto nuevos desafíos. A causa de las modificaciones regulatorias introducidas en Finlandia, el porcentaje de terapeutas familiares de Laponia Occidental que han recibido capacitación en la técnica de diálogo abierto ha caído al 30% en el 2019, en comparación con el 70% de la década de 1990.

^c Tasa de cambio de marzo del 2021.

Para solventar este problema, se ha emprendido un programa de capacitación interno, que ofrece una titulación propia. El plan de estudios, que dura tres años y medio, ha sido diseñado conjuntamente por profesionales y personas expertas por experiencia, incorporando las pautas de la Asociación Nacional de Terapia Familiar. La asociación realiza parte de las prácticas y, aunque prima el ejercicio dialógico, también se insiste en dar más voz a las personas expertas por experiencia.

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:

- evaluar qué funciona y qué no, desde diferentes perspectivas;
- determinar qué variables deben utilizarse para reflejar lo que es importante para el usuario del servicio;
- priorizar la capacitación en técnicas de diálogo abierto, para conformar un grupo de profesionales capacitados;
- enfatizar el punto de vista del usuario en la formación y en los equipos de crisis, siempre que sea posible;
- introducir un sistema integrado de prestación para maximizar la colaboración entre el equipo de crisis, la unidad de hospitalización y los servicios ambulatorios del municipio;
- garantizar que toda la plantilla del hospital —incluso los trabajadores con contratos temporales o de media jornada— conozca el equipo de crisis, para que no se pierdan las derivaciones;
- buscar soporte académico de las universidades para fomentar la investigación y suscitar un interés internacional en torno al servicio.

Información adicional y recursos

Website:

<http://developingopendialogue.com/>

Videos:

El diálogo abierto, una alternativa: el modelo finlandés para curar la psicosis [en inglés]. <http://wildtruth.net/films-english/opendialogue/>

Jaakko Seikkula: Desafíos en el desarrollo de la práctica del diálogo abierto [en inglés]. <https://www.youtube.com/watch?v=VQoRGfskKUA>

Contactos:

Mia Kurtti, enfermera, formadora en terapia familiar y psicoterapia, Distrito Asistencial de Lapponia Occidental (Finlandia).

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

2.4

Tupu Ake

Auckland sur
(Nueva Zelandia)



Clasificación principal: Servicio de atención en momentos de crisis

Otras clasificaciones:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro comunitario de salud mental | <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:

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

Contexto

Nueva Zelanda, un país de ingresos altos, destinó recientemente un presupuesto récord a los servicios de salud mental (40), a raíz de una revisión gubernamental del 2018 que ponía de manifiesto las deficiencias del sistema (41).

El sistema de salud mental de Nueva Zelanda comprende servicios especializados que se financian con las partidas públicas aportadas por las juntas de salud distritales, que trabajan en colaboración con diversas ONG (42). Los colectivos minoritarios —como los maoríes, la población indígena de Nueva Zelanda, que constituyen el 15% de la población— presentan problemas sociales importantes, entre los que destacan las graves carencias económicas, la alienación cultural y el trauma intergeneracional, por lo que la prevalencia de los problemas mentales es más alta entre estas minorías (43). Los maoríes también reciben un trato diferenciado en el sistema de salud, ya que se los somete a más tratamientos obligatorios y aislamientos (44).

Tupu Ake es un servicio de internamiento alternativo para casos agudos, gestionado por pares. Se encuentra en Papatoetoe, un suburbio de la zona sur de Auckland, dentro del distrito asistencial de Counties Manukau, que engloba un área de afluencia principalmente urbana. Este distrito tiene una población de 512.000 habitantes, con una mayor proporción de población de maoríes y aborígenes del Pacífico que otras partes de Nueva Zelanda, y con mayores carencias sociales.

Los servicios de salud mental —internamiento de agudos y consultas ambulatorias— se canalizan tanto a través del sistema de salud de Counties Manukau como de ONG radicadas en la comunidad. Estos servicios comprenden centros residenciales permanentes, inserción laboral, trabajo de apoyo comunitario, ayuda para la vida independiente en la comunidad y atención como centro de respiro durante períodos

cortos. Tupu Ake se fundó en un principio como una residencia piloto de recuperación, en el 2008, a cargo de la ONG Pathways, un importante prestador nacional de servicios comunitarios de bienestar y salud mental y tratamiento de adicciones (presta asistencia a 6.000 personas por año para que vivan “bien” en sus comunidades) (45). Hoy en día, este servicio lo presta Pathways en asociación con la Junta de Salud de Counties Manukau y varias ONG dirigidas por pares, que han participado en el proceso de codiseño.

En la ciudad de Christchurch funciona Te Ao Marama, otro servicio creado a imagen y semejanza de Tupu Ake, que también está financiado por la junta distrital y Pathways; dispone de siete camas y ofrece un programa de día. Por su parte, una junta distrital de la región de Waikato está implantando en este momento un servicio parecido al de Tupu Ake, que tendrá capacidad para 10 personas, siguiendo los principios de codiseño con un prestador de salud maorí. También hay centros de relevo dirigidos por pares, que siguen los mismos principios que Tupu Ake, en Estados Unidos y en Reino Unido (46).

Descripción del servicio

Tupu Ake ofrece estadías cortas, de hasta una semana de duración, a un máximo de 10 personas a la vez, así como un programa diurno para un máximo de cinco personas. Los usuarios suelen tener su propia vivienda estable a la que luego regresan. Si no, reciben ayuda para acceder a los servicios comunitarios y encontrar una vivienda adecuada. El servicio tiene como objetivo proporcionar apoyo a las personas que están viviendo una crisis de salud mental. Tupu Ake fue uno de los primeros servicios de salud y bienestar mental del país que ofreció una alternativa real al ingreso hospitalario.

El servicio suele estar ocupado al 80% y solo es accesible a través de los equipos comunitarios de atención a las crisis gestionados por la Junta de Salud Distrital. El equipo de crisis no deriva a una persona si no la considera apta para recibir apoyo en régimen abierto, por su grado de malestar psicológico y por el riesgo de suicidio. Aunque no es posible acudir directamente a Tupu Ake, está aumentando el número de voluntades previas que lo mencionan como el lugar donde se prefiere recibir atención, en detrimento del hospital. La estancia en Tupu Ake no depende de un diagnóstico. En los años 2015 y 2016, el 42% de las personas que se alojaron tenían un diagnóstico de psicosis y el 42% de síndromes ansioso-depresivos (47). La mayoría tenían entre 21 y 50 años; el 32% eran neozelandeses de ascendencia europea; el 29%, maoríes; y el 20%, isleños del Pacífico; el 53% eran mujeres y el 47%, hombres.

La visión del servicio se sustenta en un marco de “competencias de pares”, elaborado en el 2014 por la Junta de Salud del Distrito de Midlands, la Alianza Regional del Norte y Te Pou o te Whakaaro Nui (Te Pou), un centro nacional para el desarrollo laboral basado en la evidencia, dirigido por los sectores de salud mental, adicciones y discapacidades de Nueva Zelanda y financiado por el Ministerio de Salud (48). El centro nacional trabaja con varias organizaciones adscritas a la Junta de Salud Distrital y con ONG, para capacitar y educar a prestadores, investigadores y expertos internacionales, a fin de mejorar sus servicios.

El marco de competencias de pares que utiliza Tupu Ake consta de seis valores fundamentales:

- **Reciprocidad:** El intercambio de experiencias entre dos personas que comparten una situación y el consiguiente vínculo natural que se forma entre ellas.
- **Conocimiento experiencial:** El conocimiento derivado de escuchar las historias de otras personas que también han tenido problemas de salud mental o adicciones; este nuevo conocimiento puede ayudar a ver las cosas desde una perspectiva diferente.
- **Autodeterminación:** El derecho de las personas alojadas a tomar decisiones libres sobre su vida y el apoyo que se les dispensa; deben recibir apoyo sin coerción. Para alojarse en Tupu Ake, las personas

deben otorgar su consentimiento *motu proprio* y nadie las puede obligar a recibir tratamiento forzoso en virtud de la Ley de Salud Mental.

- **Participación:** La participación activa de los pares en el codiseño de las actividades y el apoyo que reciben; en lugar de los controles estructurados de 15 minutos que se hacen en la unidad psiquiátrica de un hospital, en Tupu Ake hablan con las personas para ver cómo se encuentran y averiguar qué planes tienen para ese día. El sistema de apoyo entre pares permite que un especialista en apoyo entre pares acompañe a los huéspedes a actividades comunitarias, visitas domiciliarias u otras actividades si es necesario.
- **Equidad:** Trato igualitario, independientemente del diagnóstico; el servicio da empleo y capacita a personas con experiencia propia de enfermedad mental. También busca garantizar la capacidad de respuesta a las poblaciones maoríes y del Pacífico y lograr la equidad de resultados.
- **Recuperación y esperanza:** El servicio sostiene que uno de los factores que contribuyen a la recuperación es el apoyo que recibe la persona alojada por parte de alguien que ha vivido lo mismo antes, ya que puede darle esperanzas de recuperarse.

El servicio cuenta con personal las 24 horas del día y está abierto de 7:00 a.m. a 11:00 p.m. La mayoría de los empleados son especialistas en apoyo entre pares, que brindan apoyo individualizado a las personas integrando en su práctica los valores de la ayuda entre pares del marco competencial. El servicio consta de una jefa de equipo, que es gestora de primera línea, tres especialistas en apoyo entre pares y un equipo de enfermería que cubre el equivalente a 2,5 jornadas a tiempo completo. En cada turno hay tres trabajadores de apoyo entre pares, los siete días de la semana. En total, el trabajo de pares del servicio está cubierto por el equivalente de 16,2 jornadas completas.

La jefa de equipo es una persona con experiencia propia que ha seguido una especialización oficial de apoyo entre pares, incluidas las técnicas de apoyo intencional entre pares —orientadas a construir relaciones recíprocas, exploratorias y conscientes del poder— y el entrenamiento laboral entre pares —impartido por una entidad llamada Recovery Innovations, que ofrece una amplia gama de cursos certificados para el trabajo de apoyo entre pares a nivel internacional— (49, 50). La jefa de equipo es responsable del funcionamiento diario del servicio, la prestación de lo que Tupu Ake denomina “dar brillo entre pares” (supervisión), el entrenamiento de los especialistas en apoyo entre pares y la capacidad de respuesta a la familia (*whānau*) y otros interesados directos.

Los especialistas son personas con mayor experiencia que han seguido una capacitación avanzada sobre apoyo entre pares. Son los encargados del personal que cubre el turno en ese momento y se responsabilizan de proporcionar orientación y apoyo a otros trabajadores pares.

La enfermera depende del jefe de equipo y se ocupa de hacer controles y un seguimiento de salud física, colabora con los trabajadores pares cuando las personas alojadas tienen necesidades complejas de salud física o psíquica, presta ayuda sobre nociones básicas de salud y apoya a las personas para que alcancen sus objetivos durante su estancia. Algunos miembros del equipo de enfermería han vivido la experiencia de la enfermedad mental de primera mano y así se identifican.

A las personas alojadas en Tupu Ake se las llama “huéspedes”, lo cual fomenta una relación menos jerárquica con el personal. El término que se emplea deriva del concepto maorí de *manākitanga*, que puede traducirse como “hospitalidad, respeto, acogida, amabilidad, generosidad y cuidado del prójimo” cuando las personas se encuentran en una casa ajena. El personal no lleva placas identificativas; en lugar de eso, hay un tablón con las fotos y el nombre de los miembros del equipo, en el que también se indican

sus intereses y su turno de trabajo.

El servicio integra la atención con los servicios clínicos de crisis proporcionados por la Junta de Salud de Counties Manukau. Durante la estancia de una persona en Tupu Ake, la responsabilidad clínica general sigue siendo del equipo de crisis de la Junta de Salud, y los huéspedes asisten a reuniones regulares con el equipo clínico en las que se analiza su plan asistencial. En la casa se facilitan salas de consulta y espacios para las revisiones clínicas y las intervenciones.

La villa Tupu Ake está rodeada de jardines y ha sido codiseñada en su totalidad por pares, desde el interior hasta las obras artísticas de antiguos huéspedes. Tupu Ake promueve la inmersión en la naturaleza como un factor útil en la recuperación de la persona, a través de actividades como paseos, observación de aves y cultivo de hortalizas en un pequeño huerto que hay detrás de la casa.

Las técnicas para calmarse uno mismo basadas en la modulación sensorial, el uso de salas sensoriales y el desarrollo de planes sensoriales se utilizan para ayudar a los huéspedes a tolerar el malestar psicológico agudo y recuperarse. Las intervenciones las realizan los trabajadores de apoyo entre pares capacitados en estas técnicas sensoriales. Las técnicas se diseñan teniendo en cuenta las necesidades particulares de las personas alojadas y se aplican siguiendo sus deseos y preferencias.

El servicio también organiza clases de bienestar, intervenciones psicosociales, ejercicio físico y actividades culturales, como las siguientes: canto tradicional (*waiata*), oración (*karakia*) y trenzado de lino (*harakeke*), programas de “enfrentamiento del malestar psicológico”, arteterapia, jardinería, alimentación saludable y conciencia plena (*mindfulness*). Los huéspedes pueden elaborar su propia planificación WRAP para la recuperación del bienestar, una herramienta utilizada en todo el mundo para gestionar el proceso de recuperación (19).

Tupu Ake es un *whānau*, es decir, un círculo familiar, en el que se invita a entrar a las familias de los huéspedes, si estos lo desean. Hay una sala familiar donde los huéspedes pueden recibir a sus familiares y allegados. Si estas visitas entrañan alguna molestia, se comenta la situación con el huésped, aunque a menudo depende de que haya otros huéspedes alojados y de la realización de diversas actividades al mismo tiempo.

Tupu Ake trabaja en estrecha colaboración con la persona y el médico responsable del equipo de crisis de la Junta de Salud Distrital, para elaborar un plan de recuperación personalizado en el que se indica la finalidad de su estancia en la casa. El equipo clínico acude con frecuencia a comprobar cómo avanza el plan y puede modificarlo según proceda. El personal de Tupu Ake enseña a los huéspedes estrategias de afrontamiento, refuerza las técnicas conductuales y motivacionales, ayuda a gestionar la medicación y mantiene informado al equipo clínico, dejando constancia de la evolución del huésped en los informes pertinentes.

Tupu Ake se rige por un modelo que fomenta la autodeterminación; ahora bien, a nivel más amplio, el servicio se encuadra en un sistema que no siempre sigue dicho modelo. Esta tensión se hace patente cuando el equipo de crisis utiliza la coerción o domina la discusión sobre el plan de recuperación. En estas ocasiones es preciso tener aptitudes de negociación, y el personal de Tupu Ake centra su acción en la defensa y el empoderamiento del huésped, para hacer valer sus deseos y ejercer su autodeterminación.

Programa de día

El programa diurno de Tupu Ake ofrece apoyo temporal para los huéspedes, mientras se acomodan nuevamente a su entorno familiar. No se ofrece a quienes no han utilizado los servicios residenciales.

Pueden asistir al programa de día hasta cinco personas al mismo tiempo, y el programa tiene una duración máxima de siete días, que no tienen que ser consecutivos. Se realizan actividades de socialización, jardinería, instrumentos musicales, arteterapia y otras actividades orientadas a la búsqueda del bienestar, como el aprendizaje y el uso de la modulación sensorial y las técnicas para calmarse uno mismo.

Principios y valores fundamentales del servicio

Respeto de la capacidad jurídica

Pathways ha contraído el compromiso manifiesto de garantizar que los usuarios de sus servicios reciben ayuda para tomar decisiones fundamentadas en información y consentir con conocimiento de causa, en todos los aspectos de su vida, lo cual comprende: todo el apoyo que reciban de Pathways; la participación de otras personas en su proceso de atención y recuperación; el curso de su proceso de recuperación; la búsqueda de sueños y la consecución de sus metas personales; su situación habitacional; las oportunidades de empleo; las actividades sociales y el ocio; relaciones significativas; y su salud, felicidad y bienestar.

Las personas son libres de entrar y salir de Tupu Ake cuando quieren. Se las informa de sus derechos y de los procesos para comunicar cualquier inquietud que tengan durante el uso del servicio y después de su salida.

Uno de los seis valores fundamentales de Tupu Ake es la autodeterminación, que el servicio define como “el derecho de los huéspedes a tomar decisiones libres sobre su vida y el apoyo que se les dispensa”. El objetivo es que los huéspedes reciban apoyo sin coacciones ni presiones por parte del personal. Los desequilibrios de poder entre el personal y los huéspedes se reducen por la naturaleza del servicio, al estar gestionado principalmente por antiguos usuarios, así como por los principios de apoyo entre pares entre personas que comparten una vivencia. Los miembros del equipo ayudan a los huéspedes a preparar un plan de bienestar, en el que se fijan objetivos a corto y largo plazo, pero sin imponerles sus ideas. También les ayudan a expresar sus preferencias y presentar el plan al equipo médico en los controles clínicos. El personal de Tupu Ake realiza una importante labor de defensa de los intereses de sus huéspedes, a modo de contrarrestar el desequilibrio de poder que surge entre las personas ingresadas en virtud de la Ley de Salud Mental y los profesionales de los equipos clínicos.

Tupu Ake se esfuerza por garantizar que, en la medida de lo posible, se les ofrezcan diversas posibilidades y la capacidad de elegir. En muchas situaciones relativas a la capacidad jurídica, el personal actúa en defensa de los huéspedes, para lo cual a veces es preciso concertar una representación legal de urgencia.

Prácticas no coercitivas

En Tupu Ake nunca se administran tratamientos a la fuerza ni se aplican aislamientos o contenciones. Los especialistas de apoyo entre pares reciben capacitación para trabajar sin recurrir a medidas coercitivas; aprenden técnicas de desescalada y prevención de crisis sin violencia; además, se imparte capacitación organizacional sobre conciencia del trauma y prácticas orientadas a la atención de los traumas. Es importante destacar que, con el fin de propiciar un ambiente libre de prejuicios, los especialistas en apoyo entre pares reciben instrucción para “permanecer tranquilos a pesar de tener cierto nivel de incomodidad, para normalizar la experiencia de los huéspedes mientras procesan su malestar psicológico” (47).

Existen procesos bien definidos para trabajar con los equipos clínicos de crisis, incluido un espacio para realizar evaluaciones voluntarias en la misma casa. El conflicto entre los valores de Tupu Ake y la responsabilidad legal de los equipos clínicos, que están obligados a cumplir las órdenes de tratamiento,

se gestiona mediante “procesos y directrices claramente acordados a fin de garantizar que el proceso [de colaboración entre el equipo clínico y el personal y los huéspedes de Tupu Ake] sea respetuoso con los valores fundamentales de un servicio gestionado por pares”. Esto implica posicionarse en contra de las órdenes de tratamiento obligatorio en la casa, garantizar la elección por parte del usuario siempre que sea posible, acompañar a los usuarios en las revisiones clínicas y avisarlos de la visita del personal clínico (47). Cuando una persona no quiere tomar la medicación que le han recetado, el personal de Tupu Ake no la obliga a hacerlo, sino que habla con ella para entender sus razones y determinar cómo interactuar con el equipo clínico a fin de resolver el problema. El objetivo del personal es resolver la situación “acompañando a la persona” y defendiéndola. Algunas personas acuden a Tupu Ake con la intención de reducir su medicación en un ambiente de apoyo y relajación, donde puedan contar con ayuda para hacerlo sin exponerse a mayores riesgos.

Ningún aspecto de los programas ofertados es obligatorio. Si bien se recomienda a las personas que participen de aquellas actividades que puedan mejorar su bienestar, se intenta que todos cuenten con un plan individual adaptado a sus propias necesidades y particularidades.

Inclusión en la comunidad

Tupu Ake reconoce la importancia de la familia en la vida de las personas, ya que más del 40% de los huéspedes viven con la familia. En la casa hay lugar para que los huéspedes pasen tiempo con su familia o allegados, que pueden ir a visitarlos. Los familiares también pueden quedarse a dormir, si así lo solicita el usuario, pero es muy poco habitual, y únicamente pueden quedarse si hay sitio y si su presencia no incomoda a los demás huéspedes.

Muchos huéspedes están expuestos a importantes factores socioculturales de estrés en su entorno doméstico; para abordarlos, Tupu Ake trabaja con otros servicios sociales y de salud que intervienen en la atención a la persona en la comunidad. En particular, se garantiza que, si la persona tiene necesidades persistentes de ayuda social, esté conectada con los asistentes de atención comunitaria de las ONG. Estos asistentes son trabajadores capacitados para ayudar a las personas a construir sus redes sociales, conectarse con las entidades y servicios comunitarios, desarrollar habilidades para la vida e integrarse en su familia.

Los huéspedes pueden salir a pasear, asistir a actividades en la comunidad o ir a hacer compras por la zona, acompañados por un trabajador si lo desean. La mayoría también pueden salir sin acompañantes, pero esto depende del grado de dependencia de la persona y de sus necesidades de asistencia, y primero se comenta con ella, con el personal de Tupu Ake y con su médico. Para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los usuarios, en la casa no se permite consumir alcohol ni estupefacientes. Tupu Ake proporciona ayuda para dejar de fumar y tratamientos sustitutivos de la nicotina. Algunos de los miembros del equipo también han tenido experiencias de adicción y recuperación. Todo el personal ha recibido capacitación para trabajar con personas que experimentan múltiples problemas y dificultades.

El equipo de Tupu Ake trabaja con los huéspedes para planificar su salida de la casa. Para ello, muchas veces hay que ponerlos en contacto con los equipos móviles de asistencia en la comunidad, que forman parte del sistema de salud mental y tratamiento de las adicciones de Nueva Zelanda. Coordinándose con la asistencia comunitaria, Tupu Ake apoya a las personas y garantiza que sus necesidades sigan atendidas aun después de dejar la casa.

Participación

Tupu Ake es un servicio dirigido por pares, es decir, que el equipo está compuesto por personas que han vivido de primera mano las crisis de salud mental. Además, Pathways cuenta con un Grupo de Liderazgo Nacional, cuya directora de desarrollo es responsable de conformar los equipos de personas expertas por experiencia. Al día de hoy, el 34% de la plantilla de Pathways, y el 100% del equipo de Tupu Ake, está integrado por personas que han vivido de primera mano la enfermedad mental o las discapacidades psicosociales y que se identifican como tales; estos porcentajes también se observan en los niveles de dirección.

Desde las primeras etapas se ha dado prioridad a la coproducción y la participación de pares, desde la definición del lenguaje y el vocabulario empleados (p. ej., para referirse a los usuarios del servicio como “huéspedes”), hasta el diseño y la reforma de la casa.

A todos los usuarios se les pide que valoren su experiencia en Tupu Ake, para lo cual contestan un cuestionario que consta de los elementos siguientes: escucha; respeto; seguridad y comodidad; participación en la toma de decisiones y la planificación de la atención; contribución del apoyo recibido a la recuperación; comidas nutritivas; y utilidad de las actividades. Se les pregunta si recomendarían el servicio a familiares o amistades con necesidades análogas y cómo se podría haber mejorado su estancia.

Cada tres meses, la dirección analiza los cuestionarios y otras medidas de bienestar y calidad de vida de los usuarios. Lo aprendido escuchándolos se tiene en cuenta y se incorpora en el siguiente ciclo trimestral de planificación y mejora.

Enfoque de recuperación

El personal de Tupu Ake ayuda a los huéspedes a reflexionar y aclarar sus propias metas y aspiraciones en la vida, así como a promover un sentimiento de autonomía y control sobre su futuro. Se da preeminencia al plan personalizado, que está centrado en la recuperación y se fundamenta en los puntos fuertes de cada persona (con técnicas como la de WRAP para la recuperación del bienestar), para fortalecer su resiliencia y su capacidad de afrontamiento cuando regresa a la comunidad.

Los trabajadores pares comparten sus propias experiencias con los problemas de salud mental, lo cual promueve la conexión y la implicación, reduce el estigma y empodera a los huéspedes al infundirles esperanza. El personal anima a los huéspedes a que participen y hablen de su proceso de atención, y a veces actúan como sus defensores en los encuentros con el equipo clínico.

Los miembros del personal ven a la persona como un todo y le ofrecen un apoyo holístico, detectando los factores que provocan o exacerban su malestar psicológico. Este tipo de apoyo permite a la persona manifestar sus experiencias sin que nadie la patologice ni la reduzca a un diagnóstico psiquiátrico. La esperanza que tienen los especialistas de apoyo mutuo en las aptitudes de los huéspedes contribuye a que estos adquieran resiliencia y conserven su bienestar en la comunidad.

Las relaciones entre pares pueden ser transformadoras. Entre el especialista y el huésped hay una comprensión común de la recuperación como objetivo, pero no hay reglas ni caminos fijos que deban seguirse para llegar a ese destino. Por el contrario, los especialistas utilizan sus propias experiencias y conocimientos para proporcionar a los huéspedes distintas posibilidades que puedan resultarles útiles en su camino hacia la recuperación. Los especialistas de apoyo entre pares creen en la capacidad del

huésped para tomar las riendas de su proceso de recuperación, aprovechando sus propias fortalezas y sus habilidades para mejorar su bienestar. Animamos a los huéspedes a que asuman riesgos positivos como forma de crecer y desarrollar todo su potencial.

Evaluación del servicio

Desde que arrancó en el 2008, ha ido aumentando el número de personas que utilizan el servicio de Tupu Ake. En el 2017 se realizó una evaluación independiente (47). Los investigadores aplicaron un método denominado “cambio más significativo” para hacer un análisis cualitativo de las entrevistas con los huéspedes, lo que les permitió estudiar cómo funciona el servicio desde la perspectiva de los usuarios. Se exploraron los seis valores centrales de Tupu Ake —reciprocidad, conocimiento experiencial, autodeterminación, participación, equidad y recuperación— con 11 huéspedes. También se realizaron entrevistas con otros interesados directos, incluido el personal de Tupu Ake, de Pathways y de la Junta de Salud Distrital. Los usuarios habían obtenido resultados positivos en cuanto a los niveles de autodeterminación, así como una mayor capacidad de hacer frente a sus experiencias; se mostraron más satisfechos con la atención recibida y su estancia en Tupu Ake fue más corta, por término medio, que el internamiento en una unidad hospitalaria. La evaluación también recalca el papel positivo que desempeñó Tupu Ake para reparar las relaciones con la familia y acercar a los usuarios a su entorno social. Asimismo, se constata un ahorro significativo en comparación con el costo de un ingreso hospitalario.

Durante el período estudiado, entre enero del 2015 y diciembre del 2016, se alojaron en la casa 564 huéspedes por un episodio asistencial. Esta cifra casi duplica el número de usuarios que hubo entre el 2008 y el 2010. Durante este período, menos del 7% de los huéspedes volvieron a ingresar en Tupu Ake tres veces o más (47). A lo largo del 2018, se alojaron en la casa 339 personas, mientras que otras 35 accedieron al programa de día. Hasta diciembre del 2019, otras 303 personas habían accedido al servicio de alojamiento y 30 personas habían utilizado el programa de día (R. Phillips, Pathways, datos inéditos, 2020).

En el 2015 y el 2016, el programa de día no funcionó a plena capacidad, ya que solo accedieron a él 26 personas. Además, el 17% de los usuarios recurrieron al servicio más de una vez en 28 días (47). Cabe destacar que los comentarios de los participantes sugieren que les resultó útil para reducir los reingresos en unidades de servicios agudos.

De los 303 episodios asistenciales registrados en el servicio en el 2019, 29 personas (el 9,5%) requirieron hospitalización cuando aumentaron sus necesidades de apoyo; unos pocos pacientes fueron ingresados a la fuerza. Nueve personas dejaron el servicio porque ya no deseaban recibirlo. El 88% restante lo dejaron al cumplirse sus objetivos para la estancia. La duración media de la estancia en el 2019 fue de 7,7 días. Esta duración es significativamente menor que el promedio de un internamiento en el hospital de Counties Manukau, que fue de 19,8 días. Sin embargo, se reconoce que las personas que acuden a uno u otro servicio pueden tener perfiles diferentes (R. Phillips, Pathways, datos inéditos, 2020).

Muchas de las personas que acuden a Tupe Ake por primera vez manifiestan su deseo de volver a la casa si lo necesitasen otra vez, y no al hospital. Las personas sienten que el servicio es respetuoso, que está orientado a los derechos y que mejora la recuperación, por lo que deciden por voluntad propia continuar recibiendo apoyo allí.

Uno de los autores del estudio sobre Tupu Ake (47) afirma: “Por toda la casa hay elementos que recuerdan las diferencias respecto de otros servicios de atención aguda. Cuenta con las comodidades de un hogar y no

es como una unidad hospitalaria”.

Un huésped de Tupu Ake (47) describe así su experiencia: “La primera que vez vine a Tupu Ake fue hace tres o cuatro años. Ahora vengo aquí en lugar del hospital, porque conozco al equipo y sé cómo me van a tratar, porque el ambiente es seguro y en parte porque lo gestionan personas que han pasado por lo mismo que yo”.

Otro huésped comenta, en un grupo de opinión para el estudio (47): “Viniendo a Tupu Ake, muchas veces he evitado tener que ir al hospital a que me ingresaran. En el hospital me pondría peor, por el ambiente que hay. Estar en el hospital te da la sensación de haber retrocedido, y uno se pregunta ‘¿Tan mal estoy?’”

Costos y comparaciones de costos

Tupu Ake es gratuito para los usuarios, ya que está totalmente financiado por el sistema público de salud de Nueva Zelandia. El contrato del servicio está pensado para que funcione a plena capacidad, con una asignación de 297 dólares neozelandeses (aprox. US\$ 190) por cama y noche.^d Este costo cubre toda la dotación de personal, las instalaciones, los materiales fungibles, la comida, los equipos informáticos y otros gastos relacionados con la prestación de los servicios. El internamiento en un hospital cuesta una media de 1.000 dólares neozelandeses por noche (aprox. US\$ 650) (R. Phillips, Pathways, comunicación personal, 2020).

Dificultades y soluciones

Promover los beneficios de un servicio gestionado por pares

Fue difícil hacer frente al desconocimiento y la inexperiencia de los profesionales en relación con la función y las capacidades de los trabajadores de apoyo entre pares. Muchos ignoraban cómo podrían aprovechar sus propias experiencias para construir relaciones positivas.

Hicieron falta mucho tiempo y un gran esfuerzo para concienciar a los profesionales de los beneficios que comportaría un equipo compuesto por personas con experiencia de enfermedad mental. En este sentido, fueron las personas con experiencia propia quienes se erigieron en defensoras del proyecto. Se estableció un contacto con líderes de las organizaciones de salud mental y se les proporcionó capacitación específica para que pudieran reivindicar, respaldar y difundir los valores del trabajo entre pares. Por otro lado, en las voluntades previas que redactaban, los huéspedes de Tupu Ake pedían regresar al servicio en lugar de ser atendidos en el hospital, lo cual también convenció a los profesionales de su potencial. Lo más importante es que se hizo un esfuerzo transparente y sostenido para dar respuesta a las diferencias de perspectivas y prioridades que había entre Tupu Ake y el equipo clínico del sistema público estatal.

d Tasa de cambio de junio del 2020.

Construir un equipo de pares sostenible

El servicio necesitaba contar con un número sustancial de antiguos usuarios de los servicios de salud mental, totalmente capacitados. Encontrarlos fue un desafío, ya que en Nueva Zelanda apenas comenzaba a desarrollarse el trabajo de pares. También era difícil contratar y retener al personal, porque muchas personas no querían un trabajo por turnos, como ocurre en un servicio de 24 horas. La rotación de personal era relativamente alta, lo cual exigía permanentemente hacer nuevas contrataciones.

Inicialmente, los consejos prácticos que aportó una organización asociada del extranjero ayudaron a configurar el equipo. Desde entonces, el servicio está conectado con programas de capacitación de pares para informar a los participantes del servicio y de las oportunidades de trabajo que existen. Como apunte destacable, varios usuarios se sintieron tan inspirados por el equipo y por el modelo de la recuperación, que decidieron formarse y dar un giro a su vida laboral, incorporándose a la plantilla de Tupu Ake.

Mantener la calidad y los valores del servicio

Mantener al equipo conectado con los valores y la filosofía del programa ha sido una dificultad, al igual que realizar un seguimiento de los resultados y garantizar la adecuada evaluación del servicio.

Una solución ha sido garantizar que todos los supervisores sean personas con experiencia propia, con capacitación en apoyo entre pares; estos supervisores ofrecen soporte activo en las cuestiones concretas que van surgiendo en el trabajo. Todos los días se celebra una sesión colectiva para “dar brillo al servicio”, en la que el personal aplica su noción de los valores de la ayuda entre pares y los vincula con su trabajo cotidiano. Además, se ha elaborado un instrumento para medir las experiencias y la evolución de los usuarios, que se utiliza sistemáticamente; también se recopilan historias y experiencias de recuperación.

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:

- presupuestar la evaluación del servicio e incluir la evaluación en la propuesta de financiamiento;
- involucrar activamente en el proceso de evaluación a personas con experiencia propia;
- buscar el reconocimiento oficial y la aceptación de los servicios de salud existentes;
- determinar los costos del servicio para compararlos con las prestaciones convencionales;
- documentar si los usuarios volverían al mismo servicio o si prefieren la oferta de servicios tradicionales;
- invertir para demostrar la utilidad del apoyo entre pares y los resultados positivos que se pueden lograr.

Additional information and resources:

Sitio web:

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

Videos:

La Primera Ministra visita Tupu Ake, 31 de mayo del 2019 [en inglés].

<https://www.youtube.com/watch?v=SwQfaQ3BJVk>

Contacto:

Ross Phillips, director de Operaciones Institucionales, Pathways (Nueva Zelanda).

Correo electrónico: Ross.Phillips@pathways.co.nz

3.

Avanzar del concepto a las buenas prácticas en los servicios de salud mental de atención a las crisis

El objetivo de este apartado es proporcionar una serie de pasos y recomendaciones prácticas que faciliten los procesos de conceptualizar y planificar un servicio de atención a las crisis 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 a seguir de las *Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*.

Pasos para establecer o transformar un servicio de atención a las crisis que se rija por las buenas prácticas

- **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 y un conocimiento detallado. Se trata de una oportunidad para definir los valores, los principios y las características que les gustaría ver incorporados a los servicios de su país, atendiendo al contexto social, político y económico.
- **Contactar con la dirección o los profesionales de los servicios** que interesan para obtener información y asesoramiento psicológico sobre la creación o transformación de un servicio análogo en su contexto y para comprender los matices del servicio. Hay que plantear preguntas concretas sobre cómo funcionan estos servicios, teniendo en cuenta el contexto local en el que se desarrollarían. Se puede hacer con una visita al servicio o por videoconferencia.
- **Impartir capacitación y educación sobre salud mental, derechos humanos y recuperación** a los grupos que serán más relevantes para establecer o transformar el servicio, con los materiales de capacitación presencial 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 servicio de atención a las crisis:

- ¿El objetivo es transformar un servicio de crisis existente o establecer uno nuevo?
- ¿Quién gestionará el servicio de crisis? ¿Será una gestión por pares, o lo gestionará el Estado o una ONG? ¿O lo cogestionarán personas con experiencia propia junto con otros profesionales u otro grupo?
- ¿Será un servicio independiente o estará adscrito a un hospital, un centro comunitario de salud mental u otro dispositivo asistencial?
- ¿Quiénes serán los beneficiarios del servicio? ¿Se excluirá a alguien? ¿Cómo se accederá al servicio?
- ¿Ofrecerá el servicio:
 - » apoyo domiciliario a través de equipos multidisciplinares?
 - » alojamiento temporal de respiro en la comunidad para estancias cortas?
- ¿Qué tratamientos e intervenciones se ofrecerán?
 - » evaluación de las necesidades de apoyo y diagnóstico, con el consentimiento de la persona;
 - » terapia orientada a la atención de los traumas;
 - » planes de recuperación centrados en la persona;
 - » psicoterapia, p. ej., terapia cognitivo-conductual;
 - » resolución de problemas y activación conductual o programación de actividades;
 - » orientación o asesoramiento psicológico, o bien terapia 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 de transición para las personas que regresan a su hogar y su comunidad;
 - » teléfono de atención a las crisis;
 - » apoyo mutuo;
 - » otros.
- ¿Cómo se hará la evaluación, el abordaje o la derivación de las personas que tengan problemas de salud física?
- ¿Cómo se garantizará la cobertura las 24 horas para atender a personas que acudan por una crisis?
- ¿Qué interrelación habrá entre este servicio y los demás servicios y prestaciones de la red? ¿Y con otros recursos de la comunidad? ¿Cómo serán los sistemas de derivación en uno y otro sentido?
- ¿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 capacitaciones necesitarán para brindar un servicio que sea de buena calidad, esté basado en la evidencia y esté en línea con los derechos humanos?

- ¿Qué estrategias y capacitación se prevé adoptar para hacer realidad la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la participación, la inclusión en la comunidad y la orientación a la recuperación?^e

■ 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 recabará el consentimiento informado de los usuarios para las decisiones relativas al tratamiento?
- ¿Cómo garantizará la red de servicios que las personas:
 - » » sean capaces de tomar decisiones informadas y elijan los tratamientos y prestaciones?
 - » » reciban toda la información esencial sobre la medicación y otros tratamientos, incluida su eficacia y los posibles efectos negativos?
- ¿Qué proceso se habilitará para apoyar sistemáticamente a las personas a fin de que elaboren voluntades anticipadas?
- ¿Qué mecanismos se implantarán para que las personas puedan reclamar en caso necesario?
- ¿Cómo se facilitará el acceso a los servicios de asesoramiento psicológico y representación legal que necesiten los usuarios (p. ej., asistencia jurídica gratuita)?

■ Prácticas no coercitivas

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

^e Para más información, véase el apartado 1.3 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*.

■ Participación

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

■ 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 las prestaciones de protección social?
- ¿Cómo se facilitará el acceso a los programas sociales y de ocio?

■ Recuperación

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

- **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 concernientes a la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la inclusión en la comunidad y la participación, junto con el enfoque orientado a la recuperación;
 - » detalles sobre el seguimiento y la evaluación del servicio;
 - » costos del servicio, incluida una comparativa con los servicios que ya están en funcionamiento.
- **Obtener los recursos financieros necesarios** para establecer o transformar el servicio, explorando todas las posibilidades, como los sectores públicos de bienestar social y salud, los organismos de seguros de salud, las ONG, los donantes privados, etc.
- **Establecer y poner en marcha el servicio** con arreglo a los requisitos administrativos, financieros y jurídicos.
- **Monitorear y evaluar el servicio de manera continua**, publicando estudios que incorporen variables de satisfacción de los usuarios, calidad de vida, criterios de inclusión comunitaria (empleo, educación, generación de ingresos, vivienda, protección social), recuperación, reducción de síntomas, evaluación de la calidad y situación de los derechos humanos (p. ej., con el instrumento de evaluación 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, así como para responder a sus dudas.
- **Abogar por el servicio y promoverlo** ante todos los interesados (políticos, responsables de las políticas, aseguradoras de salud, medios de comunicación, personas con experiencia propia, 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.
- **Implementar las estrategias y los sistemas** necesarios para garantizar la sostenibilidad del servicio.

Referencias

1. Newton-Howes G, Savage M, Arnold R, Hasegawa T, Staggs V, Kisely S. The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: An international epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020; 29: e190. doi: 10.1017/S2045796020001031.
2. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2019; 10: 400. doi: 10.3389/fpsy.2019.00400.
3. Sugiura K, Pertega E, Holmberg C. Experiences of involuntary psychiatric admission decision-making: a systematic review and meta-synthesis of the perspectives of service users, informal carers, and professionals. *Int J Law Psychiatry*. 2020; 73: 101645. doi: 10.1016/j.ijlp.2020.101645.
4. Wildflower Alliance [sitio web]. Springfield: Wildflower Alliance; s.f. (<https://wildfloweralliance.org/>, consultado el 13 de enero del 2021).
5. Afiya peer respite annual report - FY'17. Holyoke: Western Mass Recovery Learning Community; 2017 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Afiya-annual-report-fy-17-alt.pdf>, consultado el 4 de enero del 2021).
6. Davidow S. *Peer respite handbook: a guide to understanding, developing and supporting peer respites*. Denver: Outskirts Press; 2018.
7. What is IPS? En: Intentional Peer Support [sitio web]. West Chesterfield: Intentional Peer Support; s.f. (<https://www.intentionalpeersupport.org/what-is-ips/?v=b8a74b2fbcbb>, consultado el 4 de mayo del 2020).
8. Davidow S, Mazel-Carlton C. The “alternatives to suicide approach”: a decade of lessons learned. En: Page A, Stritzke W (eds.). *Alternatives to suicide: beyond risk and towards a life worth living*. Cambridge: Academic Press; 2020.
9. Hall W. *Harm reduction guide to coming off psychiatric drugs*, segunda edición. The Icarus Project y Freedom Centre; 2012 (<https://www.willhall.net/files/ComingOffPsychDrugsHarmReductGuide2Eonline.pdf>, consultado el 8 de febrero del 2021).
10. The Withdrawal Project [sitio web]. Inner Compass Initiative; s.f. (<https://withdrawal.theinnercompass.org>, consultado el 27 de noviembre del 2020).
11. Missing Link [sitio web]. Bristol: Missing Link; s.f. (<https://missinglinkhousing.co.uk/>, consultado el 19 de octubre del 2019).
12. Women’s Crisis House. En: Well Aware [sitio web]. Bristol: Well Aware; s.f. (<https://www.wellaware.org.uk/projects/womens-crisis-house/>, consultado el 19 de octubre del 2019).
13. Our privacy policy. En: Missing Link [sitio web]. Bristol: Missing Link; s.f. (<https://missinglinkhousing.co.uk/privacy-policy/>, consultado el 19 de octubre del 2019).
14. Link House Leaflet. En: Missing Link [sitio web]. Bristol: Missing Link; 2019 (https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2019/07/ML_LinkHouse_July2019.pdf, consultado el 19 de octubre del 2019).
15. Missing Link annual review 2017-18. Bristol: Missing Link; 2018 (https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2018/10/MissingLink_NextLink_SafeLink_AnnualReview2017-18.pdf, consultado el 19 de octubre del 2019).
16. Sara Gray [video]. Bristol: Bristol Mental Health; 2017 (<https://www.youtube.com/watch?v=GMSofLVJMcy&feature=youtu.be>, consultado el 19 de octubre del 2019).

17. Complaints procedure service user guide. En: Missing Link [sitio web]. Bristol: Missing Link; s.f. (<https://missinglinkhousing.co.uk/feedback/complaints-procedure-service-user-guide/>, consultado el 13 de enero del 2021).
18. Link House service exit feedback survey 2015-16. Bristol: Missing Link; 2016 (https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2016/12/LinkHouseSatisfactionSurvey_Nov16.pdf, consultado el 19 de octubre del 2019).
19. WRAP is.... En: Advocates for Human Potential [sitio web]. Sudbury: Advocates for Human Potential; 2018 (<https://mentalhealthrecovery.com/wrap-is>, consultado el 25 de febrero del 2020).
20. Recovery Star. En: Mental Health Partnerships [sitio web]. Stockport: Mental Health Partnerships; 2009 (<https://mentalhealthpartnerships.com/resource/recovery-star>, consultado el 12 de febrero del 2021).
21. Link House for women in mental health crisis. En: Missing Link [sitio web]. Bristol: Missing Link; s.f. (<https://missinglinkhousing.co.uk/services-we-offer/link-house-for-women-in-mental-health-crisis>, consultado el 19 de octubre del 2019).
22. Women's Crisis House. En: Bristol Mental Health [sitio web]. Bristol: Bristol Mental Health; s.f. (<http://www.bristolmentalhealth.org/services/womens-crisis-house>, consultado el 19 de octubre del 2019).
23. Archived reference costs. En: NHS Improvement [sitio web]. Londres: NHS Improvement; s.f. (<https://improvement.nhs.uk/resources/reference-costs>, consultado el 20 de julio del 2020).
24. Von Peter S, Aderhold V, Cubellis L, Bergström T, Stastny P, J. S *et al*. Open Dialogue as a human rights-aligned approach. *Front Psychiatry*. 2019; 10: 387. doi: 10.3389/fpsy.2019.00387.
25. Quinlan Á. Open Dialogue is a new way of dealing with mental health. *Irish Examiner*. 13 de septiembre del 2017 (<https://www.irishexaminer.com/lifestyle/arid-20458828.html>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
26. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother Res*. 2006; 16: 214-28. doi: 10.1080/10503300500268490.
27. Olson M, Seikkula J, Ziedonis D. *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue*. Worcester: The University of Massachusetts Medical School; 2014 (<https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelements1.109022014.pdf>, consultado el 30 de junio del 2019).
28. MAPA (Management of Actual or Potential Aggression). En: Crisis Prevention Institute [sitio web]. Sale: Crisis Prevention Institute; 2020 (<https://www.crisisprevention.com/en-GB/Our-Programs/MAPA-Management-of-Actual-or-Potential-Aggression>, consultado el 6 de mayo del 2020).
29. Seikkula J. Open dialogues in the present and the future - new developments. En: Open Dialogue an international community [sitio web]. Tornio: Open Dialogue an international community; 2016 (<http://open-dialogue.net/open-dialogues-in-the-present-and-the-future-new-developments/>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
30. Seikkula J. Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? *Aust N Z J Fam Ther*. 2011; 32: 179-93. doi: 10.1375/anft.32.3.179.
31. Bergström T, Seikkula J, Alakare B, Mäki P, Köngäs-Saviaro P, Taskila JJ *et al*. The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: nineteen-year outcomes. *Psychiatry Res*. 2018; 270: 168-75. doi: 10.1016/j.psychres.2018.09.039.
32. Kiviniemi M. Mortality, disability, psychiatric treatment and medication in first-onset schizophrenia in Finland: the register linkage study [tesis]. Oulu: Universidad de Oulu; 2014.
33. Tribe RH, Freeman AM, Livingstone S, Stott JCH, Pilling S. Open dialogue in the UK: qualitative study. *BJPsych Open*. 2019; 5: e49. doi: 10.1192/bjo.2019.38.
34. Gordon C, Gidugu V, Rogers ES, DeRonck J, Ziedonis D. Adapting Open Dialogue for early-onset

- psychosis into the U.S. health care environment: a feasibility study. *Psychiatr Serv.* 2016; 67: 1166-8. doi: 10.1176/appi.ps.201600271.
35. Freeman AM, Tribe RH, Stott JCH, Pilling S. Open Dialogue: a review of the evidence. *Psychiatr Serv.* 2018; 70. doi: 10.1176/appi.ps.201800236.
 36. What is ODDESSI? En: University College London [sitio web]. Londres: University College London; 2020 (<https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/oddesi/what-oddesi-1>, consultado el 6 de mayo del 2020).
 37. The project. En: HOPEndDialogue [sitio web]. Rome: HOPEndDialogue; s.f. (<https://www.hopendialogue.net>, consultado el 6 de mayo del 2020).
 38. Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Finlandia [sitio web]. Ministerio de Asuntos Sociales y Salud; s.f. (<https://stm.fi/etusivu>, consultado el 6 de marzo del 2021).
 39. Kuntaliitto (Asociación Finlandesa de Autoridades Locales y Regionales) [sitio web]. Helsinki: Asociación Finlandesa de Autoridades Locales y Regionales; s.f. (<https://www.localfinland.fi>, consultado el 6 de marzo del 2021).
 40. Budget 2019: mental health, wellbeing and addiction initiatives. En: Ministry of Health [sitio web]. Auckland: Ministerio de Salud de Nueva Zelanda; 2019 (<https://www.health.govt.nz/our-work/mental-health-and-addiction/he-ara-oranga-response/budget-2019-mental-health-wellbeing-and-addiction-initiatives>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
 41. He Ara Oranga: Report of the Government Inquiry into Mental Health and Addiction. Wellington: The Government Inquiry into Mental Health and Addiction; 2018 (<https://www.mentalhealth.inquiry.govt.nz/inquiry-report/>, consultado el 5 de septiembre del 2020).
 42. Dirección de Salud Mental y Adicciones. *Annual Report 2017*. Wellington: Ministerio de Salud de Nueva Zelanda; 2019 (<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/office-of-the-director-of-mental-health-and-addiction-services-annual-report-2017-v2.pdf>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
 43. Harris R, Tobias M, Jeffreys M, Waldegrave K, Karlsen S, Nazroo J. Racism and health: The relationship between experience of racial discrimination and health in New Zealand. *Soc Sci Med.* 2006; 63: 1428-41. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.04.009.
 44. McLeod M, King P, Stanley J, Lacey C, Cunningham R. Ethnic disparities in the use of seclusion for adult psychiatric inpatients in New Zealand. *NZ Med J.* 2017; 130: 30-9.
 45. About us. En: Pathways [sitio web]. Wellington: Pathways; s.f. (<https://www.pathways.co.nz/about/overview>, consultado el 12 de febrero del 2021).
 46. Director of peer respites. En: National Empowerment Center [sitio web]. Lawrence: National Empowerment Center; s.f. (<https://power2u.org/directory-of-peer-respites>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
 47. Te Pou o Te Whakaaro Nui, Take Notice. Evaluation of Tupu Ake: A peer-led acute alternative mental health service. Auckland: Te Pou o Te Whakaaro Nui, The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development; 2017 (<https://www.tepou.co.nz/resources/evaluation-of-tupu-ake>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
 48. Te Pou [sitio web]. Wellington: Te Pou Limited; s.f. (<https://www.tepou.co.nz>, consultado el 12 de febrero del 2021).
 49. Intentional Peer Support [sitio web]. West Chesterfield: Intentional Peer Support; s.f. (<https://www.intentionalpeersupport.org>, consultado el 12 de febrero del 2021).
 50. Consulting and training. En: RI International [sitio web]. Phoenix: RI International; s.f. (<https://riinternational.com/consulting-and-training>, consultado el 12 de febrero del 2021).

