

Módulo
técnico

Servicios de salud mental hospitalarios

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 hospitalarios

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

Versión oficial en español de la obra original
Hospital-based mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches
© Organización Mundial de la Salud, 2021
ISBN: 978-92-4-002574-5 (versión electrónica)

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

ISBN: 978-92-75-32596-4 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12596-0 (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).



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 descarga: “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 descarga: “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 hospitalarios: 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/10.37774/9789275325964>.

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

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

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

NMH/MH/2022

Diseño y maquetación por Genève Design.

Créditos de las fotos: Fotos de la portada: Hand in Hand - Ami Vitale

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

Índice

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

1. Introducción 1

2. Servicios de salud mental hospitalarios: descripción y análisis 5

2.1 Unidad de BET, Hospital Blakstad, consorcio hospitalario de Vestre Viken Viken (Noruega) 6
2.2 Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH Heidenheim (Alemania)	23
2.3 Soteria Berna (Suiza)	39

3. Avanzando: del concepto a las buenas prácticas en los servicios de salud mental hospitalarios ... 51

Referencias	56
-----------------------	----

Prefacio

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

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

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

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

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

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

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

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



Dr Ren Minghui

Subdirector General

Cobertura Sanitaria Universal/Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles

Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos

Dirección estratégica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Equipo de investigación y redacción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Friendship Bench (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 Ivezić, Centro Comunitario de Rehabilitación de Hospital Psiquiátrico Universitario Vrapce (Croacia); Charlene Sunkel, Global Mental Health Peer Network (Sudáfrica); Sauli Suominen, Finnish Personal Ombudsman Association (Finlandia); Orest Suvalo, Instituto de Salud Mental de la Universidad Católica Ucraniana (Ucrania); Kate Swaffer, Dementia Alliance International, Alzheimer's Disease Internacional (Australia); Tae-Young Hwang, Centro Colaborador de la OMS para la Rehabilitación Psicosocial y la Salud Mental Comunitaria, Hospital Mental Yong-In (República de Corea); Bliss Christian Takyi, St. Joseph Catholic Hospital, Nkwanta (Ghana); Katelyn Tenbensen, Alfred Health (Australia); Luc Thibaud, defensor de usuarios (Francia); Tin Oo, Ministerio de Salud y Deporte, Departamento de Salud Mental de la Universidad de Medicina (Myanmar); Facultad de Ciencias Sociales del Departamento de Trabajo Social y Administración Social, Universidad de Hong Kong (Hong Kong); Gabriel Twose, Oficina de los Asuntos Internacionales de la American Psychological Association (Estados Unidos); Roberto Tykanori Kinoshita, Universidad Federal de São Paulo (Brasil); Katrin Uerpmann, Dirección General de Derechos Humanos y Estado de Derecho de la Unidad de Bioética, Consejo de Europa (Francia); Carmen Valle Trabadelo, grupo de referencia del Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) (Dinamarca); Alberto Vásquez Encalada, Sociedad y Discapacidad (SODIS), Suiza; Simon Vasseur Bacle, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia), Establecimiento Público de Salud Mental (EPSM) Lille-Métropole (Francia); Ruth Verhey, Friendship Bench (Zimbabue); Lakshmi Vijayakumar, Society for Nutrition, Education & Health Action, Servicios Voluntarios de Salud (India); Benna Waites, psicología, asesoramiento y terapias de arte, Aneurin Bevan University Health Board (Reino Unido); Ian Walker, salud mental, ENT y programa UKOT Programme, División de Salud Pública Mundial, Public Health England (Reino Unido); Petr Winkler, Departamento de Salud Mental Pública, Instituto Nacional de Salud Mental (República Checa); Stephanie Wooley, European Network of (Ex) Users and Survivors of Psychiatry (Francia); Alexandre Willschleger, Salud Mental, Hôpitaux Universitaires Genève (Suiza); Peter Badimark Yaro, BasicNeeds Ghana (Ghana); Yifeng Xu, Centro de Salud Mental de Shanghai, Universidad Jiao Tong de Shanghai, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación en Salud Mental (China); Luk Zelderloo, The European Association of Service Providers for Persons with Disabilities, Zero Project (Bélgica); Maximilien Zimmerman, Fédération Handicap International – Humanity & Inclusion (Bélgica); Martin Zinkler, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Heidenheim (Alemania).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Agradecimientos especiales

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

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

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

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

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

Resumen

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

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

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

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

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

Mensajes clave de estas orientaciones

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

Ejemplos de servicios comunitarios de salud mental con buenas prácticas

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

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

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

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

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

También se requieren cambios importantes en el sector social

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

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

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

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

Ampliación de las redes de servicios de salud mental

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

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

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

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

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

Recomendaciones clave

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

1

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

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

2

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

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

3

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

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

4

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

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

5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En concreto, en los módulos técnicos:

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

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

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

Cómo usar los documentos

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

Estos documentos están dirigidos a:

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

Nota sobre la terminología

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

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

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

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

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

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

1.

Introducción

Los hospitales generales prestan atención a la salud mental desde unidades de hospitalización, consultas ambulatorias y equipos de alcance comunitario. En muchos países, estas funciones las asumían tradicionalmente los hospitales psiquiátricos o las instituciones de asistencia social, instituciones semejantes a cárceles, separadas del resto de la comunidad, en las que se internaba a los enfermos durante semanas, meses e incluso años. Estos lugares suelen asociarse con el uso generalizado de las prácticas coercitivas y las violaciones de los derechos humanos, como las agresiones, los malos tratos y la negligencia, además del internamiento y tratamiento forzoso, la reclusión y las restricciones físicas, mecánicas y químicas, todo ello en condiciones de vida inhumanas y degradantes (1-3).

Los servicios presentados en este módulo técnico se apartan de ese modelo tradicional y ofrecen atención, en cambio, desde hospitales generales que están integrados en el sistema de salud y en la comunidad. De hecho, estos servicios están organizados para que las personas permanezcan el mínimo posible en régimen interno y sigan conectadas durante ese tiempo con sus redes de apoyo. Asimismo, se hace un esfuerzo por vincularlas con otros servicios y prestaciones externas al ámbito hospitalario, para facilitar el regreso a su vida y a la comunidad.

Además, todos los servicios descritos han adoptado procedimientos para poner fin a las prácticas coercitivas. Estos servicios también se esfuerzan por respetar el derecho de las personas al consentimiento informado y a tomar decisiones por sí mismas sobre el tratamiento y otros asuntos. Por ejemplo, las animan a preparar directrices anticipadas o planes para situaciones de crisis, o a participar en otras iniciativas para promover la toma de decisiones y la autonomía.

Es fundamental eliminar gradualmente los hospitales psiquiátricos y las instituciones de asistencia social independientes, en favor de alternativas enmarcadas en la comunidad, garantizando que las personas reciban atención y apoyo acordes con sus necesidades y respetuosos de sus derechos humanos. Los servicios de salud mental prestados en los hospitales generales pueden ser útiles para lograr estos objetivos cuando forman parte de una oferta de servicios y prestaciones en la comunidad. Dichos servicios, en los que no tiene cabida la coerción, pueden respetar la voluntad, las preferencias y la autonomía de la persona y apoyarla en su proceso de recuperación. Los ejemplos recogidos en este módulo técnico demuestran que es posible recibir atención y apoyo de calidad en entornos hospitalarios generales; esta es una posibilidad válida para aquellas personas que consideran que los servicios hospitalarios pueden serles beneficiosos.

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 la 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 contextos de ingresos bajos y las regiones geográficas infrarrepresentadas, así como a los servicios que cuentan con datos de evaluación. Precisamente, una de las mayores dificultades encontradas es la falta de datos sólidos de evaluación, un problema que atañe a todas las categorías de servicios. La necesidad de invertir más en la evaluación de los

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

2.

Servicios de salud mental hospitalarios: descripción y análisis

2.1

Unidad de BET, Hospital Blakstad, Vestre Viken Hospital Trust Viken (Noruega)



Clasificación principal: Servicio de salud mental hospitalarios

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Estudios publicados Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

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

Contexto

La Unidad de Terapia de Exposición Basal (BET, por su sigla en inglés) se encuentra en el Hospital Blakstad, cerca de la localidad de Asker, 30 km al sur de Oslo. El Hospital Blakstad es parte del Vestre Viken Hospital Trust, situado en la región de salud sudeste, la más grande de las cuatro regiones asistenciales de Noruega. Desde su fundación en el año 2000, la Unidad de BET atiende a personas con problemas mentales y discapacidades psicosociales para quienes las demás formas de atención no han resultado ni beneficiosas ni efectivas. Esta unidad, que antes formaba parte de la planta cerrada de psicosis del Hospital Blakstad, pasó a ser en el 2018 un servicio independiente de puertas abiertas, disponible las 24 horas del día. Desde entonces, el método de trabajo de la unidad se ha extendido a todo el consorcio hospitalario y actualmente se ofrece como alternativa terapéutica en varias consultas ambulatorias. Los servicios de terapia de exposición basal reciben derivaciones de toda Noruega.

La Unidad de Terapia de Exposición Basal de Blakstad ha colaborado para abrir centros dedicados a este tipo de terapias en otras partes de Noruega. En el 2017 ayudó al consorcio hospitalario del Norte de Noruega a introducir la terapia de exposición basal en un centro de tratamiento para jóvenes. El Centro Psiquiátrico del Distrito Hospitalario de Vestfold recibió ayuda para poner en marcha una unidad de terapia de exposición basal en el 2019 y, el año siguiente, fundó un equipo especializado en este tipo de terapia en su centro ambulatorio. La unidad de Blakstad está ayudando a planificar una unidad de terapia de exposición basal en el consorcio hospitalario del Sur de Noruega para el 2021 y ha solicitado que se la reconozca como unidad asesora nacional para toda Noruega. Una unidad de este tipo tiene el mandato de divulgar la terapia de exposición basal y colaborar en la introducción de esta modalidad terapéutica en los diferentes consorcios de salud de Noruega.

Descripción del servicio

La Unidad de Terapia de Exposición Basal surgió como servicio para personas con enfermedades mentales complejas y crónicas. Se trata de una instalación abierta que consta de seis camas y ofrece tratamiento y apoyo residencial a una media de entre seis y 10 personas por mes. Se intenta atender a las personas en los términos que estas proponen, siguiendo un modelo holístico que se aparta del paradigma biomédico clásico. Los usuarios del servicio son personas diagnosticadas con trastornos del espectro de la esquizofrenia y otras psicosis, trastorno de estrés postraumático, traumas complejos y trastornos disociativos, o que se identifican con estos diagnósticos, así como diversos problemas de salud mental que afectan al estado de ánimo y la personalidad. Muchos de los usuarios también tienen problemas de consumo nocivo de sustancias psicoactivas.

La unidad está ubicada en el recinto del Hospital Blakstad, en un edificio de dos plantas. Dispone de dormitorios individuales y tres baños compartidos. Hace poco, el edificio fue reformado y adaptado para la terapia de exposición basal; el interior es relativamente minimalista, pero cómodo. Las oficinas y las salas de terapia se encuentran en un edificio separado, en las proximidades. La unidad cuenta con 19,5 empleados a jornada completa, entre los que hay una psiquiatra, dos psicólogos y personal administrativo (4). Otros profesionales son enfermeros psiquiátricos, asistentes sociales y enfermeras especializadas en discapacidades del aprendizaje, conocidas como “educadoras sociales” (*vernepleiere*). Todos los miembros del equipo reciben la misma formación terapéutica sobre el modelo de terapia de exposición basal. Independientemente de su titulación, todos ellos son considerados terapeutas e intervienen directamente en los procesos psicoterapéuticos intensivos de la unidad, donde funcionan como un equipo multidisciplinario.

Las personas derivadas a la Unidad de Terapia de Exposición Basal suelen tener antecedentes de internamientos largos y reiterados en centros psiquiátricos. La mayoría han intentado en varias ocasiones autolesionarse o suicidarse, o han sufrido un exceso de intervenciones coercitivas y restrictivas en otros servicios de salud mental. Muchos han consumido múltiples estupefacientes durante mucho tiempo (5, 6). Todas las personas que ingresan en esta unidad padecen trastornos mentales graves y complejos, así como profundas alteraciones psicosociales. A pesar de haber seguido diversos tratamientos prolongados o intensivos, estas personas no han presentado mejoras significativas en su calidad de vida y algunas se han ido deteriorando (5).

La Unidad de Terapia de Exposición Basal no presta servicios a personas con discapacidades intelectuales o problemas de salud mental caracterizados por un consumo excesivo de sustancias psicoactivas, hostilidad persistente y antecedentes de episodios frecuentes de violencia y agresividad importante (6). Sin embargo, el consumo nocivo de sustancias psicoactivas no constituye en sí mismo un motivo de exclusión. Ahora bien, si afecta negativamente a las posibilidades de que la persona se beneficie del tratamiento, se considera como una estrategia de evasión y, por lo tanto, como parte del problema.

La Unidad de Terapia de Exposición Basal recibe a personas con múltiples problemas graves de salud mental, derivadas por su médico general, por las consultas ambulatorias y por otras unidades de hospitalización del consorcio de Vestre Viken y de otros consorcios hospitalarios noruegos. A la hora de aceptar las derivaciones, los profesionales clínicos de la unidad (psiquiatras o especialistas en psicología clínica) determinan lo siguiente:

- si la persona reúne los criterios legales estipulados por las autoridades de salud de Noruega para ser beneficiaria de un servicio de salud mental de este tipo;
- si la persona requiere tratamiento residencial permanente o puede beneficiarse, en cambio, de servicios ambulatorios u otro tipo de atención basada en la evidencia que sea menos costosa;
- si la atención dispensada en la Unidad es una opción rentable en comparación con otros servicios.

La decisión de ingresar a una persona en esta Unidad se toma según los datos incluidos en la derivación, las entrevistas con la persona y las evaluaciones psicométricas. La decisión de rechazar el ingreso en esta Unidad normalmente se toma después de conocer a la persona y realizar las evaluaciones pertinentes. En el 2020, la lista de espera para la Unidad de Terapia de Exposición Basal era de entre ocho y 12 meses. Durante este tiempo, las personas continúan recibiendo servicios terapéuticos en la unidad psiquiátrica de su distrito.

Aunque ocurre muy rara vez, se puede solicitar a un usuario que deje la unidad, por ejemplo, si no abandona el consumo nocivo de sustancias o si se opone activamente a la atención y el apoyo ofrecidos, especialmente cuando ello afecta a otros usuarios. Por otro lado, las personas son libres de poner fin a la terapia y abandonar el servicio en cualquier momento; también pueden suspenderla temporalmente si los problemas de la vida cotidiana fuera de la unidad les exigen demasiado tiempo y energía.

El modelo psicoterapéutico de la Unidad de terapia de exposición basal

La terapia de exposición basal trata los síntomas de problemas mentales graves y complejos que pueden originarse en un miedo generalizado —un tipo de reacción que a veces se denomina “miedo fóbico” o “ansiedad catastrófica existencial” (5, 6)— que la persona es incapaz de superar con estrategias efectivas y funcionales. Los usuarios del servicio describen estas experiencias como un miedo a ser sumergidos en un vacío total o a quedar condenados para siempre a sufrir un dolor eterno; por ejemplo, un usuario que cree que explotará si no hace todo lo posible por evitar un incremento de su excitación afectiva. Como resultado, los usuarios se desviven por evitar los desencadenantes y las experiencias asociadas con este miedo, pero en el proceso a menudo perpetúan y exacerban sus problemas de salud mental. Algunos ejemplos de estrategias de evitación son las autolesiones directas e indirectas, la inactividad o la hiperactividad, la inanición o la alimentación excesiva, la disociación y el consumo excesivo de drogas lícitas o ilícitas (7).

En la Unidad de Terapia de Exposición Basal, se ofrece a las personas la oportunidad de exponerse a sus miedos más soterrados —tanto pensamientos como sentimientos— en un entorno seguro. Al exponerse reiteradamente a ellos, pueden ir reconociendo que en realidad no tienen nada que temer, aunque les parezca que corren un peligro inminente (8). Poco a poco, la evitación deja de ejercer su función, dado que ya no es la única forma de hacer frente a los miedos. En consecuencia, las personas aprenden a relacionarse y aceptar el sufrimiento o las experiencias difíciles, en lugar de poner toda su energía en evitarlas.

Uno de los objetivos de este proceso terapéutico es que la persona comience a abordar el estrés emocional exponiéndose a sus miedos cuando está sola, y no únicamente con la ayuda de un terapeuta. Se valida este afrontamiento autónomo, con el seguimiento y el apoyo de los terapeutas, mediante intervenciones centradas en buscar soluciones. El método refuerza la actitud de la persona que prueba nuevas habilidades funcionales de afrontamiento. Por lo tanto, estas intervenciones empoderan a la persona y promueven su autoeficacia (4).

Las intervenciones centradas en buscar soluciones también pueden sustentar y reforzar el desarrollo de habilidades rutinarias de afrontamiento y toma de decisiones funcionales, como poner la alarma para llegar puntual a una cita y pedir ayuda antes de que una situación se vuelva crítica. Se destacan y se validan estas acciones, y se las atribuye a la voluntad y al esfuerzo de la persona para hacer frente a una dificultad. De esta manera, se refuerzan las decisiones funcionales que toma, aumentando la probabilidad de que repita las estrategias positivas ante sucesivas dificultades.

La Unidad de terapia de exposición basal considera que los medicamentos son secundarios a la psicoterapia. Además, algunos medicamentos pueden estar contraindicados, como el consumo regular de altas dosis de benzodiazepinas. En la unidad se evitan ciertos medicamentos porque pueden impedirle a la persona acceder a sus experiencias, fobias y miedos más arraigados como parte de la terapia de exposición (6). En las semanas o los meses previos al ingreso, el equipo de terapia de exposición basal suele iniciar un diálogo sobre el retiro gradual de la medicación, con el consentimiento informado del usuario. Aunque no es obligatorio dejar la medicación, la mayoría de las personas polimedicadas la reducen con ayuda, por los efectos negativos que tiene para la salud, pero también para lograr el beneficio máximo en el proceso terapéutico de la terapia de exposición basal.

El usuario y el psiquiatra de terapia de exposición trabajan juntos para elaborar un plan de suspensión o reducción de la medicación. Este diálogo se centra en los valores de la persona, que son clave para promover su implicación en el proceso (6). Juntos pactan un calendario, teniendo en cuenta la motivación de la persona, las experiencias previas con los medicamentos, los tipos de medicación que toma, las dosis, la gravedad de los efectos secundarios, las interacciones farmacológicas y los problemas de salud mental. Para garantizar el enfoque holístico de la atención y el apoyo durante toda la estancia del paciente, el psiquiatra y el equipo multidisciplinario de terapia de exposición basal revisan y ajustan las listas de medicamentos todas las semanas.

Regulación externa complementaria

En cuanto la persona ingresa al servicio de terapia de exposición se inicia una técnica denominada “regulación externa complementaria”. El objetivo de la regulación externa es promover opciones y acciones funcionales positivas y eliminar las medidas coercitivas del proceso asistencial (7). La aplicación de la técnica de regulación externa complementaria afianza y fortalece la autonomía de la persona, asegurando que la hospitalización le sirva para hacer frente a sus problemas de salud mental, en lugar de dedicarla a las crisis agudas (4).

La estrategia principal de la regulación externa se denomina “regulación mínima”. En esta estrategia, los terapeutas interactúan con los usuarios de manera no jerárquica, tratándolos como iguales totalmente responsables de sus acciones y decisiones. Por ejemplo, aunque a las personas ingresadas en la Unidad de Terapia de Exposición Basal se les permite salir cuando quieren, se las considera responsables de presentarse puntuales a las citas programadas (4). Nunca se les recuerda ni se les dice que tomen la medicación o que es hora de comer. Por el contrario, hay un reconocimiento constante de su capacidad de tomar sus propias decisiones. Sí se les pide, sin embargo, que avisen al personal cuando salgan y que sean transparentes en relación con sus intenciones a la hora de salir al exterior.

Si un usuario se autolesiona durante su ingreso, el equipo de terapia de exposición basal no emprende medidas legales, sino que exclusivamente se proporciona la atención médica necesaria por las lesiones (p. ej., la sutura de una herida). Una vez cubiertas las necesidades médicas de la persona, prosigue el régimen de regulación mínima.

En las situaciones en que las acciones de un usuario representan una amenaza grave para la vida o la salud, el personal interviene de manera puramente médica, siguiendo un protocolo. Si las acciones se repiten, el equipo del servicio puede acordar una estrategia, junto con el usuario, para pasar a lo que se denomina una fase de “regulación máxima”. La regulación máxima es un esquema coordinado en el que se intensifica el cuidado y la atención proporcionados por el personal, al tiempo que se reduce la exposición a los estímulos ambientales. Todo se hace más lento; por ejemplo, los terapeutas hablan con calma y hacen una pausa más larga de lo habitual antes de responder. Se realiza con compasión, cautela y respeto, y con la colaboración de la persona (7, 9).

La regulación máxima no se ha utilizado más que en cuatro o cinco ocasiones desde el 2005. En todas ellas se había producido un peligro inminente para la vida y la salud del usuario, y el equipo de terapia de exposición basal se vio obligado a tomar el control y evitar que la persona se suicidara o se infligiera lesiones graves e irreversibles. La regulación mínima, cuando está bien coordinada, es el principal medio de gestión de los actos suicidas y las autolesiones en el servicio. Se realiza una evaluación del riesgo de suicidio regularmente, pero sin interrogar directamente al usuario. El equipo hace observaciones durante todo el día, y cada turno informa al siguiente si hay indicios de un mayor riesgo de suicidio. El psiquiatra o psicólogo clínico del equipo de terapia de exposición basal documenta los factores de riesgo todas las semanas y formula recomendaciones en materia de seguridad para la semana siguiente.

Intervención: validar la comunicación

La validación de la comunicación se utiliza como estrategia permanente en la terapia de exposición basal. Siempre se incluye al usuario en una relación de aceptación con los miembros del equipo. Siempre se respetan las experiencias que describen los usuarios; todos los sentimientos se consideran verdaderos y reales, sin importar quién o qué lo haya evocado. Reconocer las emociones y hablar de ellas con franqueza mejora la autoconciencia de los usuarios y su capacidad de autorregularse de forma funcional (7).

Un entorno terapéutico equiparable al contexto laboral normal

La Unidad de Terapia de Exposición Basal proporciona un entorno muy estructurado que se articula como una jornada de trabajo a tiempo completo para los usuarios. El día se programa de 9:00 a.m. a 4:30 p.m. De lunes a viernes se realizan sesiones grupales e individuales, actividades físicas y planificación de los tratamientos, así como reuniones de proceso con las personas que son participantes activos del programa.

Reunión matutina y psicoeducación

Para coordinar e informar a los usuarios, cada día comienza con una reunión grupal en la que se repasan las citas y las actividades programadas. Se realizan sesiones de psicoeducación con un visitante, que suele ser un antiguo usuario o un terapeuta. Los usuarios pueden pedir que se debatan temas concretos. Se espera que participen, pero no es obligatorio.

Terapia individual y sesiones de apoyo

Cada usuario tiene, como mínimo, una sesión individual de terapia con un terapeuta al día, aunque no se le asigna un único terapeuta. Los terapeutas del equipo de BET se alternan y los miembros del equipo están implicados, hasta cierto punto, en todos los procesos terapéuticos. Alternar los terapeutas es una forma de ampliar la gama y el alcance de las perspectivas disponibles para el usuario. Puede estimular su flexibilidad psicológica, además de promover la adaptación del tratamiento al individuo, haciendo

que la terapia de exposición sea más efectiva. Sin embargo, la frecuencia de la alternancia difiere de persona a persona. Lo óptimo para algunos usuarios será ver a un terapeuta diferente todos los días, mientras que para otros es mejor trabajar con el mismo terapeuta durante dos o tres días seguidos.

La Unidad de Terapia de Exposición Basal también presta orientación psicosocial, en interacciones que no se enmarcan en las sesiones de terapia individuales. Este apoyo puede ofrecerse durante las actividades cotidianas, por ejemplo antes o después de comer o de dar un paseo; el terapeuta puede invitar al usuario a sentarse y trabajar juntos hacia la aceptación de los pensamientos dolorosos e intrusivos. Estas interacciones terapéuticas se coordinan en las sesiones de reflexión que mantiene el personal.

Planificación del proceso asistencial

Los usuarios mantienen reuniones regulares con el equipo de terapia de exposición basal para hablar de su proceso. Estas sesiones duran media hora y en ellas se habla de lo que el usuario desea procesar o reflexionar. Por ejemplo, un usuario puede pedir que se organice un coloquio sobre los servicios comunitarios que necesitará cuando reciba el alta de la Unidad de terapia de exposición basal. Los usuarios participan activamente en la redacción y especificación del orden del día de dichas reuniones, así como en el trabajo de seguimiento para revisar y actualizar su plan de atención. Los usuarios también pueden dirigirse al equipo para exponer sus opiniones y sugerencias sobre el proceso terapéutico en sí. En todo caso, siempre se les invita y se les anima a hacerlo cuando concluyen su tratamiento de terapia de exposición basal.

Sesiones de reflexión focalizada

Se realiza una sesión de reflexión focalizada en la mañana y otra en la tarde; en la primera, se ayuda a los usuarios a definir un problema específico de ese día y concentrarse en él, mientras que en la segunda deben reflexionar sobre lo que han vivido y aprendido al hacer frente a ese problema. Estas sesiones no duran más de 10 o 15 minutos y se estructuran por parámetros más formales. El objetivo general es preparar al usuario para la terapia de exposición y luego trabajar con los terapeutas sistemáticamente para reemplazar las estrategias de evasión por la aceptación y la atención plena.

Consultas con el médico

En la terapia de exposición basal se busca separar la terapia de los problemas de salud física. Junto con el médico de la Unidad, los usuarios hacen planes para ajustar y adaptar su medicación al proceso psicoterapéutico, lo cual implica, en general, retirar la polimedicación gradualmente. Todas las semanas, los usuarios tienen la oportunidad de verse con el médico para hablar de los problemas de salud física que puedan tener.

Reunión mensual general

Los usuarios del servicio se reúnen con el personal administrativo de la Unidad de terapia de exposición basal una vez al mes, para tratar cuestiones prácticas. Por ejemplo, pueden hablar de la calidad de la comida, de la limpieza o de formas de mejorar la organización práctica del programa asistencial y sus jornadas de trabajo. El personal de terapia de exposición también aprovecha estas ocasiones para informar a los usuarios de cuestiones prácticas relevantes y procedimientos hospitalarios.

Actividad física

El programa de terapia de exposición basal incluye actividad física a diario. Como mínimo, es obligatorio salir a caminar 30 minutos después de la reunión de la mañana. A partir de ahí, el usuario puede emprender y organizar las actividades físicas adicionales que desee.

El fin de semana

Como parte del programa, se normaliza la semana laboral, separada del tiempo libre. Las personas pasan el fin de semana en su casa, donde pueden poner en práctica lo que han aprendido y adquirir nuevas experiencias que pueden ser el eje central de las sesiones de terapia en la semana siguiente. Para los usuarios que viven demasiado lejos, existe la opción de pasar los fines de semana en la unidad, pero es obligatorio que regresen a su domicilio al menos un fin de semana al mes. El sistema está bien coordinado, y la unidad cuenta con personal presente tres de cada cuatro fines de semana. Para los usuarios que pasan el fin de semana en la unidad, existe un programa mínimo que comprende una sesión de concentración al día, complementada con una sesión de terapia de 20 o 30 minutos, que puede estar orientada a cuestiones más prácticas que las sesiones regulares durante la semana.

Coordinación de los servicios y capacitación clínica

Para mejorar la coordinación multidisciplinaria y garantizar que los empleados adopten un mismo curso de actuación frente a las situaciones difíciles, se emplean diferentes estrategias. Los miembros del equipo participan en sesiones de supervisión por retroinformación, que consiste en una capacitación mediante juegos de roles en la que luego se reciben los aportes de otros miembros del equipo. En las sesiones de supervisión colectiva, se capacita a los terapeutas para que sepan tomar decisiones funcionales sobre cuándo y cómo intervenir, sin perder la conciencia de la finalidad terapéutica de la interacción con el usuario. Las situaciones experimentadas en la sala de terapia y las vivencias cotidianas de la unidad se aprovechan luego tanto en los juegos de roles como en la retroinformación.

La supervisión por retroinformación se lleva a cabo en seis sesiones por semana de 30 minutos. La frecuencia y exhaustividad de estas sesiones tiene como objetivo capacitar a los miembros del equipo y mejorar sus habilidades para gestionar y poner en práctica una actuación clínica que refleje en toda su dimensión los principios y las directrices de la terapia de exposición basal.

Como parte de la reunión matutina del equipo de terapia de exposición, los empleados también realizan sus propias sesiones de reflexión, además de una supervisión por retroinformación más estructurada. El objetivo de estas sesiones es establecer un planteamiento común y un sentido de coherencia para todos los miembros del equipo, a fin de apoyar y entrenar a los usuarios del servicio. Mediante el equipo de reflexión, los terapeutas de la terapia de exposición trabajan juntos para transferir los principios y valores de la terapia de exposición basal a la práctica clínica cotidiana. Las sesiones de reflexión también se utilizan en el esfuerzo continuo por mejorar el servicio de la terapia de exposición en cuanto a la administración, la prestación clínica y la oferta de servicios de supervisión y educación a otras unidades del consorcio hospitalario.

El coordinador de equipo como asistente personal del usuario

El coordinador de equipo ejerce una función clave dentro de la Unidad; se trata de un miembro del equipo, normalmente del personal de enfermería o trabajo social, que actúa como asistente personal o secretario de los usuarios. El usuario es quien está a cargo, pero el coordinador de equipo le apoya de varias maneras: le ayuda a contactar con la familia o los servicios comunitarios, a preparar

su plan asistencial o a elaborar el orden del día para la próxima reunión con el equipo de terapia de exposición. Las reuniones regulares entre el usuario y el coordinador de equipo sirven para establecer un entendimiento mutuo. El usuario puede expresar lo que considera más importante, mientras que el coordinador de equipo le explica los principios básicos de la terapia de exposición basal. Más adelante, en la supervisión por retroinformación y las sesiones de reflexión, el coordinador de equipo puede pedir orientación a los demás miembros del equipo de terapia de exposición.

Cuando se prepara para recibir el alta, el usuario puede pedir ayuda a su coordinador de equipo y al equipo de terapia de exposición. Generalmente se concertarán reuniones con la familia más próxima, se le ofrecerá orientación sobre el uso de servicios comunitarios, se programarán citas y se facilitarán las sesiones de seguimiento entre el usuario y la Unidad de terapia de exposición basal.

Principios y valores fundamentales

Respeto de la capacidad jurídica

El tratamiento en la Unidad de Terapia de Exposición Basal y el proceso terapéutico jamás se imponen a la fuerza, sino que siempre se respetan las decisiones del usuario (7). En principio, el usuario puede optar por no exponerse en absoluto. En tales casos, el equipo de terapia de exposición y el usuario analizan juntos qué hacer a continuación. Si el usuario rechaza todo tratamiento dirigido a la autoeficacia y la autonomía, el siguiente paso será prepararse para el alta, pero muy rara vez hubo que proceder así. En los casos en que ha ocurrido, el equipo de terapia de exposición ha ofrecido siempre su apoyo para que la persona encontrara la atención más adecuada a sus necesidades.

El servicio de terapia de exposición basal se basa en el principio de que, antes de poder producirse la recuperación, es imperativo que el usuario asuma la responsabilidad de sus propias elecciones y de su vida (10). En efecto, se considera que los usuarios son los protagonistas de las decisiones que toman sobre su atención y apoyo a lo largo del proceso. Por ejemplo, pueden decidir la frecuencia y la intensidad de las exposiciones en las sesiones con los terapeutas, y participan en la redacción de su plan de suspensión de los medicamentos. Todos los pasos terapéuticos se hablan con el usuario. Esta práctica promueve la implicación y la responsabilidad por el éxito terapéutico (11). El consentimiento informado se obtiene mediante entrevistas estructuradas, reuniones orientadas al proceso con el coordinador de equipo y el equipo de terapia de exposición. El usuario también participa en las decisiones que generalmente se toman al final de las charlas con el equipo. Esta práctica refleja el espíritu de la terapia de exposición basal, por el cual se considera que los usuarios tienen la misma capacidad jurídica que los demás ciudadanos. Los usuarios que viven experiencias extrañas, como escuchar voces, también son considerados responsables de sus propias decisiones y acciones, lo que significa que también son capaces de participar en la toma de decisiones sobre su propio tratamiento.

Además, la regulación externa complementaria invita a las personas que tienen problemas de salud mental a asumir la plena responsabilidad por sus actos. Los profesionales de la salud de la Unidad de Terapia de Exposición Basal no realizan intervenciones que puedan alimentar en los usuarios las ideas de salvación o de dependencia. Por el contrario, el propio contexto del servicio de la terapia de exposición favorece que el usuario tome decisiones funcionales para regular su propio comportamiento (12). De hecho, bajo el esquema de la regulación mínima, los usuarios son plenamente responsables de todas sus decisiones y acciones (p. ej., comer, salir, abstenerse de interactuar, o ser pasivos o activos en las reuniones).

Aunque es poco frecuente, se han dado casos de usuarios que se autolesionan repetidamente. En estos casos, el esquema de regulación máxima supone un incentivo para entablar un diálogo sobre cómo recobrar la plena libertad de decidir un curso de acción. Una vez que recupera el control, los pasos hacia la recuperación se atribuyen exclusivamente a las elecciones y acciones del usuario. Al concederle todo el crédito por su evolución y por el éxito del tratamiento, se empodera al usuario y se refuerza su capacidad y motivación para hacer frente a los problemas de salud mental (7).

A veces surgen situaciones que requieren asistencia médica urgente y, por lo tanto, una intervención independiente, de conformidad con lo previsto en la legislación noruega sobre capacidad jurídica y atención de emergencia. Sin embargo, a pesar de dichas disposiciones legales, la unidad trata de resolver las situaciones de crisis haciendo siempre referencia a la voluntad y las preferencias del usuario. Para salvar una vida o prevenir una lesión física grave, se presta asistencia médica dando por sentado que es lo que habría querido el usuario, según lo que haya manifestado anteriormente. Por principio, esta acción se basa en un modelo de apoyo a la toma de decisiones, y no en el interés superior del usuario. La Unidad de terapia de exposición basal ha recopilado procedimientos y descripciones detalladas que determinan cuándo y cómo intervenir, cuándo no intervenir y cómo documentar los incidentes y las intervenciones en la historia clínica del usuario.

También se proporciona capacitación y orientación institucional para que los empleados respeten los valores y las decisiones de los usuarios, aun cuando estos no desean cooperar (9). La capacitación en terapia de exposición basal hace hincapié en el lenguaje utilizado durante una intervención; en concreto, se analiza cómo formular las preguntas, qué tono de voz usar y qué respuestas son apropiadas para determinados comportamientos. El objetivo es facilitar la autonomía en cada interacción. Se entrevista a los usuarios antes y durante el proceso terapéutico para que puedan explicar los objetivos que esperan del tratamiento y expresar sus deseos con antelación. Como parte de este proceso también se realiza un mapeo del entorno social del usuario, ubicando a las personas que desea involucrar en su tratamiento y las que le ofrecerán apoyo en su autonomía y su derecho a tomar decisiones. La Unidad de Terapia de Exposición Basal procura centrar la actuación terapéutica en promover la capacidad del usuario de tomar decisiones funcionales y meditadas, sobre todo en circunstancias difíciles o dolorosas. Esto reduce la dependencia respecto de los planes anticipados a la hora de gestionar una posible crisis.

Prácticas no coercitivas

La Unidad de Terapia de Exposición Basal mantiene una postura firme en contra del uso de la fuerza. En los últimos dos años, no ha habido que aplicar medidas coercitivas, y solo una vez se ha visto amenazada la seguridad de los demás usuarios y de los terapeutas. El éxito de la terapia depende de una estrecha colaboración entre el personal y los usuarios. Cuando surgen dificultades, se presta atención al “contexto desencadenante” (4). Casi sin excepción, con un pequeño ajuste y una mayor coordinación del esquema de regulación mínima, se consigue aplacar las crisis y restablecer la cooperación entre el usuario y el equipo de terapia de exposición.

El servicio de terapia de exposición cuenta con herramientas como las sesiones de reflexión y la supervisión por retroinformación, que promueven la asistencia coordinada, en la que no tiene cabida la coerción. Se realizan ejercicios para prever determinadas situaciones y reflexionar cómo debe reaccionar el personal en dichas circunstancias. También se imparte al personal capacitación sobre gestión y prevención de conflictos, y se celebra una reunión después de cada incidente (9).

Por su afiliación al Hospital Blakstad, los miembros del equipo de la Unidad de Terapia de Exposición Basal participan en un curso de capacitación sobre la “gestión de los problemas de agresividad”, que promueve las buenas prácticas en la cooperación entre profesionales de la salud dentro de las unidades y entre una y otra unidad. En este curso, se enseña a los profesionales de la salud a detectar los primeros signos de una agresión inminente y a practicar técnicas de desescalada y de reducción del riesgo de daño físico. Todos los miembros del personal participan en las sesiones de capacitación de este curso de 45 minutos de duración todos los lunes.

Aun en situaciones difíciles, siempre se trata a los usuarios como capacitados para asumir la responsabilidad de sus actos. Se utiliza una buena comunicación y la desescalada verbal para destensar la situación, y se puede pedir a la persona que deje la unidad o que se plantee pasar a otra unidad. En la Unidad de terapia de exposición basal, se invita a los usuarios a tomar las riendas de sus problemas, como punto de partida en el diálogo con los terapeutas sobre cómo afrontar sus dificultades.

En alguna ocasión, la gerencia del hospital ha solicitado (o exigido) a la Unidad de Terapia de Exposición Basal que ingrese a una persona de forma obligatoria. En estos casos, se establece el objetivo explícito de generar una alianza con la persona lo más rápido posible para reducir la necesidad de hospitalización forzosa. En el período comprendido entre el 2018 y el 2020, hubo un usuario que pasó unas semanas en el servicio terapia de exposición por ingreso obligatorio. Cuando recibió el alta afirmó que, en caso de volver a necesitar una hospitalización, le gustaría que lo mandasen de nuevo a esta Unidad.

Participación

En los grupos semanales de psicoeducación, los usuarios participan activamente en la planificación de su propia atención. Una vez al mes, estos grupos se reúnen bajo la dirección de una persona experta por experiencia y un antiguo usuario del programa de terapia de exposición basal, que hablan de sus perspectivas y experiencias (4).

Para mejorar la calidad del servicio, la Unidad de Terapia de Exposición Basal recopila sistemáticamente las opiniones de los usuarios, a quienes se pide que señalen los aspectos más útiles y menos útiles y que hagan sugerencias concretas para mejorarlo. Hacia el final de su estancia, se les solicita que reflexionen sobre su experiencia con el proceso terapéutico y su permanencia en la unidad. En el momento de recibir el alta, se les entrega el cuestionario (elaborado junto con usuarios anteriores). Los comentarios recopilados se utilizan para decidir cómo mejorar el servicio.

En el Vestre Viken Hospital Trust hay un grupo formal de personas con experiencia propia que participa en la toma de decisiones de alto nivel. Se reúnen una vez al mes, como parte de una reunión más amplia del grupo de referencia, y participan en la asignación de fondos y presupuestos, en el diseño y la introducción de servicios, en las auditorías y en las reestructuraciones organizativas. En este momento, la Unidad trabaja para dar empleo a personas con experiencia propia como miembros del personal a jornada completa.

Inclusión en la comunidad

Todos los usuarios de la Unidad de Terapia de Exposición Basal tienen dificultades en la esfera de las funciones sociales. El servicio trabaja estrechamente con ellos para delimitar y analizar estas dificultades y comprender cómo puede apoyarlos mejor, en el ámbito más general de su comunidad. Los miembros del equipo, a menudo el coordinador, pueden adoptar un papel activo para ayudar a las

personas a encontrar vivienda, reincorporarse al trabajo o los estudios y conectarse con redes de otros usuarios o servicios análogos. Este énfasis en la inclusión en la comunidad es fundamental para la concepción holística de la recuperación. Por otro lado, aunque no se incluye explícitamente en el modelo de terapia de exposición, se respetan y se fomentan las creencias religiosas y la espiritualidad de cada persona.

El programa de terapia de exposición basal promueve activamente la participación de la familia y el entorno social de la persona en su cuidado; esto las ayuda a no cortar su conexión con la comunidad. En este sentido, se alienta a la persona a volver a casa todos los fines de semana, para que mantenga los lazos con su comunidad durante el tiempo que recibe tratamiento en la Unidad de terapia de exposición basal. El hospital es fácilmente accesible y está bien comunicado, con un autobús directo a la ciudad de Asker y al centro de Oslo.

Enfoque de recuperación

En su diseño y su actividad general, el servicio de terapia de exposición promueve una aproximación holística a la salud y al tratamiento. En un estudio que describe cómo contribuye la regulación externa complementaria a reducir la coerción en el tratamiento, Hammer *et al.* concluyen que “un componente importante podría ser [...] la introducción de una filosofía holística que enfatiza el voluntarismo, la cooperación y la autonomía” (9).

El empoderamiento es un elemento central en la Unidad de Terapia de Exposición Basal. En vez de simplemente centrarse en la reducción de los síntomas, un objetivo primordial de la terapia es aceptarse, autorregularse y hacer frente a la ansiedad existencial (12). Todas las intervenciones de terapia de exposición disponibles en la unidad tienen como objetivo ayudar a los usuarios a recuperar el control sobre las situaciones vitales, demostrando que son ellos los principales responsables de tomar las decisiones en su vida. Además, la asistencia ofrecida está centrada en el usuario; a lo largo de todo el período de tratamiento, la persona sigue un plan individual para la suspensión de la medicación y un programa de exposición diseñado conforme a sus deseos y necesidades particulares. Se determina cuáles son los valores y los objetivos de los usuarios, que pueden variar mucho de una persona a otra, incorporándolos en el plan de tratamiento. Según su definición particular de recuperación completa, algunos se proponen dejar de tener síntomas, mientras que otros prefieren tomar menos medicación o no tener que ingresar en un hospital en un momento de crisis. La Unidad se esfuerza por determinar cómo pueden alcanzar estos objetivos específicos, de acuerdo con los valores individuales de cada uno.

Evaluación del servicio

Cada vez más estudios demuestran con datos que el modelo de terapia de exposición basal y la estrategia de regulación externa complementaria ayudan a mejorar el estado psíquico de las personas que no han respondido a los tratamientos reiterados en el área de la salud mental. Las evaluaciones del servicio de terapia de exposición indican que reduce drásticamente la aplicación de medidas coercitivas en el tratamiento y mejora significativamente la calidad de vida y las funciones psicológicas y psicosociales de los usuarios (7, 9).

En primer lugar, en evaluaciones de tipo prospectivo, los usuarios presentan una reducción significativa de los síntomas psíquicos desde el ingreso en la Unidad y en el transcurso del tratamiento. Al mismo tiempo, se observa una mejora significativa en el nivel de funcionalidad. Estos efectos beneficiosos se correlacionan directamente con el éxito de los usuarios en la conclusión de su trabajo de exposición (9).

En un estudio retrospectivo del 2017 se constató que, en los 12 meses siguientes al alta de la Unidad de terapia de exposición basal, los usuarios del servicio tenían menos ingresos en hospitales psiquiátricos y generales que en el período de 12 meses anterior al ingreso (12). Esta reducción concuerda con la mejora de la salud mental de las personas y se correlaciona directamente con una reducción del nivel de evasión experiencial. Estos resultados indican que, para algunas personas, la terapia de exposición basal puede ser una alternativa factible a los tratamientos orientados a reducir los síntomas.

Otro aspecto interesante de la investigación relacionada con la terapia de exposición es que se realiza y fomenta la posibilidad de reducir y dejar el tratamiento farmacológico, incluso para las personas que llevan mucho tiempo medicándose. Según un estudio realizado en el 2016, reducir la medicación contribuye a los efectos positivos del tratamiento. En el seguimiento a largo plazo (5,3 años después de la terapia de exposición, en promedio), los usuarios que decidieron reducir el consumo de psicofármacos, y en último término dejar de medicarse, presentan una función psicosocial significativamente mejor que quienes siguieron medicándose (9).

Además, los hallazgos hacen pensar que la aplicación de la regulación externa complementaria comporta reducciones drásticas del uso de la fuerza y la coerción. En un estudio en el que participaron 101 mujeres usuarias del servicio, los investigadores compararon el número de intervenciones coercitivas en la Unidad de Terapia de Exposición Basal entre el período anterior a la introducción de la regulación externa complementaria (2006-2008) y el período posterior (2009-2014) (9). Los resultados indican que, tras la adopción de la regulación externa, se produjo una reducción del 97% en el número de intervenciones coercitivas (contenciones físicas y mecánicas, aislamiento y medicación forzosa). Cabe señalar que el promedio de intervenciones coercitivas por usuario se redujo de 23,5 antes de la regulación externa complementaria a 0,3 en el período 2012-2014, cuando la regulación ya estaba consolidada. Los autores concluyen que la regulación externa complementaria es una intervención prometedora para reducir las medidas coercitivas en las plantas de internamiento por psicosis. En este estudio, solo un pequeño porcentaje de las participantes recibieron la terapia de exposición basal como tratamiento psicoterapéutico; el estudio solo analiza la regulación externa complementaria, y al menos la mitad de las participantes recibieron otras formas de tratamiento psicosocial combinadas con psicofármacos.

Un estudio cualitativo de los usuarios de la Unidad analiza el efecto del tratamiento en la recuperación, especialmente el efecto de responsabilizarse de su propia vida. Los autores concluyen que “después de la terapia de exposición basal, [los participantes] lograron tener una vida mejor de la que se habrían atrevido a esperar. Estaban menos afectados por los síntomas y describían una mejora significativa de su nivel de funcionalidad. Varios retomaron sus conexiones familiares, algunos fundaron su propia familia y la mayoría de ellos, en mayor o menor medida, estudiaban o trabajaban. Otros dejaron de medicarse por completo” (9, 10). Lo observado indica que tanto el empoderamiento como la asignación de responsabilidad por el cambio pueden desempeñar un papel muy importante en la recuperación.

Por otro lado, en el informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, elaborado tras la visita que realizó en el 2019, se afirma que la terapia de exposición basal demuestra que es posible ofrecer cuidados y apoyo intensivos sin aplicar la fuerza ni la coerción.

Varios usuarios han participado en estudios cualitativos, han concedido entrevistas o han escrito sobre la experiencia en el tratamiento en la Unidad de terapia de exposición basal. A continuación se citan algunos fragmentos:

“Cuando haces la terapia de exposición, algo te pasa. Te das cuenta de que sí puedes ser libre y sentirte libre, y que no tienes que pasarte todo el tiempo luchando. Aceptar y dar cabida a las experiencias emocionales, dejando que los sentimientos se queden conmigo, significa que puedo vivir una vida normal, sin generar síntomas. Es más, ya no ando siempre agotado por luchar contra algo que antes no entendía o no sabía qué era” (7).

“Hay una diferencia enorme [...]. Estuve en el hospital dos años antes de llegar a la Unidad de terapia de exposición basal. Durante esos dos años, creí lo que me dijeron: ‘Usted tiene una enfermedad mental grave que no se cura. Tendrá que medicarse de por vida’. Luego fui a la Unidad de terapia de exposición basal y me dieron el alta sin ningún diagnóstico, sin medicación ni nada” (13).

“Antes me sentía inútil, después de tanto tiempo en tratamientos psiquiátricos y dando vueltas de un hospital a otro [...]. [Ahora, soy] capaz de pararme sobre mis propios pies y, de alguna manera, hacer frente a las cosas. En otras palabras, no podría haber hecho un cambio más grande, en serio. Tengo una vida. Antes no la tenía” (13).

“Con la terapia de exposición basal, recuperé mi vida. El trabajo duro con los terapeutas marcó una gran diferencia. Fue muy significativo que me vieran y me escucharan, que alguien estuviera dispuesto a estar allí conmigo durante esa etapa dolorosa y difícil. Ya no tengo miedo de mis sentimientos, y acepto que las cosas son como son. En lugar de luchar contra mis pensamientos y sentimientos, ahora me dejo llevar y acepto lo que está sucediendo. El sufrimiento ahora es una parte natural de la vida, una vida que finalmente puedo vivir” (14).

Costos y comparaciones de costos

En el sistema público de salud de Noruega, todos los tratamientos los financia el Estado y son gratuitos para los usuarios. Todos los tratamientos ofrecidos deben ser razonables y estar reconocidos por la comunidad académica.

El costo aproximado de la Unidad de terapia de exposición basal, por persona y día, es de unas 8.800 coronas noruegas (unos US\$ 1.042 dólares)^a. En comparación con otras unidades de tratamiento del consorcio hospitalario de Vestre Viken, tres turnos en el servicio de terapia de exposición de Blakstad (día, tarde y noche) cuestan entre un 30% y un 40% menos. Esta diferencia se debe en parte a que los costos de personal son más bajos, gracias al modelo normalizado de interacción entre el personal y los usuarios. La inexistencia de medidas coercitivas reduce la necesidad de intervenciones intensivas por parte del personal, como las observaciones 1:1 y otras medidas regulatorias. Además, el costo en farmacia es más bajo que en otras unidades residenciales de Vestre Viken. En la Unidad de Terapia de Exposición Basal también es más baja la tasa de licencias por enfermedad; en este sentido, el personal declara siempre un alto nivel de satisfacción laboral.

a Tasa de cambio de marzo del 2021.

Dificultades y soluciones

Superar el escepticismo

La idea del servicio fue recibida inicialmente con escepticismo y opiniones encontradas por parte de algunos terapeutas y del personal administrativo. Muchos no entendieron bien en qué consistiría y algunos empleados incluso se manifestaron en contra. Circularon afirmaciones engañosas en relación con la población a la que estaría dirigido el servicio.

Poco a poco, a medida que trascendían los resultados positivos, fue superándose el escepticismo. Al recopilar datos para medir la efectividad de la intervención desde el principio, fue posible demostrar que se aplicaban menos medidas coercitivas, se administraba menos medicación y algunos usuarios lograban la recuperación completa o cambios muy positivos en su calidad de vida. Los comentarios positivos de las personas que habían pasado por el servicio también ayudaron a promover esta forma de trabajar entre los profesionales y la gerencia. También se organizaron reuniones públicas en las que participaron usuarios, familiares, profesionales y otras personas interesadas.

Construir una cultura de trabajo positiva

Entre la forma de tratamiento propuesta y algunos procedimientos y normas existentes, había diferencias y conflictos sustanciales. Al principio, el servicio se prestaba en un pabellón donde predominaba el “tratamiento habitual” y era difícil modificar las interacciones entre los usuarios y el personal (tanto equipos clínicos como de mantenimiento y cocina).

Una de las soluciones fue desligar gradualmente el servicio del pabellón donde había comenzado; de esta forma, pasó a ser una unidad independiente, con su propio personal y administración. También fue esencial establecer y mantener un conjunto básico de valores para el servicio, en todas las interacciones y acciones. Se obtuvo el respaldo del personal clínico y administrativo y se logró influir en el personal no técnico, como los equipos de limpieza y cocina. Las actividades pedagógicas también han estado en la primera línea y han ayudado a resolver las dudas planteadas y explicar la lógica de la intervención.

Dar a conocer el enfoque de la terapia de exposición basal dentro del sistema de salud mental

Un obstáculo importante era que el servicio no se consideraba parte del sistema terapéutico ordinario. Además, el equipo recibía derivaciones de otras dependencias del sistema psiquiátrico, por lo que no intervenía en los primeros tratamientos que habían recibido los usuarios, a menudo con métodos tradicionales.

Una solución fue hacer que la terapia de exposición basal sea más conocida y utilizada en todo el sistema de salud mental de Noruega. Se invita a los profesionales clínicos de otros servicios de salud mental a visitar la unidad y aprender de primera mano sobre sus principios, valores y actuaciones. En el 2015, Blakstad puso en marcha un programa nacional de educación sobre la terapia de exposición, de dos años de duración, cuyo cuerpo docente está integrado por profesionales de la Unidad de terapia de exposición basal o terapeutas de exposición basal autorizados de otras unidades del Vestre Viken Hospital Trust. Es importante destacar que entre los alumnos se contó con profesionales de la salud de unidades de salud mental para niños, niñas y adolescentes de toda Noruega, de clínicas ambulatorias, y de unidades hospitalarias para adultos, de régimen abierto o de internamiento. Desde

entonces, varios participantes del curso trabajan como jefes de unidad y de equipo. Está previsto ofrecer un programa paralelo de educación en terapia de exposición basal en Tromsø, en colaboración con el consorcio hospitalario del Norte de Noruega.

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:

- tener paciencia, adoptar una perspectiva a largo plazo y mantener los valores integrales del servicio;
- crear un corpus de evidencias científicas que contribuya tanto al desarrollo y la mejora del programa de tratamiento como a la difusión del tipo de servicio;
- estar abiertos a los comentarios y sugerencias y realizar investigaciones cualitativas para explorar las experiencias de los usuarios;
- recopilar sistemáticamente datos cuantitativos sobre diversos aspectos de la intervención, incluidos los resultados, y publicarlos en revistas científicas a fin de mejorar la credibilidad y la sostenibilidad del servicio;
- promover una cultura de la autorreflexión, cuestionando continuamente si el servicio está cumpliendo el cometido de satisfacer las necesidades de los usuarios.

Información adicional y recursos

Sitio web:

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

Videos:

¿Qué es la terapia de exposición basal? [en noruego con subtítulos en inglés]. <https://www.youtube.com/watch?v=PXrdwOMznvs&t=10s>

Didrik Heggdal: La terapia de exposición basal: una alternativa a la coerción y el control en la prevención del suicidio [en inglés].

<https://youtu.be/fsfdrFoEhfQ>

Contacto:

Jørgen Strand, jefe de personal y director de la Unidad de terapia de exposición basal, Hospital Blakstad, Vestre Viken Hospital Trust, Noruega.

Correo electrónico: jorgen.strand@vestreviken.no

2.2

Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH

Heidenheim (Alemania)



Clasificación principal: Servicio de salud mental hospitalarios

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Estudios publicados Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

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

Contexto

Kliniken Landkreis Heidenheim es el único hospital general de Heidenheim, una pequeña localidad rural del estado federado de Baden-Wurtemberg, en el suroeste de Alemania. El hospital, establecido en 1994, cuenta con un departamento de salud mental, entre otros servicios (como cirugía, medicina interna, neurología, obstetricia y ginecología), oficialmente denominado Departamento de Psiquiatría, Psicoterapia y Medicina Psicosomática, que atiende a la población del propio distrito pero también de los distritos circundantes. El departamento está obligado a aceptar ingresos según lo dispuesto en la ley alemana de salud mental pública y civil. No hay servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes ni servicios de salud mental forense. Como el departamento es parte integral del hospital general, está muy vinculado con los demás servicios, y el personal médico y de enfermería rota entre las unidades de medicina general y psiquiatría.

En el 2017, Heidenheim asumió la función de modelo regional, según el artículo 64b del Código de Seguridad Social alemán (*Sozialgesetzbuch*, libro V), que permite la plena flexibilidad de los servicios de salud mental dentro de un presupuesto anual acordado (15, 16). Los reglamentos de las regiones modelo eliminan los incentivos para que los hospitales internen al mayor número posible de pacientes a fin de incrementar su financiamiento. Por el contrario, si el hospital brinda atención y apoyo al mismo número de personas tanto en el ámbito ambulatorio como en la comunidad, el presupuesto se mantiene igual. Los salarios aumentan gradualmente para retener al personal médico, de enfermería y terapéutico.

Los servicios hospitalarios de salud mental son una parte integral de la asistencia médica dispensada a la población del distrito y gozan de buena aceptación en la comunidad (17). Forman parte de la red

más amplia de servicios comunitarios integrales de salud mental (*Gemeindepsychiatrischer Verbund*), coordinada por el consejo del distrito (17). Los recursos del distrito comprenden los servicios de orientación para personas con problemas de consumo de alcohol y drogas, los servicios de asistencia para personas sin hogar y los planes de vivienda asistida para personas con discapacidades psicosociales, entre los que destacan los centros residenciales para personas con necesidades más complejas, en grupos pequeños, ubicados por toda la ciudad y el distrito de Heidenheim. Hay ocho centros residenciales: uno tiene 16 plazas; otro tiene 12; y seis tienen de cuatro a ocho plazas cada uno. En las consultas externas, los psicoterapeutas realizan terapia cognitivo-conductual o psicodinámica, tanto para personas con seguro de salud público como privado. El Hospital de Heidenheim es propiedad del Distrito de Heidenheim y cuenta con un fuerte respaldo del Consejo del Distrito y de la población, incluso en épocas de mayor dificultad económica para las finanzas públicas (18).

Descripción del servicio

El servicio de salud mental del hospital de Heidenheim tiene como objetivo proporcionar servicios integrales conforme a las necesidades de todo el distrito de Heidenheim. Funciona las 24 horas del día, todos los días del año, para prestar asistencia a personas aquejadas de trastornos mentales graves, por lo que es una pieza esencial de la red de servicios psicosociales del distrito.

El servicio de salud mental del hospital ofrece servicios de internamiento, hospital de día, tratamiento y apoyo domiciliario, así como atención ambulatoria. Es posible acceder a los servicios sin demora ni listas de espera y los usuarios pueden pasar del internamiento al tratamiento domiciliario, o bien al hospital de día, en cualquier momento. Dichos cambios obedecen a los deseos y preferencias de los usuarios y se comentan entre el equipo clínico, los usuarios, la familia y las redes de apoyo. Puesto que los diferentes servicios están estrechamente alineados y los gestionan los mismos equipos, se sigue un mismo plan de recuperación incluso cuando la persona pasa de un servicio a otro. No hay una duración fija para la hospitalización ni para el tratamiento en el hospital de día o en el domicilio.

El servicio consta de cuatro equipos distintos: tres equipos en la unidad de hospitalización y un equipo en el hospital de día. Para que el paso de un ámbito terapéutico a otro sea lo menos problemático posible, la persona permanece asignada al mismo equipo durante toda su estancia en el Hospital de Heidenheim. El servicio no cuenta con un equipo separado para el tratamiento domiciliario, ya que los cuatro equipos realizan sus propias terapias domiciliarias, ya sea como continuación del internamiento o de la atención en el hospital de día o bien como punto de partida del proceso, en la comunidad, con la opción de pasar luego a un internamiento o a las sesiones en el hospital de día si surge la necesidad.

Unidades de hospitalización

Hay tres unidades de hospitalización para las personas adultas, sin exclusión por razón de diagnóstico, que suman 79 camas, y la duración media del ingreso es de 21 días. Las tres unidades están abiertas entre las 8:00 a.m. y las 8:00 p.m., pero permanecen cerradas durante la noche. El 98% de los usuarios son libres de abandonar el servicio cuando lo deseen, tanto de día como de noche; sin embargo, el 2% de los usuarios están sometidos a restricciones de movimiento, ya que tienen una orden de tratamiento obligatorio impuesta por un tribunal de distrito durante un período determinado, que suele ser de entre dos y seis semanas. Los usuarios que gozan de libertad de movimiento suelen obtener permiso para salir acompañados o con ciertas restricciones; por ejemplo, se les pide que no vayan a casa si ha habido violencia doméstica.

Dos de las tres unidades proporcionan atención en régimen de internamiento, atención en hospital de día y terapia domiciliaria para 53 personas, con diagnósticos de depresión, psicosis, demencia, trastornos de la personalidad y trastornos relacionados con traumas. Las intervenciones terapéuticas consisten en psicoterapia grupal e individual, asistencia social, farmacoterapia y terapia ocupacional (artes plásticas y manualidades), ayuda para la vida cotidiana, programas de entrenamiento cognitivo y ayuda para redactar un CV, postularse a un empleo, matricularse en la universidad o asistir a una entrevista de trabajo. También hay otras actividades, como musicoterapia y danza, consulta entre pares, etc. El equipo profesional está compuesto por seis médicos, 34 enfermeros, dos psicólogos, dos asistentes sociales, dos terapeutas ocupacionales/arteterapeutas, un musicoterapeuta o danzaterapeuta y un trabajador de apoyo entre pares.

La rutina diaria consiste en actividades terapéuticas acordadas individualmente entre el usuario y su equipo terapéutico. Un programa semanal típico comprende una sesión individual, una o dos sesiones de terapia de grupo, dos o tres sesiones de terapia ocupacional y una o dos sesiones de arteterapia o musicoterapia. Una vez a la semana se ofrecen sesiones de apoyo entre pares. Los usuarios son libres de elegir las actividades terapéuticas que más les gusten. Algunos se mantienen muy ocupados toda la semana, mientras que otros prefieren no participar en las sesiones terapéuticas pero sí en actividades colectivas como cocinar o salir a caminar.

La tercera unidad de hospitalización ofrece atención a 27 personas con adicciones, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad, trastornos psicosomáticos y depresión, en régimen de internamiento y de hospital de día. Las intervenciones terapéuticas consisten en psicoterapia grupal e individual, arteterapia, terapia ocupacional y terapia de danza/movimiento. El equipo profesional está compuesto por tres médicos, 13 enfermeros, un psicólogo, un asistente social, un arteterapeuta y un terapeuta de danza/movimiento. Existe un programa estructurado de desintoxicación para los pacientes hospitalizados o en hospital de día (alcoholismo y drogodependencias) con sesiones de terapia individual y grupal, grupos de autoayuda y terapia ocupacional.

Para los pacientes de esta tercera unidad que no tienen problemas de adicciones, hay un programa separado, con terapias individuales y grupales, arteterapia, terapia de danza/movimiento y terapia ocupacional. A diferencia de las otras dos unidades, los usuarios deben participar en todas o en la mayoría de las actividades programadas. También pueden participar en las sesiones de apoyo entre pares de las otras dos unidades.

Una vez admitidos en el servicio de hospitalización, los usuarios pueden pernoctar en la unidad o acudir solo durante el día. También pueden participar solamente de una o dos actividades terapéuticas y recibir visitas del equipo domiciliario todos los días. Algunas personas van a la unidad de hospitalización tres días a la semana, por ejemplo, para hacer una sesión de terapia individual, una sesión grupal y una sesión de arteterapia, mientras que otras deciden quedarse cinco, seis o siete días por semana.

Hospital de día

La atención de día se puede organizar en las tres unidades y las personas eligen libremente cuántos días por semana desean participar. El programa se decide entre el usuario y el equipo de tratamiento. Puede ser intensivo, con actividades terapéuticas todos los días, o intermitente.

Además de la atención diurna que ofrecen las tres unidades de hospitalización, hay un hospital de día aparte, ubicado en otro edificio del recinto hospitalario. Este servicio, que cuenta con 14

plazas, ofrece un programa terapéutico integral cinco días a la semana, compuesto principalmente por sesiones grupales y psicoterapia individual, pero con algunas actividades sociales, talleres de cocina, ocio y excursiones. Se puede participar en el programa íntegro, todo el día, los cinco días a la semana, o solo en una parte. El programa terapéutico individual que se propone al usuario se elabora según sus deseos y preferencias, junto con la experiencia clínica del equipo de tratamiento. Este equipo de atención de día (integrado por dos médicos, un psicólogo, dos enfermeras, un asistente social y dos terapeutas ocupacionales/arteterapeutas) también ofrece tratamiento ambulatorio y domiciliario. La duración media de la participación en el programa es de 28 días.

Tratamiento y apoyo en el domicilio

Si una persona prefiere recibir tratamiento en casa en lugar de ingresar en el hospital, puede concertarlo con cualquiera de los cuatro equipos. El tratamiento domiciliario puede comenzar en cualquier momento. Se realizan visitas diarias de un enfermero y la visita semanal de un médico. También realizan visitas a domicilio los asistentes sociales, los psicólogos, los terapeutas ocupacionales, los arteterapeutas y musicoterapeutas y los trabajadores de apoyo entre pares, si se solicita su intervención. La duración media de la intervención domiciliaria es de 28 días. Si las visitas diarias o semanales dejan de estar indicadas, o si el usuario ya no desea recibirlas, se pueden pedir visitas más esporádicas por parte de cualquiera de los miembros del equipo.

Servicios ambulatorios

Los servicios ambulatorios se pueden concertar en cualquier momento y sin demora, porque los ofrecen los cuatro equipos, que pueden movilizar recursos rápidamente, tomándolos de la atención hospitalaria para destinarlos a los servicios domiciliarios o ambulatorios. Las personas atendidas en el ámbito ambulatorio tienen citas programadas con el servicio; el tratamiento varía desde la atención más aguda, con una o dos sesiones por semana, hasta controles mensuales menos frecuentes. Al igual que en la atención hospitalaria y de hospital de día, las personas que prefieren los servicios ambulatorios pueden disfrutar de toda la gama de terapias y prestaciones, en grupo o individualmente. El tratamiento ambulatorio puede consistir en psicoterapia individual, medicación, terapia de grupo (arte, música, danza y movimiento) y sesiones de apoyo entre pares.

Trabajadores de apoyo entre pares

Actualmente hay dos trabajadores de apoyo entre pares, contratados a jornada parcial, y un voluntario, que trabajan con el departamento del hospital sin formar parte de un equipo en particular. A diferencia del personal de enfermería, los médicos y los terapeutas, no están obligados a documentar las intervenciones en la historia de los usuarios. Realizan sesiones semanales de apoyo entre pares en las unidades, que pueden ser individuales o en pequeños grupos, y que también están abiertas a las familias y las redes de apoyo.

Perros de terapia

El servicio utiliza cuatro perros de terapia. Estos animales acompañan a sus dueños, que son miembros del personal (un médico, un asistente social, un terapeuta ocupacional y una enfermera) cuando están trabajando. Como normalmente no se admiten mascotas, la presencia de estos perros aporta cierta normalidad y distensión; ayuda a generar confianza y hace que las personas se sientan cómodas en su nuevo entorno. Uno de los perros acompaña a la enfermera en las visitas de tratamiento a domicilio. Los usuarios pasan tiempo con los perros o los sacan a pasear.

Un punto especialmente importante para los usuarios que han estado encerrados en hospitales psiquiátricos o han sufrido tratos coercitivos en el pasado es que se ofrece apoyo para redactar instrucciones anticipadas, poderes de representación y planes de crisis acordados junto con el equipo del hospital (19). Todos los documentos redactados se depositan en el archivo del hospital; las instrucciones anticipadas se guardan para futuros ingresos, y el servicio de urgencias del hospital puede consultarlas fácilmente. Normalmente, el usuario se reúne primero con el asistente de apoyo entre pares u otro miembro del personal para redactar el plan de crisis. Una vez que se han negociado y consensuado los pormenores del plan con el equipo del hospital, lo firman el usuario, un familiar o representante, un médico del hospital y el gerente de la unidad, y se adjunta a la historia clínica. El servicio no solo cree que estas disposiciones reducen los encierros y la coerción, sino que, además, estas conversaciones tienen un efecto empoderador tanto para los usuarios como para el personal. Ambas partes se sienten más seguras a la hora de hacer frente a una crisis en el futuro.

Principios y valores fundamentales del servicio

Respeto de la capacidad jurídica

El servicio del Hospital de Heidenheim está obligado a aceptar ingresos obligatorios en virtud de las leyes de salud mental alemanas: tanto la ley de tutela como las leyes regionales de salud mental permiten el internamiento forzoso en hospitales psiquiátricos. Ahora bien, el servicio ha entablado una alianza con la comunidad, los usuarios y las familias para que en la práctica se eviten, en la medida de lo posible, los internamientos obligatorios y el tratamiento forzoso. Así, en Heidenheim las tasas de ingresos obligatorios son mucho más bajas que la media del país (1,7% de todos los ingresos en el 2019, frente a una media de 10,7% en Alemania) (20).

El apoyo para la toma de decisiones no está previsto en la legislación alemana de salud mental. Sin embargo, la Asociación Médica Alemana lo recomienda encarecidamente, en especial en los servicios de salud mental (21). En el servicio de Heidenheim, se utiliza y se alienta la toma de decisiones con apoyo, según la voluntad y las preferencias de la persona, incluso cuando tiene antecedentes de autolesiones, impulsos suicidas o agresiones (22-24).

Los usuarios tienen a su disposición diversas formas de apoyo y asistencia social y médica. En lo que respecta a las opciones de apoyo comunitario, se puede elegir el apoyo entre pares o la atención profesional; también existen centros residenciales asistidos, casas compartidas y planes de reinserción laboral para las personas adultas. Pueden elegir un tratamiento sin medicamentos, medicación intermitente o medicación continua. Se analizan las ventajas y desventajas de cada opción con la información de los organismos profesionales y los protocolos terapéuticos, pero siempre atendiendo al contexto vital de la persona. Por ejemplo, los miembros del personal analizan lo que funcionó bien para la persona en una situación anterior parecida y lo que no. Si la persona desea ayuda para la toma de decisiones, se trabaja activamente con ella para que encuentre a alguien que pueda asumir esa función.

La política del servicio es alentar y apoyar activamente a los usuarios, en especial los que han pasado por internamientos obligatorios o han sufrido medidas coercitivas, para formular conjuntamente un plan de crisis y unas instrucciones anticipadas, que están contempladas en el Código Civil alemán (25). Algunos usuarios prefieren negociar un plan de crisis junto con el equipo del hospital y otros, una directiva anticipada con la ayuda de un trabajador de apoyo entre pares o un abogado (19, 26). Los planes de crisis conjuntos y las instrucciones anticipadas se adjuntan a la historia clínica, por lo que pueden consultarlos los profesionales que atiendan a la persona en una crisis o una urgencia. En

el servicio de Heidenheim siempre se respetan las instrucciones anticipadas, en la medida que sea legal y éticamente posible. Los planes de crisis conjuntos y las directrices anticipadas suelen contener información sobre tratamientos: por ejemplo, tipos de fármacos, dosis y modos de administración.

Todas las personas, incluidas las que están en internamiento obligatorio, tienen derecho a rechazar la medicación. Es muy poco frecuente que se administre medicación a la fuerza en el hospital de Heidenheim, ya que para ello se necesita una instancia expresa al tribunal y un dictamen pericial independiente. Tampoco es necesario aceptar la medicación para acogerse a la modalidad de tratamiento domiciliario; de hecho, el tratamiento domiciliario después de un período de internamiento obligatorio supone una oportunidad para que el equipo terapéutico se gane la confianza del usuario y acuerde un plan de tratamiento, con o sin medicación. Los usuarios pueden rechazar no solo la medicación, sino todos los servicios. En ese caso, el equipo del hospital le hace saber a la persona que siempre estará allí para ayudarla, en cualquier momento, en el hospital o en la casa.

Que las personas puedan elegir la modalidad de tratamiento domiciliario en lugar del ingreso hospitalario también ha contribuido significativamente a reducir la aplicación de medidas coercitivas. Para muchos usuarios y sus familias, el tratamiento en casa es mucho más aceptable que en el hospital.

A veces hacen falta semanas e incluso meses de trabajo para llegar a un acuerdo (o un desacuerdo) con los usuarios sobre cómo caracterizar los problemas particulares que los afectan a ellos y a su familia. Por ejemplo, una persona puede querer regresar a la casa donde ha agredido a sus familiares; la familia puede interpretar la violencia como síntoma de una enfermedad que tiene que tratarse con fármacos, mientras que el usuario la ve como una forma de defenderse o niega que haya ocurrido violencia. Los puntos de vista sociales, psicológicos o médicos pueden diferir, y ello provoca visiones contrapuestas sobre el curso de acción adecuado. Por eso, en ocasiones, se tarda mucho en decidir qué camino seguir. Estas cuestiones las pueden plantear los usuarios en las sesiones de apoyo entre pares, aunque también se pueden detectar en las reuniones de diálogo abierto, siguiendo el método finlandés (para más información, véase el módulo técnico *Servicios de salud mental en momentos de crisis: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*). El equipo de tratamiento también celebra reuniones de supervisión bimensuales, con supervisores experimentados, para reflexionar sobre los puntos de vista contradictorios que siempre se documentan en las historias clínicas. Todos los usuarios del servicio pueden consultar su historia clínica en cualquier momento, sin restricciones (27).

Las personas ingresadas obligatoriamente por orden de un tribunal de distrito o de tutela reciben asistencia jurídica para que puedan recurrir la orden, y se les ofrece el tratamiento domiciliario como alternativa. El equipo del hospital puede sugerir al tribunal que se levante la orden de internamiento para que la persona pueda pasar a recibir tratamiento domiciliario de forma estrictamente voluntaria.

Prácticas no coercitivas

El servicio no está exento de coerción, pero las tasas de intervenciones coercitivas son bajas en comparación con los datos disponibles de instituciones psiquiátricas en Baden-Wurtemberg, que es el tercer estado federado más extenso de Alemania y tiene 11 millones de habitantes (28). Como no hay datos fidedignos de toda Alemania, los de Baden-Wurtemberg solo sirven de aproximación a la situación nacional. De todas las personas ingresadas en los hospitales psiquiátricos de Baden-Wurtemberg, el 6,7% sufren medidas coercitivas; el 5,3%, contenciones mecánicas; el 4,5%, aislamientos; y el 0,6%, medicación administrada a la fuerza (27). Por contraste, solo el 2,1% de las personas ingresadas en el Hospital de Heidenheim sufrieron medidas coercitivas en el 2019, y a menos del 0,1% se

les administró medicación a la fuerza (29). De hecho, entre el 2011 y el 2016 no se administró medicación a la fuerza a nadie. Posteriormente, las medidas coercitivas afectaron a solo una persona por año, lo cual explica el 0,1%.

Nunca se administran tranquilizantes de acción inmediata en respuesta a una crisis, a menos que los pida la persona expresamente. Tampoco se aplica el aislamiento; durante el día, los pabellones están siempre abiertos. Ahora bien, las unidades de hospitalización se cierran por la noche, en cumplimiento de la ley estatal, que establece que las personas con orden de internamiento deben permanecer en el hospital. Para mantener los pabellones abiertos en horario nocturno, harían falta tres enfermeros más, un gasto que actualmente no está cubierto en el presupuesto de personal. Está previsto extender la política de puertas abiertas a las 24 horas, y cada vez es más habitual que se mantenga el servicio abierto hasta las 10:00 u 11:00 de la noche, reabriendo más temprano en la mañana.

A continuación se describen las estrategias del servicio para evitar las prácticas coercitivas.

Apoyo individual en caso de crisis aguda

Los usuarios sobre los que pesa una orden de internamiento reciben atención intensiva, si es necesario, con un apoyo individual, para implicarlos en el programa de tratamiento y prevenir lesiones (30). Una asistencia tan intensiva requiere que un miembro del personal (enfermero, terapeuta, médico o asistente social) permanezca junto con la persona prácticamente todo el tiempo, durante varias horas, una noche o incluso varios días seguidos. Esencialmente, la asistencia individual es un ejercicio de fomento de la confianza; el usuario del servicio aprende a confiar en el equipo del hospital, entendiendo que no le causarán ningún daño, y el equipo aprende a confiar en el usuario, entendiendo que no se autolesionará ni agredirá a otras personas. Las autolesiones o la confusión nunca motivan las intervenciones coercitivas, sino que se gestionan brindando apoyo intensivo individual.

Planes conjuntos de crisis para prevenir la coerción

Para las personas que han tenido crisis agudas en el pasado, independientemente de que conllevaran la aplicación de medidas coercitivas, los planes conjuntos de crisis son vitales (19). Estos planes se elaboran teniendo en cuenta los deseos y las preferencias de la persona; en ellos se hacen constar las sensibilidades particulares y se indica cómo responder a los signos de malestar psicológico: por ejemplo, llamar a una persona, administrar un determinado fármaco, ir a una sala de confort, quedarse a solas o utilizar estímulos sensoriales. Se puede pedir que no intervenga un médico, que no se mencionen ciertos aspectos de su historia personal, que acudan determinadas personas o que no se admita la presencia de otras. La desescalada se consigue de acuerdo con el manual de prevención, evaluación, intervención y reflexión (19, 31, 32), un recurso formativo elaborado por y para el personal de urgencias psiquiátricas, para ayudarlos a intervenir sin violencia en las situaciones de tensión y dificultad.

Equipo de respuesta

Para las crisis particularmente intensas, hay un equipo de respuesta disponible día y noche, generalmente compuesto por dos enfermeras y un médico. Proporciona personal adicional y asesora al equipo de tratamiento sobre cómo responder a la situación. Todos los integrantes del equipo de respuesta han recibido capacitación sobre desescalada según el manual de prevención, evaluación, intervención y reflexión (32). El equipo de respuesta asiste al equipo de tratamiento brindando apoyo individual o entre 2 personas. Por ejemplo, pueden salir a dar un paseo con el usuario,

acompañarlo a casa a recoger sus pertenencias o visitar una mascota en el refugio de animales. Los equipos de respuesta también ayudan al equipo de tratamiento a determinar si la situación reviste gravedad suficiente como para solicitar la intervención policial, a fin de prevenir o reprimir actos violentos.

Habilidades de desescalada y comunicación

Todos los empleados nuevos reciben una capacitación para aplicar las técnicas de desescalada y prevenir las agresiones y las medidas coercitivas (31, 32) en un taller de tres días que se realiza lo más pronto posible después de que empiezan a trabajar en el hospital. Posteriormente se realiza una actualización (un taller de dos días) cada cuatro años.

Medidas coercitivas

Las contenciones mecánicas se aplican únicamente cuando el usuario o el personal sufren un daño real y cuando han fracasado los demás medios de desescalada; las técnicas de desescalada consisten en hablar, responder a las necesidades básicas de la persona, salir a pasear, retirarse a una sala de confort voluntariamente (no se aplica el aislamiento), llamar a un miembro de la familia, hacer algo de ejercicio, pasar un rato con uno de los perros de terapia o recibir asistencia individual. Después de un incidente en el que se haya aplicado una medida coercitiva, se realiza una reunión entre el usuario y el personal, junto a la familia y la red de apoyo si así lo desea el usuario. En ella se analiza lo ocurrido y se intenta comprender por qué se aplicó la medida coercitiva y cómo se puede evitar en el futuro, por ejemplo, redactando un plan de crisis conjunto o unas instrucciones anticipadas.

Recepción de las personas trasladadas al hospital por la policía

En virtud de la ley estatal de salud mental, la policía alemana está facultada para trasladar a una persona a un hospital psiquiátrico si estima que representa un peligro grave para su propia vida y salud o para los demás, y si los agentes que responden a la situación consideran que la persona está sufriendo una crisis aguda de salud mental. En la mayoría de los casos se trata de personas que se encuentran bajo los efectos del alcohol o las drogas y presentan síntomas psicóticos u otras formas de malestar psicológico extremo (32, 33). Lo primero que hace el hospital es asegurar a la persona que no se le aplicarán medidas coercitivas, salvo en defensa propia, y se le aconseja que pase allí la noche para poder valorar mejor la situación a la luz del nuevo día. Esto abre una negociación en la que se puede pactar una breve estancia en el hospital, con la policía todavía presente. Cuando la negociación llega a buen puerto, se retiran las esposas, los agentes de policía se marchan y se le ofrece a la persona algo de comer y beber, junto con la oportunidad de charlar, descansar o llamar a alguien. Únicamente si la negociación es infructuosa y la persona se muestra violenta con los demás usuarios o con el personal, se aplican contenciones mecánicas para mantener la seguridad.

Aceptación y rechazo de la medicación

Los usuarios de la atención hospitalaria con internamiento o ambulatoria, del hospital de día o del tratamiento domiciliario pueden rechazar libremente la medicación; ello no afecta a la atención que reciben de su equipo hospitalario. De hecho, los usuarios pueden disfrutar igualmente de toda la oferta de terapias, prestaciones y actividades. Si los médicos o la familia creen que el usuario debe medicarse pero se niega, se comenta el caso en las reuniones de diálogo abierto, cuyo objetivo principal no es resolver desavenencias, sino fomentar el entendimiento mutuo y conceder a todos los participantes la oportunidad de hacerse preguntas unos a otros.

Para comenzar con la medicación, se requiere el consentimiento informado verbal, del cual se deja constancia en la historia clínica. En una crisis aguda, puede ser suficiente con el asentimiento a probar un tranquilizante, como el lorazepam, para que se administre una primera dosis. Respecto a la medicación antipsicótica, se requiere el consentimiento pleno e informado, después de proporcionar toda la información sobre los efectos a corto y largo plazo. Además, los antipsicóticos se inician con dosis bajas, para evaluar la tolerancia, y luego se ajustan unos días más tarde.

La reducción de las intervenciones coercitivas dentro del servicio no ha conllevado un aumento de las contenciones químicas o sedaciones, como sucede con frecuencia en otros servicios. De hecho, desde el 2009 no ha aumentado la administración de medicamentos antipsicóticos y benzodiazepinas, a pesar de las pocas contenciones que se aplican (M. Zinkler, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, datos inéditos, 2018). El servicio no utiliza tratamientos electroconvulsivos desde el 2010 y se ha posicionado en contra de la aplicación forzosa de estos tratamientos en las revistas de psiquiatría más prestigiosas de Alemania (34, 35).

Inclusión en la comunidad

El servicio mantiene vínculos directos con comunidades religiosas, grupos de autoayuda, asistencia a personas sin hogar, agencias para abordar el desempleo y entidades benéficas que prestan asistencia a personas ancianas y personas en situación de aislamiento o con adicciones. Trabaja directamente con la entidad Schritt für Schritt, que facilita actividades de ocio para personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales. También se reúne periódicamente con los tribunales locales, la policía, el organismo local de salud y las fuerzas de orden público para debatir cómo actuar y colaborar evitando la discriminación.

El servicio está vinculado activamente con la comunidad. A raíz de la designación de región modelo en el 2017, la prestación de tratamiento a domicilio, como alternativa al internamiento hospitalario, ha pasado a ofrecerse en todo el distrito de Heidenheim, y se ha hablado de esta modalidad en la prensa local y en los medios de comunicación nacionales (36, 37).

El servicio ha puesto en marcha el proyecto de prevención Irre Gut, en todas las escuelas secundarias del distrito: las clases con alumnos de 14 a 16 años pueden solicitar la visita de un equipo de tres personas, compuesto por un usuario del servicio, una persona con experiencia propia que sea miembro de la familia y un profesional de salud mental (enfermera o asistente social); en el aula, dan una charla sobre el estigma, la prevención, la autoayuda y el acceso a los servicios (38).

Participación

El servicio ha contratado a dos empleados a jornada parcial que prestan orientación y apoyo entre pares (39). Estas sesiones de apoyo entre pares pueden ser individuales o en grupo, y tienen lugar todas las semanas en las unidades hospitalarias. En ellas, los actuales y antiguos usuarios, así como las familias, hablan de sus experiencias en el servicio, buscan consejos sobre la medicación o el diagnóstico, exponen sus opiniones sobre el equipo del hospital y denuncian casos de discriminación en el hospital o la comunidad.

Los dos trabajadores de apoyo entre pares son antiguos usuarios del servicio y ahora forman parte del equipo de tratamiento. Ofrecen asesoramiento confidencial, apoyo social y orientación para acceder a los servicios, presentar un reclamo o prepararse para las sesiones de terapia. Tienen experiencia y diversas

habilidades, como la terapia de masaje rítmico (40), y pueden ayudar a los usuarios que deseen cocinar su propia comida mientras permanecen hospitalizados.

Uno de los trabajadores de apoyo entre pares y un representante de las familias de los usuarios también participan en el equipo de gestión (compuesto por el director médico, el jefe de enfermería, el jefe de terapias, los médicos adjuntos y los encargados de planta), para analizar y debatir mejoras en el servicio. Tienen en cuenta las políticas, los resultados, los reclamos y la prestación de servicios de tratamiento en el domicilio a fin de proponer e introducir mejoras.

El servicio no recopila sistemáticamente las opiniones de los usuarios, pero hay varios mecanismos para hacer un reclamo, dentro del hospital, en la red comunitaria de salud mental, a través del sistema público del seguro de salud y ante el organismo regional de regulación médica (41-44). Todos los reclamos recibidos por estos organismos se remiten a la dirección del servicio y se responden, por lo que representan una fuente de aprendizaje y mejora constante para el servicio.

Enfoque de recuperación

Los equipos de tratamiento domiciliario constituyen un símbolo del paso de las tradicionales rondas o visitas de los médicos a los pabellones psiquiátricos a reuniones para el trabajo en red, siguiendo un modelo análogo al finlandés (Open Dialogue), con reuniones en las casas de las personas. Este modelo se ha incorporado sistemáticamente al servicio de tratamiento domiciliario y se está integrando en el servicio de hospitalización.

En estas reuniones, son los usuarios y los familiares quienes determinan los asuntos a tratar, y el personal del hospital responde a los temas planteados; se acuerdan planes de recuperación que reflejan los deseos y las preferencias del usuario. Los usuarios deciden quién participará en las reuniones e incluso si estas se realizan o no. El personal del hospital y los miembros de la familia apoyan la toma de decisiones sin ser prescriptivos sobre el tipo de apoyo necesario. El gestor del caso redacta un resumen de la reunión de trabajo en red, que se adjunta al historial del usuario.

Por otro lado, una vez al mes se celebra una reunión abierta de recuperación, similar a los seminarios de psicosis, en un centro comunitario local, fuera del recinto hospitalario, donde se dan cita los usuarios, los familiares y los profesionales para hablar de sus caminos individuales y los obstáculos para la recuperación (45); estas reuniones están abiertas al público. Con carácter más informal, una vez al mes se reúne un grupo de usuarios, familiares y profesionales en un bar del centro, para hablar de todo lo relacionado con la salud mental y de otros temas, mientras comen y toman algo juntos.

Evaluación del servicio

El servicio se ha transformado gradualmente, pasando de ser un departamento hospitalario de psiquiatría tradicional a un servicio comunitario de salud mental (46). Antiguamente, las 79 camas estaban ocupadas la mayor parte del tiempo, pero tras la introducción del tratamiento flexible a domicilio y el hospital de día, la ocupación se ha reducido desde el 95% en el 2016 al 60% en el 2019 y el 52% en el 2020 (47). De hecho, hay menos personas ingresadas en el servicio de hospitalización y más personas atendidas en la clínica ambulatoria o a través del servicio de alcance domiciliario.

Se realiza un control continuo del uso de medidas coercitivas y tratamientos obligatorios. Cabe destacar que, cuando se prohibió la administración forzosa de fármacos en los hospitales psiquiátricos

de Alemania durante un breve tiempo, entre el 2011 y el 2013, el servicio hospitalario de Heidenheim no registró un aumento de otras formas de coerción ni del uso de fármacos en general, mientras que a otros servicios les costó más sobrellevar esta prohibición temporal (29, 48).

El servicio está sujeto a las inspecciones del Ministerio de Asuntos Sociales de Baden-Wurtemberg, que verifica el cumplimiento de las salvaguardias para los usuarios con órdenes de internamiento dictadas en virtud de la ley alemana de salud mental. El último informe, de julio del 2018, señala que “Todo el equipo está comprometido con el objetivo común de establecer y mantener relaciones terapéuticas basadas en la confianza. En resumen, la comisión estima que el departamento de salud mental del Hospital de Heidenheim es un proyecto que actúa como un faro en relación con las medidas coercitivas contempladas en la ley de salud mental” (49).

En Alemania hay 18 regiones modelo de atención integrada. Situadas en varios puntos del país, ofrecen un enorme potencial para la transferencia de conocimientos en materia de financiamiento, políticas, prestación de servicios y evaluación hacia los servicios generales. Aunque está por verse si los resultados de la evaluación se trasladarán a la política de salud en el futuro, todas las regiones modelo evolucionan hacia una atención más flexible, orientada al usuario y prestada en la propia comunidad. Con presupuestos anuales acordados, se protegen los fondos de los seguros de salud públicos y privados ante los aumentos incontrolados en los costos económicos de la atención a la salud mental (50). Lo que diferencia al servicio de Heidenheim de las demás regiones modelo es el fuerte énfasis en la prevención de la coerción y el fomento de un tratamiento flexible conforme a los deseos y las preferencias de los usuarios.

Costos y comparaciones de costos

Como región modelo, el servicio ha suscrito un contrato con todas las aseguradoras de salud públicas y privadas, lo que le permitió obtener un presupuesto anual, calculado según los gastos anteriores en hospitalización, hospital de día y atención ambulatoria. El presupuesto se incrementa anualmente según el aumento de los salarios acordado entre los sindicatos y las empresas públicas de atención médica. El contrato tiene un plazo fijo para los años del 2017 al 2023, con la opción de prorrogarlo otros ocho años. El seguro de salud público y privado cubre todas las opciones de tratamiento. No hay costos adicionales para los usuarios del servicio (47).

Dificultades y soluciones

Implicaciones económicas de los servicios basados en la comunidad

El primer gran desafío fueron las dudas de la gerencia del hospital en torno a las implicaciones económicas de reformar el servicio hacia la prestación en el ámbito comunitario. Por lo general, el traslado del tratamiento del hospital a la comunidad, por lo general, supondría una menor remuneración por parte de las aseguradoras (p. ej., el tratamiento ambulatorio por día cuesta alrededor de €100 (US\$ 121), el tratamiento en el hospital de día cuesta €190 (US\$ 230) y el costo de la hospitalización es de €300 (US\$ 363)^b. Sin embargo, los gastos de personal son los mismos.

Como solución, el hospital negoció un contrato con las aseguradoras, con un presupuesto anual acordado para los servicios de hospitalización, las consultas ambulatorias y el tratamiento a domicilio. Este presupuesto creó incentivos para proporcionar tratamiento y apoyo en la comunidad en lugar de hacerlo en el hospital. También se invitó a médicos de otros centros modelo para que expusieran los resultados económicos de los servicios reformados. El servicio insistió ante muchos de los interesados directos en que no necesitaba más dinero, sino solo la libertad para gastar de forma más efectiva. Obviamente, en este sentido fue muy importante recabar el respaldo de las administraciones locales y regionales.

Superar las reservas del personal

Muchos miembros del personal no estaban motivados para realizar las visitas domiciliarias, y esto representaba una gran dificultad. Mientras que algunos médicos y enfermeras estaban dispuestos de buen grado a aventurarse en la comunidad, ampliando así su perspectiva profesional, otros preferían claramente continuar con su rutina diaria en el centro. Se plantearon inquietudes como la seguridad personal en las visitas, el contagio de enfermedades infecciosas, los problemas de responsabilidad civil y el uso de vehículos de la empresa o de vales/tickets de estacionamiento.

Para superar este obstáculo, el servicio predicó con el ejemplo. Se ofreció al personal la opción de acompañar a médicos más experimentados en las visitas domiciliarias y también se aclaró que las visitas no son solo “una buena acción” después de cumplir con las obligaciones de la hospitalización, sino una prioridad máxima en el nuevo modelo reformado. Es importante destacar que el servicio colaboró con los propios usuarios para elaborar conjuntamente un plan inicial para los médicos, al que luego se sumaron los gerentes y responsables financieros.

Mejorar la contratación

Encontrar y reclutar al personal adecuado resultaba complicado. Muchas personas que buscaban trabajo parecían más interesadas en puestos tradicionales, similares a los que habían visto durante su etapa de estudios o en otros lugares. Para mejorar la calidad de las candidaturas que recibía, el servicio aclaró que buscaba profesionales (de enfermería y medicina) que quisiesen formar parte de un servicio innovador. Otra forma de mejorar la calidad de las contrataciones fue ofrecer muchas oportunidades para que los futuros profesionales de la salud mental aprendieran y experimentasen un trabajo de este tipo durante su capacitación. Así, se organizaron pasantías y contratos para estudiantes de medicina, psicólogos estudiantes de posgrado, enfermeros, asistentes sociales y homólogos.

b Tasa de cambio de marzo del 2021.

Modificar la visión dominante de la psiquiatría

Otra dificultad que surgió fue mantener el impulso innovador en un entorno dominado por los servicios de corte tradicional, que se consideraban “lo normal”. Prestar asistencia en la comunidad, en lugar de hacerlo en el ámbito hospitalario, suscitaba interrogantes sobre la seguridad pública o el bienestar de la persona.

Para superar este problema fue preciso explicar cómo el cambio en la forma de trabajar no provocaría un deterioro de los servicios. Se invitó a los interesados directos (cuerpos de policía, tribunales de tutela y funcionarios de las administraciones locales) a comentar las reservas que tenían en relación con el cambio de servicio. Cuando se plantearon problemas de seguridad pública y en torno a la protección de la salud y el bienestar de los usuarios, el personal tuvo ocasión de explicar cómo es posible abordarlos en la comunidad, con mayor flexibilidad y con respeto por los derechos. Este mensaje resultó muy tranquilizador.

Superar los miedos que conducen a la coerción

Atender a la voluntad y las preferencias de los usuarios constituye una tarea muy difícil en un entorno psiquiátrico donde la coerción es vista como algo necesario y legítimo por parte de muchos empleados y de otros integrantes de la red de salud mental.

Para resolver este problema, el servicio emprendió una campaña de desarrollo de capacidades, educando a su personal sobre los derechos humanos, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la jurisprudencia reciente sobre medidas coercitivas. Además, trató de hacer un análisis crítico continuo de los resultados de los servicios tradicionales. A medida que la prestación de los servicios fue cambiando, se recabó la experiencia de primera mano de los usuarios, antes de poner en marcha las reformas. Sus experiencias, expuestas en las sesiones de capacitación con el personal, resultaron reveladoras.

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:

- definir y monitorear criterios de evaluación del servicio: frecuencia de los internamientos, uso de contenciones y otras intervenciones coercitivas;
- realizar una evaluación del servicio en comparación con los de tipo tradicional;
- divulgar los resultados en la prensa local y otros medios de comunicación, así como en revistas científicas;
- buscar activamente respaldo político;
- renunciar a la especialización (como los pabellones especializados en psicosis, depresión y trastornos límite de la personalidad) y transformarse para brindar una atención longitudinal, estructurada en torno a un plan de recuperación individual acordado con la persona;
- dejar de separar la atención aguda de los tratamientos crónicos o la rehabilitación;
- concebir las discrepancias sobre el diagnóstico y el tratamiento como una oportunidad para entablar un diálogo, no como justificación para aplicar la coerción por “incumplimiento” y “desconocimiento”;

- priorizar el tratamiento domiciliario a la atención hospitalaria, y priorizar los planes de recuperación individuales acordados sobre los protocolos definidos por categorías de diagnóstico;
- garantizar que la atención no esté condicionada a la aceptación de un diagnóstico o al cumplimiento de las pautas farmacoterapéuticas;
- modificar los incentivos de financiamiento que normalmente se utilizan en muchos grandes hospitales psiquiátricos, cuyos fondos dependen del número de camas y de la atención institucional centralizada (frente a los servicios prestados en la comunidad);
- valorar cuáles de las tareas desempeñadas actualmente por profesionales titulados pueden encomendarse a empleados legos o pares.

Información adicional y recursos

Sitio web:

<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum/patienten/kliniken/psychiatrie-psychotherapie-und-psycho-somatik/>

Videos:

Mildere Mittel [“medidas más suaves”], película sobre la experiencia de Heidenheim realizada por un colectivo de usuarios de Berlín [en alemán, con subtítulos en inglés].

<https://vimeo.com/521292563>

Contactos:

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

Correo electrónico: Martin.Zinkler@kliniken-heidenheim.de

2.3

Soteria

Berna (Suiza)



Clasificación principal: Servicio de salud mental hospitalarios

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

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

Financiamiento:

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

Contexto

Berna es una ciudad de Suiza con una población de 140.000 habitantes. Los servicios de hospitalización para personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales se articulan principalmente en hospitales generales públicos, hospitales psiquiátricos (estatales y privados) y centros residenciales. La duración media del ingreso en un hospital psiquiátrico es de 35 días (51). Los servicios ambulatorios se prestan en diferentes entornos, desde clínicas privadas hasta consultorios privados.

La primera casa Soteria se fundó en 1971 en San Francisco (Estados Unidos). El trabajo de esa casa se fundamentaba en la filosofía del “estar con”, es decir, la idea de que ofrecer acompañamiento y apoyo durante una crisis, particularmente en un lugar pequeño, acogedor y familiar (y no un centro clínico), tendría resultados terapéuticos similares o incluso mejores que los de un hospital tradicional, sin llegar a utilizar fármacos o haciendo un uso mínimo (52). Los resultados de aquella iniciativa fueron tan prometedores (53) que pronto abrieron muchos centros parecidos a Soteria en diversos países. Soteria Berna, inspirada en la casa de San Francisco, abrió en 1984 (54, 55).

Situado en la ciudad de Berna, en este centro residencial para crisis pueden alojarse habitantes del cantón de Berna y de los cantones colindantes (55). Constituye un entorno terapéutico alternativo, en el que se utiliza poca medicación para las personas con los denominados “estados extremos” o un diagnóstico de psicosis o esquizofrenia. El servicio está integrado con otros dos servicios psiquiátricos de Berna: los Servicios Psiquiátricos Universitarios (Universitäre Psychiatrische Dienste) y el Grupo de Interés en Psiquiatría Social (Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie). Este último desempeña diversas funciones administrativas y financieras para Soteria. Gracias a su implicación, el servicio

ha podido mantenerse independiente (56). Soteria Berna tiene consideración jurídica de hospital psiquiátrico público y está financiado por el seguro de salud público y el sistema de salud (57).

Soteria Berna colabora estrechamente con otros servicios y profesionales de la salud mental del cantón (58) y recibe derivaciones de médicos generales, psiquiatras particulares y otros hospitales (tanto psiquiátricos como de medicina general).

El modelo de casa Soteria se ha reproducido, en menor o mayor medida, en todo el mundo; hay casas adscritas al hospital Charité de Berlín, en Vermont (Estados Unidos), en Tokio y, la última, en Jerusalén (59-64). Para mantenerse fiel a los principios y valores que sustentan el servicio original, en 1997 se formó en Berna el Grupo de Trabajo Internacional de Soteria. Si bien los nuevos servicios pueden hacer las adaptaciones que proceda a las condiciones locales, para ser reconocidos por el grupo de trabajo deben alcanzar un nivel mínimo en la escala de fidelidad al proyecto, elaborada por la Grupo de Trabajo Internacional de Soteria (65).

Descripción del servicio

El servicio ofrece una atención integral a las personas que sufren un brote psicótico. La idea esencial detrás de Soteria Berna es que el hospital puede ser contraterapéutico en estos casos. La gran cantidad de estímulos externos, la rotación del personal, la falta de intimidad, la opacidad relacionada con el tratamiento, la rigidez e inflexibilidad y las normas complejas son muy estresantes. En cambio, es preferible un entorno que produzca el menor estrés posible.

Por lo tanto, Soteria Berna se rige por los siguientes ocho principios:

- creación de un entorno pequeño, relajante, con pocos estímulos: lo más doméstico y “normal” posible;
- acompañamiento continuo y personalizado de la persona que vive una psicosis;
- continuidad del personal y del uso del mismo enfoque asistencial durante todo el tratamiento;
- colaboración estrecha y continua con la familia y el entorno social de la persona;
- información clara y coherente sobre los problemas de salud mental y los beneficios y riesgos de los tratamientos para la persona interesada, su familia y los profesionales;
- elaboración de objetivos y expectativas comunes en relación con la vivienda y el trabajo en el futuro;
- administración voluntaria de neurolépticos a dosis bajas, con consentimiento libre e informado; el objetivo es la automedicación controlada;
- atención posterior al alta y prevención de las recaídas durante al menos dos años (58).

La casa Soteria se encuentra en un área residencial, cerca del centro de Berna. Cuenta con dormitorios para 10 personas y dos miembros del equipo (66). Tanto el ingreso como el alta se deciden junto con el usuario y, si este desea, con su familia y amistades. La casa está abierta: las personas pueden ir y venir libremente, aun cuando el equipo considere que todavía no están listas para salir de la casa; en estos casos, se informa a la persona que, si quiere, puede regresar. La mayoría de las personas que utilizan el servicio tienen entre 16 y 40 años. La duración media de la estancia es de siete a nueve semanas, pero puede prolongarse hasta tres meses, según las necesidades de la persona. La decisión la toma el equipo de Soteria Berna junto con la persona. En el último decenio, la casa Soteria ha acogido a un promedio de 60 personas por año.

Equipo profesional

En la casa Soteria están presentes en todo momento dos miembros del equipo, generalmente un hombre y una mujer, que trabajan juntos. Son responsables de los programas terapéuticos y de la relación con las familias. Aunque no en su totalidad, casi todos los miembros del equipo son profesionales de la salud mental. En este momento hay cinco enfermeras de salud mental, dos psicólogos, dos educadores y un artista.

El equipo de Soteria Berna realiza una selección meticulosa de los profesionales, valorando su motivación para incorporarse al servicio. Aparte de la formación especializada y la experiencia en asistencia médica, deben reunir muchas cualidades: curiosidad, constancia, interés, valentía, paciencia, flexibilidad, creatividad, independencia, inteligencia, empatía emocional, estabilidad psicológica y capacidad de trabajar en equipo. También se valora especialmente a los candidatos con experiencia propia de un problema mental. Para evaluar su motivación y sus competencias, se organiza una entrevista y un período de prueba de un día. La capacitación práctica es muy intensa, porque el equipo y los usuarios interactúan en estrecha proximidad en la vida cotidiana. Todos los miembros del personal cuentan con supervisión en relación con los casos y las familias, una vez al mes. Los miembros del equipo que están interesados pueden seguir cursos externos sobre técnicas de diálogo abierto (67), asesoramiento orientado a las experiencias (68), una intervención de tipo Hearing Voices y otros abordajes que se consideren útiles para promover la recuperación de la psicosis en el marco conceptual de Soteria.

El equipo trabaja en turnos de más de 48 horas sin interrupción, después del cual tienen varios días libres. Con estos turnos ininterrumpidos se asegura la continuidad y la inmersión en la vida cotidiana de la casa Soteria (69). El equipo completo se reúne una vez por semana, durante medio día para intercambiar información, analizar los planes terapéuticos y participar en sesiones de apoyo entre pares y en la supervisión del personal (66).

Acceso al servicio

Más del 90% de las personas que sufren psicosis pueden recibir tratamiento en Soteria. Anteriormente se aceptaban personas con distintas enfermedades mentales, pero ahora se considera que el entorno hipostimulante que ofrece Soteria es más adecuado para las psicosis (70), por lo que Soteria Berna está dedicado en exclusiva a las personas con este diagnóstico.

Los ingresos en Soteria Berna pueden estar planificados o decidirse de urgencia. Para el ingreso planificado, la persona se entrevista con un miembro del equipo y uno de los dos psiquiatras que ejercen a jornada parcial. En esta entrevista se valora la situación actual y el tipo de estancia en Soteria, que puede ser en régimen interno, diurno o ambulatorio (71).

El ingreso de urgencia es posible en cualquier momento del día o de la noche. El psiquiatra en colaboración con el equipo de guardia decide si hay una cama disponible y si el ingreso es apropiado. En Soteria hay médicos o servicios de urgencias psiquiátricas disponibles las 24 horas del día, todos los días de la semana. El equipo decide si se puede ingresar a la persona de forma segura en el marco de Soteria Berna y si está pasando por un brote psicótico (70). No siempre tiene que mediar la derivación de un médico u hospital. Las personas, la familia o los terapeutas pueden ponerse en contacto con Soteria directamente para pedir el ingreso. También es posible el traslado desde otro hospital psiquiátrico de Suiza, si lo solicitan el psiquiatra o terapeuta. Si se trata de crisis recurrentes, las personas pueden acceder directamente al servicio de día o a los programas ambulatorios, aunque estén utilizando

otros servicios ambulatorios (72). De todas maneras, se procura que una misma persona no reciba tratamiento de más de una unidad al mismo tiempo, ya que puede causarle confusión.

Tratamiento y apoyo

La atención prestada en la casa Soteria se divide en tres fases, cada una de las cuales tiene diferentes objetivos y características terapéuticas:

- La primera fase está pensada para resolver la ansiedad y conseguir la relajación emocional de la persona que está viviendo una psicosis aguda. En esta fase, un miembro del equipo siempre está presente con ella (las 24 horas del día, los siete días de la semana) en un lugar tranquilo y cómodo, con pocos estímulos, llamado “sala de relajación”. Todo se hace en la casa, para ofrecer un ambiente terapéutico de sosiego, sin ansiedad ni presiones. No todas las personas necesitan pasar a la sala de relajación cuando ingresan, sino que la opción está disponible durante toda la estancia y nunca se utiliza como aislamiento.
- En una segunda fase, cuando la crisis va remitiendo, el individuo se integra gradualmente en las actividades cotidianas normales, dentro de la comunidad terapéutica. Esta parte del tratamiento se llama “activación y ajuste de realismo”. Los residentes participan en las actividades domésticas como cocinar, limpiar y hacer planes.
- En la tercera fase, cuando la persona ya se siente preparada, puede recibir ayuda para reincorporarse poco a poco al mundo exterior, con preparación para la reintegración social y profesional y con una planificación para “prevenir recaídas”. A su ritmo, la persona puede pasar a recibir atención continua en la comunidad, ya sea en el servicio de día o exclusivamente en régimen ambulatorio (66).

En la casa Soteria hay dos psiquiatras y un psicólogo a media jornada que, de forma regular, ofrecen información psicoterapéutica integrada a cada persona, realizando al menos una sesión a la semana. Por lo tanto, la psicoterapia está integrada en la práctica terapéutica y abarca una amplia variedad de problemas. En función del estado psíquico de la persona, la psicoterapia comienza lentamente, explorando un terreno común que puedan usar el terapeuta y la persona para trabajar juntos. Se suelen emplear elementos de la terapia cognitivo-conductual para definir los problemas y comenzar a resolverlos. A veces se utilizan técnicas más psicodinámicas. Todos los aspectos de la vida cotidiana, en la casa y en sus alrededores, están organizados conjuntamente por los usuarios y los miembros del equipo, con el objetivo de entablar una relación que se centre en la experiencia compartida de una realidad, y no solo en los problemas de salud mental.

En el 2018, se introdujo el modelo de diálogo abierto (Open Dialogue); varios miembros del equipo siguieron un curso estructurado de dos años para aprender esta técnica. En la reunión semanal de tratamiento, la persona reflexiona sobre la semana que concluye y analiza los siguientes pasos u objetivos con dos miembros del equipo de Soteria y con el psiquiatra o psicólogo responsable de su tratamiento. Además, entre dos y cuatro miembros del equipo escuchan y agregan sus reflexiones al final. El mismo día, la persona recibe por escrito una descripción de la reunión de tratamiento, que puede aprobar. Cada residente también tiene sesiones individuales con un psicólogo o un psiquiatra con capacitación en psicoterapia.

Los familiares y allegados participan del proceso terapéutico desde el principio, siempre con el pleno acuerdo del usuario. También se celebra una reunión mensual, a cargo del equipo, para fomentar la comunicación, comentar sus necesidades y responder a sus dudas (66). En las reuniones con la familia no participa el usuario porque están dedicadas a las necesidades de los familiares y allegados. Sin embargo, estas reuniones solo pueden realizarse con el pleno consentimiento del usuario.

Las visitas están permitidas a cualquier hora del día y de la noche (57). En ocasiones, las madres con niños de corta edad los han mantenido con ellas durante su estancia en Soteria. En el momento del alta, algunas personas son derivadas a otros psiquiatras que trabajan con una filosofía semejante a la de Soteria. El servicio proporciona una forma de atención a domicilio después del alta, pero no durante los fines de semana ni en horario nocturno.

La casa Soteria también cuenta con un apartamento asistido en el centro de la ciudad, llamado Wohnen & Co, que ofrece apoyo para la reincorporación a la vida independiente (73). El apartamento lo comparten dos o tres residentes que reciben ayuda del servicio ambulatorio de atención posterior al alta, en visitas semanales (74). Los residentes pueden vivir en el apartamento un máximo de dos años, pero se les anima y ayuda a buscar su propia vivienda.

Además del servicio ambulatorio de atención posterior al alta (74), Soteria cuenta con un grupo especial para personas que experimentan psicosis y tienen dependencia del cannabis, denominado grupo “Cannabis & Psicosis”, y un grupo de recuperación. Ambos se reúnen una vez por semana con la moderación de un psicólogo y un miembro del equipo con experiencia propia de psicosis (75). También se reúnen una vez al mes un grupo de antiguos residentes y un grupo de apoyo entre pares.

En el 2014, se inauguró un centro de día, a 600 metros de la casa Soteria, al que se puede asistir todos los días o en días determinados. Atiende a personas de entre 16 y 40 años, pero la mayoría de los asistentes tienen entre 17 y 29. El centro de día ofrece el mismo abordaje terapéutico que la casa Soteria, para jóvenes aquejados de cualquier forma de psicosis (asociada o no al consumo de cannabis). Pueden asistir después del alta de un hospital psiquiátrico o de la casa Soteria, o bien para evitar el ingreso en un hospital.

Principios y valores fundamentales del servicio

Respeto de la capacidad jurídica

Preservar el poder personal es un elemento clave de Soteria, que refleja su alineación con la protección y promoción de la capacidad jurídica individual. Siempre se obtiene el consentimiento informado, tanto para el ingreso como para el tratamiento. Si el usuario tiene que firmar algún formulario, el equipo se lo explica en detalle con un lenguaje sencillo.

Desde que comenzaron las reuniones de tratamiento utilizando el modelo de diálogo abierto, se conversa con el usuario, así como con su familia y otros allegados, pero siempre es el usuario quien toma la iniciativa con respecto a todos los tratamientos y las decisiones relativas a su vida, durante y después de la estancia en Soteria. Los profesionales pueden comentar, añadir más ideas e incluso expresar sus dudas e inquietudes, pero son las preferencias del usuario las que prevalecen. Los miembros del equipo y el programa terapéutico tienen como objetivo trabajar con la persona y empoderarla para que elabore un programa de cara a su vida después de Soteria (76). En la escala de fidelidad al proyecto Soteria, el punto octavo atañe a la co-determinación durante el tratamiento (65); “co-determinación” significa que las decisiones sobre los objetivos terapéuticos las toma activamente la propia persona, en conjunto con el equipo. No se realiza ningún tratamiento sin un acuerdo explícito. Se lleva a cabo un proceso de deliberación e intercambio antes de fijar los objetivos del tratamiento.

Soteria facilita el apoyo a la toma de decisiones, en virtud de la filosofía del “estar con”. Ello implica un gran énfasis en pasar tiempo junto con la persona, hasta que se sienta cómoda para tomar una

decisión por sí misma. Esta filosofía impregna las actividades en todo momento, por ejemplo: qué comer; cómo descansar por la noche; cómo hacer frente a las diferentes experiencias; cómo manejar los efectos de la medicación; cómo y cuándo salir de la casa para organizar la reinserción laboral o la rehabilitación; y cómo conseguir ayudas económicas y para vivienda.

Los miembros del equipo respetan las opiniones y decisiones de los usuarios aun cuando no están de acuerdo. El personal siempre les explica qué opciones tienen y promueve una charla entre pares. En lugar de haber actos aislados de toma de decisiones con apoyo, lo que se busca es respetar la libertad de elección de la persona en general.

Se pide a los usuarios que cumplimenten una serie de cuestionarios. El primero, que examina la vulnerabilidad a los síntomas de la psicosis, se utiliza para introducir el modelo biopsicosocial y articular una conversación destinada a que la persona elabore su propio modelo explicativo de por qué ha tenido una psicosis y qué experiencias vitales podrían haber contribuido. Hablar de la vulnerabilidad individual brinda al usuario la oportunidad de integrar la experiencia de la psicosis en su biografía de una manera significativa. El segundo cuestionario, sobre prevención de las recaídas, es a todos los efectos un documento de voluntades anticipadas, en la que la persona indica cuáles son los síntomas de alerta antes de que se produzca una crisis. En este documento se detalla cómo pueden abordar los síntomas de alerta los mismos usuarios u otras personas de confianza, por ejemplo: qué estrategias (no solo medicación) son útiles y cuáles no; a qué hospital prefieren ir; y quién debería llevarlos.

En Soteria se eliminan muchos de los elementos que suelen crear diferenciales de poder entre el personal y los usuarios. Reproduciendo el ambiente de una casa, se intentan evitar las restricciones típicas de una unidad hospitalaria: no hay uniformes, los miembros del personal duermen en la casa y todos participan, sin distinción, en el día a día doméstico. Así, aunque no se eliminan del todo los desequilibrios de poder, sí se reducen y, en consecuencia, se facilita a los residentes que expresen sus dudas, inquietudes y opiniones.

Prácticas no coercitivas

Soteria Berna es un servicio voluntario, es decir, solo ingresan las personas que lo deseen. Uno de los principios básicos es “que los usuarios tomen siempre los psicofármacos por voluntad propia, no por la fuerza” (77). Si alguien no quiere tomar los medicamentos recetados, el personal le explica cuidadosamente —tantas veces como sea necesario— los posibles beneficios y efectos secundarios. Se intenta comprender, desde el punto de vista del usuario, qué dificulta la aceptación de los medicamentos, y se puede informar e involucrar a la familia si la persona está de acuerdo. El personal también comenta los posibles riesgos de no medicarse. En última instancia, sin embargo, se acepta y se respeta la decisión del usuario. El servicio recalca que muchas personas se recuperan sin medicarse.

Todos los miembros del equipo saben que, para crear una atmósfera de confianza, hay que evitar el tono o los gestos agresivos y la expresión acentuada de emotividad. Sin embargo, no se imparte capacitación específica en técnicas no coercitivas.

En Soteria no hay salas de aislamiento y jamás se utilizan las contenciones ni la fuerza bruta. Cuando una persona tiene una psicosis aguda, los miembros del equipo intentan desescalar la crisis ofreciéndole un entorno protector, donde pueda sentirse a salvo y descansar. La sala de relajación, que se utiliza en estos casos, es el equivalente a las salas de confort que hay en algunos centros de salud mental. Se trata de un refugio donde escapar del estrés, con mobiliario cómodo y agradable para los sentidos. La

idea es que los estímulos visuales, auditivos, olfativos y táctiles sean relajantes. Un miembro del equipo permanece todo el día junto a la persona, si así lo desea, y le ofrece atención y apoyo durante la crisis (78).

El personal también trabaja para desarrollar planes individualizados por escrito para algunos usuarios, a fin de ayudarlos a identificar y responder mejor a las sensibilidades y signos de malestar psicológico. Esto se hace siempre de acuerdo con los deseos de la persona.

Si no es posible establecer una alianza de trabajo, o cuando el tratamiento no puede proseguir por algún motivo, la persona puede buscar otra vía de atención por su cuenta o el equipo de Soteria la puede derivar a uno de los hospitales psiquiátricos de la localidad (79). Estos casos no son habituales, y se dan solo dos o tres veces al año. Además, si un usuario se muestra muy agresivo, el personal lo denuncia a la policía, pero estos casos también son sumamente infrecuentes.

Inclusión en la comunidad

Como el servicio se basa en la idea de que realizar actividades cotidianas y recuperarse en un entorno “normal” es terapéutico para la persona que sufre una psicosis, todas las tareas realizadas conciernen a la vida independiente en la comunidad, como limpiar y cocinar. Practicar estas habilidades en el entorno terapéutico de la casa Soteria puede tener un efecto de empoderamiento en los residentes. La segunda y tercera fase del tratamiento, y más tarde la atención ambulatoria, están diseñadas específicamente para que las personas creen vínculos con la comunidad. Puesto que la familia y los amigos pueden acceder a la casa en cualquier momento y los residentes son libres de ir y venir, no hay barreras ni sensación de aislamiento.

Además, los miembros del equipo de Soteria se toman el tiempo para hablar con cada residente de sus proyectos futuros, como el trabajo o la vida independiente. Así, el equipo de Soteria puede facilitar conexiones con los servicios y organizaciones de la comunidad; también les ayudan a construir relaciones positivas en la comunidad. Por ejemplo, un antiguo residente de Soteria afirma en una entrevista que los miembros del equipo coordinaron la negociación con la empresa en la que trabajaba y pactaron las condiciones laborales para que pudiera conservar su trabajo. En sus palabras: “Me quitaron mucha presión de encima en esa situación tan difícil” (74).

Participación

Soteria conecta a los usuarios con antiguos residentes mediante unas sesiones grupales, llamadas “reuniones de antiguos residentes”, que organizan los miembros del equipo y adquieren la forma de apoyo entre pares. Soteria también ayuda a los antiguos usuarios a establecer grupos de apoyo entre pares si existe el interés.

Soteria recopila sistemáticamente los comentarios de los usuarios y los utiliza para mejorar la prestación del servicio. Cada usuario contesta un cuestionario de satisfacción antes del alta, organizado por la Asociación Nacional para el Desarrollo de la Calidad en Hospitales y Clínicas (80). Las preguntas tratan temas como la calidad de los profesionales de Soteria, la información proporcionada (p. ej., sobre la medicación), la preparación para el alta, la posibilidad de plantear dudas y la satisfacción con las respuestas recibidas. Casi el 100% de los usuarios contestan a estos cuestionarios, siempre de forma anónima. Con carácter más informal, también se pregunta a los usuarios si tienen ideas para mejorar el servicio.

En la casa Soteria, una persona con experiencia propia trabaja a tiempo parcial (30%) como arteterapeuta, mantiene charlas individuales sobre la recuperación con los usuarios y colabora moderando los grupos de Cannabis & Psicosis y de recuperación (81); además, vincula a los usuarios con las redes de apoyo mutuo en la comunidad. Estas personas recibieron formación en “participación con experiencia” (*experienced involvement – ex-in*), a través de la asociación Ex-In Schweiz, que capacita a personas con experiencia propia de enfermedad mental para que actúen como trabajadores de apoyo entre pares. También se imparte formación en el Recovery College de Berna, organizado por los Servicios Psiquiátricos Universitarios (82). El trabajador de apoyo entre pares tiene los mismos derechos y goza del mismo respeto que los demás miembros del equipo. También está previsto permitir que las personas con experiencia propia participen en la toma de decisiones de alto nivel de Soteria Berna.

Enfoque de recuperación

El enfoque orientado a la recuperación está expresamente formulado como uno de los ocho principios básicos de Soteria Berna (75) y es parte integral de la actuación y la filosofía del centro. Reconoce el trauma o las experiencias sociales negativas asociadas con la psicosis con un estilo fenomenológico relacional. La idea es dotar de sentido a la experiencia subjetiva de la psicosis, desarrollando una concepción de esta experiencia a través del “estar con” y el “hacer con” (83). Adoptando la idea de que es posible encontrarle un significado a las crisis, se normalizan los sentimientos, así como los comportamientos y los pensamientos que tiene la persona en las fases agudas de la psicosis.

Se presta apoyo a la persona para que elabore un plan de recuperación individual en las áreas de salud, vivienda, trabajo, economía, ocio, etc. Los cuestionarios que utiliza el servicio documentan sistemáticamente las esperanzas, las preocupaciones, las metas y las estrategias de la persona para enfrentarse a situaciones de dificultad y mantenerse bien.

Otros elementos, como un equipo compuesto por profesionales no médicos, la preservación del poder personal del residente, la participación en las redes sociales y las responsabilidades comunes están alineados con el modelo de la recuperación.

Evaluación del servicio

Desde el 2012, los hospitales psiquiátricos tienen la obligación de presentar todos los años una serie de indicadores de calidad asistencial a la Asociación Nacional para el Desarrollo de la Calidad en Hospitales y Clínicas (84). En el 2018 y el 2019, los datos de satisfacción de los usuarios sitúan a Soteria Berna por encima de la media en todos los criterios evaluados, incluida la calidad percibida de la atención, la participación y el consentimiento informado, en comparación con otros hospitales participantes (85). Además, las evaluaciones internas de Soteria Berna entre el 2015 y el 2017 demuestran altos niveles de satisfacción de los usuarios con respecto al éxito del tratamiento, las interacciones con el personal, el apoyo recibido y la inclusión de las redes de apoyo externas (86).

Los resultados de los estudios también indican que Soteria Berna utiliza mucha menos medicación que los tratamientos clásicos. Un estudio de 1992 comparó, con datos emparejados, la evolución de las personas ingresadas en Soteria con las tratadas en centros convencionales (dos hospitales psiquiátricos tradicionales en Suiza, un pabellón de crisis agudas en Suiza; y un hospital alemán) (87). Se analizaron las siguientes variables: síntomas psiquiátricos, situación laboral y habitacional y tasas de recaída inmediatamente después del alta y después de dos años. Al cabo de dos años, no se aprecian diferencias significativas en las principales variables entre los usuarios de Soteria y los ingresados en

los cuatro centros convencionales. Sin embargo, en Soteria se consiguen estos resultados con dosis diarias y totales de neurolépticos significativamente más bajas. Considerando los efectos secundarios de estos medicamentos, se trata de un resultado positivo.

Una revisión sistemática (83) resume los resultados de unos ensayos controlados que “evaluaron la eficacia del programa Soteria para el tratamiento de personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia”. Los autores encontraron tres ensayos controlados, que engloban a un total de 223 participantes diagnosticados de un primer o segundo brote: uno es el estudio controlado de Soteria Berna mencionado anteriormente y dos son estudios de la primera casa Soteria de Estados Unidos. También en este caso, aunque no hay diferencias significativas entre los usuarios de Soteria y los tratados en centros convencionales, los autores señalan que “[Soteria] parece ser al menos igual de efectivo que el tratamiento hospitalario tradicional, pero consigue estos resultados sin administrar medicación antipsicótica como principal medida terapéutica” (88).

Asimismo, durante los tres decenios analizados se registran pocos incidentes de peligro grave. Del total de 50 a 70 casos tratados por año, en promedio, es decir de unos 2.000 casos en total, ha habido tres situaciones de riesgo vital y cinco suicidios (cuatro de ellos fuera de Soteria) (66). La evaluación cuidadosa que se realiza antes del ingreso puede ser la razón de esas cifras tan bajas, pero el servicio afirma que también pueden explicarse por las sólidas relaciones que se construyen con los usuarios.

Es importante señalar que, además de utilizar menos medicación, el método Soteria tiene muchas otras ventajas directas. El paradigma de Soteria se fundamenta en el respeto a los derechos y la dignidad del usuario y en el reconocimiento de la singularidad de su experiencia con la psicosis; esto genera un ambiente más agradable en el que recibir tratamiento (66).

Un usuario reciente afirma: “Cuando estaba en el hospital psiquiátrico, me sentía solo la mayor parte del tiempo. Sí hablaba con los médicos, pero a diferencia de Soteria, no tenía un encuentro personal o una charla con alguien que estuviese allí por mí. Cuando eres muy psicótico, necesitas descanso, tranquilidad y personas que hablen de manera normal [...]. En el hospital siempre me decían: ‘Ahora estás aquí y tienes que esperar’ [...]. También se ofrecían actividades durante el día, pero me faltaba alguien que me motivara y me apoyara [...]. Después de un brote psicótico, el mundo parece sombrío y triste; ayuda mucho recibir esperanza y confianza del exterior, y esa fue mi experiencia en Soteria”. (W. Gekle, Soteria Berna, comunicación personal, 2020).

Un familiar de un residente de Soteria comenta: “Cuando vinimos la primera vez, nos recibió la fragancia de la casa, nos hicieron pasar, tomamos un té [...]. No deja de ser una casa donde vive gente y donde se mantiene una vida normal, a pesar de la situación de locura” (88). Para las personas que tienen un brote psicótico, también resulta valioso permanecer en un ambiente relajante, normalizador y protector, en el que no se ejerce la fuerza ni se imponen aislamientos o contenciones, y en que pueden compartir la experiencia con personas que están pasando por lo mismo.

Costos y comparaciones de costos

Soteria Berna tiene consideración jurídica de hospital psiquiátrico público y está financiado por el seguro de salud y el sistema de salud (57). Recibe una asignación de 673 francos suizos por día (US\$ 751,50) y usuario; esta asignación la cubren el gobierno cantonal (55%) y las aseguradoras de salud (45%).

c Tasa de cambio de febrero del 2021.

En el 2020, los costos de Soteria Berna fueron entre un 6% y un 8% más bajos que los de los hospitales psiquiátricos de Berna que también atienden a personas con episodios psicóticos (89). Esta diferencia también se observa en la casa Soteria de Estados Unidos. Según Ciompi *et al.*, los costos se reducen “porque todas las tareas domésticas (cocinar, ir de compras, limpiar, jardinería) forman parte del programa terapéutico y son realizadas por los propios miembros de la comunidad terapéutica” (75). Además, la permanencia media en Soteria era de unos 90 días, pero se ha reducido gradualmente con el desarrollo de los otros componentes del servicio, descritos anteriormente. Esto, a su vez, ha reducido los costos.

Dificultades y soluciones

Conseguir apoyo económico

Una de las principales dificultades fue la limitación de fondos para desarrollar la casa Soteria. El servicio recurrió a acciones pedagógicas, dirigidas a políticos y responsables de servicios, para que comprendiesen que el servicio sería rentable. Fue posible convencerlos con la opinión de los usuarios que preferían este servicio a los de carácter convencional, después de haber pasado por ambos modelos.

Modificar las percepciones negativas

Soteria Berna se enfrentó a dificultades significativas en cuanto a la desconfianza y la resistencia de otros profesionales de la salud mental. También había una importante desconfianza en el servicio en sí y dudas sobre lo que podría lograr. Una solución ha sido participar en la capacitación de los psiquiatras que están haciendo sus prácticas, dos veces al año. El servicio también realiza una presentación anual dirigida a otros psiquiatras, junto con los usuarios.

Integración en el sistema de salud mental

Un reto importante fue gestionar la evolución desde un proyecto hasta un hospital propiamente dicho, cumpliendo con todas las reglas, reglamentos y compromisos aparejados. La colaboración activa y la creación de redes con otros servicios ayudaron a obtener el apoyo y el aprendizaje necesarios para gestionar esta evolución.

Dirigir el servicio a las personas que más lo necesitan

Inicialmente, como servicio pequeño con solo 10 plazas, Soteria necesitaba una ocupación del 85% para cubrir los costos. Era una dificultad importante, porque ejercía presión para que se admitiese a personas que no eran los verdaderos destinatarios. Además, no siempre se remitía a Soteria a las personas que tenían una crisis de tipo psicótico. Fue preciso hacer un esfuerzo activo por comunicar y presentar el servicio y sus ventajas, para que se hicieran las derivaciones correctas. El servicio tuvo que emprender lo que en efecto era una campaña de relaciones públicas. Además, el personal médico de Soteria se integró en el servicio local de psiquiatría de guardia; esto ayudó a que las derivaciones fuesen más adecuadas.

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:

- encontrar oportunidades de colaboración con otros servicios de salud mental sin poner en entredicho los principios básicos del servicio;
- hacer un esfuerzo importante por recabar el apoyo de fundaciones independientes;
- hacer entender que existen vías alternativas pero igualmente eficaces para la recuperación;
- alentar al personal y a los usuarios a participar activamente en la evaluación;
- fomentar la reflexión crítica en el equipo y no dar por sentado que siempre tienen la razón;
- estar preparados para adaptar la forma de trabajo a los desafíos de la vida real;
- plantearse cómo superar la resistencia de la vecindad a la instalación de un centro de salud mental;
- establecer un contacto positivo con los departamentos de salud y médicos privados, y desplegar buenas relaciones públicas.

Información adicional y recursos

Sitio web:

Soteria Berna (Suiza): www.soteria.ch

Red Soteria internacional: <https://soteria-netzwerk.de/>

Videos:

Einhornfilm. Soteria Berna, 1.^a parte: Fase aguda [en alemán, con subtítulos en inglés].

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

Einhornfilm. Soteria Berna, 2.^a parte: Integración [en alemán, con subtítulos en inglés].

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

Einhornfilm. Soteria Berna, 3.^a parte: Conversación [en alemán, con subtítulos en inglés].

https://www.youtube.com/watch?v=Ggvb_ObrVS8

Contacto:

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

Correo electrónico: Walter.gekle@upd.ch

3.

**Avanzar del concepto
a las buenas prácticas
en los servicios de salud
mental hospitalarios**

El objetivo de este apartado es proporcionar una serie de pasos y recomendaciones prácticas que faciliten los procesos de conceptualizar y planificar un servicio hospitalario de salud mental 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 que se deben seguir.

Pasos para establecer o transformar un servicio hospitalario que se rija por las buenas prácticas

- **Constituir un grupo de interesados directos** cuya experiencia sea crucial para establecer o transformar el servicio en su contexto social, político y económico. A título no limitativo, pueden ser:
 - » responsables de las políticas y gerentes de los sectores social y de salud, personas con experiencia propia y sus organizaciones, profesionales de la salud general y de la salud mental, así como organizaciones asociadas, expertos en leyes, políticos, ONG, entidades de personas con discapacidad, representantes del mundo académico y de la investigación y guardianes de la comunidad como jefes locales, curanderos tradicionales, líderes de organizaciones religiosas, cuidadores y familiares.
- **Dar a todos los interesados la oportunidad de revisar y comentar a fondo los servicios** descritos en este documento, para formarse una idea cabal y un conocimiento detallado. Se trata de una oportunidad para definir los valores, los principios y las características que les gustaría ver incorporados a los servicios de su país, atendiendo al contexto social, político y económico.
- **Contactar a la dirección o a los profesionales de los servicios** que le interesan para obtener información y asesoramiento sobre la creación o transformación de un servicio análogo en su contexto y para comprender los matices del servicio. Hay que plantear preguntas concretas sobre cómo funcionan estos servicios, teniendo en cuenta el contexto local en el que se desarrollarían. Se puede hacer con una visita al servicio o por videoconferencia.
- **Impartir capacitación y educación sobre salud mental, derechos humanos y recuperación** a los grupos que serán más relevantes para establecer o transformar el servicio, con los materiales de capacitación presencial 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 virtual. 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 específicas para establecer o transformar un servicio hospitalario de salud mental:

- ¿El objetivo es transformar un hospital o una unidad de salud mental? ¿O fundar una nueva unidad dentro de un hospital?
- ¿Se ofrecerá apoyo en situaciones de crisis?
- ¿Habrá una unidad de internamiento?
- ¿Habrá una unidad de atención ambulatoria?
- ¿Se ofrecerá tratamiento y apoyo a domicilio?
- ¿Se ofrecerá apoyo a las personas que reciban el alta y se reincorporen a la comunidad?
- ¿Quiénes serán los beneficiarios del servicio? ¿Se excluirá a alguien? ¿Cómo se accederá al servicio?
- ¿Cómo se garantizará la cobertura las 24 horas del día para atender a personas en momentos de crisis?
- ¿Qué tratamientos e intervenciones se prevé ofrecer?
 - » evaluación de las necesidades de apoyo y diagnóstico, con el consentimiento de la persona;
 - » terapia orientada a la atención de los traumas;
 - » planes de recuperación centrados en la persona;
 - » psicoterapia, p. ej., terapia cognitivo-conductual;
 - » resolución de problemas y activación conductual o programación de actividades;
 - » asesoramiento o terapia de apoyo individual y grupal;
 - » psicofármacos y otra medicación (incluida la prescripción de farmacoterapia, así como ayuda para dejar la medicación correctamente);
 - » diálogo y reuniones con familiares, amigos y acompañantes (con el consentimiento del usuario);
 - » apoyo de transición para las personas que regresan a su hogar y comunidad;
 - » teléfono de atención en crisis;
 - » apoyo de pares;
 - » otros.
- ¿Cómo se hará la evaluación, el abordaje o la derivación de las personas que tengan problemas de salud física?
- ¿Se prestará asistencia a los centros comunitarios de salud mental, a los servicios de alcance comunitario, a los servicios de apoyo a la vida cotidiana, etc., con consultas especializadas, supervisión y capacitación?
- ¿Qué recursos humanos se necesitarán (p. ej., profesionales de la medicina, incluida la psiquiatría y la medicina general, entre otros, así como de la psicología y de la enfermería, asistentes sociales, trabajadores de apoyo entre pares, terapeutas ocupacionales, trabajadores de alcance comunitario, agentes comunitarios o trabajadores legos (no profesionales),

personal administrativo, etc.)? ¿Qué habilidades y capacitaciones necesitarán para brindar un servicio de calidad y basado en la evidencia, en línea con los derechos humanos?

- ¿Qué interrelación habrá entre este servicio y los demás servicios y prestaciones de la red? ¿Y con otros recursos de la comunidad? ¿Cómo serán los sistemas de derivación en uno y otro sentido?
- ¿Qué estrategias y capacitación se prevé adoptar para hacer realidad la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la participación, la inclusión en la comunidad y la orientación a la recuperación?^d

■ Capacidad jurídica

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

■ Prácticas no coercitivas

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

^d 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*.

■ Participación

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

■ Inclusión en la comunidad

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

■ Recuperación

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

- Preparar una propuesta o ficha conceptual que describa los problemas del proceso, detallando los pasos para configurar el servicio, la visión y el funcionamiento de la red de servicios, según la cartera de servicios que se proporcionarán. Habrá que incluir lo siguiente:
 - » » recursos humanos, capacitación y supervisión;
 - » » relación del servicio con otros servicios sociales y de salud mental del ámbito local;
 - » » estrategias para garantizar que se respetan los principios de derechos humanos concernientes a la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la inclusión en la comunidad y la participación, junto con el enfoque orientado a la recuperación;
 - » » detalles sobre el seguimiento y la evaluación del servicio;
 - » » costos del servicio, incluida una comparación con los servicios que ya están en funcionamiento.
- Obtener los recursos financieros necesarios para establecer o transformar el servicio, explorando todas las posibilidades, como los sectores públicos de bienestar social y salud, los organismos de seguros de salud, las ONG, los donantes privados, etc.
- Establecer y poner en marcha el servicio de acuerdo con los requisitos administrativos, financieros y legales.
- Monitorear y evaluar el servicio de manera continua, publicando estudios que incorporen variables de satisfacción de los usuarios, calidad de vida, criterios de inclusión comunitaria (empleo, educación, generación de ingresos, vivienda, protección social), recuperación, reducción de síntomas, evaluación de la calidad y situación de los derechos humanos (p. ej., con el instrumento de evaluación 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, así como para responder a sus dudas.
- Abogar por el servicio y promoverlo ante todos los interesados (políticos, responsables de las políticas, seguros de salud, medios de comunicación, personas directamente afectadas, familias, ONG, entidades de discapacidad y la comunidad en general). Esto también implica una labor de promoción activa a través de los medios tradicionales y las redes sociales. Subrayar en público los éxitos del servicio puede ser una buena estrategia para sumar apoyos.
- Implementar las estrategias y los sistemas necesarios para garantizar la sostenibilidad del servicio.

Referencias

1. Cohen A, Minas H. Global mental health and psychiatric institutions in the 21st century. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017; 26: 4-9. doi: 10.1017/S2045796016000652.
2. *Living in chains. Shackling of people with psychosocial disabilities worldwide.* Nueva York: Human Rights Watch; 2020 (https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2020/10/global_shackling1020_web_2.pdf, consultado el 19 de febrero del 2021).
3. *Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region.* Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2018 (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf, consultado el 1 de septiembre del 2020).
4. Heggdal D, Fosse R, Hammer J. Basal exposure therapy: a new approach for treatment-resistant patients with severe and composite mental disorder. *Front Psychiatry.* 2016; 7: 198. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00198.
5. Heggdal D. Basal exposure therapy (BET) alternative to coercion and control in suicide prevention [video]. Oslo: Stiftelsen Humania; 2017 (<https://www.youtube.com/watch?v=fsfdrFoEhfQ&t=324s>, consultado el 4 de junio del 2020).
6. Hammer J, Heggdal D, Lillelien A, Lilleby P, Fosse R. Drug-free after basal exposure therapy. *Tidsskrift for Den norske legeforening.* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.17.0811.
7. Heggdal D. *Basal exposure therapy (BET). Basic principles and guidelines.* Oslo; 2012 (<https://vestreviken.no/Documents/Helsefaglig/BET%20-%20Basal%20eksponeringsterapi/BET%20principles%20and%20guidelines.pdf>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
8. Craske MG, Treanor M, Conway CC, Zbozinek T, Vervliet B. Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behav Res Ther.* 2014; 58: 10-23. doi: 10.1016/j.brat.2014.04.006.
9. Hammer J, Fosse R, Lyngstad Å, Møller P, Heggdal D. Effekten av komplementær ytre regulering (KYR) på tvangstiltak [Effects of complementary external regulation (CER) on coercive measures]. *Tidsskrift for Norsk psykologforening.* 2016; 53: 518-29.
10. Heggdal D, Hammer J, Alsos T, Malin I, Fosse R. Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid.* 2015;12:119-28.
11. Whitaker R. A tale of two studies. En: Mad in America [sitio web]. Cambridge: Mad in America; 2018 (<https://www.madinamerica.com/2018/03/a-tale-of-two-studies/>).
12. Hammer J, Ludvigsen K, Heggdal D, Fosse R. Reduksjon av unngåelsesatferd og innleggelse grunnet villet egenskade etter Basal eksponeringsterapi (BET). *Suicidologi.* 2017; 22: 20-6. doi: 10.5617/suicidologi.4682.
13. Malin IS, Alsos TH. "Å våge å forholde seg til livets smerte": en kvalitativ evaluering av basal eksponeringsterapi [tesis]. Oslo: Universidad de Oslo; 2011.
14. Hammer J, Heggdal D, Ludvigsen K. *Inn i katastrofelandskapet erfaringer fra Basal eksponeringsterapi.* Oslo: Abstrakt forlag; 2020.
15. Kliemt R, Häckl D, Neumann A, Schmitt J. *Modellprojekte zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen nach § 64b SGB V – Überblick und erste Ergebnisse der bundeseinheitlichen Evaluation.* Berlín: Barmer Gesundheitswesen aktuell; 2018 (<https://www.barmer.de/blob/165616/71d7a90b5d-ff50f83bc9d39bf4b7517f/data/dl-08-modellprojekte-zur-ver-sorgung-psychisch-erkrankter-mens-chen.pdf>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
16. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB) - Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477): § 64b SGB V Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen. República Federal de Alemania; 1989 (consultado el 18 de enero del 2021).

17. Trittner G. Gemeindepsychiatrischer Verbund wird gegründet. *Heidenheimer Zeitung*. 27 de marzo del 2012 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/gemeindepsychiatrischer-verbund-wird-gegruen-det-31541396.html>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
18. Klinikum bekennt sich zu kommunaler Trägerschaft. *Heidenheimer Zeitung*. 24 de enero del 2020 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/datenpanne-klinikum-gab-versehentlich-klarnamen-heraus-42883034.html>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
19. Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M. A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatr Serv*. 2008; 59: 63-71. doi: 10.1176/ps.2008.59.1.63.
20. Flammer E, Steinert T. The case register for coercive measures according to the law on assistance for persons with mental diseases of Baden-Wuerttemberg: conception and first evaluation. *Psychiatr Prax*. 2019; 46: 82-9. doi: 10.1055/a-0665-6728.
21. Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin. Berlín: Asociación Médica Alemana; 2016: (https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/SNEntscheidung2016.pdf, consultado el 31 de diciembre del 2020).
22. Zinkler M, De Sabbata K. Unterstützte Entscheidungsfindung und Zwangsbehandlung bei schweren psychischen Störungen ein Fallbeispiel. *Recht Psychiatr*. 2017; 35: 207-12.
23. Zinkler M. Supported decision making in the prevention of compulsory interventions in mental health care. *Front Psychiatry*. 2019; 10: 137. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00137.
24. Zinkler M, Mahlke CI, Marschner R. *Selbstbestimmung und Solidarität*. Colonia: Psychiatrie Verlag GmbH; 2019.
25. Borasio GD, Heßler HJ, Wiesing U. Patientenverfügungsgesetz. Umsetzung in der klinischen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt*. 2009; 160: 1952-7.
26. Zinkler M. Umgang mit gewaltbereiten Patienten und Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Heidenheim. Heidenheim; 2018 (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum-wAssets/docs/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/Konzept-Umgang-mit-Gewalt-und-Zwangsmassnahmen-Nov-16.pdf>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
27. Marschner R, Zinkler M. Das Recht auf Einsicht in psychiatrische Krankenunterlagen: rechtlich umfassend und therapeutisch sinnvoll. *Recht Psychiatr*. 2011; 29: 3-7.
28. Weitz H-J. Bericht der Ombudsstelle beim Ministerium für Soziales und Integration nach § 10 Abs. 4 PsychKHG. 2018 (https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/Ombudsstelle_Landtagsbericht-2018.pdf, consultado el 31 de diciembre del 2020).
29. Zinkler M. Germany without coercive treatment in psychiatry – a 15 month real world experience. *Laws*. 2016; 5: 15. doi: 10.3390/laws5010015.
30. Zinkler M, Waibel M. Auf Fixierungen kann in der klinischen Praxis verzichtet werden - ohne dass auf Zwangsmedikation oder Isolierungen zurückgegriffen wird [Inpatient mental health care without mechanical restraint, seclusion or compulsory medication]. *Psychiatr Prax*. 2019; 46: 225. doi: 10.1055/a-0893-2932.
31. Mayer M, Vaclav J, Papenberg W, Martin V, Gaschler F, Özköylü S. *Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege: Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie* (3.^a ed.). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG; 2017.
32. Mayer M. PAIR - Das Training zur Aggressionshandhabung: Präsentation eines Trainingsprogramms zur Prävention von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Settings. 2007 (https://www.researchgate.net/publication/280931328_PAIR_-_Das_Training_zur_Aggressionshandhabung_Prasentation_eines_Trainingsprogramms_zur_Pravention_von_Aggression_und_Gewalt_in_psychiatrischen_Settings, consultado el 31 de diciembre del 2020).

33. Pajonk F-K, Messer T, Berzewski H. *S2k-Leitlinie 'Notfallpsychiatrie'*. Fráncfort: Asociación de Sociedades Científicas Médicas de Alemania; 2019 (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-023l_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf, consultado el 31 de diciembre del 2020).
34. Beine KH, Von Cranach M, Osterfeld M, Kaiser M, Weinmann S, Aderhold V et al. Grundsätzliche Ablehnung der EKT unter Zwang. *Psychiatr Prax.* 2018; 45: 219-20. doi: 10.1055/a-0582-4018.
35. Zinkler M, Beine KH, Von Cranach M, Osterfeld M, Kaiser M, Weinmann S et al. Zwangsbehandlung mit Elektrokrampftherapie - wissenschaftlich ungesichert und menschenrechtlich fragwürdige Therapie [Compulsory treatment with electroconvulsive therapy - scientifically unproven and questionable therapy with respect to human rights]. *Nervenarzt.* 2018; 89: 837-8. doi: 10.1007/s00115-018-0558-5.
36. Kummer S. Hometreatment - Wenn die Klinik nach Hause kommt. *Heidenheimer Zeitung.* 14 de abril del 2018 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
37. Müller R, Kummer S. Medizin: Hausbesuch statt Psychiatrie. *Südwest Presse.* 19 de junio del 2018 (<https://www.swp.de/suedwesten/landespolitik/hausbesuch-statt-psychiatrie-27011072.html>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
38. Kummer S. Gute Bewertung für Psycho-Prävention. *Heidenheimer Zeitung.* 29 de abril del 2016 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
39. Kummer S. Beratung für psychisch Kranke auf Augenhöhe. *Heidenheimer Zeitung.* 21 de junio del 2016 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
40. Kierey B. Zur Wirkungskraft und Anwendung der Rhythmischen Einreibungen nach Wegman/Hauschka in der ambulanten Pflege. *Schweizerische Zeitschrift für Ganzheitsmedizin.* 2016; 28: 333-5. doi: 10.1159/000452847.
41. Lob und Beschwerdemanagement im Klinikum Heidenheim. En: Klinikum Heidenheim [sitio web]. Heidenheim: Klinikum Heidenheim; s.f. (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum/patienten/ihr-aufenthalt/Lob-und-Beschwerdemanagement.php>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
42. Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle). En: Landratsamt Heidenheim [sitio web]. Heidenheim: Gobierno del Condado de Heidenheim; s.f. (consultado el 31 de diciembre del 2020).
43. Lob oder Kritik - Geben Sie uns Ihr Feedback. En: AOK Die Gesundheitskasse [sitio web]. Stuttgart: AOK Die Gesundheitskasse; s.f. (<https://www.aok.de/pk/kontakt/lob-kritik/>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
44. Hilfe bei ärztlichen Behandlungsfehlern. En: Landesärztekammer Baden-Württemberg [sitio web]. Stuttgart: Asociación Médica Estatal de Baden-Wurtemberg; s.f. (<https://www.aerztekammer-bw.de/20buerger/40behandlungsfehler/index.html>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
45. Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatr Serv.* 2005; 56: 1441-3. doi: 10.1176/appi.ps.56.11.1441.
46. Nyhuis PW, Zinkler M. Offene Psychiatrie und gemeindepsychiatrische Arbeit [Open-door psychiatry and community mental health work]. *Nervenarzt.* 2019; 90: 695-9. doi: 10.1007/s00115-019-0744-0.
47. Zinkler M. Modellvorhaben nach §64b SGB V in der Corona-Pandemie: Versorgung, Struktur und Zwangsmaßnahmen. *Recht Psychiatr.* [en prensa].
48. Flammer E, Steinert T. Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf die Häufigkeit aggressiver Vorfälle und freiheitseinschränkender mechanischer Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Störungen [Impact of the temporary lack of legal basis for involuntary treatment on the frequency of aggressive incidents, seclusion and restraint among patients with chronic schizophrenic disorders]. *Psychiatr Prax.* 2015; 42: 260-6. doi: 10.1055/s-0034-1370069.

49. Besuchskommission nach §27 PsychKHG. Stuttgart: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Familia, Mujer y Tercera Edad de Baden-Wurtemberg; 2018 (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum-wAs-sets/docs/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/Besuchskommission-2018.pdf>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
50. Zwischenergebnisse zur Evaluation von Modellvorhaben für sektorenübergreifende Versorgung psychisch kranker Menschen nach §64b SGB V (EVA64) beim DKVF vorgestellt. En: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden [sitio web]. Dresde: Hospital Universitario Carl Gustav Carus; 2019 (<https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/zegv/news/eva64-dkvf>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
51. Schneeberger AR, Schwartz BJ. The Swiss mental health care system. *Psychiatric Services*. 2018; 69: 126-8. doi: 10.1176/appi.ps.201700412.
52. Ciompi L. The Soteria concept. Theoretical bases and practical 13-year-experience with a milieu therapeutic approach of acute schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1997; 99: 634-50.
53. Mosher LR, Menn AJ. Community residential treatment for schizophrenia: two-year follow-up data. *Hosp Community Psychiatry*. 1978; 29: 715-23. doi: 10.1176/ps.29.11.715.
54. Mosher LR, Menn A. Soteria: an alternative to hospitalization for schizophrenia. *New Dir Ment Health Serv*. 1979; 1: 73-84. doi: 10.1002/yd.23319790108.
55. Soteria-Gedanke. En: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria [sitio web]. Bremen: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; s.f. (<https://soteria-netzwerk.de/entstehung-des-soteria-gedankens>, consultado el 4 de octubre del 2019).
56. Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern (igs Bern) [sitio web]. Berna: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; s.f. (<https://www.igsbern.ch>, consultado el 16 de febrero del 2021).
57. Parizot S, Sicard M. Antipsychiatry n° 10. *L'information psychiatrique*. 2014; 90: 777-88.
58. Soteria Bern - psychiatric hospital. En: Hospital Comparison Switzerland [sitio web]. Zürich: Hospital Comparison Switzerland; 2017 (<https://which-hospital.ch/quality-ratings.php?fc=2&hid=53>, consultado el 1 de enero del 2021).
59. Soteria Israel stories [sitio web]. Jerusalén: Soteria Israel; s.f. (<https://soteria.org.il/soteria-stories/>, consultado el 9 de noviembre del 2019).
60. Whitaker R. Soteria Israel: a vision from the past is a blueprint for the future. En: Foundation for Excellence in Mental Health Care [sitio web]. Wilsonville: Foundation for Excellence in Mental Health Care; 2018 (consultado el 31 de diciembre del 2020).
61. Katz S, Friedlander A, Lichtenberg P. ירטוס תיב - הירטוס תוריש - זופשא תעינמל שדח תוריש [Soteria House, a new service for preventing psychiatric hospitalization: three vignettes and a discussion]. *Harefuah*. 2019; 158: 445-48.
62. Tokyo Soteria [sitio web]. Tokio: Tokyo Soteria; 2019 (<https://soteria.jp/>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
63. Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria [sitio web]. Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; s.f. (<https://soteria-netzwerk.de/>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
64. Remsen N. Dream House: Soteria Vermont welcomes mental health patients. *Seven Days - Vermont's Independent Voice*. 3 de junio del 2015 (<https://www.sevendaysvt.com/vermont/dream-house-soteria-vermont-welcomes-mental-health-patients/Content?oid=2643104>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
65. Soteria Fidelity Scale. Bremen: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; 2019 (<https://soteria-netzwerk.de/wp-content/uploads/2019/04/Soteria-Fidelity-Scale-Version-15.04.19.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
66. Ciompi L. An alternative approach to acute schizophrenia: Soteria Berne, 32 years of experience. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother*. 2017; 168: 10-3. doi: 10.4414/sanp.2017.00462.

67. Offener Dialog [sitio web]. Solingen: GpG NRW - Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gemeinnützige GmbH; s.f. (<http://www.offener-dialog.de>, consultado el 19 de febrero del 2021).
68. Das efc Institut [sitio web]. Kropp: Das efc Institut; s.f. (<https://www.efc-institut.de>, consultado el 19 de febrero del 2021).
69. Einhornfilm. Part 1 - Soteria Berne - Acute [en alemán con subtítulos en inglés] [video]: Einhornfilm; 2013 (<https://www.youtube.com/watch?v=fMoJvwMZrk>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
70. Ciompi-Lausanne L. mov58 [video]. Brussels: colloque communautés thérapeutiques Bruxelles; 2015 (https://www.youtube.com/watch?v=EUUI7x_pPgQ, consultado el 30 de diciembre del 2020).
71. Soteria Bern - Konzept - Integrierte Versorgung. En: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [sitio web]. Berna: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/wAssets/docs/soteria/KonzeptIntegrierteVersorgung.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
72. Aufnahme. En: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [sitio web]. Berna: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/de/soteria/aufnahme.php>, consultado el 6 de octubre del 2019).
73. Soteria Bern - Konzept Wohnen & Co. En: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [sitio web]. Berna: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (https://www.igsbern.ch/wAssets/docs/soteria/Konzept_Wohnen-und-Co.pdf, consultado el 13 de enero del 2021).
74. Einhornfilm. Part 2 - Soteria Berne - Integration [en alemán con subtítulos en inglés] [video]: Einhornfilm; 2013 (<https://www.youtube.com/watch?v=8ilj7BcS7XU>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
75. Soteria Berne: an alternative treatment of acute schizophrenia. En: Luc Ciompi - Psychiatrist and Author [sitio web]. Berna: Luc Ciompi - Psychiatrist and Author; 2018 (<http://www.ciompi.com/en/soteria.html>, consultado el 1 de enero del 2020).
76. Therapeutische Grundsätze. En: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [sitio web]. Berna: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/de/soteria/therapeutische-grundsätze.php>, consultado el 9 de noviembre del 2019).
77. Ingle M. How does the Soteria House heal? [sitio web]. Cambridge: Mad in America; 2019 (<https://www.madinamerica.com/2019/09/soteria-house-heal/>, consultado el 1 de enero del 2021).
78. *Freedom from coercion, violence and abuse*. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Ginebra: OMS; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329582>, consultado el 21 de enero del 2021).
79. Ciompi L, Hoffmann H. Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry*. 2004; 3: 140-6.
80. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics] (ANQ) [sitio web]. Berna: Asociación Nacional para el Desarrollo de la Calidad en Hospitales y Clínicas; s.f. (www.anq.ch, consultado el 19 de febrero del 2021).
81. Verein EX-IN Schweiz [sitio web]. Biel: Verein EX-IN Schweiz; s.f. (<https://www.ex-in-schweiz.ch/>, consultado el 19 de febrero del 2021).
82. Recovery College Bern. En: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern [sitio web]. Berna: Servicios Psiquiátricos Universitarios; s.f. (consultado el 30 de diciembre del 2020).
83. Calton T, Ferriter M, Huband N, Spandler H. A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2008; 34: 181-92. doi: 10.1093/schbul/sbm047.

84. Nationaler Vergleichbericht 2018. Berna: Asociación Nacional para el Desarrollo de la Calidad en Hospitales y Clínicas; 2019 (Consultado el 7 de julio del 2020).
85. Messergebnisse Psychiatrie, Soteria 2014. En: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [sitio web]. Berna: Asociación Nacional para el Desarrollo de la Calidad en Hospitales y Clínicas; 2014 (https://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnis-se-psychiatrie/step3/measure/35/year/2019/nr/24679/?no_cache=1&tx_anq_anqpublicarea%5BsuchEingabe%5D=soteria&-cHash=d08375155cd588986d5eb3f7183e2e09#skalen, consultado el 7 de julio del 2020).
86. Internal evaluation of Soteria House Berne 2015-2017. En: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern. Berna: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; s.f. (<https://www.igsbern.ch/de/behandlung/soteria-3.html#section-40>, consultado el 31 de diciembre del 2020).
87. Ciompi L, Dauwalder H-P, Maier C, Aebi E, Trutsch K, Kupper Z et al. The pilot project 'Soteria Berne': clinical experiences and results. *Br J Psychiatry*. 1992; 161: 145-53. doi: 10.1192/S0007125000297183.
88. Einhornfilm. Part 3 - Soteria Berne - Conversation [en alemán con subtítulos en inglés] [video]: Einhornfilm; 2013 (https://www.youtube.com/watch?v=Ggvb_ObrVS8&t=1s, consultado el 30 de diciembre del 2020).
89. Übersicht stationäre Spitaltarife 2020 Kanton Bern. En: Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion. Berna: Dirección de Salud, Servicios Sociales e Integración del Cantón de Berna; 2020 (https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitalfinanzierung/superprovisorischetarife.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalversorgung/Tarife/Tarifue-bersicht_2020.pdf, consultado el 1 de enero del 2021).

