

Módulo
técnico

Servicios de salud mental de apoyo entre pares

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 de apoyo entre pares

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

Versión oficial en español de la obra original
Peer support mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches
© Organización Mundial de la Salud, 2021
ISBN: 978-92-4-002578-3 (versión electrónica)

Servicios de salud mental de apoyo entre pares: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos

ISBN: 978-92-75-32599-5 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12599-1 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2022

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



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

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

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

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Servicios de salud mental de apoyo entre pares: 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/10.37774/9789275325995>.

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.

NMH/MH/2022

Diseño y maquetación por Genève Design.

Créditos de las fotos: Fotos de la portada: PSSEO/Lezly Cyr. Pg. 6. Hearing Voices – Helena Lopes. Pg. 15: USP Kenya. Pg. 26: PSSEO/Beverly Johnston.

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

Índice

Prefacioiv
Agradecimientosv
Resumen	xii
¿En qué consiste la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS?	xix
Acerca de las Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental de la OMS	xx

1. Introducción 1

2. Servicios de salud mental de apoyo entre pares: descripción y análisis 5

2.1 Grupos de apoyo Hearing Voices6
2.2 Grupo de apoyo entre pares Nairobi Mind Empowerment USP (Kenya)	15
2.3 Peer Support South East Ontario (PSSEO) Modelo de transición después del alta Ontario (Canadá).	26

3. Avanzar del concepto a las buenas prácticas en los servicios de salud mental de apoyo entre pares 37

Referencias	42
-----------------------	----

Prefacio

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

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

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

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

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

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

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

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



Dr Ren Minghui

Subdirector General

Cobertura Sanitaria Universal/Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles

Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos

Dirección estratégica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Equipo de investigación y redacción

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

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

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

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

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

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

Blakstad; Arne Lillelien, consultor clínico, Unidad de BET del Departamento Blakstad; Jørgen Strand, jefe de personal y gerente, Unidad de BET del Departamento Blakstad; Inger HWilde Vik, consultora clínica, Unidad de BET del Departamento Blakstad (Vestre Viken Hospital Trust, Viken [Noruega]).

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

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

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

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

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

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

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

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

gerente de área (National Learning Network, Bantry [Irlanda]).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

de Clubhouse, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Mimi Wong, miembro del personal de Phoenix Clubhouse, RAE de Hong Kong, República Popular China; Eva Yau, miembro honoraria de Friends of Phoenix Clubhouse, miembro de la facultad de Clubhouse International, directora fundadora de Phoenix Clubhouse, RAE de Hong Kong (República Popular China).

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

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

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

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

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

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

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

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

Revisión técnica y contribuciones por escrito

María Paula Acuña González, expasante de la OMS (Irlanda); Christine Ajulu, Foro de promoción de los derechos humanos (Kenya); John Allan, área de salud mental, alcohol y otras drogas, Clinical Excellence Queensland, Queensland Health (Australia); Jacqueline Aloo, Ministerio de Salud (Kenya); Caroline Amissah, Autoridad de Salud Mental (Ghana); Sunday Anaba, BasicNeeds (Ghana); Naomi Anyango, hospital

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Agradecimientos especiales

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

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

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

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

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

Resumen

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

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

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

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

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

Mensajes clave de estas orientaciones

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

Introducción

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

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

Desde la adopción de la Convención en el 2006, un número cada vez mayor de países tratan de reformar sus leyes y políticas con el fin de promover los derechos a la inclusión comunitaria, la dignidad, la autonomía, el empoderamiento y la recuperación. Sin embargo, hasta la fecha, pocos países han

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

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

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

Ejemplos de servicios comunitarios de salud mental con buenas prácticas

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

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

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

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

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

También se requieren cambios importantes en el sector social

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

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

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

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

Ampliación de las redes de servicios de salud mental

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

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

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

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

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

Recomendaciones clave

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

1

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

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

2

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

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

3

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

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

4

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

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

5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En concreto, en los módulos técnicos:

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

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

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

Cómo usar los documentos

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

Estos documentos están dirigidos a:

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

Nota sobre la terminología

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

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

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

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

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

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

1.

Introducción

Los servicios de apoyo entre pares consisten en sesiones individuales o grupales a cargo de personas con experiencia propia y la comparten para beneficio de otras que están pasando por lo mismo. El objetivo es ayudar a esas personas en lo que ellas consideren importante para su vida y su recuperación, sin juzgar ni dar nada por supuesto.

Los pares son expertos por experiencia propia; gracias a lo que han aprendido y vivido de primera mano, entablan una conexión y una relación especial con las personas que pasan por un momento difícil. Como tales, actúan como confidentes, educadores, orientadores, defensores, colegas y mentores, siempre desde la compasión. Los servicios reseñados en el apartado siguiente los gestionan y dirigen personas que son expertas por su propia experiencia. La participación en las sesiones es siempre voluntaria, previo consentimiento informado; los participantes no están obligados a continuar recibiendo el apoyo que se les ofrece, sino que deciden según sus deseos, preferencias y necesidades.

Los servicios de apoyo entre pares se organizan y estructuran de maneras muy distintas, según el contexto. También varía el alcance de las actividades, que van desde el acompañamiento emocional hasta el trabajo de defensa de la causa y sensibilización, pasando por la ayuda para comprender sus propias experiencias, la asistencia para tramitar prestaciones sociales y acceder a otras oportunidades y las actividades destinadas a promover la inclusión social. En general, estos servicios facilitan la creación de redes de apoyo social que de lo contrario no sería posible establecer.

Se ha observado que el apoyo entre pares es un pilar en la recuperación de muchas personas. Se basa en la premisa de que el significado de la recuperación es diferente para cada uno; en este sentido, las personas se benefician enormemente del intercambio de experiencias, de la escucha respetuosa y del acompañamiento para comprender sus vivencias y buscar un camino hacia la recuperación, lo cual en última instancia les permite llevar una vida plena y satisfactoria. Aunque todos los servicios de apoyo entre pares que se ofrecen en el mundo dan importancia a promover la esperanza, compartir experiencias y empoderar a la persona, los ejemplos expuestos en este documento, que se rigen por las buenas prácticas, también toman medidas activas para evitar la coacción y garantizar que se respete la capacidad jurídica de los participantes.

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

promover el enfoque de la recuperación centrado en la persona, con pleno respeto por sus derechos.

La prestación de servicios comunitarios 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
de apoyo entre pares:
descripción y análisis**

2.1

Grupos de apoyo Hearing Voices



Clasificación principal: Apoyo entre pares

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Estudios publicados Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| <input 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | Otros ^a |

Contexto

Oír voces es una experiencia que suele llevar a quien la vive a entrar en contacto con los servicios de salud mental. Para muchas personas las voces son aterradoras, por lo que encuentran alivio en los antipsicóticos, pero a otras la medicación no les ayuda (1, 2). Además, muchas personas encuentran en las voces un posible significado, incluso aunque les causen angustia y confusión, y desean entender de dónde provienen (3-5).

El movimiento Hearing Voices surgió en los Países Bajos a fines de la década de 1980, con la colaboración entre un psiquiatra holandés, un investigador y una persona que oía voces, a la que se sumaron muchas otras que también habían vivido la experiencia auditiva (6). En lugar de tratar de suprimir las voces con la medicación, el movimiento creía que una estrategia más útil para muchas de ellas era modificar su relación con las voces. Esto implicaba explorar la naturaleza de las voces y su significado, mediante sesiones grupales con otras personas que tenían experiencias semejantes.

El movimiento se ha extendido por todo el mundo (7) y hay redes nacionales en 30 países (8). La red mundial de Hearing Voices, llamada Intervoice, apoya al movimiento internacional “conectando personas, compartiendo ideas, distribuyendo información, destacando iniciativas innovadoras, fomentando la investigación respetuosa y de alta calidad y promoviendo sus valores en todo el mundo” (9). Algunos grupos los han fundado profesionales y están integrados o muy vinculados con los servicios de salud mental existentes. Otros los organizan las personas que oyen voces y no dependen de los servicios de salud (8).

a El financiamiento para los grupos Hearing Voices procede de diferentes fuentes, según el grupo: donantes, pequeñas cantidades de pagos directos y servicios de salud.

El movimiento Hearing Voices y los diferentes grupos incorporan y celebran perspectivas muy diversas, pero tanto las sesiones de ayuda entre pares como el movimiento que ha surgido a su alrededor se guían por principios básicos (7):

Normalización. Oír voces es parte normal de la experiencia humana. En los grupos Hearing Voices, las voces no se consideran necesariamente algo patológico, sino una reacción significativa e interpretable a problemas sociales, emocionales o interpersonales. Se entiende que la posibilidad de oír voces existe en todos nosotros, sin negar que para muchas personas la experiencia es angustiante y debilitante.

Diversidad de explicaciones. Se aceptan diferentes concepciones de las voces. Los grupos Hearing Voices acogen la diversidad de ideas en relación con los orígenes y la importancia de las voces (10). Estas concepciones pueden ser de índole biológica, psicológica y espiritual (11).

Se fomenta la creación de una comprensión propia: los grupos alientan a los participantes a hacer suyas las voces y elaborar su propia concepción de las mismas. Una de las funciones básicas del grupo es proporcionar un espacio seguro donde pueda desarrollarse esta interpretación (12).

El escuchar voces se explica mejor en referencia a los sucesos de la vida y los discursos interpersonales. Se ha observado que, en muchos casos, las personas comienzan a oír voces a raíz de una vivencia traumática que menoscaba su capacidad de acción y decisión. Muchas personas han escrito y hablado sobre la influencia de los traumas en la génesis de estas experiencias (13), y hay datos empíricos que respaldan esta asociación (14). De hecho, cada vez está más demostrada la relación entre los traumas infantiles y las experiencias psicóticas en general (15, 16). Con frecuencia, las palabras que se oyen, la identidad de las voces o el momento en que aparecen se remontan a aspectos de la primera infancia (5). Los grupos Hearing Voices fomentan una cuidadosa articulación e interpretación de las experiencias auditivas de cada persona. Hay resistencia a utilizar etiquetas psiquiátricas y conceptos médicos, incluso cuando incorporan referencias a los traumas. En cambio, las ideas de los grupos Hearing Voices, y del movimiento en general, “siguen una concepción de la salud como un proceso fundamentalmente social, cultural y político” (1).

Trabajar por la aceptación de las voces suele ser una estrategia mejor que tratar de suprimirlas o eliminarlas. Aceptar las voces implica reconocer la realidad subjetiva de la persona, aunque resulte doloroso o conflictivo. Romme y Escher (17) señalan que las voces suelen ser al mismo tiempo el “problema” y la “solución”; es decir, aunque atenten contra la identidad de la persona, también son una forma de preservar su identidad, ya que “articulan y encarnan el dolor emocional” (7). Los grupos Hearing Voices ayudan a las personas a reorientarse ante las voces y reconstruir su relación con ellas.

El apoyo y la colaboración entre iguales empoderan a la persona. Oír voces suele considerarse un tabú (12); encontrar solidaridad en los demás puede ofrecer tranquilidad y una sensación de seguridad. Compartir la experiencia con quienes han pasado por lo mismo les reporta a muchas personas una sensación de profunda validación e incluso de liberación. La escucha y enseñanza mutua expone a las personas a diferentes ideas sobre las voces y les permite aprender nuevas estrategias para afrontarlas.

Los grupos Hearing Voices se articulan en redes locales y nacionales que ofrecen apoyo, asesoramiento y orientación para nuevos grupos, y muchos tienen su propia web con información para quienes busquen ayuda o consejo. Se celebran congresos periódicamente. Los grupos se apoyan mutuamente sin una estructura jerárquica, lo que puede explicar el éxito de algunas redes de larga duración, como la del Reino Unido. Es en ese país donde el movimiento está más arraigado; allí funcionan más de 180 grupos integrados en diversos entornos, como servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes, instituciones penitenciarias, unidades de hospitalización y el sector del voluntariado. En Londres, a través del proyecto llamado Voice Collective se ofrece apoyo a los jóvenes (de 12 a 18 años) que oyen voces (18), bajo la dirección de la organización Mind (19). El arraigo ha sido más lento en Estados Unidos, pero ya hay 121 grupos en 25 estados, según la base de datos de la red Hearing Voices estadounidense, y la cantidad crece año a año (20). En Australia, cada estado tiene su propia red; hay 23 grupos Hearing Voices en Sídney y en el estado de Nueva Gales del Sur (21). En Hong Kong hay cinco ONG que dirigen grupos Hearing Voices, mientras que la entidad New Life (22) tiene seis grupos en sus centros y residencias.

Descripción del servicio

Los grupos Hearing Voices generalmente no siguen un formato estándar para sus sesiones, a diferencia de métodos más estructurados como el de Alcohólicos Anónimos, y se promueve el desarrollo independiente de cada grupo. Algunos grupos los han establecido personas que oyen voces, mientras que otros los han iniciado profesionales, por cuenta propia o con la colaboración de las personas que oyen voces.

Los grupos Hearing Voices están abiertos a personas que tienen experiencias distintas a las auditivas (12): en algunos grupos participan personas que tienen visiones u otras experiencias típicamente calificadas de “psicóticas”, mientras que otros están dirigidos a personas con cualquier tipo de malestar psicológico (8). Algunos grupos solo admiten a personas que han vivido experiencias de primera mano, mientras que en otros intervienen profesionales y en algunos también los familiares. Hay algunos grupos que son solo para mujeres, otros para jóvenes (18) e incluso para miembros de determinadas comunidades culturales.

Las sesiones se llevan a cabo en varios lugares, como centros cívicos, bibliotecas, sedes de organizaciones de ayuda entre pares, centros educativos para personas adultas o de arte; otros, en entornos de salud mental. También hay grupos Hearing Voices en prisiones y plantas psiquiátricas de hospitales (23). La mayoría tienen periodicidad semanal o quincenal y son grupos abiertos, en los que en cualquier momento pueden entrar nuevos participantes y las personas entran y salen a medida que cambian sus necesidades. La asistencia es informal y no tiene límite de tiempo (24, 25). Algunos grupos solo organizan charlas informales, mientras que otros invitan a oradores; en Estados Unidos, algunos grupos organizan excursiones u otras actividades grupales (8).

Las sesiones grupales las dirigen dos personas que actúan como facilitadores, de modo que los participantes obtienen el apoyo del grupo a la vez que se mantiene centrado el debate y se respetan las “reglas elementales”. Los facilitadores presentan el espíritu de la red Hearing Voices, tal como consta en sus estatutos, gestionan la logística de las sesiones y procuran dotar de cierta estructura a la reunión grupal, pero no actúan como terapeutas. Los grupos más asentados trabajan con un conjunto estable de facilitadores, lo cual les proporciona flexibilidad y apoyo (26). Los facilitadores provienen de diferentes campos, pero en general hay al menos uno que ha vivido la experiencia de oír voces o tener visiones.

Los facilitadores reciben capacitación para permitir que en las sesiones grupales se valore la diversidad de perspectivas en pie de igualdad y para modular la aceptación y la curiosidad desprejuiciada hacia las complejidades de la experiencia psicológica (10, 25). No se espera de los miembros que se ajusten a ningún marco conceptual de tipo psicológico, biomédico, espiritual o paranormal (24). Lo fundamental es que las voces no se consideran necesariamente patológicas. Si bien algunas personas lo viven como algo patológico, el grupo ayuda a mitigarlo. Adoptando una actitud resueltamente desprejuiciada (10), el objetivo de los grupos Hearing Voices es ofrecer un espacio seguro donde las personas puedan abordar las experiencias y los recuerdos que les resultan dolorosos (27). Si se produce un conflicto en una sesión, se hace un esfuerzo colaborativo por resolverlo. Un participante de un grupo estadounidense aporta el ejemplo siguiente: “Hace poco, alguien se puso a gritar en la reunión por internet, alterando el desarrollo de la sesión. En lugar de pedirle que saliera, la gente intentó comprender qué sentía él al tener esa experiencia, y la situación se calmó” (10).

Para fomentar esa curiosidad sobre la experiencia auditiva, muchos grupos recurren a los denominados “perfiles” (10). El perfil consiste en una descripción completa de las voces; los participantes lo obtienen preguntándose unos a otros, de forma respetuosa, qué dicen las voces, qué tono utilizan, cuántas voces diferentes hay, si son de hombre o de mujer, si han cambiado con el tiempo, si tienden a aparecer en determinadas situaciones, cómo se siente la persona al oírlas y para qué creen que sirven (5, 25). El objetivo de estas preguntas es que la persona “conozca” mejor a las voces y tenga menos miedo, encontrándoles el sentido a experiencias que han sido causa de confusión o terror.

Muchas personas encuentran que responder a estas preguntas las habilita para encarar mejor la situación; así, en un contexto positivo, se sienten más capaces de identificar las circunstancias que desencadenan las voces, con lo cual adquieren más control sobre la experiencia. Por ejemplo, un participante afirma que la asistencia a un grupo Hearing Voices le ha ayudado a construirse un vocabulario para describir sus propias experiencias (25). Esta transformación, así como los procesos asociados, se explican con un modelo de tres fases planteado por Hornstein, Putnam y Branitsky en el 2020 (10).

Algunos grupos también realizan actividades distintas, como consultas y asesoramiento a otras organizaciones, por ejemplo, a servicios públicos y ONG. Estas actividades tienen fines didácticos y contribuyen a vencer el estigma y promover la aceptación de las personas que oyen voces. En Estados Unidos, la entidad Western Mass Recovery Learning Community, ahora denominada Wildflower Alliance, gestiona varios grupos Hearing Voices por internet (28). Esta entidad también proporciona un grupo de apoyo para familiares y amigos (29).

Principios y valores fundamentales del servicio

Respeto de la capacidad jurídica

La asistencia a los grupos Hearing Voices es exclusivamente voluntaria. No hay imposiciones ni se hace nada por socavar la capacidad jurídica de una persona. No se incorporan mecanismos de derivación a un servicio que pueda alterar la capacidad jurídica de la persona. El objetivo final de los grupos es empoderar a las personas en relación con las voces que oyen y los servicios de salud mental con los que interactúan, para que tengan el control de su vida y de las decisiones que les afectan. Para ello, sirven como foro de diálogo sobre las experiencias y las opciones de tratamiento. Los grupos Hearing Voices tienen como objetivo fortalecer la capacidad de la persona para que articule su propia interpretación de las voces y tome decisiones más informadas sobre la medicación y las psicoterapias.

Alternativas a las prácticas coercitivas

La asistencia a los grupos Hearing Voices es siempre voluntaria y no hay prácticas coercitivas. Los grupos no derivan a los participantes para que reciban tratamiento en otros servicios en contra de su voluntad ni a servicios donde se pueda utilizar la coacción.

Inclusión en la comunidad

Las sesiones Hearing Voices tienen lugar en entornos comunitarios, en vez de centros de salud mental, y las organizan ONG o se gestionan como grupos independientes. Algunos grupos prestan servicios externos, como consultas a otras organizaciones, o realizan actividades inclusivas, como excursiones a la naturaleza (8). Los grupos Hearing Voices ofrecen un lugar seguro para que las personas aborden sus experiencias de una manera diferente. Aunque en las sesiones se aceptan consejos y sugerencias, los grupos no ayudan directamente a los asistentes a buscar empleo, educación o vivienda.

Participación

El espíritu y la estructura de los grupos, así como del movimiento en general, se basa en la participación y el apoyo entre pares. Los grupos Hearing Voices están formados por personas que oyen voces. La mayoría los organizan las propias personas que han tenido estas experiencias, que reciben capacitación para actuar como facilitadores. Muchos grupos los moderan ellos mismos, en lugar de profesionales, pero este detalle difiere mucho de grupo a grupo, dentro de un mismo país y entre los países.

Enfoque de recuperación

Los principios básicos de los grupos Hearing Voices están íntimamente relacionados con el enfoque orientado a la recuperación. Se debaten a fondo los cinco procesos “CHIME”^b que describen las publicaciones especializadas sobre la recuperación (30), tanto en el movimiento Hearing Voices como en los informes de investigación sobre los grupos (27). Los grupos Hearing Voices ayudan a la persona a elaborar su propio marco conceptual y establecer sus propias metas en relación con las voces, infundiendo esperanza a través del apoyo mutuo. Se evita utilizar términos médicos como “alucinaciones auditivas”, “delirios” y “síntomas”. Además, muchos participantes sostienen que las voces que oyen son parte esencial de su personalidad, no un síntoma patológico que deban suprimir.

Evaluación del servicio

Como los grupos Hearing Voices siguen cada uno su programa propio y no tienen un protocolo fijo, no se pueden estudiar fácilmente mediante ensayos aleatorizados controlados, lo cual limita las investigaciones. Por otro lado, los estudios de variables clínicas determinadas (como las escalas de síntomas) pueden pasar por alto algunos de los efectos benéficos más importantes de este trabajo, como el logro de los objetivos significativos que se marcan las personas para sí mismas (31). Además, cuando la audición de voces se aborda como un fenómeno potencialmente positivo, no es posible documentar los beneficios mediante escalas clínicas convencionales (32). De hecho, algunos grupos Hearing Voices se ven a sí mismos esencialmente como grupos sociales, en los que se hace un trabajo transformador, y no como grupos terapéuticos tradicionales (33).

^b Conexión, esperanza, identidad, significado en la vida y empoderamiento (del inglés: connectedness, hope, identity, meaning in life and empowerment).

Con todo, en torno a los grupos Hearing Voices se han publicado estudios que analizan los procesos asociados y su efecto sobre los asistentes. En un estudio británico en el que se aplicaron métodos cuantitativos y cualitativos, se observó que la duración de los ingresos hospitalarios disminuía significativamente después de asistir a un grupo Hearing Voices, así como la frecuencia y la potencia de las voces (34). Además, hay estudios que demuestran que las personas se sienten escuchadas y encuentran en los grupos un apoyo que no estaba disponible en otros sitios (24). Estos factores parecen mejorar la situación social y afectiva de los participantes: mayor autoestima (21, 24, 35); mejor funcionamiento social (24); mejor capacidad de afrontamiento (21, 24); mayor esperanza (21, 24); menor sensación de aislamiento y refuerzo de los vínculos con amistades y familiares (24). Los asistentes aseguran que comprenden mejor sus experiencias auditivas y se sienten más capaces de hablar de la relación que establecen con ellas (21, 35, 36): “Tengo una idea más clara de qué son las voces y de dónde vienen, y he podido enfrentarlas mejor. Como ha mejorado mi yo interior y las voces se han reducido, mi vida ha mejorado mucho, porque ya no las oigo todo el tiempo” (27).

Encontrar aceptación es una idea presente en todos los estudios sobre los grupos Hearing Voices (37), y en varios estudios las personas describen un sentimiento de solidaridad; consideran que el grupo les ofrece una plataforma segura para explorar sus sentimientos y actúa como catalizador del cambio (27, 37). Un encuestado lo describe así: “Me quitaron un velo de delante, porque escuché a alguien expresar esos sentimientos y pensé... Ya sé que es algo anormal, pero igualmente parece haber una normalidad al respecto” (37).

Se ha constatado que los beneficios de asistir a los grupos Hearing Voices se producen de manera gradual. Hasta la fecha, el mayor estudio cualitativo es el de Hornstein et al., realizado en Estados Unidos (10). En dicho estudio se observa que en primer lugar hay un proceso de descubrimiento de los compañeros y de las diferentes formas de entender las voces. Seguidamente, el grupo permite a los participantes explorar maneras de reinterpretar su experiencia para que puedan encontrarle un sentido. Por último, las sesiones se convierten en un laboratorio para el cambio en las relaciones externas al grupo (10).

Si bien muchos de los asistentes a los grupos Hearing Voices siguen tomando psicofármacos (24), en el estudio de Hornstein et al. algunos participantes afirman hacer “un consumo más limitado y puntual de la medicación, o una disminución gradual hasta dejarla del todo” (10). Algunos participantes también aseguran que tienen menos necesidad de servicios hospitalarios o de atención a las crisis.

Algunos estudios indican que algunas sesiones resultan “perturbadoras” para algunos asistentes y que a veces sufren una “recaída de las voces” (38). El estudio cuantitativo más grande realizado hasta ahora es el de Longden et al. (24), quienes enviaron un cuestionario de 45 ítems a 62 grupos afiliados al capítulo inglés de la red Hearing Voices. Alrededor de un tercio de los encuestados contestaron que las sesiones grupales a veces les provocaban “angustia”. Sin embargo, estas experiencias negativas no repercuten en los efectos beneficiosos. De hecho, los investigadores conjeturan que es precisamente la oportunidad de hablar de cuestiones angustiantes, sin ser juzgados o “patologizados”, lo que puede haberles resultado beneficioso.

Costos y comparaciones de costos

El financiamiento que necesitan los grupos Hearing Voices es poco o nulo (26). Algunos grupos reciben ayuda de los servicios de salud mental y otros de ONG, mientras que los hay que son autosuficientes. Los únicos costos que deben hacer frente son el alquiler del local para las reuniones semanales y los

honorarios que cobre el facilitador. La mayoría de los grupos Hearing Voices son gratuitos para los asistentes; en Japón, no obstante, se paga una pequeña cuota (39).

Dificultades y soluciones

Transformación de actitudes y dependencia del modelo biomédico

Modificar las actitudes de los profesionales de la salud mental puede ser difícil; el personal de los servicios puede mostrarse reacio a adoptar el método de Hearing Voices. Los grupos Hearing Voices se rigen por la idea de que las voces se pueden entender de diferentes maneras; además, reconocen que la medicación antipsicótica no siempre es útil, de modo que los profesionales que trabajan desde el modelo biomédico pueden encontrar difícil entenderlo. Puede haber incompreensión por parte de la gerencia y dificultad para aceptar la necesidad de cambio.

Los grupos Hearing Voices han abordado estos problemas con transparencia e inclusión, invitando a profesionales de diferentes disciplinas a participar en pequeños grupos piloto, como primera aproximación, y documentando los resultados. Muchos grupos prefieren gestionarse de forma autónoma; en la mayoría de estos casos, los inicia una persona que oye voces o un profesional inspirado en el modelo Hearing Voices. A menudo se lleva a cabo una primera reunión pública para poner en marcha el grupo. A fin de preservar su independencia respecto de los servicios de psiquiatría y salud mental, la red Hearing Voices inglesa ha redactado estatutos para los grupos que se afilien (33), mientras que la red estadounidense ha revisado y complementado dichos estatutos para incluir las últimas novedades (40). Algunas personas con experiencias auditivas y profesionales imparten capacitación para poner en marcha y gestionar grupos Hearing Voices. La red inglesa ofrece en su web asesoramiento para fundar grupos (26), y la estadounidense remite a organizaciones que ofrecen capacitación para facilitadores.

Ampliación del ámbito geográfico

La mayoría de los grupos Hearing Voices se fundaron originalmente en países de ingresos altos: en Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelandia, Japón y Hong Kong. El modelo Hearing Voices lo difunden las propias personas que oyen voces o los profesionales interesados en este abordaje, pero no lo promueven los servicios convencionales ni figura en las listas de prioridades gubernamentales. Las diferentes visiones sociales y culturales del mundo sin duda configuran la vivencia y la interpretación de las voces y, por lo tanto, la reacción de las personas (41). Las ideas que alberga un pueblo sobre la mente, el cuerpo, los espíritus, la naturaleza y la interacción de estos factores influyen en la manera en que se vive y se siente la percepción auditiva (42). Los principios esenciales de Hearing Voices, que hacen hincapié en esta diversidad, han ayudado a ampliar el ámbito geográfico del movimiento. Al establecerse la red mundial Intervoice, el movimiento se ha extendido a muchos países del mundo, y ahora existen redes nacionales en 30 países (8).

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:

- promover la transparencia y el diálogo abierto, explicando el propósito, los objetivos y la justificación del modelo Hearing Voices;
- construir un corpus de evidencias comenzando con un grupo piloto;
- invitar a profesionales de diferentes disciplinas;
- animar a gerentes y otras personas a asistir a sesiones de capacitación para que conozcan el modelo;
- recabar comentarios y opiniones de los participantes y documentar sistemáticamente los resultados;
- garantizar un liderazgo sólido que supervise los grupos y su ejecución práctica;
- garantizar el cumplimiento del modelo Hearing Voices.

Información adicional y recursos

Sitio web:

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

Videos:

Beyond Possible: How the Hearing Voices Approach Transforms Lives [en inglés].

<http://beyondpossiblefilm.info/>

Eleanor Longden, “Las voces en mi cabeza”, TED2013.

https://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head?language=es

Contactos:

Olga Runciman, junta directiva de la Sociedad Danesa de Rehabilitación Psicosocial, Dinamarca. Correo electrónico: orunciman@gmail.com

Gail Hornstein, profesora de Psicología, Mount Holyoke College (Massachusetts, Estados Unidos). Correo electrónico: gh@gailhornstein.com; ghornste@mtholyoke.edu

2.2

Grupo de apoyo entre pares Nairobi Mind Empowerment

USP (Kenya)



Clasificación principal: Apoyo entre pares

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

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

Financiamiento:

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

Contexto

Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (USP-K) es una organización nacional fundada en Kenya en el 2007. Es filial de la Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría y tiene representación en la junta directiva de la Red Panafricana de Personas con Discapacidades Psicosociales (43, 44). El objetivo principal de USP-K es abogar por los derechos de las personas con discapacidades psicosociales y problemas de salud mental, permitiéndoles vivir y trabajar como miembros productivos de la sociedad. La organización la administran y dirigen personas con discapacidades psicosociales y problemas de salud mental (44).

Los grupos de apoyo entre pares son una de las actividades más destacadas de USP-K. Su objetivo es ofrecer acompañamiento, desarrollar capacidades y liderar el cambio social para promover una mayor inclusión en el país y la comunidad (43, 45). USP-K puso en marcha el primer grupo en Nairobi en el 2012, después de recibir fondos a fines del 2011 para incrementar sus actividades. Como se trata de un concepto nuevo con pocas alternativas disponibles, el grupo suscitó un gran interés y atrajo a gran cantidad de asistentes desde el principio, con un promedio entre 20 y 35 personas por reunión. El 50% del grupo estaba compuesto por personas con experiencias propias y familiares; por su parte, el 60% de los asistentes eran mujeres y el otro 40%, hombres. Había asistentes de perfiles muy distintos, desde estudiantes universitarios, jóvenes profesionales, empresarios y personas de los asentamientos informales de Nairobi.

Desde su fundación, se han abierto otros 12 grupos en seis condados de Kenya, con dos grupos en Nairobi. Los grupos de apoyo entre pares los inician personas que detectan una necesidad o un interés

en establecerlo; asimismo, cuando las personas tienen que recorrer largas distancias para asistir, el hospital local, que a veces está en un área rural, puede solicitar que se establezca un grupo en su zona. USP-K también ha habilitado un sistema de derivaciones o referencias para que los profesionales de la salud mental puedan referir a personas a los grupos de apoyo entre pares. USP-K proporciona el financiamiento inicial para ayudar a los grupos nuevos en sus comienzos. Lo pueden destinar, por ejemplo, a celebrar la primera reunión en la que se adopta la constitución del grupo y los miembros eligen un presidente, un secretario y un tesorero. Posteriormente, USP-K ayuda a los grupos a acceder al financiamiento público disponible a nivel comunitario (tanto del área de discapacidad como general), que puede servir para sustentar la actividad del grupo o sus miembros, por ejemplo, a través de subvenciones para actividades grupales de apoyo entre pares que combaten el estigma y la discriminación, las oportunidades de empoderamiento económico, fondos para mujeres o jóvenes, etc. (46). Sin embargo, cada grupo debe tener su propia cuenta bancaria y recaudar fondos de forma independiente. USP-K también ofrece asistencia técnica a los grupos, con capacitación sobre temas de derechos humanos, defensa de los intereses propios, estrategias de respuesta a las crisis y medios de vida sostenibles.

Se establecen nuevos grupos con el apoyo y la colaboración de asociados clave a nivel de base, como los gobiernos de los condados (departamentos de servicios sociales y salud), los asistentes y voluntarios comunitarios, los asistentes sociales y las autoridades administrativas locales. Los grupos de apoyo están inscritos oficialmente en el Ministerio de Trabajo y Protección Social y en el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad. Cada grupo es responsable de renovar el certificado todos los años ante el Ministerio de Trabajo y Protección Social, para lo cual hay que presentar los datos del presidente, el secretario, el tesorero y los miembros, así como una memoria anual sencilla, aunque los miembros pueden pedir que no figuren sus datos si así lo desean. También hay que abonar una tasa de renovación, de aproximadamente US\$ 10.

USP-K también cuenta con un grupo virtual por WhatsApp, que utilizan cerca de 125 miembros (47). Los grupos de apoyo entre pares están ubicados en la comunidad y son independientes del sistema psiquiátrico keniano. No están vinculados con ningún centro de salud mental.

Para ofrecer una idea más precisa de los grupos de apoyo entre pares de USP-K, se ha elegido el grupo de apoyo entre pares Mind Empowerment de USP-K de Nairobi, principalmente por la disponibilidad de datos de evaluación. Se trata de un ejemplo ilustrativo de cómo funcionan en general los grupos de apoyo entre pares de USP-K en Kenya.

Descripción del servicio

Los grupos de apoyo entre pares de USP-K reúnen a personas que se identifican como usuarios de los servicios de salud mental, sobrevivientes de la psiquiatría, personas con problemas de salud mental o personas con discapacidades psicosociales. Puede participar cualquiera que haya pasado por estas experiencias. También pueden participar sus cuidadores, aunque se intenta restringir la cantidad de familiares, y en ocasiones se propone que las familias organicen su propio grupo de apoyo entre pares. El Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad y el Ministerio de Trabajo y Protección Social estipulan que, como mínimo, el 70% de los integrantes de los grupos deben ser personas directamente afectadas, mientras que el 30% restante pueden ser cuidadores. Esta proporción de 70 : 30 es la que sigue el grupo de Nairobi.

Los grupos de apoyo entre pares representan un espacio de reunión dentro de un marco social y de derechos humanos que promueve la no discriminación, la participación y la inclusión plenas y efectivas, el respeto por la dignidad inherente de las personas, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones y de cometer errores, y la igualdad de género.

Las sesiones generalmente se estructuran en tres o cuatro partes:

- 1) un bloque informal, en el que se ofrece ayuda mutua y apoyo psicosocial;
- 2) un bloque estructurado, en el que se abordan los objetivos de defensa de la causa;
- 3) bloques separados, si es necesario, por ejemplo, para tratar cuestiones de género;
- 4) bloques con invitados, por ejemplo, profesionales, que intervienen a petición de los miembros.

El modelo de USP-K permite adaptar las sesiones para atender mejor las necesidades de los miembros. Esto puede ser algo tan simple como dejar que las sesiones se extiendan más allá de la hora programada para que los miembros comenten y debatan lo que quieran, organizar sesiones paralelas para reflejar las sensibilidades que surjan dentro del grupo u ofrecer sugerencias específicas a los compañeros cuando las soliciten, en lugar de ceñirse al modelo habitual de evitar los debates prescriptivos. Como ejemplo, los grupos de apoyo de las zonas rurales de Kenya incorporan elementos pertinentes para sus miembros, más allá del intercambio de experiencias, como puede ser hablar de los medios de sustento (47). Se fomenta la asistencia regular a las sesiones, a fin de construir relaciones de cercanía entre los miembros, favorecer el crecimiento personal y proporcionar diversas perspectivas en cada sesión. Dos veces al año se imparte a los miembros capacitación sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y durante las reuniones se ofrece capacitación regular sobre aspectos básicos de los derechos humanos y su aplicación a la vida cotidiana.

En las sesiones del grupo Mind Empowerment USP-K de Nairobi participan, por término medio, 25 personas. Las reuniones son informales, y se puede entrar y salir del grupo sin avisar. No se utilizan formularios y las fichas de asistencia son voluntarias. No se obliga a nadie a hablar durante las reuniones. Las sesiones se celebran una vez al mes y normalmente tienen lugar en el distrito central de la ciudad, y no en dependencias hospitalarias, a fin de reducir en la medida de lo posible los desequilibrios de poder (47). La ubicación es cómoda para la mayoría de las personas que viven en el área metropolitana de Nairobi.

El grupo se anuncia por diferentes vías y también se da a conocer por el boca a boca. USP-K también anuncia los grupos de apoyo entre pares, por ejemplo, informando sobre el grupo en las capacitaciones a los prestadores de servicios y administradores locales, o a través de su trabajo de defensa de la causa, con artículos en periódicos e intervenciones en televisión.

Grupos de apoyo entre pares dirigidos por los miembros

Los grupos de apoyo entre pares de USP-K los dirigen y gestionan los propios miembros. El facilitador es nombrado directamente por los miembros del grupo y recibe capacitación de USP-K sobre moderación de las reuniones y aspectos técnicos como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En el curso de las sesiones, los miembros exponen sus vivencias y proponen entre sí diferentes estrategias o técnicas de afrontamiento o de toma de decisiones (47). Se fomenta el aprendizaje, el planteamiento de preguntas y la reflexión personal. El facilitador trabaja por

reflejar y satisfacer las necesidades de los miembros y la dinámica grupal. Entre otras cosas, se anima a los participantes a elaborar y contemplar un nuevo relato sobre sí mismos más allá del diagnóstico, se fomentan las contribuciones para garantizar el equilibrio y la representación en el debate, sofocando los conflictos si es necesario, pero también apoyando a los miembros para abordar los conflictos que puedan surgir entre ellos. La construcción de relaciones se considera que fomenta un sentido de solidaridad y reemplaza el aislamiento individual. El facilitador también trabaja por el establecimiento de conexiones entre los miembros, que pueden proporcionarse acompañamiento fuera de las sesiones, así como entre los cuidadores, o bien, si se solicita, entre los miembros y los profesionales de la salud mental que hayan recibido capacitación de USP-K sobre dignidad y derechos humanos.

Si un miembro tiene dificultades, el facilitador hace un seguimiento con él, con la familia o la comunidad, fuera de las sesiones grupales, y se asegura de que reciba el apoyo que necesita. Los facilitadores también pueden vincularse con otros trabajadores formales de la comunidad, como voluntarios de salud y asistentes sociales, dentro de la red de apoyo comunitario. Por ejemplo, si el asistente social tiene noticia de que una persona sufre maltrato en el hogar —p. ej., si la atan a un árbol—, puede dirigirse al facilitador para determinar qué medidas tomar. Si una persona no desea ingresar en el hospital, desde la red comunitaria se puede pedir ayuda al facilitador para determinar qué solución prefiere esa persona y respaldarla. Sin embargo, todo esto se hace únicamente con el conocimiento y el consentimiento de la persona.

Los grupos de apoyo entre pares tienen un presidente, un tesorero y un secretario, así como tres vocales, que son elegidos anualmente por los miembros. Estas funciones están estipuladas en la constitución del grupo, proporcionada por el Ministerio de Trabajo y Protección Social. El presidente es responsable de la coordinación general, la recaudación de fondos, la promoción y la representación del grupo, especialmente a nivel local. El secretario se encarga de documentar las actuaciones del grupo de manera confidencial, con atención a las necesidades generales como el acceso a los medicamentos o cuestiones relacionadas con la violencia. El tesorero es el responsable de la recaudación de fondos, el cobro de las aportaciones mensuales de los miembros y los registros contables. Los miembros del grupo deciden conjuntamente cuál es la contribución mensual factible, cuyo pago no es obligatorio y que se destina a un fondo común llamado “fondo del bienestar”. Un porcentaje de este fondo se reserva para problemas o peticiones individuales, por ejemplo, falta de medicamentos, gastos para un funeral o una boda o reintegro del desplazamiento relacionado con una reunión promocional.

El grupo de apoyo entre pares cuenta, además, con un comité de resolución de desavenencias, cuyos integrantes son elegidos por los demás miembros del grupo. El comité ayuda a resolver situaciones difíciles, conflictos o quejas relativas al grupo o de orden externo, como dificultades entre un miembro y su familia, o bien problemas de maltrato o negligencia. En este último caso, el comité intenta ayudar a resolver la situación. Este comité también puede prestar ayuda a los miembros que deseen modificar sus circunstancias, por ejemplo, para vivir de forma independiente o reincorporarse al trabajo.

Función de apoyo de USP-K

USP-K tiene cuatro empleados a jornada parcial y dos voluntarios a jornada completa. Normalmente, dos miembros de USP-K asisten a cada reunión del grupo de apoyo para dar la bienvenida a los nuevos asistentes y explicarles cómo funciona la reunión. Actúan como un recurso, suministrando información sobre discapacidad y salud mental, o asesorando a los miembros si tienen dificultad para obtener ayuda económica. Pueden dirigir los debates en caso necesario, resituándolos en el esquema de los derechos

humanos y el modelo social de la discapacidad. El personal de USP-K ayuda a generar confianza en el grupo y vela por su confidencialidad.

Los voluntarios también prestan asistencia fuera de las reuniones de apoyo entre pares, por ejemplo, haciendo visitas al hospital, concertando derivaciones o ayudando a los miembros en su vida cotidiana. En caso de sufrir una crisis, los miembros pueden contactar por teléfono, a través del grupo virtual de WhatsApp o bien, si están en Nairobi, acudiendo a la sede de USP-K. El personal y los miembros del grupo que asisten a las capacitaciones o los congresos, por ejemplo, sobre derechos humanos, comparten luego lo aprendido con el grupo de apoyo entre pares.

Grupo virtual de apoyo entre pares de USP-K

El grupo virtual de WhatsApp de USP-K se estableció para reconocer que no todas las personas se sienten cómodas o físicamente capaces de asistir a las reuniones presenciales. El grupo está abierto a cualquier persona que desee unirse en Kenya, y no es preciso pertenecer a un grupo de apoyo entre pares de USP-K. Mientras que en las reuniones presenciales se debaten temas más profundos, cuestiones personales y de contenido emocional, con una dinámica grupal de apoyo psicoemocional, el canal de WhatsApp es más bien de ayuda social.

Cuando se abrió el grupo, los miembros lo dieron a conocer de boca en boca. En este grupo, que tiene carácter informal, se pueden compartir experiencias sobre temas o cuestiones muy distintas. Se sugiere a los integrantes que den los datos de una persona de confianza que pueda ayudar en caso de crisis o situación difícil, para que el grupo sepa a quién avisar cuando se produce una situación de este tipo. También se les anima a establecer un sistema de apoyo en los lugares donde viven. Los administradores del grupo de WhatsApp se comunican con la persona de confianza si es necesario. Si alguien entra al grupo, pero le cuesta participar o pedir ayuda en público, también puede comunicarse directamente con el administrador u otro miembro para hablar en privado. Si alguien publica algo que afecte negativamente al grupo, puede ser excluido temporalmente, pero no se le deja de prestar apoyo por otras vías. Los administradores también pueden apartar a las personas cuya participación sea contraria a las reglas, por ejemplo, si un profesional entra al grupo para buscar clientes. A la fecha de redacción de estas líneas, el grupo de WhatsApp cuenta con 125 participantes.

Principios y valores fundamentales del servicio

Respeto de la capacidad jurídica

Uno de los objetivos básicos del grupo Mind Empowerment de USP-K de Nairobi es ayudar a las personas a ejercer su capacidad jurídica. Al adoptar una perspectiva de derechos humanos, el grupo de apoyo entre pares ayuda a las personas a ejercer su derecho a tomar sus propias decisiones y a que los demás respeten esas decisiones.

Cuando una persona tiene que tomar una decisión y decide exponerla en el grupo, se solicita a los demás miembros que relaten sus experiencias, lo que aprendieron y lo que saben sobre el tema. El grupo sigue una actitud de “informar, no mandar”, para evitar desequilibrios de poder. Así, se empodera a la persona para que aproveche la información a su manera (47), lo cual puede consistir en una decisión diferente a la propuesta por el grupo. Los facilitadores de USP-K velan por que se respete esta dinámica. En el grupo de apoyo entre pares se pueden debatir decisiones de muy distinto tipo, como las relacionadas con el empleo, la vivienda, una mudanza, la atención médica, los tratamientos y la planificación familiar.

Un informe de USP-K del 2016 (47) indica que hay un vínculo directo entre el apoyo entre pares y el ejercicio de la capacidad jurídica; por ejemplo, el grupo puede proporcionar información y compartir experiencias sobre diferentes tratamientos médicos para ayudar a un compañero a decidir lo que más le conviene y a comprender cuáles son sus derechos, cómo comunicar su decisión y cómo hacer que se respete esa decisión.

El grupo también ayuda a los miembros a ejercer su capacidad jurídica promoviendo y respetando la “dignidad del riesgo”, es decir, el derecho a equivocarse que tiene toda persona (47). En este sentido, las decisiones tomadas sin el respaldo o la consideración del grupo merecen el mismo respeto que las que se toman después de ponerlas en común.

El grupo también ayuda a los miembros a preparar instrucciones anticipadas, aunque no sean oficiales (este instrumento no está reconocido por la legislación keniana). Estas instrucciones pueden adoptar diversas formas, como un documento escrito, una persona de confianza que conozca los deseos de ese miembro para un momento de crisis o una lista de contactos de emergencia a quienes enviar un “mensaje de ayuda” redactado de antemano.

Alternativas a las prácticas coercitivas

El grupo Mind Empowerment USP-K de Nairobi trabaja activamente para promover las prácticas no coercitivas. Se identifican y se clasifican los recursos de capital social para neutralizar las crisis y se potencia el uso de estos recursos en lugar de los métodos coercitivos, recurriendo a pares que actúan como facilitadores y a los asistentes sociales y comunitarios. Se hace un trabajo parecido con las familias, explicándoles en qué consiste el enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos, cómo identificar una crisis y cómo aprovechar el capital social.

Si una persona sufre una crisis durante una reunión, el facilitador encabeza la respuesta. Para ello hablará con esa persona, a fin de determinar qué le resultaría más útil, respetará las preferencias que haya expresado anteriormente y se coordinará con los acompañantes (se pide a los miembros que nombren a tres acompañantes de confianza). En la medida de lo posible, el facilitador se ciñe a las preferencias de la persona; ahora bien, en una situación de urgencia como un intento de suicidio, ante todo se abordan los riesgos y luego, en cuanto resulta posible, se tienen en cuenta los deseos de la persona. Los miembros del grupo pueden ofrecer un apoyo colectivo a la persona si así lo desea esta y si es posible, junto con los profesionales de la salud mental invitados a participar. El grupo también puede comunicarse con profesionales registrados en la base de datos de USP-K, en la que figuran profesionales que han recibido capacitación de USP-K sobre derechos humanos y salud mental.

USP-K también capacita a la policía y a los funcionarios locales sobre el uso del capital social cuando una persona entra en crisis, en colaboración con el correspondiente grupo de apoyo entre pares de USP-K. Si un miembro desea dejar de medicarse, el grupo lo ayuda a determinar sus motivos, averiguar si puede hablar de ello con un médico, comprender el efecto que tendrá dejar la medicación y saber cómo dejar la medicación de manera responsable, con la planificación y el apoyo adecuados.

Inclusión en la comunidad

El grupo Mind Empowerment USP-K de Nairobi trabaja activamente por la participación y la inclusión plena y efectiva en la comunidad de las personas con discapacidades psicosociales. USP-K ofrece ayuda en cuestiones como protección social, acceso a exenciones fiscales y programas económicos. El grupo

ayuda a los miembros a obtener la declaración de discapacidad, cumplimentando los formularios, reservando las citas para la evaluación y efectuando cualquier otro trámite necesario. Una vez obtenida la declaración, se les proporciona información sobre prestaciones por discapacidad y otras facilidades económicas que les puedan corresponder, como becas para estudios, subsidios para herramientas comerciales y exenciones de las tasas de los mercados para quienes tienen empleos informales (46).

El grupo también sigue el modelo de derechos humanos a la hora de superar las barreras a la inclusión. Los grupos de apoyo entre pares de USP-K son reconocidos por las autoridades administrativas locales, lo que facilita su participación e inclusión en la comunidad. En Nairobi, por ejemplo, el grupo está reconocido por el gobierno del condado y las unidades administrativas delegadas del gobierno nacional, como la prefectura, la subprefectura y los comisionados de distrito,^c y otros asociados estratégicos, incluidas las organizaciones de desarrollo y derechos humanos como la Cruz Roja, CBM y el programa Sight Saver. Mediante estos vínculos, se garantiza que dichas instancias conozcan a las personas de su comunidad que tienen discapacidades psicosociales y sean conscientes de la importancia de incluirlas en su trabajo y sus decisiones. Al vincularse con el capital social del grupo (pares facilitadores, asistentes sociales, agentes comunitarios, etc.), se fortalecen los sistemas de apoyo comunitario disponibles para los miembros. Se busca también la participación constante de las familias, reconociendo su papel como la forma natural de apoyo para la mayoría de las personas (47). Este compromiso se extiende a programas de capacitación para profundizar los conocimientos sobre salud mental y derechos humanos y al contacto con las familias si una persona tiene algún problema con ellas, pero siempre con el consentimiento de esa persona. Si una persona no quiere que su familia se involucre, pero la familia es una fuente de problemas, el grupo puede tener que involucrar a las estructuras locales de la comunidad (como las personas mayores del pueblo), pero también en este caso, solo con el consentimiento de la persona.

Participación

Los grupos de apoyo entre pares de USP-K los dirigen y gestionan personas con experiencia propia. Cada grupo establece sus propios objetivos trimestrales de defensa de la causa. Estos objetivos se definen entre USP-K y los miembros del grupo en relación con los temas que afectan la vida de los miembros (p. ej., salud mental, discriminación). El grupo señala las prioridades de acción y USP-K les ayuda a trazar un plan de ejecución sencillo. USP-K ofrece asistencia técnica y financiamiento (si es apropiado y si hay fondos disponibles) y revisa la evolución de los proyectos en las reuniones mensuales del grupo de apoyo entre pares.

Enfoque de recuperación

Un informe de USP-K del 2018 señala que el apoyo entre pares promueve la capacidad de acción y la autonomía de los miembros, como elementos esenciales de la recuperación. En dicho informe se indica que, a través de los debates grupales y entre pares, los miembros comienzan a “recuperar su voz y se vuelven más asertivos” (47). Este proceso puede materializarse de diferentes maneras, pero los facilitadores y los miembros que llevan más tiempo participando utilizan una serie de técnicas para dirigirlo. Los facilitadores y los compañeros se cuestionan mutuamente de forma constructiva, para verse a sí mismos más allá de su diagnóstico y su tratamiento, teniendo en cuenta sus experiencias vitales y viéndose como personas, ante todo. La discusión desarrollada en un espacio seguro y constructivo les permite recuperar su voz y dar sentido a sus experiencias, lo cual es particularmente importante cuando las personas están acostumbradas a ser beneficiarias pasivas de tratamientos o ayudas. Gracias al

c Chief, sub-chief y district commissioner (cargos gubernamentales del gobierno nacional a nivel de condado).

apoyo y el debate entre iguales, se comprueba que otras personas —con un mismo diagnóstico o en situación parecida— han recobrado el control de su vida y toman decisiones por su cuenta, y ello puede ayudar a entender que también es posible en el caso propio. El grupo de apoyo entre pares estimula a los participantes para que “prueben nuevas formas de ser y se equivoquen si es necesario, sabiendo que contarán con la comprensión y el respaldo de sus compañeros, independientemente del resultado de la decisión que tomen” (47).

Evaluación del servicio

En el 2016, USP-K emprendió una investigación sobre la función del apoyo entre pares para el ejercicio de la capacidad jurídica en Kenya (47), financiada por la Open Society Initiative for Eastern Africa. Se observaron diez sesiones del grupo Mind Empowerment USP-K de Nairobi, cuyos asistentes tenían distintos problemas de salud mental. En total, en el transcurso de la investigación, asistieron a las sesiones de apoyo entre pares 164 personas. También se celebraron tres debates con grupos de opinión y se realizaron ocho entrevistas con cuidadores y con personal de USP-K.

La investigación constata que el grupo de apoyo entre pares de USP-K apoyó directamente a los miembros en el ejercicio de su capacidad jurídica. También se observa que el grupo promueve la capacidad de acción y la autonomía, ya que los miembros aseguraban haber vuelto a estudiar o haber emprendido un negocio tras la interacción con un compañero que había hecho lo mismo antes. Además, se estimula a los miembros a cuestionar las relaciones que tienen un desequilibrio de poder, por ejemplo, cuando las decisiones respecto al tratamiento las toman únicamente los médicos, sin consultar y colaborar con el individuo y sin su consentimiento. Un miembro de un grupo de apoyo entre pares de USP-K afirma: “Cuando no entiendo lo que dice el médico, pregunto. Cuando no estoy de acuerdo con lo que propone el médico, digo que no y pido alternativas”.

Otra forma de promover la capacidad de acción y la autonomía es alentar a planificar las situaciones de crisis. Con ello, los miembros retienen el control incluso en una situación de crisis, lo cual es visto como una forma de “recobrar el poder”. Los participantes también mencionan una mayor capacidad de abogar por sus intereses y describen “situaciones en las que hablaron por su cuenta cuando antes se habrían callado”. Asimismo, el estudio señala que el grupo fomenta la asunción positiva de riesgos a través del intercambio de experiencias e informaciones personales. Este punto puede referirse al cambio o al abandono de tratamientos que no son satisfactorios para el individuo, o bien a áreas como los medios de sustento o los asuntos familiares.

Costos y comparaciones de costos

La asistencia a los grupos de apoyo entre pares USP-K es gratuita, si bien se solicita una aportación mensual voluntaria para las actividades generales del grupo.

Desde que se fundó el primer grupo de apoyo entre pares en Nairobi en el 2012, USP-K ha organizado los demás grupos con la ayuda de la iniciativa de derechos de las personas con discapacidad de la Open Society Foundation y el Consejo Nacional para Personas con Discapacidad (47). En el 2016, el sector social del gobierno keniano también proporcionó fondos a USP-K para respaldar su trabajo. Actualmente, el financiamiento para los grupos de apoyo entre pares procede sobre todo de la Open Society Initiative for East Africa (OSIEA) y del Consejo Nacional para Personas con Discapacidad. USP-K recibe US\$ 30.000 por año de la OSIEA y US\$ 26.000 por año del Consejo Nacional para Personas con Discapacidad. El personal de USP-K percibe un sueldo y los voluntarios, un estipendio mensual.

El costo anual de la gestión del grupo Mind Empowerment de Nairobi es de US\$ 4.000 por año, lo cual incluye el local, los facilitadores y las actividades del grupo en sus objetivos de promoción. El grupo Mind Empowerment de Nairobi recibe su principal financiamiento de US\$ 4.000 dólares anuales por parte de la OSIEA, y otros US\$ 2.000 del Consejo Nacional para Personas con Discapacidad, que se destinan preferentemente a los programas de empoderamiento económico. USP-K también trabaja con ONG y entidades religiosas que en ocasiones también contribuyen. Los grupos pueden recurrir a otras opciones de financiamiento, como la recaudación de fondos de entidades privadas, en particular en áreas como empresa y medios de vida sostenibles. Asimismo, pueden solicitar préstamos en el marco de los programas de educación financiera que ofrecen las instituciones bancarias. Ayudar a los grupos y los miembros a obtener oportunidades de financiamiento independientes garantiza su autosuficiencia económica.

Dificultades y soluciones

Promoción del modelo orientado a la discapacidad y los derechos humanos

Hasta hace poco, en Kenya, las perspectivas y los conocimientos de la gente (personas afectadas, familias, comunidades y profesionales) se basaban casi en exclusiva en el modelo biomédico. El modelo de derechos humanos en salud mental era relativamente desconocido. La aceptación de un enfoque basado en los derechos humanos exigía un cambio radical de actitudes, que se logró aprovechando los marcos jurídicos existentes y contrayendo un compromiso con todas las partes interesadas, incluidas las familias, los recursos comunitarios y otros agentes de derechos humanos, para promover la reforma legislativa y modificar la legislación. Además, USP-K documentó, definió y difundió las alternativas al modelo biomédico, incluidas las buenas prácticas dentro de la comunidad, para comenzar a incentivarlas. Los grupos también han proporcionado capacitación continua sobre derechos humanos utilizando la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, para promover la comprensión común de los derechos humanos y la salud mental. Este cambio tardó aproximadamente tres años en operarse. USP-K sigue comprometida con la comunidad y con los recursos comunitarios en materia de derechos humanos, y prosigue sus iniciativas de defensa de la causa y capacitación.

Asentar el modelo de apoyo entre pares

El apoyo entre pares no está reconocido en la legislación keniana en materia de salud mental, pero está anclado al ordenamiento nacional a través de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que fue ratificada por Kenya en el 2008 (47). Cuando se estableció el primer grupo de apoyo entre pares de USP-K, era un concepto completamente nuevo en Kenya, que muchas personas no reconocían ni entendían. Hizo falta una larga tarea de promoción y compromiso con las personas, las familias, las comunidades y los profesionales para divulgar el modelo de apoyo entre pares. USP-K también documentó los beneficios del apoyo entre pares y recabó el reconocimiento formal del gobierno, para que los grupos pudieran acceder a otras posibilidades de financiamiento.

Mantener el financiamiento

Desde que se estableció el primer grupo de apoyo entre pares de USP-K en el 2012, dos grupos han tenido que cerrar. El principal escollo para que continúen funcionando los grupos es obtener financiamiento estable. USP-K únicamente puede aportar capital a grupos nuevos durante los primeros dos a tres años. Los grupos de apoyo entre pares no tienen acceso a fondos de nivel estatal, por lo que deben recaudar de forma independiente. Si no pueden hacerlo, corren el riesgo de cerrar. Para solucionar

este problema, USP-K ofrece un fondo inicial y ayuda a los grupos a buscar fuentes de financiamiento público. Además, ha incorporado la recaudación de fondos en la estructura organizativa de todos los grupos de apoyo entre pares, asignándoles responsabilidades relacionadas tanto al presidente como al tesorero de cada grupo.

Acceder a suficientes servicios y apoyos de salud mental

Otra dificultad que afecta al grupo Mind Empowerment de Nairobi en su trabajo sobre la inclusión en la comunidad es la falta de servicios y apoyos accesibles para que las personas con discapacidades psicosociales vivan como miembros independientes de la sociedad. Estas carencias socavan el efecto del apoyo mutuo cuando la persona está lista para ser un miembro más activo de su comunidad, pero no puede hacerlo por la falta de apoyo práctico, por ejemplo porque las prestaciones estatales son insuficientes o porque no existen soluciones de viviendas asistidas. USP-K aborda este problema directamente, mirando más allá de la salud mental y el apoyo entre pares: también recalca los problemas prácticos que afectan a la vida de una persona y los medios para mejorar su situación, como los medios de vida y el empleo. Aun así, hay problemas más estructurales, como la pobreza, el desempleo y la desprotección social, que pueden impedir a la persona beneficiarse plenamente de las acciones del grupo y limitan los efectos provechosos que pueden tener los grupos de apoyo entre pares.

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:

- comprender y trabajar con todo el sistema de las comunidades donde viven las personas, incluidos el gobierno, las familias, los agentes comunitarios, los líderes religiosos, etc.;
- tener en cuenta el contexto externo al servicio, como la discriminación sistemática, la pobreza y la desigualdad, y diseñar soluciones prácticas dentro de esos contextos;
- señalar los aspectos positivos (legislación, prácticas comunitarias, etc.) que se pueden aprovechar como puntos fuertes para lograr el cambio, por ejemplo, reflejando estos puntos en capacitaciones y debates con las partes interesadas;
- involucrar a personas influyentes que aboguen firmemente por los resultados de la evaluación y presentarlos a los responsables de tomar decisiones que puedan influir en la asignación de financiamiento.

Información adicional y recursos:

Sitio web:

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

Contactos:

Michael Njenga, miembro de la ejecutiva de Africa Disability Forum y director ejecutivo de Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (USP-K), Nairobi.

Correo electrónico: michael.njenga@uspkenya.org

2.3

Peer Support South East Ontario (PSSEO) Modelo de transición después del alta

Ontario (Canadá)



Clasificación principal: Apoyo entre pares

Otras clasificaciones:

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

Peer Support South East Ontario (PSSEO) es una organización sin fines de lucro que presta diferentes servicios en la zona sudeste de la provincia canadiense de Ontario, para personas con problemas de salud mental o adicciones que buscan apoyo entre pares como forma de trabajar hacia el bienestar y la recuperación. El cometido principal de la organización es infundir esperanza y bienestar mediante el “apoyo entre pares con intención”. La organización profesa los valores de la paciencia, la compasión, la empatía, el empoderamiento, la estimulación, el respeto y el apoyo (48).

La organización está financiada por el Ministerio de Salud y Atención de Larga Duración de Ontario y se fundó en el 2001. Desde entonces, ha evolucionado significativamente para satisfacer las necesidades de las personas que viven con adicciones, problemas de salud mental y discapacidades psicosociales en la región sudeste de Ontario.

La organización presta servicios no clínicos en tres programas distintos:

- 1) centros de apoyo entre pares que ofrecen grupos y actividades orientados a la recuperación, apoyo individual entre iguales y planificación para recobrar el bienestar (49), así como otros servicios como un programa de almuerzos, lavandería y computadoras;
- 2) un programa comunitario de acceso a las actividades de apoyo entre pares, especialmente pensado para residentes de zonas rurales o apartadas;
- 3) apoyo individualizado entre pares, siguiendo el **modelo de transición después del alta** (transitional discharge model), para ayudar a las personas a reintegrarse en su comunidad después de pasar por un servicio hospitalario de psiquiatría.

El modelo de transición después del alta sirve como red de seguridad para vincular el proceso de alta hospitalaria con la atención comunitaria. Consiste en ofrecer apoyo entre pares en sesiones individuales, mientras prosigue la atención hospitalaria, hasta que se establece una relación terapéutica con un proveedor del ámbito externo (50). En este modelo, los trabajadores pares son personas que han pasado por una situación similar y cumplen una función importante a la hora de proporcionar apoyo y vínculos con los servicios comunitarios, en función de las necesidades que expresa la persona. Gracias a ello, la persona no tiene que esperar semanas o meses después del alta para acceder a las ayudas comunitarias. También ayuda a prevenir el reingreso en un hospital, algo muy habitual en el primer año (51, 52).

La organización proporciona apoyo con el modelo de transición después del alta en cinco hospitales de la zona sureste de Ontario.^d A efectos de este documento, se describe en detalle el servicio prestado en el Providence Care Hospital, en la localidad de Kingston.

Descripción del servicio

Providence Care Hospital es un hospital público que integra programas de salud mental y psiquiatría con rehabilitación física, cuidados paliativos y gestión médica compleja. Como parte del programa modelo de transición después del alta en Providence Care, la organización PSSEO ofrece apoyo en cuatro unidades de salud mental, cada una de las cuales tiene capacidad para 30 personas en régimen de hospitalización. Hay dos unidades de salud mental para personas adultas, una para pacientes con lesiones encefálicas adquiridas y una de salud mental forense. El servicio de apoyo mutuo se estructura en grupos semanales y, como parte del modelo de transición después del alta, en sesiones individuales antes y después de recibir el alta, con el objetivo específico de ayudar a la persona en su regreso a la comunidad. Los trabajadores pares, que comparten una vivencia con la persona hospitalizada, actúan como un puente desde que la persona recibe el alta hasta su primer contacto con los servicios de salud mental de la comunidad o la cita ambulatoria. Ofrecen asistencia, amistad y apoyo hasta un año después del alta.

El servicio de apoyo entre pares de la organización está firmemente integrado en la actividad cotidiana de Providence Care. Un mismo referente visita cada una de las cuatro unidades, un día a la semana, para conocer a las personas que acaban de comenzar el tratamiento en el hospital. Les informa sobre los servicios de apoyo prestados por la organización y les entrega material informativo, datos de contacto y una invitación para participar en el programa modelo de transición después del alta y el grupo semanal de apoyo mutuo, que tiene lugar en la misma unidad donde están ingresados. Los grupos de apoyo mutuo los dirige el mismo referente cada semana.

Los grupos de apoyo mutuo tienen mucho éxito: en cada uno de los tres grupos participan de 15 a 20 personas cada semana. Están diseñados para servir de espacio abierto y acogedor para todos los interesados. No es obligatorio asistir y se invita a las personas a asistir solo como oyentes, si así lo desean. Los temas y actividades de los grupos varían de una semana a otra; se solicita a los participantes que contribuyan con los temas o cuestiones que quieran debatir. En las sesiones grupales, se explica en qué consisten las sesiones de apoyo individual, que se realizan en el marco del programa modelo de transición después del alta, y se invita a los asistentes que estén interesados a concertar una sesión, para iniciar el proceso de asignación a un referente antes del alta.

^d Providence Care (Kingston); Kingston Health Sciences Centre (Kingston); Hôtel Dieu (Kingston); Belleville General Hospital (Belleville); y Brockville General Hospital (Brockville).

Cuando una persona expresa interés, el trabajador par de PSSEO en Providence Care programa una reunión con ella para iniciar el proceso de asignación. En Providence Care hay cinco trabajadores pares de la organización que realizan sesiones individuales y a quienes se puede asignar a las personas en función de sus antecedentes e intereses. Cuando se le asigna un referente, se organiza un primer encuentro en un espacio neutral, como una cafetería o un parque, donde pueden conocerse. Para garantizar un apoyo continuo durante y directamente después del alta, este primer encuentro se lleva a cabo la semana antes del alta hospitalaria, de ser posible, y a más tardar una o dos semanas después del alta. Si después de la primera reunión el usuario no se siente del todo cómodo con el trabajador asignado, puede solicitar un cambio para que le asignen otro.

Cuando la asignación funciona, se organizan sesiones semanales de una hora durante un período de hasta un año. Las sesiones semanales se pueden destinar a todo lo que quiera o necesite la persona, por ejemplo, trámites administrativos o programación de citas con servicios comunitarios, pero también para conversar, tomar un café o sencillamente dar un paseo. Los trabajadores pares pueden concertar reuniones adicionales en ciertas circunstancias, por ejemplo, para acompañar y apoyar a la persona en una visita médica importante. El referente de la unidad hospitalaria que realizó la asignación se comunica regularmente con la persona dada de alta para comprobar que todo marche bien, preguntarle si sigue contenta con el referente asignado y resolver posibles problemas.

La organización PSSEO se asegura de que se asigne un referente a todos los pacientes ingresados en las cuatro unidades de salud mental de Providence Care que estén interesados en recibir apoyo. Si al recibir el alta la persona pasa a un distrito hospitalario distinto, la organización le proporciona recursos sobre los servicios de apoyo entre pares que se ofrezcan en su zona. La organización también puede trabajar con la persona, si lo desea, para determinar qué otros recursos y servicios están disponibles en su zona.

En momentos excepcionales de picos de demanda, puede haber una lista de espera de tres a cuatro semanas para la asignación de un referente. En estos casos, la organización ofrece la alternativa de participar en reuniones grupales en un centro de apoyo entre pares, hasta que se le asigne a la persona un referente. Si alguien no está interesado en que le asignen un referente antes del alta, pero cambia de opinión más tarde, puede comunicarse con la organización hasta 30 días después del alta para iniciar el proceso de asignación. Pasados 30 días del alta, la persona ya no entra en el programa del modelo de transición después del alta, sino que se la remite a los centros comunitarios de apoyo entre pares de la organización.

Hay muy pocos requisitos formales para recibir apoyo por parte de PSSEO a través del programa modelo de transición después del alta. Para garantizar el respeto absoluto de la intimidad, la organización no exige una inscripción con datos personales e historia clínica, y no se guardan archivos relativos a los usuarios. Sin embargo, sí hay algunos criterios de admisión para las sesiones individuales del modelo de transición después del alta: la persona debe ser capaz de concertar las citas por sí misma y acudir a ellas; además, en todas las sesiones, no debe haber consumido alcohol ni otras sustancias psicoactivas. La persona es libre de poner fin a la relación con el referente en cualquier momento, sin tener que justificarse.

Principios y valores fundamentales del servicio

Respeto de la capacidad jurídica

Ayudar a la persona a ejercer su derecho a la capacidad jurídica es uno de los objetivos fundamentales del servicio prestado por la organización Peer Support South East Ontario. La asignación a un referente de la organización es absolutamente voluntaria y se rige por los objetivos de recuperación que se ha marcado la propia persona; en ningún caso hay imposición por parte del equipo hospitalario, de la organización ni de otros organismos. Esto es igualmente así en los demás programas de apoyo entre pares que dirige la organización.

Después del alta, el referente ayuda a la persona a tomar sus propias decisiones, con conocimiento de causa, sobre tratamientos, atención y apoyo, explorando las opciones que tiene junto con ella, sopesando los pros y los contras y asegurándose de que tiene acceso y comprende toda la información necesaria para decidir y otorgar debidamente su consentimiento informado. Si la persona desea recibir algún tipo de apoyo en el área de salud mental, adicciones, servicios sociales, etc., el referente le facilita el contacto con los servicios, entidades u organizaciones que proceda.

Los trabajadores pares de PSSEO han pasado por una situación similar a la de los usuarios y han recibido capacitación para ayudarlos activamente a elaborar voluntades anticipadas como parte del programa de planificación para la recuperación del bienestar o WRAP (Wellness Recovery Action Planning) (53), lo cual les permite prepararse de cara a una posible crisis en el futuro. Estos documentos incluyen los tratamientos, la atención y el apoyo que desean o no desean recibir en una crisis, los fármacos que desean o no desean que les administren y los contactos de su red de apoyo con quienes desean o no desean comunicarse durante la crisis. Se insta a los trabajadores pares de la organización a que comenten con los usuarios las ventajas de preparar un plan anticipado; no obstante, el usuario es completamente libre de decidir si desea hacerlo o no, o si solo desea redactar determinadas secciones del plan.

Cuando la persona ha preparado un plan de voluntades anticipadas, el referente de la organización la anima a compartirlo con quienes ella desee, por ejemplo, con sus amistades y familiares o con los servicios hospitalarios que vayan a atenderla en caso de crisis, para garantizar el respeto de su voluntad y sus preferencias en dicha situación.

Alternativas a las prácticas coercitivas

Los servicios de apoyo entre pares de la organización son absolutamente voluntarios. Ni el equipo de la organización ni los servicios comunitarios a los que remite utilizan prácticas coercitivas. Todos los trabajadores pares de PSSEO cuentan con capacitación exhaustiva en técnicas de desescalada, por lo que saben reaccionar y apaciguar las situaciones de tensión.

En circunstancias excepcionales, por ejemplo, si una persona se muestra violenta o se autolesiona, la organización llama al servicio de crisis responsable; este puede derivar a la persona a un hospital, donde sí es posible que se apliquen prácticas coercitivas. En estos casos, el referente de la organización trata de acompañarla al hospital y permanecer a su lado durante el proceso de ingreso, ofreciendo apoyo e intentando desescalar la situación.

En el hospital Providence Care, todo el personal tiene el compromiso de evitar las prácticas coercitivas; sin embargo, estas prácticas se utilizan cuando se producen autolesiones o agresiones y los medios alternativos no han dado resultado. La organización PSSEO procura estimular el debate

sobre la necesidad de evitar las medidas coercitivas participando en grupos de trabajo y comités que asesoran a la gerencia hospitalaria. Los trabajadores pares de la organización también facilitan el acceso a los mecanismos de denuncia, incluido el “grupo de defensoría del paciente” de Providence Care, en caso de que se impongan medidas coercitivas como la reclusión o la contención física, mecánica o química.

Inclusión en la comunidad

El servicio de apoyo entre pares prestado por la organización como parte del programa modelo de transición después del alta está concebido especialmente para facilitar la reincorporación de la persona a la comunidad después de su paso por el hospital. Su objetivo es que la persona no se quede sola después de la hospitalización y que reciba todo el apoyo necesario para acceder a los servicios adecuados, por parte de alguien que pasó por una situación parecida en el pasado.

PSSEO ha entablado relaciones duraderas con muchos organismos y entidades de la región sudeste de Ontario que prestan servicios y ayudan a personas con problemas de salud mental o adicciones. Cuando se le asigna al usuario un referente, se conocen, comentan las necesidades y los deseos del usuario, y el referente le presenta los servicios comunitarios que podrían serle útiles. La organización no sigue una política fija de derivaciones y las personas son libres en todo momento de decidir qué servicios les interesan. Aunque la organización se dedica principalmente a facilitar el acceso a servicios comunitarios de salud mental o adicciones, también puede ayudar a los usuarios, si lo desean, a obtener acceso a vivienda, educación u otras prestaciones sociales.

Participación

Todos los trabajadores de apoyo entre pares de PSSEO son personas con experiencia propia y cuentan con certificación en prácticas y prestación de apoyo entre pares del programa básico de la Ontario Peer Development Initiative (54). Además, la mayoría de los empleados poseen la certificación como facilitadores del programa de planificación para la recuperación del bienestar (WRAP) del Copeland Centre for Wellness and Recovery. En el consejo directivo de la organización también hay personas que pasaron por experiencias semejantes a las de los usuarios en el pasado; esto garantiza que la perspectiva de la experiencia propia se refleje en todo el servicio, incluso en las decisiones sobre financiamiento y presupuesto, así como en el desarrollo y la prestación del servicio. Asimismo, se realizan encuestas de satisfacción durante un mínimo de dos años en todos los programas gestionados por la organización Peer Support South East Ontario, incluido el modelo de transición después del alta en el hospital Providence Care. Los resultados de estas encuestas se utilizan para mejorar y adaptar los servicios prestados por la organización, según corresponda.

Enfoque de recuperación

Los principios básicos de la organización están estrechamente relacionados con el enfoque orientado a la recuperación. Los trabajadores de apoyo entre pares de la organización trabajan con los usuarios para que estos elaboren su marco, sus metas y sus deseos propios, en su viaje de recuperación personal, y para que conozcan los servicios y las ayudas que podrían resultarles útiles como personas. La organización recalca la importancia de ver al usuario como una persona completa, evitando la terminología médica y la insistencia en los diagnósticos y otras características clínicas. En los grupos de apoyo entre pares del hospital Providence Care, así como en las sesiones individuales después del alta, lo prioritario es fortalecer la autonomía y el empoderamiento del individuo. Para ello, se determina

junto con el usuario qué significa para él la recuperación y se trabaja junto con él para acompañarlo, abogar por sus intereses y darle esperanza.

Evaluación del servicio

Durante el año fiscal 2017-2018, 119 personas recibieron apoyo por parte de los trabajadores pares de PSSEO en el programa de modelo de transición después del alta del hospital Providence Care, lo que equivale a 2.182 visitas y 1.068 horas de servicio. En el periodo 2018-2019, los usuarios de los servicios de apoyo mutuo en Providence Care pasaron a 127, lo que equivale a un total de 2.765 visitas y 940 horas de servicio. En el periodo 2019-2020, volvió a haber un aumento, hasta las 138 personas, 3.061 visitas y 1.263 horas de servicio.

En las encuestas de calidad sobre los servicios que presta la organización PSSEO en el programa modelo de transición después del alta del hospital Providence Care, incluidos los cuestionarios, las entrevistas y los testimonios, se señalan altos niveles de satisfacción, tanto entre los usuarios como entre los empleados (55).

En un estudio del 2019, el 92% de las personas que recurrieron a los servicios de apoyo entre pares de la organización PSSEO en el hospital Providence Care aseguran que tuvieron una experiencia positiva y presentan una gran satisfacción con los servicios. Por ejemplo, sienten que el apoyo que ofrecen los trabajadores pares, personas que han pasado por una situación parecida a la suya, los empodera en su proceso de recuperación, como un factor positivo clave durante la estancia hospitalaria y después. Los usuarios afirman sentirse comprendidos, escuchados y apoyados por el referente. Además, el servicio les pareció sumamente útil para gestionar su quehacer cotidiano y reanudar las rutinas fuera del hospital. Cuando se les pregunta qué se podría hacer para mejorar el servicio, muchos encuestados responden que les gustaría disponer de más horas o más visitas con su referente, de sesiones semanales más frecuentes y de una extensión del programa más allá de un año (55).

Un usuario resume con estas palabras su experiencia en el programa modelo de transición después del alta en Providence Care: “Mi paso por el hospital fue muy difícil para mí, y la referente de apoyo me ayudó mucho. Venía de tomar mucha medicación y tenía muchas dificultades. Se produjo una situación, en el hospital, que se volvió muy difícil, insoportable. Sentía que no podía hacerlo solo. La referente estuvo conmigo desde el principio; se portó increíble. Me ayudó a escribir cartas y asistió a todas las reuniones a las que tuve que ir durante los meses que duró todo aquello, y estuvo conmigo apoyándome cada vez. Gracias a su ayuda, sentí que yo valía algo y que mi voz tenía que ser escuchada”.

En las encuestas, el personal de Providence Care también indica que “contar con apoyo de pares en las unidades no solo proporciona una atención más holística, sino que es un servicio valiosísimo” y que el trabajo de apoyo entre pares “es una parte esencial de la atención y recuperación de los pacientes”.

El jefe de psiquiatría del hospital Providence Care describe su experiencia con los trabajadores de apoyo entre pares de la organización con las siguientes palabras: “Desde el principio, de los usuarios a los que se ha asignado un referente de apoyo, solo uno ha tenido que volver a ingresar. Ese ingreso solo duró nueve días, en comparación con el promedio de 30 a 90 días [...]. Las opiniones de los usuarios dados de alta que se conectan con el apoyo entre pares en la comunidad son sumamente positivas. Los equipos clínicos del programa de salud mental para las personas adultas en Providence Care consideran que contar con el servicio de apoyo entre pares en las unidades no solo aporta una atención más holística, sino que es un servicio irremplazable”.

Además de los datos de las encuestas reseñados anteriormente, con los estudios que evalúan el programa de transición modelo de transición después del alta en su conjunto en diferentes centros hospitalarios, incluidos los servicios de apoyo entre pares, se demuestran que mejora la calidad de vida de los usuarios y reduce la duración media de las hospitalizaciones (50, 56-58). Por ejemplo, en un estudio del 2013 que evaluó el programa modelo de transición después del alta en 10 unidades hospitalarias de Ontario, incluido el hospital Providence Care, se observó que se acortaba la media de las hospitalizaciones, pasando de los 74,2 días antes de que comenzara el programa a los 56,9 y 64,4 días a los cuatro y ocho meses de su introducción, respectivamente (50).

Costos y comparaciones de costos

El apoyo entre pares ofrecido como parte del programa de modelo de transición después del alta en el hospital Providence Care está financiado en su totalidad por el Ministerio de Salud y Atención de Larga Duración de Ontario. Los servicios de apoyo entre pares que presta la organización PSSEO en el marco del programa de modelo de transición después del alta son totalmente gratuitos para los usuarios. Desde que en el 2013 se introdujo el primer programa de apoyo entre pares para la transición después del alta en una unidad del hospital Providence Care, la organización ha recibido más fondos para ampliar estos servicios a todas las unidades de salud mental (incluida la de psiquiatría medicolegal). Además de Providence Care, la organización presta servicios de apoyo entre pares como parte del programa de modelo de transición después del alta en otros cuatro hospitales de la zona sureste de Ontario: Kingston Health Sciences Centre, Hôtel Dieu, Belleville General Hospital y Brockville General Hospital.

En los años fiscales 2017-2018 y 2018-2019, el costo total del servicio prestado a través del programa de modelo de transición después del alta en Providence Care ascendió, respectivamente, a 53.280 y 59.200 dólares canadienses (US\$ 42.362 y 47.070).^e Este monto incluye los sueldos de los trabajadores de apoyo, la prestación de servicios individuales, los refrigerios para los participantes de las sesiones grupales y los desplazamientos del personal de apoyo entre las visitas. El costo por usuario, en los años fiscales 2017-2018 (119 usuarios) y 2018-2019 (127 usuarios) asciende, por término promedio, a 447 y 466 dólares canadienses (US\$ 355 y 370),^e respectivamente.

Los estudios que señalan una reducción de la hospitalización media apuntan a un ahorro sustancial. En el 2008, el costo medio de un día de hospitalización era de 800 dólares canadienses (US\$ 636).^e Así pues, una reducción de 9,8 días por alta se traduce en un ahorro medio de 7.840 dólares canadienses (US\$ 6.234)^e por alta (50).

Dificultades y soluciones

Superar la resistencia al modelo de apoyo entre pares

Uno de los obstáculos iniciales para la formación del servicio fue el escaso compromiso y las dudas de la gerencia a la hora de invertir tiempo y recursos en una prueba piloto, debido a la incertidumbre sobre su eficacia. Para abordar esta cuestión, y en el marco de un estudio de dos años que comenzó en el 2013, la organización PSSEO comenzó a ofrecer servicios de apoyo entre pares a través del programa modelo de transición después del alta a las personas que recibían el alta de una unidad psiquiátrica de Providence Care. Como los resultados obtenidos con esta primera prueba fueron muy positivos, la organización recibió fondos anualizados para el modelo de transición después del alta por parte del

^e Tasa de cambio de marzo del 2021.

Ministerio de Salud de Ontario, para dar continuidad a los servicios de apoyo mutuo en el hospital. La organización lleva 19 años recibiendo financiamiento ininterrumpido para todos los programas de apoyo entre pares, por parte del Ministerio de Salud de Ontario, desde el año en que se fundó la organización (2001).

Generar un ambiente de confianza y respeto entre el personal clínico y no clínico

Otra dificultad que surgió en las primeras fases del servicio fue el grado de ansiedad del personal hospitalario, que temía que los servicios de apoyo entre pares suplantasen a los servicios clínicos. Al mismo tiempo, era necesario puntualizar y salvaguardar la independencia del personal de la organización, que depende de la dirección de la organización y no de la gerencia del hospital. Ambos factores crearon la necesidad evidente de generar y preservar un ambiente de respeto recíproco, tanto para la actividad clínica del hospital como para el trabajo de apoyo entre pares. Una de las soluciones fue ofrecer al personal del hospital sesiones informativas sobre la función y la importancia del apoyo mutuo y sobre el servicio de asistencia a la transición que ofrece la organización. Otra solución fue encontrar y respaldar a “partidarios” que conociesen el modelo de apoyo entre pares y creyesen en él, dentro del equipo hospitalario, para que difundieran el mensaje y la cultura de la inclusión entre sus compañeros del hospital.

Construir una base de conocimientos en un contexto de gran rotación de personal

La difusión de información errónea sobre la función del apoyo entre pares representa un reto constante. Este problema se ve agravado por la gran rotación de personal del hospital, que crea deficiencias en la comprensión del servicio ofrecido por la organización. La alta rotación conlleva la necesidad constante de comunicarse a nivel interno y educar sobre la función del apoyo entre pares, a fin de subsanar el desconocimiento sobre este tema. Por esta razón, el servicio prioriza la comunicación continua con el personal del hospital sobre la función de la organización, el apoyo que se ofrece a la transición y la importancia de situar a las personas en el centro de las decisiones y las acciones.

Condiciones de trabajo estresantes para el personal de apoyo

El servicio se enfrenta a la dificultad persistente de retener a los trabajadores de apoyo, que muchas veces trabajan en un entorno estresante y pueden tener intereses contrapuestos. Tanto la dirección como otros integrantes de la organización no siempre comprenden las dificultades que afrontan las personas con problemas mentales, incluidos los trabajadores de la entidad que comparten esa experiencia. Para abordar este problema con comprensión y sensibilidad, el servicio hace hincapié en la comunicación abierta si un miembro del equipo de apoyo indica que no se encuentra bien, y no se lo juzga. La organización tiene un equipo de gestión de programas, un gerente de negocios y operaciones y un coordinador de modelo de transición después del alta para ofrecer respaldo flexible a los trabajadores pares que necesiten algún tipo de asistencia, según sus deseos y preferencias.

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:

- realizar evaluaciones cualitativas para documentar la experiencia personal de los usuarios e introducir mejoras, reconociendo que la recuperación es un proceso y que las evaluaciones aportan una imagen instantánea que no necesariamente refleja la totalidad del servicio o de las experiencias personales;
- puede ser difícil fomentar la participación de los usuarios en las evaluaciones, ya que a menudo son reacios a dar información sobre sus experiencias, por diferentes razones como la desconfianza o el hastío de haber contestado ya muchas encuestas para diferentes organizaciones;
- es preciso mantener una actitud de crecimiento y adaptación, tanto en el equipo clínico como entre los trabajadores de apoyo entre pares, para resolver los desacuerdos o conflictos que puedan surgir.

Información adicional y recursos:

Sitio web:

<https://psseo.ca/>

Videos:

https://www.youtube.com/watch?v=q_1qdE6kins&feature=emb_title

<http://www.ledbetterfilms.com/our-videos.html>

Contacto:

Todd Buchanan, gerente de Negocios y Operaciones, Peer Support South East Ontario. Correo electrónico: tbuchanan@psseo.ca

Donna Stratton, coordinadora del modelo de transición después del alta, Peer Support South East Ontario. Correo electrónico: tdm@psseo.ca

3.

Avanzar del concepto a las buenas prácticas en los servicios de salud mental de apoyo entre pares

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 apoyo entre pares 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 *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 salud mental de apoyo entre pares

- **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 como jefes locales, curanderos tradicionales, líderes espirituales, cuidadores y familiares.
- **Dar a todos los interesados la oportunidad de revisar y comentar a fondo los servicios descritos en este documento**, para formarse una idea cabal de los servicios que siguen prácticas óptimas. Se trata de una oportunidad para definir los valores, los principios y las características que les gustaría ver incorporados a los servicios de su país, atendiendo al contexto social, político y económico.
- **Contactar con la dirección o los profesionales de los servicios** que interesan para obtener información y asesoramiento sobre la creación o transformación de un servicio análogo en su contexto y para comprender los matices del servicio. Hay que plantear preguntas concretas sobre cómo funcionan estos servicios, teniendo en cuenta el contexto local en el que se desarrollarían. Se puede hacer con una visita al centro o por videoconferencia.
- **Impartir capacitación y educación sobre salud mental, derechos humanos y recuperación** a los grupos que serán más relevantes para establecer o transformar el servicio, con los materiales de capacitación presencial de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>) y la plataforma de capacitación electrónica. Es imprescindible modificar las actitudes y la mentalidad de los interesados para reducir la resistencia al cambio y desarrollar actitudes y prácticas acordes con el enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos.
- **Investigar la regulación jurídica y administrativa** relativa al establecimiento o transformación del servicio.

Preguntas concretas para establecer o transformar un servicio de salud mental de apoyo entre pares:

- ¿El objetivo es transformar un servicio de apoyo entre pares existente? ¿O establecer un servicio nuevo?
- ¿El servicio de apoyo entre pares será independiente o estará adscrito a otro servicio (p. ej., hospital, centro comunitario de salud mental, iniciativa comunitaria local, etc.)?
- ¿El servicio de apoyo entre pares será accesible para cualquier persona con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales o estará dirigido a grupos específicos (p. ej., personas con determinadas experiencias o enfermedades mentales, mujeres, hombres, personas mayores, personas sin hogar, personas con problemas de por consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, otros grupos minoritarios o marginados, etc.)? ¿Se excluirá a alguien del servicio?
- ¿Qué tipo de servicio de apoyo entre pares prevé ofrecer? Puede ser:
 - » sesiones individuales;
 - » grupos de ayuda entre pares, con participación abierta o cerrada (59);
 - » otros servicios.
- ¿Qué formatos adoptará el apoyo entre pares? Puede ser:
 - » charlas;
 - » actividades colectivas (excursiones, pintura, conferencias, etc.);
 - » otros formatos.
- ¿Dónde se llevarán a cabo las sesiones? Puede ser:
 - » en un lugar determinado (p. ej., el servicio dispondrá de un local propio donde se celebrarán las reuniones y actividades);
 - » en la comunidad (p. ej., alquiler de salas de reuniones, encuentros individuales en una cafetería, etc.);
 - » en un domicilio particular;
 - » en línea, por internet;
 - » en otros lugares.
- ¿Cómo se accederá al servicio de apoyo entre pares? Por ejemplo:
 - » puertas abiertas, cualquiera puede entrar en cualquier momento;
 - » por referencia de alguien y, en ese caso, de quién;
 - » por invitación de un miembro existente;
 - » por otras vías.
- ¿Qué interrelación habrá con los demás servicios, prestaciones y recursos de la comunidad? ¿Cómo serán los sistemas de derivación?
- ¿Cuáles serán las áreas prioritarias del servicio de apoyo entre pares? Puede ser:
 - » conversación e intercambio de experiencias entre pares;
 - » mecanismos de apoyo para situaciones de crisis;
 - » apoyo para la toma de decisiones;

- » transición de regreso a la comunidad desde el hospital;
- » información y oportunidades de capacitación, por ejemplo sobre novedades en salud mental y derechos humanos;
- » vinculación a otros recursos de la comunidad, como por ejemplo:
 - » otras iniciativas de apoyo entre pares o dirigidas por pares;
 - » iniciativas de inclusión en la comunidad;
 - » iniciativas de empleo;
 - » iniciativas de educación;
 - » iniciativas sociales, incluidas las prestaciones de protección social;
 - » asistencia jurídica;
 - » vivienda.
- ¿Qué elementos se necesitan para sustentar la prestación del servicio de apoyo entre pares? Por ejemplo:
 - » función del facilitador o facilitadores en una sesión grupal;
 - » valores y reglas básicas;
 - » confidencialidad;
 - » función del moderador en los foros en línea;
 - » apoyo que debe dispensarse en una situación de crisis;
 - » proceso de incorporación de nuevos miembros al servicio (solicitud, admisión espontánea, etc.);
 - » otros elementos.
- ¿Qué recursos humanos se necesitarán (pares que presten apoyo, personal administrativo, etc.) y qué habilidades y capacitación harán falta para ofrecer un servicio de buena calidad, basado en la evidencia y conforme con los derechos humanos?
- ¿Qué funciones (en su caso) desempeñarán otros profesionales (p. ej., médicos, incluidos psiquiatras, generalistas, etc., psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, trabajadores de apoyo entre pares, terapeutas ocupacionales, trabajadores de alcance comunitario, agentes comunitarios o no técnicos, etc.) en el servicio de apoyo entre pares? Puede ser:
 - » invitaciones a intervenir a petición de los miembros;
 - » mecanismos de derivación para los miembros que deseen ponerse en contacto con uno de estos profesionales;
 - » otras funciones.
- ¿Cómo se hará la evaluación, el abordaje o la derivación de las personas que tengan problemas de salud física?
- ¿Qué estrategias y capacitación se adoptarán para hacer realidad la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la participación, la inclusión en la comunidad y la orientación a la recuperación?^f

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

■ Capacidad jurídica

- ¿Cómo se garantizará que las personas asisten al servicio por voluntad propia?
- ¿Cómo se garantizará que se respeta la experiencia singular de cada persona?
- ¿Cómo se garantizará que, como parte del apoyo entre pares, la ayuda para la toma de decisiones sea acorde con la voluntad y las preferencias de la persona?
- ¿Cómo se suministrará información sobre derechos humanos, consentimiento informado, voluntades anticipadas y capacidad jurídica?
- ¿Cómo se facilitará el acceso a otros servicios de asesoramiento y representación legal que necesiten los usuarios (p. ej., asistencia jurídica gratuita)?
- ¿Cómo se apoyará a las personas para poner fin a la tutela o las órdenes de tratamiento forzoso?
- ¿Cómo se garantizará que existen mecanismos de denuncia?
- ¿Cómo se apoyará a las personas para:
 - » que tomen decisiones informadas y elijan el tratamiento y atención que desean?
 - » que accedan a toda la información esencial en relación con la medicación y otros tratamientos, incluida su eficacia y los efectos secundarios?

■ Prácticas no coercitivas

- ¿Cómo se apoyará a las personas que sufren violencia y maltrato en los servicios, en el domicilio y en la comunidad?
- ¿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?

■ Participación

- ¿Cómo se garantizará que las personas con experiencia propia lideren todos los aspectos del servicio?
- ¿Cómo se recopilarán sistemáticamente los comentarios y opiniones de los usuarios? ¿Cómo se utilizarán esos comentarios para desarrollar y mejorar el servicio?

■ Inclusión en la comunidad

- ¿El servicio proporcionará apoyo directo para la inclusión de la comunidad? Por ejemplo, ¿se acompañará a la persona a visitas médicas, trámites legales o de otro tipo?
- ¿Se definirán espacios en la comunidad que faciliten la inclusión comunitaria (p. ej., cafés, grupos locales, otras iniciativas de apoyo entre pares, etc.)?
- ¿Cómo se apoyará a las personas para que encuentren trabajo y obtengan ingresos? Por ejemplo, ¿con un programa de transición al empleo, un programa de empleo asistido o mediante empleo independiente, según sea el caso?
- ¿Cómo se facilitará el acceso a los servicios de vivienda?
- ¿Cómo se facilitará la educación asistida y la ayuda para acceder a oportunidades y recursos educativos en la comunidad, a fin de que la persona siga formándose?

- ¿Cómo se facilitará el acceso a los servicios de protección social?
- ¿Cómo se facilitará el acceso a los programas de ocio y participación social?

■ Recuperación

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

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

Más orientaciones en los siguientes recursos de la OMS:

Peer support groups by and for people with lived experience.

Módulo de orientación Calidad y Derechos de la OMS. Ginebra: OMS; 2019.

Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

One-to-one peer support by and for people with lived experience.

Módulo de orientación Calidad y Derechos de la OMS. Ginebra: OMS; 2019.

Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Referencias

1. Higgs RN. Reconceptualizing psychosis: The Hearing Voices Movement and social approaches to health. *Health Hum Rights*. 2020; 22: 133-44.
2. Woods A. Voices, identity, and meaning-making. *Lancet*. 2015; 386: 2386-7. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01203-9.
3. Woods A. The voice-hearer. *J Ment Health*. 2013; 22: 263-70. doi: 10.3109/09638237.2013.799267.
4. McCarthy-Jones S, Longden E. The voices others cannot hear. *Psychol*. 2013; 26: 570-4.
5. Hornstein GA. *Agnes's jacket: a psychologist's search for the meanings of madness*. Nueva York y Londres: Routledge; 2018.
6. Romme MA, Escher AD. Hearing voices. *Schizophr Bull*. 1989; 15: 209-16. doi: 10.1093/schbul/15.2.209.
7. Corstens D, Longden E, McCarthy-Jones S, Waddingham R, Thomas N. Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: implications for research and practice. *Schizophr Bull*. 2014; 40: 285-94. doi: 10.1093/schbul/sbu007.
8. Jones N, Marino CK, Hansen MC. The Hearing Voices Movement in the United States: findings from a national survey of group facilitators. *Psychosis*. 2016; 8: 106-17. doi: 10.1080/17522439.2015.1105282.
9. About us. En: The International Hearing Voices Network [sitio web]. Maastricht: The International Hearing Voices Network; 2020 (<https://www.intervoiceline.org/about-intervoice>, consultado el 3 de abril del 2020).
10. Hornstein GA, Putnam ER, Branitsky A. How do hearing voices peer-support groups work? A three-phase model of transformation. *Psychosis*. 2020; 12: 1-11. doi: 10.1080/17522439.2020.1749876.
11. McCarthy-Jones S, Waegeli A, Watkins J. Spirituality and hearing voices: considering the relation. *Psychosis*. 2013; 5: 247-58. doi: 10.1080/17522439.2013.831945.
12. Dillon J, Longden E. Hearing voices groups: creating safe spaces to share taboo experiences. En: Romme M, Escher S (eds). *Psychosis as a personal crisis: an experience based approach*. Londres: Cambridge University Press; 2011: pp. 129-139.
13. My story. En: Rachel Waddingham Behind the Label [sitio web]. Nottingham: Rachel Waddingham Behind the Label; s.f. (<http://www.behindthelabel.co.uk/about/>, consultado el 22 de julio del 2020).
14. Shinn AK, Wolff JD, Hwang M, Lebois LAM, Robinson MA, Winternitz SR et al. Assessing voice hearing in trauma spectrum disorders: a comparison of two measures and a review of the literature. *Front Psychiatry*. 2020; 10: Article 1011. doi: 10.3389/fpsy.2019.01011.
15. Coughlan H, Cannon M. Does childhood trauma play a role in the aetiology of psychosis? A review of recent evidence. *BJPsych Advances*. 2017; 23: 307-15. doi: 10.1192/apt.bp.116.015891.
16. Bailey T, Alvarez-Jimenez M, Garcia-Sanchez AM, Hulbert C, Barlow E, Bendell S. Childhood trauma is associated with severity of hallucinations and delusions in psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2018; 44: 1111-22. doi: 10.1093/schbul/sbx161.
17. Romme M, Escher S. *Making sense of voices*. Londres: Mind Publications; 2000.
18. Hayes D, Deighton J, Wolpert M. *Voice collective evaluation report*. Londres: Evidence Based Practice Unit, University College London; 2014 (http://www.voicecollective.co.uk/wp-content/uploads/2015/09/Voice-collective-report-complete_web2.pdf, consultado el 4 de enero del 2021).
19. Mind [sitio web]. Londres: Mind; 2020 (<https://www.mind.org.uk/>, consultado el 4 de enero del 2021).
20. List of registered HVN-USA groups. En: Hearing Voices Network USA [sitio web]. Gaithersburg: Hearing Voices Network USA; 2020 (<http://www.hearingvoicesusa.org/hvn-usa-groups-list/list/1>, consultado el 3 de abril del 2020).

21. Beavan V, de Jager A, dos Santos B. Do peer-support groups for voice-hearers work? A small scale study of Hearing Voices Network support groups in Australia. *Psychosis*. 2017; 9: 57-66. doi: 10.1080/17522439.2016.1216583.
22. The New Life Psychiatric Rehabilitation Association [sitio web]. China, Región Administrativa Especial de Hong Kong: The New Life Psychiatric Rehabilitation Association; 2020 (<https://www.nlpra.org.hk/default.aspx>, consultado el 4 de enero del 2021).
23. *Hearing Voices Groups in prisons and secure settings: an introduction*. Londres: Mind in Camden; 2013 (http://www.mindincamden.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/Prisons-Hearing-Voices-Booklet-2014_web.pdf, consultado el 21 de julio del 2020).
24. Longden E, Read J, Dillon J. Assessing the impact and effectiveness of Hearing Voices Network self-help groups. *Community Ment Health J*. 2018; 54: 184-8. doi: 10.1007/s10597-017-0148-1.
25. Dillon J, Hornstein G. Hearing voices peer support groups: A powerful alternative for people in distress. *Psychosis*. 2013; 5: 286-95. doi: 10.1080/17522439.2013.843020.
26. Setting up a Hearing Voices Group. En: Hearing Voices Network [sitio web]. Londres: Hearing Voices Network (England); 2020 (<https://www.hearing-voices.org/hearing-voices-groups/setting-up-a-hearing-voices-group/>, consultado el 13 de abril del 2020).
27. Payne T, Allen J, Lavender T. Hearing Voices Network groups: experiences of eight voice hearers and the connection to group processes and recovery. *Psychosis*. 2017; 9: 205-15. doi: 10.1080/17522439.2017.1300183.
28. Online and phone supports. En: Wildflower Alliance [sitio web]. Springfield: Wildflower Alliance; s.f. (<https://wildfloweralliance.org/online-support-groups/>, consultado el 26 de marzo del 2021).
29. New hearing voices online family support group. En: Foundation for Excellence in Mental Health Care [sitio web]. Wilsonville: Foundation for Excellence in Mental Health Care; 2019 (consultado el 8 de abril del 2020).
30. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011; 199: 445-52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
31. Tse S, Davies M, Li Y. Match or mismatch: use of the strengths model with Chinese migrants experiencing mental illness: service user and practitioner perspectives. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2010; 13. doi: 10.1080/15487761003670145.
32. Ruddle A, Mason O, Wykes T. A review of hearing voices groups: evidence and mechanisms of change. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31: 757-66. doi: 10.1016/j.cpr.2011.03.010.
33. HVN Groups Charter. En: Hearing Voices Network (England) [sitio web]. Londres: Hearing Voices Network (England); 2020 (<https://www.hearing-voices.org/hearing-voices-groups/charter/>, consultado el 13 de abril del 2020).
34. Meddings S, Walley L, Collins T, Tullett F, McEwan B, Owen K. Are hearing voices groups effective? A preliminary investigation (2004). En: The International Hearing Voices Network [sitio web]. Sheffield: The International Hearing Voices Network; 2011 (<https://www.intervoiceline.org/2678/support/groups/are-hearing-voices-groups-effective.html>, consultado el 6 de enero del 2021).
35. Dos Santos B, Beavan V. Qualitatively exploring Hearing Voices Network support groups. *J Ment Health Train Educ Pract*. 2015; 10: 26-38. doi: 10.1108/JMHTEP-07-2014-0017.
36. Roche-Morris A, Cheetham J. "You hear voices too?": a hearing voices group for people with learning disabilities in a community mental health setting. *Br J Learn Disabil*. 2018; 47: 42-9. doi: 10.1111/bld.12255.
37. Oakland L, Berry K. 'Lifting the veil': a qualitative analysis of experiences in Hearing Voices Network groups. *Psychosis*. 2014; 7: 19-129. doi: 10.1080/17522439.2014.937451.

38. Hendry GL. *What are the experiences of those attending a self-help Hearing Voices Group: an interpretative phenomenological approach*. Leeds: Universidad de Leeds; 2011 (http://etheses.whiterose.ac.uk/1757/1/Thesis_Aug_2011.pdf, consultado el 6 de enero del 2021).
39. Intervoice Japan. En: The International Hearing Voices Network [sitio web]. Sheffield: The International Hearing Voices Network; 2020 (consultado el 7 de abril del 2020).
40. HVN-USA Charter. En: Hearing Voices Network USA [sitio web]. Gaithersburg: Hearing Voices Network USA; 2019 (<https://www.hearingvoicesusa.org/hvn-usa-charter?highlight=WyJjaGFydGVyII0>, consultado el 15 de julio del 2020).
41. Larøi F, Luhrmann TM, Bell V, Christian WAJ, Deshpande S, Fernyhough C et al. Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophr Bull.* 2014; 40: S213-S20. doi: 10.1093/schbul/sbu012.
42. Luhrmann T, Padmavati R, Tharoor H, Osei A. Hearing voices in different cultures: a social kindling hypothesis. *Top Cogn Sci.* 2015; 7: 646-63. doi: 10.1111/tops.12158.
43. *Civil society organizations to promote human rights in mental health and related areas*. WHO QualityRights guidance module. Ginebra: OMS; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329589>, consultado el 23 de enero del 2021).
44. Eight encounters with mental health care Kenya. En: In2MentalHealth [sitio web]. Hilversum: In2MentalHealth; 2013 (<https://in2mentalhealth.com/2013/02/14/eight-encounters-with-mental-health-care-kenya/>, consultado el 6 de enero del 2021).
45. Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (USPKenya). En: Mental Health Innovation Network [sitio web]. Ginebra y Londres: Mental Health Innovation Network; s.f. (<https://www.mhinnovation.net/organisations/users-and-survivors-psychiatry-kenya-uspkenya>, consultado el 6 de enero del 2021).
46. National Development Fund for Persons with Disabilities (NDFPWD). En: National Council for Persons with Disabilities [sitio web]. Nairobi: National Council for Persons with Disabilities; s.f. (<http://www.ncpwd.go.ke/index.php/ndfpwd>, consultado el 6 de marzo del 2021).
47. The role of peer support in exercising legal capacity. Nairobi: Users and Survivors of Psychiatry - Kenya; 2018 (<http://www.uspkenya.org/wp-content/uploads/2018/01/Role-of-Peer-Support-in-Exercising-Legal-Capacity.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
48. Providing peer support. En: Peer Support South East Ontario [sitio web]. Belleville: Peer Support South East Ontario; 2021 (<http://psseo.ca/peer-support/>, consultado el 21 de enero del 2021).
49. What is WRAP? En: Copeland Center for Wellness and Recovery [sitio web]. Brattleboro: Copeland Center for Wellness and Recovery; 2020 (<https://copelandcenter.com/wellness-recovery-action-plan-wrap>, consultado el 21 de enero del 2021).
50. Forchuk C. Implementing the transitional discharge model. Final report - prepared for the Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO) Adopting Research to Improve Care (ARTIC). London: Council of Academic Hospitals of Ontario; 2015 (https://www.opdi.org/de/cache/resources/1/rs_CAHO-TDM-FINAL%20REPORT-February132015.pdf, consultado el 21 de enero del 2021).
51. CBC News. Hospital readmission more common for mental illness: report. CBC News. 29 de noviembre del 2006 (consultado el 21 de enero del 2021).
52. Madi N, Zhao H, Fang Li J. Hospital readmissions for patients with mental illness in Canada. *Healthc Q.* 2007; 10: 30-2. doi: 10.12927/hcq.2007.18818.
53. Program implementation. En: Copeland Center for Wellness and Recovery [sitio web]. Brattleboro: Copeland Center for Wellness and Recovery; 2020 (<https://copelandcenter.com/our-services-facilitator-training/wrap-trainings-and-workshops>, consultado el 21 de enero del 2021).
54. OPDI Peer Support Core Essentials Program. En: Ontario Peer Development Initiative [sitio web]. Richmond Hill: Ontario Peer Development Initiative; s.f. (<https://www.opdi.org/training/opdi-core-training-essentials-program>, consultado el 27 de marzo del 2021).

55. Peer Support South East Ontario: a comprehensive report on the Transitional Discharge Model. 2021 (www.psseo.ca/psseostats, consultado el 29 de enero del 2021).
56. Forchuk C, Chan L, Schofield R, Sircelj M, Woodcox V, Jewell J. Bridging the discharge process. *Can Nurse*. 1998; 94: 22-6.
57. Forchuk C, Reynolds W, Sharkey S, Martin ML, Jensen E. The transitional discharge model: comparing implementation in Canada and Scotland. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2007; 45: 31-8. doi: 10.3928/02793695-20071101-07.
58. Forchuk C, Martin M-L, Corring D, Sherman D, Srivanstava R, Harerimana B et al. Cost- effectiveness of the implementation of a transitional discharge model for community integration of psychiatric clients: practice insights and policy implications. *Int J Ment Health*. 2019; 48: 236- 49. doi: 10.1080/00207411.2019.1649237.
59. *Peer support groups by and for people with lived experience*. WHO QualityRights guidance module. Ginebra: OMS; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329594/9789241516778-eng.pdf>, consultado el 29 de marzo del 2021).

