

Módulo
técnico



Servicios de salud mental de alcance comunitario

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

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Módulo
técnico

Servicios de salud mental de alcance comunitario

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

Versión oficial en español de la obra original
Community outreach mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches
© Organización Mundial de la Salud, 2021
ISBN: 978-92-4-002580-6 (versión electrónica)

Servicios de salud mental de alcance comunitario: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos
ISBN: 978-92-75-32600-8 (PDF)
ISBN: 978-92-75-12600-4 (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 descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

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

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Servicios de salud mental de alcance comunitario: 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/10.37774/9789275326008>.

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

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

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

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

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

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

NMH/MH/2022

Diseño y maquetación por Genève Design.

Créditos de las fotos: Fotos de la portada: Atmiyata Gujarat. Pg. 6: Atmiyata Gujarat. Pg. 16: Friendship Bench. Pg. 36: Naya Daur – Jayati Saha, Iswar Sankalpa.

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 de alcance comunitario: descripción y análisis 5

2.1 <i>Atmiyata</i> Gujarat (India)6
2.2 Friendship Bench Zimbabwe	16
2.3 Home Focus West Cork (Irlanda)	25
2.4 Naya Daur Bengala Occidental (India)	35
2.5 Ómbudsman personal Suecia	44

3. Avanza del concepto a las buenas prácticas en los servicios de salud mental de alcance comunitario 56

Referencias	59
-----------------------	----

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 Psychotherapy 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 (Zimbabwe): Dixon Chibanda, director ejecutivo; Ruth Verhey, directora de programas (Harare (Zimbabwe)).

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); Eileen Chui, consultora del Departamento de Psiquiatría, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Joel D. Corcoran, director ejecutivo, Clubhouse International, Nueva York, (Estados Unidos); Enzo Lee, miembro del personal de Phoenix Clubhouse, Phoenix Clubhouse/Departamento de Terapia Ocupacional de Clubhouse, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Francez Leung, directora de Phoenix Clubhouse, terapeuta ocupacional, Phoenix Clubhouse/Departamento de Terapia Ocupacional, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Eric Wong, miembro del personal de Phoenix Clubhouse, Phoenix Clubhouse/Departamento de Terapia Ocupacional de Clubhouse, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Mimi Wong, miembro del personal de Phoenix Clubhouse, RAE de Hong Kong, República Popular China; Eva Yau, miembro

honoraria de Friends of Phoenix Clubhouse, miembro de la facultad de Clubhouse International, directora fundadora de Phoenix Clubhouse, RAE de Hong Kong (República Popular China).

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

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

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

Tupu Ake (sur de Auckland, Nueva 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 Chammy, 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 Grigaite, ONG Mental Health Perspectives (Lituania); Ahmed Hankir, Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencias, King's College de Londres (Reino Unido); Sarah Harrison, International Medical Corps (Turquía); Akiko Hart, National Survivor User Network (Reino Unido); Hee-Kyung Yun, Centro Colaborador de la OMS para la Rehabilitación Psicosocial y la Salud Mental Comunitaria, Hospital Mental Yong-In (República de Corea); Helen Herrman, Orygen y Centro de Salud Mental Juvenil, Universidad de Melbourne (Australia); Mathew Jackman, Global Mental Health Peer Network (Australia); Florence Jaguga, hospital docente y de referencia Moi (Kenya); Jazmín Kalha, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Olga Kalina, European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry (Dinamarca); Elizabeth Kamundia, Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya (Kenya); Clement Kemboi Cheptoo, Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya (Kenya); Tim Kendall, Salud Mental, NHS England (Reino Unido); Judith Klein, INclude-The Mental Health Initiative (Estados Unidos); Sarah Kline, United for Global Mental Health (Reino Unido); Humphrey Kofie, Sociedad de Salud Mental de Ghana (Ghana); Martijn Kole, Lister Utrecht Enik Recovery Center (Países Bajos); Géry Kruhelski, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Kimberly Lacroix, Bapu Trust for Research on Mind and Disclosure (India); Rae Lamb, Te Pou o te Whakaaro Nui (Nueva Zelanda); Marc Laporta, Centro de Investigación del Hospital Douglas, Centro Colaborador de la OPS/OMS para Referencia e Investigación sobre Salud Mental, Montreal (Canadá); Tuncho Levav, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad de Haifa (Israel); Konstantina Leventi, The European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (Bélgica); Long Jiang, Shanghai Mental Health Centre, Universidad de Shanghai Jiao Tong, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación en Salud Mental (China); Florence Wangechi Maina, Medical Training College de Kenya, Mathari Campus (Kenya); Felicia Mburu, Validity Foundation (Kenya); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, David McGrath Consulting (Australia); Roberto Mezzina, International Mental Health Collaborating Network (IMHCN), Italia, exdirector del Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia del Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Matilda Mghoi, División de Salud Mental del Ministerio de Salud (Kenya); Jean-Dominique Michel, Pro Mente Sana (Suiza); Tina Minkowitz, Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry (Estados Unidos); Faraaz Mohamed, Open Society Foundations (Estados Unidos); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (Reino Unido); María Francesca Moro, Departamento de Epidemiología de la Facultad de Salud Pública de Mailman, Universidad de Columbia (Estados Unidos); Marina Morrow, Realizing Human Rights and Equity in Community Based Mental Health Services, Universidad de York (Canadá); Joy Muhia, QualityRights Kenya, División de Salud Mental del Ministerio de Salud (Kenya); Elizabeth Mutunga, Alzheimer and Dementia Organization (Kenya); NA-Rae Jeong, Centro Colaborador de la OMS para la Rehabilitación Psicosocial y la Salud Mental Comunitaria, Hospital Mental Yong-In (República de Corea); Lawrence Nderi, Hospital Nacional Académico y de Referencia Mathari (Kenya); Mary Nettle, consultora de usuarios de salud mental (Reino Unido); Simon Njuguna Kahonge, Ministerio de Salud (Kenya); Akwasi Owusu Osei, Autoridad de Salud Mental (Ghana); Cláudia Pellegrini Braga, fiscalía de Río de Janeiro (Brasil); Sifiso Owen Phakathi, Dirección de Salud Mental y Política de Consumo de Sustancias Psicoactivas del Departamento de Salud (Sudáfrica); Phillips de Ross, Pathways

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Agradecimientos especiales

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

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

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

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

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

Resumen

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

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

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

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

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

Mensajes clave de estas orientaciones

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

Ejemplos de servicios comunitarios de salud mental con buenas prácticas

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

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

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

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

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

También se requieren cambios importantes en el sector social

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

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

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

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

Ampliación de las redes de servicios de salud mental

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

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

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

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

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

Recomendaciones clave

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

1

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

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

2

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

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

3

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

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

4

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

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

5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En concreto, en los módulos técnicos:

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

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

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

Cómo usar los documentos

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

Estos documentos están dirigidos a:

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

Nota sobre la terminología

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

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

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

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

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

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

1.

Introducción

Los servicios de alcance comunitario ofrecen atención y apoyo a la población en sus domicilios o en otros lugares donde se encuentren, como la calle y los espacios públicos. Suelen estar constituidos por equipos itinerantes de asistentes sociales y agentes de salud, así como por miembros de la comunidad.

Las prestaciones ofrecidas mediante alcance comunitario son variadas. Como se aprecia en este módulo técnico, se puede proporcionar atención y orientación psicoafectiva, así como apoyo para la medicación, para la realización de actividades diarias y para necesidades básicas (vida asistida), o para permitir a las personas tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y otros aspectos de su vida. Los servicios de alcance comunitario pueden ayudar a las personas a adquirir o recobrar un sentimiento de control sobre su vida y su proceso de recuperación. También son cruciales a la hora de conectar a las personas con los servicios existentes en la comunidad y las orientan dentro de los sistemas de salud y atención social. Además, los servicios de alcance comunitario a menudo proporcionan información sobre salud mental y pueden participar en iniciativas de prevención y promoción de la salud mental.

Versátiles, dinámicos y flexibles, algunos servicios de alcance comunitario llegan a poblaciones marginadas que de otra manera no tendrían acceso a ellos. Varios de los servicios reseñados en este módulo técnico atienden específicamente a personas sin hogar o residentes de zonas rurales, por ejemplo.

Las buenas prácticas ilustradas en este módulo técnico ponen de relieve la importancia de respetar el derecho a la capacidad jurídica en los servicios de alcance comunitario. Esto significa que los usuarios tienen las riendas y reciben el respaldo necesario para decidir por su cuenta dónde se llevará a cabo el servicio, cuándo, qué se incluirá en él y otras cuestiones. Allancar la senda de la persona hacia la recuperación y la vida independiente es una prioridad.

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

La prestación de servicios basados en la comunidad que se adhieren a los principios de derechos humanos conlleva cambios considerables en la práctica de todos los países y sienta unas normas muy

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

2.

**Servicios de salud mental
de alcance comunitario:
descripción y análisis**

2.1

Atmiyata

Gujarat (India)



Clasificación principal: Servicio de alcance comunitario

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Estudios publicados Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

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

Contexto

Atmiyata^a es un servicio de atención primaria y alcance comunitario en el distrito de Mehsana del estado de Gujarat, en el oeste de la India (1). Gujarat tiene una población de 60 millones de habitantes (2). Mehsana es un distrito eminentemente rural, situado en la zona norte del estado, con una población de 1,52 millones de personas y 645 aldeas, repartidas en 10 subdistritos o bloques (3). El 53% de la población de Mehsana trabaja en el sector agrícola y poco menos de la mitad tiene un nivel de vida bajo según el índice de nivel de vida (4).

Mehsana cuenta con 56 centros de atención primaria de salud, 11 centros de salud comunitarios y un hospital distrital en el que ejercen dos psiquiatras a jornada completa como parte del equipo médico. En el Programa de Salud Mental del Distrito de Mehsana (*District Mental Health Programme*, DMHP) trabajan un psiquiatra, un psicólogo, un asistente social especializado en psiquiatría y cuatro personas del servicio de enfermería. Este Programa también tiene un programa de información, educación y comunicación. Además de administrar una clínica ambulatoria en el Hospital Distrital de Mehsana, estos profesionales de la salud mental prestan servicios ambulatorios de alcance comunitario, todos los meses, en cuatro centros comunitarios y tres hospitales subdistritales, con turnos de entre tres y cuatro horas cada vez.

Atmiyata busca personas con malestar psicológico en las comunidades rurales y les ofrece ayuda. El servicio se desarrolla en colaboración con el programa de salud del distrito de Mehsana, gestionado

a *Atmiyata* significa empatía o compasión compartida en maratí, el idioma propio del estado indio de Maharashtra, de donde procede este programa.

por el Departamento de Salud y Bienestar Familiar del Gobierno de Gujarat. Cuenta con el respaldo de la ONG Altruist y el instituto TRIMBOS de los Países Bajos. La colaboración entre *Atmiyata* y el Programa de Salud Mental del Distrito de Mehsana ha abierto una vía de derivación clara. Los voluntarios de *Atmiyata* ayudan a las personas, a sus cuidadores y a sus familias si desean acceder al Programa o a los servicios psiquiátricos del hospital distrital. Si las personas afectadas acuden directamente a los servicios especializados de salud mental, el voluntario no interviene en la interacción.

Atmiyata, por tanto, aprovecha los recursos existentes dentro de las comunidades para fortalecer sus vínculos con el sistema de salud pública. Para ello, desarrolla relaciones de trabajo y vías de derivación, y vincula a las comunidades rurales con hospitales rurales y distritales, centros de atención primaria y organizaciones no gubernamentales.

A pesar de ser un servicio relativamente nuevo, *Atmiyata* ha funcionado con éxito en los estados de Gujarat y Maharashtra, lo que demuestra su potencial para reproducirlo en otras partes de la India.^b

Descripción del servicio

Atmiyata ofrece ayuda a las personas con malestar psicológico. El servicio se basa en los principios de empatía y voluntariado, y proporciona un camino escalable y sostenible hacia la atención a la salud mental en los entornos de bajos recursos (5).

En su prestación intervienen dos niveles de voluntariado en la comunidad. En el primer nivel están los *Atmiyata mitras*, que reciben capacitación para detectar qué personas pueden estar sufriendo malestar psicológico. Proviene de diferentes castas y de familias de diferentes religiones, dentro de sus aldeas. El segundo nivel lo componen los *Atmiyata champions*, que son miembros conocidos y accesibles de la comunidad (p. ej., antiguos maestros o líderes comunitarios), dotados de habilidades de liderazgo y comunicación. Los *champions* reciben capacitación para proporcionar asesoramiento u orientación psicológica de manera estructurada (6, 7) a las personas que sufren un malestar psicológico importante, incluidas las referidas por los *mitras*. Aunque hay muchas barreras sociales impuestas por las cuestiones de género, casta y religión, los *mitras* y los *champions* trabajan para garantizar que el servicio esté disponible para todos los habitantes de la aldea.

Las intervenciones de atención y apoyo son escalonadas. Los voluntarios que trabajan a nivel de la comunidad reciben capacitación y asesoramiento y llevan a cabo, bajo supervisión, cuatro actividades: encontrar a personas con malestar psicológico y realizar con ellas entre cuatro y seis sesiones de orientación; derivar a las personas que posiblemente sufran un trastorno mental grave a los servicios de salud pública, cuando sea necesario; concientizar a la comunidad sobre los determinantes sociales de la salud mental, mostrándoles una serie de cortometrajes mediante un teléfono celular; y facilitar el acceso a las prestaciones de asistencia social a fin de aumentar la estabilidad financiera.

Sesiones de orientación basadas en la evidencia

Los *Atmiyata champions* aprovechan su conocimiento de la comunidad para acercarse a las personas con malestar psicológico. Por su parte, los *Atmiyata mitras* también les remiten a personas de diferentes partes de la aldea. En una primera sesión con una persona que podría necesitar ayuda, el *champion*

^b El programa de Maharashtra se ha ampliado ya a 100 aldeas en un nuevo distrito, con Mahila Arthik Vikas Mahamandal (MAVIM), el organismo estatal de Maharashtra para el desarrollo de la mujer.

abre la conversación preguntándole cómo se siente y diciéndole qué le ha parecido observar que se encuentra mal. Se presenta como *champion* de *Atmiyata* y le explica a esa persona que puede ayudarla a resolver su malestar psicológico, con habilidades para las que han recibido entrenamiento.

Cuando el *champion* ha entablado una relación y desarrollado un sentimiento de confianza, y siempre que la persona desee seguir conversando, se obtiene su consentimiento para otra reunión y ambos acuerdan el lugar y la hora para un segundo encuentro. Suele ser un lugar privado, donde la persona se sienta cómoda; puede ser en su casa o su parcela de labranza, o fuera del lugar de trabajo; también se puede conversar dando un paseo. Cuando las personas se sienten lo suficientemente cómodas para hablar de su situación, los *champions* introducen sesiones estructuradas. Ofrecen garantías a la persona de que siempre se respetará su confidencialidad y su consentimiento. Este proceso es flexible y varía de persona a persona: para algunas, una visita es suficiente para establecer una relación de confianza, mientras que para otras puede ser necesaria más de una interacción. Lo más importante es garantizar que la persona tenga el control. Será ella quien decida si continúa con las sesiones, si las deja o si las retoma más adelante. Si alguien se niega a reunirse con el *champion*, se respetan sus deseos y no hay obligación de mantener un nuevo encuentro.

En el segundo encuentro, el *champion* analiza con más detalle el malestar psicológico que está viviendo la persona y las posibles razones. En una tercera reunión, puede aplicar varias técnicas de activación conductual, incluida la programación de actividades y la resolución de problemas, en función de los objetivos fijados por la persona.

Mediante las técnicas de activación conductual, el *champion* elabora junto con la persona un programa de actividades que la ayuden a mitigar su malestar psicológico. Le pide a la persona que grafique su horario actual de actividades y, a partir de ese gráfico, analiza qué actividades evita la persona por causa de su malestar psicológico, reflexiona sobre las actividades que antes la mantenían bien y programa actividades placenteras y valiosas, que le permitan a la persona reanudar su rutina cotidiana (8). Por ejemplo, una persona puede decidir reanudar actividades que en el pasado le hacían bien, como juntarse con amigos y familiares, volver a un horario de trabajo anterior y reunirse con grupos informales. El *champion* la anima a reflexionar sobre sus sentimientos y su estado afectivo, y a pensar qué actividades le hacían bien, para modificar su agenda de manera continua.

Con la técnica de resolución de problemas, el *champion* ayuda a la persona a desgranar los pasos prácticos que debe seguir para lograr sus objetivos y aliviar su malestar psicológico. Puede tratarse de encontrar un trabajo, mitigar un conflicto doméstico o ayudar a los miembros de la familia.

Los *champions* están capacitados para ofrecer entre cuatro y seis sesiones de orientación, durante un período de seis a 12 semanas, sin un tiempo determinado entre una u otra sesión. Cada sesión dura de 20 a 40 minutos, de mutuo acuerdo. La última sesión sirve para reflexionar sobre los cambios que se han operado en la vida del participante, las intervenciones que le ayudaron y cómo podría aplicar sus habilidades la próxima vez que se sienta malestar psicológico.

Los *champions* fomentan el uso de técnicas basadas en la evidencia que se revisan a lo largo de su colaboración. Sin embargo, deben dejar espacio a la flexibilidad y la creatividad, garantizando que sea la persona quien controle el proceso. Si las sesiones no resultan beneficiosas para ella, o si el proceso le provoca malestar, pueden optar por modificar su estrategia o incluso interrumpir las sesiones. El *champion* proporcionará apoyo incluso si la persona no desea seguir el calendario de actividades pactado y los planes de resolución de problemas.

Los *champions* en ocasiones se encuentran con problemas más difíciles, como la violencia doméstica y el consumo de drogas. Aunque no sean capaces de resolver las causas del malestar psicológico, su objetivo es reforzar la capacidad propia de la persona para buscar el cambio y avanzar, aliviar su malestar y reforzar sus redes de apoyo entre pares.

En los casos de violencia doméstica, el *champion* no solo brinda apoyo y consuelo, sino que también trabaja para conocer mejor el problema. Trabaja con la mujer para fijar objetivos en sus sesiones conjuntas, ayudar a lograr los objetivos (como encontrar un empleo) y hacerla sentirse más segura a la hora de enfrentarse a la violencia en el hogar. Además, los *champions* siguen un protocolo de derivación a otros servicios de apoyo en la comunidad, como atención telefónica a las crisis, refugios y centros de desarrollo de habilidades. Si es necesario, explican cómo ponerse en contacto con la policía y solicitan otro tipo de asistencia. En todo caso, el servicio no interviene sin el consentimiento de la mujer y el *champion* jamás toma una decisión en su nombre.

Los facilitadores comunitarios (*community facilitators*), que supervisan y asesoran a los *champions*, reciben capacitación para las acciones siguientes: realizar evaluaciones de calidad de las sesiones; reconocer las dinámicas de poder entre el *champion* y la persona atendida; y garantizar que se respeta la voluntad y las preferencias de la persona y que sea esta quien se fije sus propios objetivos. Los facilitadores mantienen una reunión quincenal con los *champions* en la que comentan las dudas que puedan tener.

Derivación a servicios especializados

Las sesiones están pensadas para personas que están viviendo una situación de malestar psicológico o sufren problemas de salud mental leves o moderados. En otros casos —p. ej., un trastorno mental grave en fase aguda, una adicción, ideas suicidas o intentos de suicidio—, el *champion* deriva a la persona a un psiquiatra del servicio de salud mental del distrito, el hospital distrital o un ambulatorio de salud mental de las clínicas comunitarias. Si la persona y su familia desean atención especializada en salud mental, el *champion* puede informarlas de los servicios disponibles en la localidad, incluidos los horarios de apertura y los teléfonos de contacto. El *champion* nunca contraviene el pacto de confidencialidad sin el consentimiento de la persona afectada, ni siquiera para hablar directamente con los profesionales especializados en salud mental. La persona no está obligada a acudir al servicio al que le proponen derivarla; la decisión corresponde exclusivamente a ella y a su familia. Los facilitadores pueden ayudar a gestionar las derivaciones, aunque solo reciben información anonimizada. El *champion* comentará con su facilitador los problemas que surjan al hacer la derivación. El facilitador le puede ayudar, por ejemplo, simulando una conversación mediante juego de roles, pero además, si la persona afectada lo consiente, también pueden hablar con ella directamente, mientras el *champion* observa.

Películas sobre los determinantes sociales de la salud mental

Los *champions* dan a ver a la gente de su aldea cuatro cortometrajes de 10 minutos de duración, doblados al gujaratí. Estas películas están destinadas a propiciar un debate en pequeños grupos de tres o cuatro personas, en un lugar público de reunión, como un templo o una granja. Tratan de problemas sociales habituales, como el desempleo, los conflictos familiares, la violencia doméstica y el alcoholismo, y su impacto en la salud mental. Entre los espectadores puede haber personas con malestar psicológico o que conozcan a alguien que esté en esa situación, así que pueden referirlo al servicio. Las películas están dirigidas a los miembros de la comunidad y no se utilizan con fines terapéuticos ni como capacitación.

Acceso a prestaciones de asistencia social

Los *champions* pueden ayudar a las personas con malestar psicológico y a sus familias a acceder a las prestaciones sociales públicas: pensiones de viudez, subsidios para el empleo rural, prestaciones por discapacidad, seguridad social para las personas que trabajan en el sector informal y certificados de discapacidad. Los *champions* comprueban si la persona reúne los requisitos para estas prestaciones y les ayuda a tramitar la documentación correcta, como la tarjeta de identificación y los datos de las cuentas bancarias. Pueden ayudar a rellenar y enviar formularios a la autoridad local o hacer el seguimiento de las solicitudes hasta que se conceden las prestaciones. También pueden ayudar a entrar en programas de empleo público.

Los *champions* de *Atmiyata* los seleccionan los facilitadores, que generalmente tienen una maestría en trabajo social o un campo relacionado; los *champions* son residentes de la zona y conocen la dinámica de la comunidad. Los facilitadores pueden visitar una aldea varias veces para familiarizarse con su estructura, localizar grupos comunitarios como clubes de agricultores, e interactuar con los agentes de salud de la comunidad y el jefe de la aldea. En estas visitas encuentran a los candidatos más adecuados para actuar como *champion* de *Atmiyata*. Los facilitadores interactúan tanto con grupos como con personas en la aldea, para hablar con posibles voluntarios, utilizando una lista de verificación que contiene las habilidades requeridas para ser *champion*. Se hace una valoración meticulosa de los candidatos, para que haya una distribución equitativa en términos de casta, sexo, religión, edad y otros factores, de modo que pueda ofrecerse el servicio a todos los miembros de la comunidad. El facilitador explica la función del *champion* a los candidatos y comprueba si disponen del tiempo y las ganas para hacerlo. A continuación, se invita al candidato a un curso de capacitación. Después de la capacitación, el facilitador se reúne con el *champion* dos veces al mes en la aldea: en una reunión individual y otra con un grupo de tres o cuatro *champions*. En estas reuniones, se repasa el trabajo del *champion*, se comentan los problemas surgidos y se proponen soluciones. Además, los *champions* y los facilitadores hablan por teléfono cuando se necesita ayuda adicional.

Cada facilitador supervisa a 40 a 50 *champions*, de modo que hay un facilitador por cada 1.000 habitantes. A su vez, cada *champion* trabaja con cuatro o cinco *mitras*. Por su parte, a los facilitadores los seleccionan y capacitan los directores de proyecto, cada uno de los cuales supervisa a siete u ocho facilitadores.

La capacitación, tanto para los *mitras* como para los *champions*, comprende sesiones prácticas, juegos de rol y comentarios. Los *mitras* reciben cuatro horas de capacitación impartida por un *champion* que vive en la misma localidad. Están capacitados para reconocer los signos y síntomas de malestar psicológico y para referir a las personas a un *champion*. Los *champions* reciben capacitación, además, en un lugar central de la zona del bloque o de la aldea. La capacitación está dedicada al servicio, la necesidad de atención a la salud mental, los signos y síntomas de malestar psicológico, las técnicas basadas en la evidencia y los protocolos y procedimientos pertinentes. Los directores de proyecto y los facilitadores reciben 55 horas de capacitación durante cinco semanas, con sesiones adicionales de ocho horas si desean pasar a ser formadores ellos también. En la capacitación se sigue un método interactivo, reflexivo y participativo.

Asimismo, cada cuatro meses se realiza una sesión de actualización de media jornada dirigida a los *champions*. Estas sesiones les permiten aprender de sus compañeros y adquirir nuevas técnicas para llegar a más personas en sus aldeas y mejorar sus habilidades de orientación psicoafectiva.

Principios y valores fundamentales del servicio

Respeto de la capacidad jurídica

Las actividades de *Atmiyata* se fundamentan en el modelo del malestar psicológico y no en un modelo centrado en la enfermedad, ya que es más aceptable y factible dentro de la comunidad. El modelo del malestar psicológico es la base del método que siguen los *champions* y de la atención que dispensan; los *champions* están capacitados para trabajar solo según la voluntad y las preferencias de la persona atendida. Para todas las actividades se requiere su consentimiento informado, que se obtiene al comienzo de cada sesión. La capacitación dota a los *champions* de las habilidades necesarias para recabar el consentimiento; este punto lo comprueban los facilitadores en sus visitas. La persona tiene derecho a abandonar el apoyo ofrecido por el *champion*; las sesiones se pueden interrumpir en cualquier momento. El *champion* puede comentar con su mentor cualquier dificultad que surja en las sesiones, pero no se da a conocer la identidad de la persona atendida. Los *champions* utilizan datos anonimizados a la hora de documentar su trabajo. Del mismo modo, solo se comunica la identidad de la persona a un *champion* cuando la refieren los *mitras*. El *champion* solo propone acudir a un servicio especializado en el caso de que sea necesario y no contacta directamente con los profesionales.

Prácticas no coercitivas

Las intervenciones de los *Atmiyata champions* dan respuesta a necesidades sociales y de salud mental, siempre con principios no coercitivos. Utilizan técnicas de orientación psicoafectiva de baja intensidad y sustentadas por evidencias científicas, como la escucha activa, la resolución de problemas y la programación de actividades (9).

Inclusión en la comunidad

El servicio se realiza en la aldea, dentro de la comunidad. Las sesiones de orientación se desarrollan en enclaves de la comunidad, donde la persona se sienta cómoda; por ejemplo, en su casa, en el campo, en su lugar de trabajo o en un café. El servicio funciona a través de las redes existentes en las aldeas; no intenta establecer redes nuevas. La ayuda para obtener prestaciones por discapacidad, desempleo y otros recursos de reducción de la pobreza, incluidos los programas de empleo público, también sirve para promover la inserción en la comunidad.

Participación

Haber pasado por una experiencia similar a la que viven las personas atendidas no es un requisito obligatorio para ser *champion*, pero muchas veces son las vivencias personales las que los motivan a hacer este trabajo de voluntariado. Siempre que resulta apropiado, los *champions* también hablan de lo que han vivido ellos con las personas a las que atienden. Este intercambio puede infundir esperanza y servir de ayuda, como una forma de apoyo entre pares. Los *champions* reciben la orientación de sus mentores para trabajar en clave positiva.

Enfoque de recuperación

El servicio de *Atmiyata* promueve una atención orientada a la recuperación y centrada en la empatía, la esperanza y el apoyo para las personas con malestar psicológico. Se aconseja a los *champions* que relaten sus experiencias personales y cómo superaron su malestar psicológico; el intercambio

de experiencias genera confianza, seguridad y esperanza. Las sesiones de orientación aumentan la capacidad de la persona para responder a su malestar, retomando así el control sobre su vida. El apoyo brindado por *Atmiyata* está diseñado para adoptar una perspectiva de puntos fuertes, que alienta a la persona a llevar una vida independiente, participar en las actividades de su comunidad y ser considerada como un miembro igualitario de la colectividad.

Evaluación del servicio

Se ha realizado una evaluación del servicio de *Atmiyata* en el estado de Gujarat mediante un ensayo de cuña escalonada aleatorizado por conglomerados, en el que se incluyeron 645 aldeas del distrito de Mehsana, que suman una población adulta rural de 1,52 millones. La variable principal era la mejoría de la salud general, determinada con el cuestionario GHQ-12 (10) a lo largo de tres meses de seguimiento. Las variables secundarias se midieron con diferentes escalas de calidad de vida, mejoría sintomática, función social y síntomas de depresión (11-15).

Los resultados indican que las tasas de recuperación eran clínica y estadísticamente más altas entre las personas que recibieron apoyo de *Atmiyata* que en el grupo de control. Además, al cabo de tres y ocho meses, se observan mejoras en la depresión, la ansiedad y los síntomas generales de malestar psicológico. A los ocho meses, también hay mejoras significativas en la calidad de vida y el funcionamiento y participación social. Globalmente, los resultados señalan que el servicio *Atmiyata* comporta grandes mejoras en la calidad de vida y los niveles de discapacidad, así como en los síntomas relacionados con los problemas de salud mental (16). Los resultados de la evaluación de *Atmiyata* en Mehsana corroboran lo observado anteriormente, en un estudio preliminar realizado entre el 2013 y el 2015 en el bloque de Peth, en el distrito de Nashik del estado de Maharashtra (1).

Costos y comparaciones de costos

Atmiyata estaba financiado inicialmente por Grand Challenges Canada, pero ahora lo financia la Mariwala Health Initiative, hasta marzo del 2022 (1, 17). El presupuesto comprende los sueldos del personal contratado, como los facilitadores y los directores de proyecto. Los costos también incluyen la capacitación del personal, los teléfonos que utilizan los *champions* y los gastos de desplazamiento y gestión necesarios para garantizar la correcta realización y la calidad del servicio. Todos los servicios se prestan de forma gratuita en el lugar donde reside el usuario, y tanto los *champions* como los *mitras* son voluntarios y no perciben remuneración, si bien tienen cubiertos los desplazamientos y otros gastos.

En el 2019, el costo anual total del programa *Atmiyata* en 500 aldeas, que corresponden a una población de un millón de adultos, ascendió a US\$ 120.000. Entre el 2019 y el 2020, se prestó el servicio a 12.758 personas que padecían malestar psicológico o síntomas de problemas de salud mental (J. Kalha, Indian Law Society, datos inéditos, 2021). Este costo anual no incluye los teléfonos proporcionados a los *champions* (la previsión es que los teléfonos móviles funcionen durante dos años y luego haya que sustituirlos, por lo que no se cuentan en el costo anual).

Dificultades y soluciones

Recabar el apoyo y el compromiso de la comunidad general

La falta de apoyo de los funcionarios del gobierno y del público en general fue un problema importante.

Para superarlo, se emplearon varias estrategias. Se celebraron reuniones con funcionarios del gobierno local y estatal, para explicarles el contenido de la intervención y sus posibles ventajas. También se celebraron reuniones con los interesados directos en las aldeas, para explicarles la intervención, trabar alianzas y favorecer la confianza. El servicio también colaboró con otras organizaciones comunitarias para hacer un análisis topográfico de las aldeas, comprender cómo funcionaban y generar apoyo.

Superar la discriminación por razón de casta, clase y sexo

Un desafío importante era el efecto de la casta, la clase, el sexo y otras cuestiones, que levantan barreras para una intervención verdaderamente equitativa. Las comunidades también carecían de la confianza para participar en el diseño del servicio.

Se colaboró con organizaciones que se ocupaban de cuestiones intersectoriales, como la discriminación por motivos de casta y sexo; se hizo una labor para sensibilizarlas sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales. Se trabajó para llegar a los grupos marginados y vulnerables y lograr que se involucrasen en el diseño del servicio.

Dificultades de financiamiento

El servicio ha enfrentado importantes dificultades financieras. El financiamiento por subvenciones es restrictivo y no permitía que el servicio creciera. Para solventarlo, se estableció un diálogo activo con más organizaciones de financiamiento, que otorgaron más fondos a largo plazo y permitieron ampliar el servicio.

Construir un equipo profesional eficiente

La contratación de personal local a veces resultó problemática, porque los títulos de estudios e incluso la experiencia laboral no eran buen indicador de la eficiencia para desenvolverse en el área de la salud mental o respetar los valores y principios del servicio. Algunos materiales utilizados en la capacitación no eran apropiados desde una perspectiva didáctica.

Una vez contratado, se impartió al personal gran cantidad de indicaciones por parte de los directores. Se les proporcionó supervisión, seguimiento y garantía de calidad, para permitirles realizar intervenciones apropiadas, fuese cual fuese su nivel de estudios y aunque no tuviesen experiencia previa. Además, se modificó el formato y los materiales formativos para adaptarse mejor a las necesidades de los nuevos empleados. Se hizo menos hincapié en la teoría y más en la práctica, con juegos de roles y ejercicios de habilidades.

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:

- planificar con anticipación e imaginar cómo podría ser un servicio ampliado y qué necesitaría en términos de financiamiento y personal;
- redactar protocolos estándar para no perder lo que se aprenda a través de la experiencia;
- tener en cuenta los índices de resultados más significativos para los usuarios (como la participación en su comunidad y la calidad de vida) y no simplemente los niveles de reducción de los síntomas;
- utilizar técnicas “basadas en la evidencia”, pero estar preparados para adaptarlas al contexto local;
- colaborar estrechamente con los servicios públicos existentes de salud y protección social;
- construir una evaluación sólida que pueda utilizarse para generar confianza sobre el efecto del servicio y obtener financiamiento más sostenible;
- valorar esquemas de voluntariado, pero también de recompensa, que encajen bien con las tradiciones sociales y culturales de cada lugar.

Información adicional y recursos:

Sitio web

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

Videos:

Atmiyata: A rural and community-led mental health and social care model [en inglés].

<https://twitter.com/CMHLPIndia/status/1300301510190927872>

¿Qué hacen los champions de *Atmiyata*? [en inglés].

<https://twitter.com/CMHLPIndia/status/1331822246575280128>

Madina Ben, champion de *Atmiyata*, Mehsana, Gujarat [en inglés].

https://www.youtube.com/watch?v=2Rlter_9Mpl

El doctor Animesh Patel, jefe de psiquiatría del distrito, habla del efecto que ha tenido *Atmiyata* [subtitulado en inglés]. <https://www.youtube.com/watch?v=V2w-PkbJxxA>

Contacto:

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

Correo electrónico: jasmine@cmhlp.org

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

Correo electrónico: kaustubh@cmhlp.org

2.2

Friendship Bench

Zimbabwe



Clasificación principal: Servicio de alcance comunitario

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Estudios publicados Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

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

Contexto

Zimbabwe es un país de ingresos bajos del África subsahariana, con una población de 13 millones de habitantes, la mayoría de los cuales viven en zonas rurales (18). La capital es Harare, una ciudad de 1,6 millones de habitantes.

Zimbabwe dispone de cuatro unidades psiquiátricas especializadas y dos unidades de psiquiatría medicolegal, así como camas reservadas para personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales en cuatro de los siete hospitales generales provinciales (18). Una ONG, Zimbabwe National Association of Mental Health (ZIMNAMH), gestiona seis centros residenciales de rehabilitación psiquiátrica y de reinserción (19). ZIMNAMH también participa en actividades reivindicativas y pedagógicas. Muchas personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales en Zimbabwe acuden a curanderos tradicionales o religiosos (20).

Muchos profesionales de la salud han abandonado el país, lo cual supone un verdadero problema para que Zimbabwe avance hacia una atención a la salud mental basada en la comunidad. Friendship Bench (“banco de la amistad”), que nació en Harare en el 2006, trabaja con un plantel de orientadoras no especializadas, que no son profesionales, con el objetivo de compensar esa fuga de cerebros. Ofrece una forma de terapia de resolución de problemas, de breve duración, a personas con problemas frecuentes de salud mental, en el nivel de atención primaria. En shona, que es la lengua mayoritaria de Zimbabwe, estos trastornos se denominan *kufungisisa*, que puede traducirse como “pensar demasiado”.

Aparecido en Zimbabwe, el concepto de Friendship Bench se está aplicando en otros entornos de

bajos ingresos. Hay proyectos en otros países subsaharianos como Malawi, Kenya y Zanzíbar (21, 22). También se ha introducido en dos comunidades de ingresos bajos del Bronx y de Harlem, en Nueva York (23). Friendship Bench se menciona en el plan de acción mundial de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); es una intervención del área de salud mental (24), recomendada dentro del ODS 3.4.

Descripción del servicio

Friendship Bench ofrece empatía, conocimiento cultural y de la comunidad local, habilidades y técnicas formales de resolución de problemas (25) a personas que están padeciendo un malestar psicológico importante.

El servicio es gratuito y generalmente se presta fuera de los centros de atención primaria, sobre un banco de madera. El nombre Friendship Bench (“banco de la amistad”) deriva del término *chigaro chekupanamazano*, que puede traducirse como “banco donde sentarse e intercambiar ideas” (26). Las personas pueden acudir por su cuenta o ser referidas por profesionales de las escuelas, la policía o el ambulatorio de atención primaria. Se realizan charlas matutinas, en el ambulatorio, en las cuales se informa sobre los problemas de salud mental y los servicios de Friendship Bench, pero esta información también la divulgan directamente las orientadoras de Friendship Bench o el personal del ambulatorio.

El servicio lo prestan agentes de salud no especializados, que son mujeres de la zona contratadas por las autoridades locales de salud. Se les asigna la iniciativa Friendship Bench como parte de su trabajo habitual; sus tareas suelen comprender actividades de promoción de la salud, como campañas de vacunación y sensibilización sobre brotes epidémicos.

Estas mujeres, que dominan el idioma y están inmersas en su cultura, conocen muy bien la economía y las redes sociales de la localidad; además, utilizan los proverbios shona con gran habilidad como parte de su trabajo (25, 26). Viven en la misma comunidad que los usuarios y a menudo se encuentran con ellos en entornos informales, fuera de las sesiones terapéuticas y aprovechan estos encuentros para animarlos (25). La integración cultural del servicio, concretamente a través de su labor con estas mujeres, es una contribución importante a su sostenibilidad (27).

Después de recibir la capacitación pertinente, las trabajadoras desempeñan su cometido de manera flexible y muchas veces hacen visitas a domicilio, donde acompañan a los usuarios y sus familias en sus oraciones; por término medio, cada oración dura de 15 a 30 minutos y la pronuncia una trabajadora junto con la familia. En Zimbabwe es habitual oficiar estas sesiones colectivas de oración (28), cuyo objetivo es consolar al enfermo y la familia y rogar por su salud.

La mayoría de las trabajadoras de Friendship Bench son mayores y esto es un aspecto importantísimo. En Zimbabwe se ve a las personas mayores como guardianes de la comunidad y, por lo tanto, gozan de profundo respeto. La media de edad de las orientadoras es de 58 años y se las conoce como las “abuelas portadoras de salud” (*ambuya utano*) o simplemente “abuelas” (28). Algunas han vivido dificultades en su propia vida y ponen gran empatía en su trabajo (25). A menudo recurren a sus propias experiencias vitales en el trabajo con los usuarios de Friendship Bench, generando las condiciones para que las personas se sientan a gusto a la hora de contar su historia.

Las agentes de salud no técnicas reciben ocho días de capacitación sobre reconocimiento de síntomas, herramientas de detección, psicoeducación y terapia de resolución de problemas (28). La capacitación

de Friendship Bench consiste en un manual que contiene las orientaciones para realizar la terapia, pero se da mucha relevancia a la experiencia adquirida bajo la supervisión de los formadores. Durante las prácticas, se ejercitan las habilidades de orientación psicopedagógica en grupos pequeños, a menudo mediante juegos de rol frente a toda la clase. Se realizan muchas prácticas para que las orientadoras adquieran seguridad. En los dispensarios, las agentes de salud se prestan apoyo mutuo; las más veteranas aconsejan y guían a las menos experimentadas. Celebran una reunión por semana para comentar sus casos entre todas y reciben ayuda continua del equipo de capacitación de Friendship Bench, por vía telefónica o en visitas presenciales.

La terapia de resolución de problemas se estructura en un mínimo de seis sesiones con el usuario. Se utiliza un cuestionario de síntomas en lengua shona (29) para determinar qué personas podrían beneficiarse de la terapia. La decisión de usar el shona en el cuestionario de tamizaje y en la terapia se tomó después de una charla con las agentes. De hecho, el uso del shona ha facilitado la terapia de resolución de problemas y ha contribuido a la aceptación de la terapia y a su continuidad en los centros de atención primaria (30).

La terapia de resolución de problemas consta de tres elementos:

- Apertura mental (*kuvhura pfungwa*): una exploración de la situación del usuario. Se le pide al usuario que relate “su historia”. La agente y el usuario elaboran juntos una lista de los problemas y dificultades que afectan al usuario. A partir de esta lista, el usuario elige un problema que desea solucionar. Tomemos, por ejemplo, a Tatenda, un muchacho de 19 años que está angustiado porque tiene que pagar el equivalente a US\$ 20 en cuotas escolares.
- Superación (*kuzimudzira*): desarrollo de un plan de acción orientado a la solución. Siguiendo con el mismo ejemplo, Tatenda decide acudir a un tío que le ha ayudado en ocasiones anteriores, para pedirle un préstamo. Le expondrá la situación, le dirá cuánto dinero necesita y cómo prevé devolvérselo. Con la ayuda de la agente, Tatenda descubre que puede devolver el favor ofreciéndose a trabajar los fines de semana en la pequeña granja que tiene el tío. Se propone ir a ver a su tío cuando esté en casa, un sábado por la tarde. Además, la distancia hasta la casa de su tío puede cubrirse a pie, por lo que Tatenda no necesita dinero para el transporte.
- Fortalecimiento (*kusimbisisa*): se ofrece apoyo al usuario y se lo invita a regresar a una visita de seguimiento y a otras sesiones posteriores. Aunque Friendship Bench se creó inicialmente para ofrecer solo seis sesiones de orientación, el servicio ha evolucionado. Muchas sesiones informales prosiguen, porque las agentes de salud tienden a encontrarse con los usuarios en la comunidad y continúan apoyándolos.

La intervención suele iniciarse en el ambulatorio de atención primaria, en uno de los bancos de madera, pero las sucesivas sesiones pueden desarrollarse en el domicilio del usuario o de la agente, o en el exterior, en el mercado o en la fuente pública. Por lo general, al menos una sesión de la terapia tiene lugar en el domicilio del usuario, pero pueden ser más si se solicita (26). Además de las sesiones individuales, los usuarios reciben mensajes de texto y llamadas telefónicas para afianzar la terapia de resolución de problemas (31). En función del tamaño del dispensario, se pueden atender hasta 25 personas por día.

Los usuarios de Friendship Bench que trabajan con las técnicas de resolución de problemas también están invitados a participar en un grupo de ayuda entre pares llamado “Juntos de la mano”, o *Holding hands together* (*circle kubatana tose*), en cuyas reuniones semanales pueden compartir experiencias en un espacio seguro. Estos grupos los dirigen mujeres que ya han utilizado los servicios de Friendship

Bench y han recibido capacitación para gestionar grupos (31). A veces, mientras hablan de sus experiencias personales, las mujeres tejen bolsas y otros artículos de plástico reciclado que luego venden. Esta actividad aporta al proyecto una dimensión de generación de ingresos (26). Las personas pueden asistir al grupo durante el tiempo que deseen.

Friendship Bench también ha comenzado a colaborar con otras organizaciones asentadas en Zimbabwe. Entre ellas figuran Zvandiri (32), una ONG indígena de Zimbabwe que trabaja para ayudar a los jóvenes con VIH, Solidarmed (33), una ONG suiza que colabora con ONG locales en cinco países africanos para mejorar la atención primaria de salud en las zonas rurales, y el Centre for Sexual Health and HIV/AIDS Research Zimbabwe (CeSHHAR Zimbabwe), que promueve la investigación y otras intervenciones en VIH y salud sexual (34).

Principios y valores fundamentales del servicio

Respeto de la capacidad jurídica

El uso del servicio del Friendship Bench es estrictamente voluntario. Está dirigido a personas que sufren malestar psicológico en forma de ansiedad o depresión. El objetivo es empoderar a la persona apoyándola para que encuentre formas de superar sus problemas, tomar decisiones y adoptar medidas sobre los problemas que la acucian.

Prácticas no coercitivas

El personal de Friendship Bench no utiliza prácticas coercitivas. El trabajo se lleva a cabo de forma puramente voluntaria y pactada. El personal no toma ninguna medida para que ingresen a un usuario en los servicios públicos de salud mental contra su voluntad. Sin embargo, si se advierte que una persona está en situación de riesgo alto, la orientadora la deriva a un profesional, como puede ser la persona a cargo del servicio de enfermería del dispensario de atención primaria, que a su vez puede decidir derivar a la persona a una unidad de hospitalización.

Participación

En los grupos de apoyo entre pares participan personas con experiencia propia, por lo que pueden apoyarse unos a otros y cultivar un sentimiento de solidaridad. Los dirigen mujeres que no necesariamente tienen capacitación en trabajo de apoyo entre pares. Lo importante es que estos grupos generan más oportunidades para ayudar a las personas a resolver sus problemas, ya que los participantes pueden proponerse soluciones unos a otros. Los grupos de apoyo entre pares se reúnen tanto en los centros de salud primaria como en la vecindad. La actividad generadora de ingresos también ofrece un valor práctico, ya que muchos participantes tienen serios problemas económicos.

Inclusión en la comunidad

El servicio está profundamente integrado en la comunidad en cuanto al emplazamiento, los enlaces a recursos comunitarios y las orientadoras, que son residentes de la zona desde hace al menos 15 años. Además, para nombrar a las orientadoras se sigue un proceso de selección en reuniones con los interesados directos de la zona, como líderes religiosos, la policía, directores de escuela y otros líderes comunitarios (26).

La terapia de resolución de problemas suele reforzarse con un componente de programación de actividades, en el que se anima a la persona a programar actividades significativas para ella, que hagan que su vida sea más gratificante. Además, a algunas personas con problemas de salud mental y problemas económicos se las remite a proyectos de generación de ingresos. En Harare, por ejemplo, hay proyectos de reciclaje y de fabricación de mantequilla de maní (28).

Enfoque de recuperación

En las charlas sobre los problemas de los usuarios se utilizan palabras y expresiones shona. El cuestionario de síntomas en shona (*Shona Symptom Questionnaire, SSQ*), que se utiliza como instrumento de tamizaje, representa para el usuario una garantía de que se reconocerán sus experiencias y las experiencias vividas por los demás. Las orientadoras no hacen diagnósticos psiquiátricos; tampoco dispensan medicación ni otros tratamientos médicos. El objetivo del servicio es ayudar a las personas a fijarse unas metas por su cuenta y encontrar formas de alcanzar estas metas. La intervención persigue empoderar a las personas para que sepan solucionar sus problemas con entereza, para que puedan marcar la diferencia en sus comunidades.

Evaluación del servicio

Friendship Bench se ofrece actualmente en tres ciudades de Zimbabwe, así como en 25 dispensarios de dos zonas rurales, como parte del trabajo regular de atención primaria de salud. En conjunto, está disponible en 70 centros de atención primaria del país (27). Desde su ampliación en el 2016, Friendship Bench ha ofrecido apoyo a 50.000 personas.

En un primer estudio se demostró que el enfoque elemental de Friendship Bench funcionaba (28); se redujo la puntuación del *Shona Symptom Questionnaire* después de entre tres y seis sesiones. La encuesta se realizó con 320 personas que terminaron la terapia, más del 50% de las cuales tenían VIH.

Posteriormente se hizo una evaluación de Friendship Bench con un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados (31). En dicho ensayo se asignó a 573 personas a la intervención de Friendship Bench o a un grupo de control en el que se administró la atención habitual mejorada, que consiste en psicoeducación sobre los síntomas, medicación si está indicada y derivación a un centro psiquiátrico. Los participantes del grupo de control también recibieron dos o tres mensajes de texto o llamadas telefónicas de apoyo, la última de las cuales era para recordarles que asistieran a una evaluación al cabo de seis meses. Los participantes asignados a Friendship Bench también asistieron a una evaluación a los seis meses. Los que habían realizado las sesiones de Friendship Bench y entraron en el grupo de apoyo mutuo presentan mejoras más destacables de su salud mental, según el *Shona Symptom Questionnaire*, que el grupo de atención habitual mejorada.

Un estudio cualitativo señala que, de todos los elementos de la intervención de Friendship Bench (empatía, conocimiento cultural local, apoyo grupal entre iguales, generación de ingresos y técnicas formales de resolución de problemas), los dos primeros son los más importantes (26). Sin embargo, el ensayo aleatorizado no pudo medir la importancia relativa de cada elemento, ya que no se aplicó un control específico (31).

Por su parte, las orientadoras refieren un alto grado de satisfacción laboral; comentan que se sienten muy recompensadas en lo personal y complacidas de servir como agentes del cambio. La capacitación en salud mental y terapia de resolución de problemas también las ayuda a ellas y a sus familiares.

Estos beneficios personales para las agentes de salud no técnicas pueden haber ayudado a mantenerlas motivadas, a pesar de que la remuneración que perciben es mínima (26).

Costos y comparaciones de costos

El servicio de Friendship Bench forma parte del dispositivo de atención primaria de Zimbabwe. Por lo tanto, las orientadoras las contrata la autoridad de salud local por un salario mensual. Una primera sesión de Friendship Bench tiene un costo de US\$ 5, según datos del 2019. Los costos incluyen la sensibilización grupal sobre el programa, el tamizaje individual, el tiempo del personal del centro de atención médica, el tiempo de la orientadora no técnica y el material necesario para llevar a cabo el programa. El servicio es gratuito para los usuarios registrados en el centro de atención primaria. Puede inscribirse cualquier persona que tenga domicilio y documento de identidad. Las personas que no cuentan con domicilio o documentación pueden recibir servicios de Friendship Bench en la comunidad; las abuelas están siempre dispuestas a hablar con las personas de la vecindad y no es necesario entrar formalmente en el programa.

El programa Friendship Bench recibió un espaldarazo importante en el 2019 al pasar a formar parte de la estrategia nacional de salud mental de Zimbabwe, dirigida por el Ministerio de Salud y Puericultura (18). Así, en los próximos años, los servicios de Friendship Bench serán parte de todos los centros públicos de atención médica de todo el país y serán financiados por las municipalidades y los distritos.

Se impartirá capacitación a agentes de salud comunitarias que trabajan para los departamentos de salud, a fin de que asuman la función de orientadoras no técnicas. La capacitación se llevará a cabo a través de Friendship Bench Trust, una organización que financia los materiales didácticos y aporta los elementos necesarios para fabricar los bancos. Esta organización se financia gracias a los donantes privados y las subvenciones para investigación. La capacitación comprende habilidades de orientación, conocimientos básicos de salud mental, VIH, abordaje de las ideas suicidas, autocuidado y apoyo grupal.

Dificultades y soluciones

Transición de la atención psiquiátrica hospitalaria a la orientación psicosocial en la comunidad

La atención a la salud mental en Zimbabwe tendía a reducirse a los psicofármacos y la derivación a hospitales psiquiátricos. Resultaba difícil hacer comprender una alternativa a la terapéutica clásica, por lo que hubo resistencia por parte de los profesionales de atención primaria y de salud mental; el cambio a la orientación psicosocial en la comunidad resultaba problemático. Contratar a las “abuelas” como orientadoras no técnicas también se vio como algo poco profesional y poco ético. Además, había un estigma muy arraigado en torno a las enfermedades mentales.

Para superar estos obstáculos, se hizo un esfuerzo colaborativo para entablar asociaciones con las autoridades locales de salud y fortalecer los servicios existentes. Se emprendieron campañas de concientización sobre el servicio, sus beneficios y la salud mental en general.

Dificultades de financiamiento

La falta de financiamiento durante los primeros cuatro años se vio agravada por la inestabilidad económica de Zimbabwe. Una de las mayores dificultades, por tanto, era encontrar fondos para llevar a cabo el servicio.

Sin embargo, a raíz de los resultados del estudio preliminar que demostró los beneficios de la intervención, se consiguieron fondos de donantes. Estos fondos también permitieron contratar a un sólido equipo de profesionales comprometidos con la ampliación del programa.

Prioridades contrapuestas

El éxito de la organización ha conllevado un crecimiento y desarrollo muy rápidos. Un problema resultante han sido las diferentes obligaciones de las personas que prestan la orientación. Por otro lado, los brotes epidémicos han interrumpido el servicio y han afectado al personal de atención médica que lo sustenta. Como resultado, el servicio ha tenido que mostrarse flexible en respuesta a los problemas externos. Por ejemplo, pasó a ofrecer orientación telefónica a raíz de la pandemia de COVID-19.

Cuestiones socioeconómicas más amplias

Si bien la terapia de resolución de problemas es útil para muchas personas, no se puede pretender que influya en los grandes problemas socioeconómicos; la pobreza, el VIH y la violencia doméstica no pueden resolverse con terapia. Esta es una grave dificultad. Las orientadoras afirman que estas situaciones hacen que los usuarios sean pesimistas y se sientan inútiles, restándoles ánimo para seguir asistiendo a las sesiones (26). Por este motivo, el servicio introdujo el componente de generación de ingresos, incorporado en el grupo de apoyo entre pares y se ayuda a las personas a resolver los conflictos familiares y otros problemas interpersonales.

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:

- reclutar a la población local como orientadores no técnicos; esto puede ser más rentable y culturalmente aceptable;
- garantizar una dotación de personal adecuada para la prestación;
- adoptar un planteamiento participativo y entablar un diálogo con los beneficiarios para conocer sus perspectivas sobre el programa y sus necesidades;
- facilitar el transporte para que las personas asistan a las sesiones y accedan a las ayudas institucionales;
- conocer las perspectivas de los usuarios sobre el programa y sus necesidades;
- realizar una evaluación científica rigurosa, lo cual exige la continua creación de capacidades del equipo y el establecimiento de vínculos con institutos de investigación;
- publicar evaluaciones rigurosas, en revistas científicas con revisión externa, para abonar la credibilidad del trabajo y conseguir financiamiento y apoyo de donantes;
- aprovechar la experiencia de un experto en comunicación, que conozca los canales adecuados para divulgar la investigación realizada entre los responsables de la formulación de políticas, el público en general y la comunidad médica y científica internacional.

Información adicional y recursos:

Sitio web:

www.friendshipbenchzimbabwe.org

Videos:

Friendship Bench: las abuelas que trabajan por la salud mental en Zimbabwe [en inglés].

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

Dixon Chibanda: Por qué capacito a abuelas para que traten la depresión [en inglés].

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

Contactos:

Dixon Chibanda, director ejecutivo, Friendship Bench, Zimbabwe.

Correo electrónico: dixon.chibanda@friendshipbench.io

Ruth Verhey, directora de programas, Friendship Bench, Zimbabwe.

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

2.3

Home Focus

West Cork (Irlanda)



Clasificación principal: Servicio de alcance comunitario

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Estudios publicados Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

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

Contexto

Pese a ser un país de ingresos altos, Irlanda tiene niveles importantes de pobreza y desventajas en algunas comarcas rurales despobladas y cada vez más marginadas (35). En las últimas décadas, la prestación de servicios públicos, incluidos los servicios de salud, viene siguiendo las tendencias demográficas y se concentra en las áreas metropolitanas (36).

El área de afluencia de West Cork tiene una población muy dispersa de 55.000 habitantes y el mayor porcentaje de personas mayores de todos los distritos de salud de Irlanda, debido a la emigración (37). La infraestructura de transporte está subdesarrollada, lo cual dificulta el acceso a los servicios de los núcleos urbanos, en particular para las personas que no tienen vehículo propio o no saben conducir.

El servicio público de salud mental de West Cork está organizado por el Servicio de Salud Mental de West Cork, parte del servicio nacional de salud de Irlanda. El componente de salud mental para personas adultas del Servicio de Salud Mental de West Cork radica en el Centro de Atención y Recuperación de Salud Mental, en el Hospital General de Bantry. Dicho hospital cuenta con 18 camas de hospitalización, que sirven para cubrir todas las necesidades de salud mental de las personas adultas, como urgencias psiquiátricas, atención geriátrica y desintoxicación. El servicio también gestiona ambulatorios semanales en seis ciudades y tres pequeños equipos comunitarios de salud mental que están repartidos geográficamente. Hay varias unidades residenciales en la zona de afluencia y dos centros de recursos en las localidades más grandes. El servicio de salud mental para personas adultas no dispone de un servicio de atención a las crisis que actúe en la comunidad, como un equipo de tratamiento domiciliario, ni de un equipo de rehabilitación separado. Los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes los presta un consorcio distinto.

Como resultado, el Servicio de Salud Mental de West Cork ha colaborado con ONG locales y nacionales, así como con otros asociados, recurriendo a la creatividad, para idear una cartera de intervenciones guiadas por la filosofía de recuperación y la promoción activa del apoyo mutuo entre iguales (38). West Cork fue uno de los servicios incluidos en la iniciativa Advancing Recovery Ireland del servicio nacional de salud de Irlanda, cuyo objetivo era lograr el cambio institucional y cultural necesario para reorientar los servicios hacia la recuperación. Desde hace varios años hay en West Cork un programa de diálogo abierto (Open Dialogue), dos grupos de Hearing Voices y diversas iniciativas de artes plásticas (39, 40).

Home Focus se fundó en el 2006 con el objetivo expreso de atender las necesidades de una población dispersa, asentada en una zona rural con una infraestructura de transporte deficiente. Se trata de una iniciativa conjunta del Servicio de Salud Mental de West Cork y de un grupo de entidades asociadas, cuyos servicios los prestan personas directamente afectadas junto con profesionales de la salud mental con experiencia en capacitación profesional. Home Focus complementa los servicios gestionados por el Servicio de Salud Mental de West Cork. Aunque la iniciativa la financia el servicio nacional de salud de Irlanda, el día a día lo gestiona una ONG, National Learning Network, que forma parte del grupo REHAB (41). Es el único servicio de este tipo que gestiona esta ONG y el único de su clase en Irlanda.

Descripción del servicio

El objetivo de Home Focus es ayudar a las personas y familias de West Cork a mejorar su salud mental y su bienestar, promover habilidades para la vida independiente, aumentar los niveles de conexión con sus propias comunidades, permitir la planificación de cara al futuro y facilitar el acceso a las oportunidades de capacitación, educación y empleo. Home Focus combina iniciativas de apoyo a las personas y sus familias tanto en el domicilio como en la comunidad. Las intervenciones no están determinadas por el diagnóstico, sino que se adaptan a las necesidades y circunstancias de cada persona. El servicio trabaja expresamente con una filosofía de la recuperación y pone énfasis en darle tiempo a la persona, además de ser práctico, confiable y flexible. También reconoce la importancia del apoyo entre pares.

Home Focus está a cargo de un equipo pequeño, compuesto por profesionales y por personas directamente afectadas. Cuenta con una enfermera comunitaria de salud mental, a jornada completa, dos instructores de capacitación en rehabilitación, a jornada parcial, una auxiliar de recuperación, a jornada parcial, y una promotora de desarrollo y recuperación, a jornada completa. La enfermera es una profesional titulada que brinda asistencia especializada de salud mental y trabaja, además, con las familias y con otras redes de apoyo; tiene conocimiento y experiencia sobre psicofármacos, pero no está facultada para prescribirlos. Los instructores de rehabilitación colaboran en la contratación y capacitación de personal. También tienen capacitación del Wellness Recovery Action Planning (WRAP) [planificación de la acción para la recuperación del bienestar], un programa diseñado para ayudar a las personas a superar los problemas de salud mental y alcanzar sus sueños y metas en la vida (42). La auxiliar de recuperación ha recibido capacitación sobre terapias orientadas a la recuperación y centradas en la persona, así como en las técnicas dialógicas, como las de Open Dialogue y Hearing Voices; además de ofrecer apoyo individual, colabora en la moderación de los dos grupos Hearing Voices de West Cork.

El puesto de promotor de desarrollo y recuperación se creó especialmente para una persona con problema mental o discapacidad psicosocial; ha recibido capacitación en Wellness Recovery Action Planning, así como en liderazgo entre pares, por parte de la red de apoyo entre pares Kerry Peer Support Network (43). Además de trabajar con las personas y las familias junto con el resto del equipo,

su trabajo también tiene una dimensión de desarrollo comunitario. La promotora trabaja con 49 North Street (véase a continuación), con los centros de recursos locales y con las iniciativas comunitarias, como el mes del bienestar de Clonakilty. En este momento está organizando grupos de apoyo entre pares en diferentes localidades de West Cork, como Skibbereen, Bantry y Clonakilty.

Aunque la plantilla de Home Focus tiene habilidades específicas en salud mental, gran parte del trabajo suele ser de naturaleza genérica. El equipo está siempre dispuesto a trabajar con los usuarios con flexibilidad y creatividad.

Los miembros del equipo asisten regularmente a reuniones multidisciplinarias de los tres equipos comunitarios de salud mental del Servicio de Salud Mental de West Cork. Esto significa que Home Focus está totalmente integrado en el servicio local de salud mental para personas adultas. Todas las derivaciones al equipo de Home Focus se realizan a partir de estos equipos comunitarios. El enlace activo con las ONG, los voluntarios y los servicios comunitarios también fomenta el apoyo colaborativo.

Se acepta a cualquier persona interesada en formar parte del servicio, siempre que cumpla alguno de los siguientes requisitos:

- antecedentes de ingresos frecuentes o imprevistos en servicios psiquiátricos hospitalarios (dos o más ingresos en los últimos 12 meses);
- un episodio psiquiátrico agudo reciente;
- aislamiento social y deterioro significativo de la capacidad para desenvolverse en su comunidad;
- tendencia esporádica a recurrir a los servicios;
- dificultades para acudir o acceder a los servicios de atención a la salud mental o la discapacidad, como citas en clínicas psiquiátricas, visitas a la enfermera de salud mental o centros de capacitación.

El servicio de Home Focus no está pensado para personas cuyo principal problema es el consumo de drogas, ni para las que siguen otros cursos de capacitación de National Learning Network. Ahora bien, por su compromiso con la flexibilidad, se realiza una evaluación individual de cada persona. Pueden acceder las personas que hayan pasado por los servicios de salud mental. En caso de que Home Focus no acepte a alguna persona, esta continuará recibiendo apoyo por parte de su equipo comunitario de salud mental. Por ahora, no ha sido preciso retirarle el servicio de Home Focus a nadie. Los participantes que desean dejarlo regresan a su equipo comunitario de salud mental. Las personas no pueden acudir por su cuenta, pero sí pueden pedirle al equipo comunitario de salud mental que las deriven.

Los servicios de Home Focus están disponibles de 09:00 a.m. a 5:00 p.m. cinco días a la semana y se ofrece asistencia por períodos de entre tres y 18 meses. El financiamiento actual del equipo permite asumir hasta 34 usuarios e incorpora a cerca de 23 nuevos usuarios por año (44). La frecuencia de los controles de seguimiento y apoyo depende totalmente de las necesidades de la persona. Los miembros del equipo son muy apreciados, porque los usuarios pueden confiar en ellos y pasan tiempo juntos. Un usuario, por ejemplo, lo expresa así: “No tengo palabras para decir lo importante que es saber que tengo esa conexión, saber que cumplen con su palabra, que vienen a hablar conmigo y se quedan dos o tres horas, si es necesario, hasta que la cosa se calma. Así que lo que me pasaba el lunes, cuando quería hablar con el psiquiatra, hoy ya no me parece tan urgente” (44).

Algunas intervenciones son las siguientes:

- trabajo de salud mental individual y familiar, desde un enfoque de puntos fuertes;
- ayuda para desarrollar estrategias de afrontamiento, conocimientos básicos, habilidades sociales, establecimiento de objetivos, resolución de conflictos y abordaje del estrés;
- apoyo y consejo sobre la medicación y, en caso necesario, mediación entre la persona y su psiquiatra para proponer cambios en la pauta farmacológica;
- ayuda para acceder a oportunidades de educación y capacitación, inclusive desde casa;
- ayuda práctica y asesoramiento sobre integración en la comunidad, actividades sociales y ocio;
- ayuda para asistir a grupos de apoyo mutuo: Alcohólicos Anónimos (45); GROW, una organización comunitaria que ofrece un proceso de 12 pasos para la recuperación (46); Shine, una ONG irlandesa que presta asistencia a personas con problemas de salud mental y a sus familias (47); y los grupos de Hearing Voices;
- ayuda para asistir a las citas con los servicios de bienestar social, el médico general, la oficina de vivienda y otros servicios;
- asistencia para tramitar subvenciones, ayudas a la vivienda, oportunidades de empleo, capacitación, contratos de arrendamiento y prestaciones sociales;
- conexión con las actividades artístico-culturales que se realizan en el área de West Cork, como las colaboraciones con la iniciativa 49 North Street (véase a continuación);
- conexión con actividades sociales, como grupos de excursionistas y jardinería.

Desarrollo comunitario: Wellbeing Network y 49 North Street

En los últimos años, el servicio nacional de salud de Irlanda, el Servicio de Salud Mental de West Cork y National Learning Network han establecido una red de bienestar (Wellbeing Network), en colaboración con artistas y músicos de West Cork, que ofrece varias iniciativas de salud física y mental (48). La red de bienestar promueve proyectos inclusivos y está abierta a todas las personas de la comunidad (49).

El equipo de Home Focus, particularmente la promotora de desarrollo y recuperación, colabora con esta iniciativa a fin de crear un espacio de inclusión, donde las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales sean libres de participar de proyectos artístico-terapéuticos junto con otras personas. Un ejemplo es el proyecto 49 North Street (50), un espacio donde florecen el aprendizaje, las actividades terapéuticas, la expresión creativa y la diversidad. La filosofía del proyecto estriba en asumir riesgos, aprovechar los puntos fuertes de las personas y trabajar juntos para crear una comunidad donde prosperen la recuperación y el bienestar. Las actividades que se realizan en este momento son un coro comunitario, una banda de rock, un taller de música y narración de cuentos, grupos de meditación, paseos y jardinería, un taller de arte, un taller de lengua irlandesa y una orquesta de gamelán (51). Las actividades están abiertas a todos, pero están pensadas especialmente para personas con problemas de salud mental. Además, uno de los grupos de ayuda entre pares gestionados por la promotora de desarrollo de Home Focus también se reúne en el local de 49 North Street.

La promotora de desarrollo y recuperación se ha movido mucho y ha creado gran cantidad de iniciativas de inclusión en la comunidad. El festival anual de arte de Skibbereen y el festival gastronómico Taste of West Cork han incorporado una dimensión de salud mental y procuran eliminar las barreras a la participación de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales (52).

Principios y valores fundamentales del servicio

Respeto de la capacidad jurídica

El servicio tiene el compromiso de ayudar a las personas a tomar decisiones personales. El equipo firma, junto con cada usuario, una declaración de derechos y responsabilidades en la que se estipula que “los usuarios del servicio participarán de todas las decisiones que se tomen sobre su propio futuro” y se agrega que siempre recibirán “ayuda para tomar decisiones informadas” con respecto a los tratamientos e intervenciones.

Todos los usuarios preparan, con ayuda de un miembro del equipo, un plan individual de acción que incluye sus objetivos y prioridades personales. Este plan ayuda a la persona a articular sus deseos, incluidos los servicios que prefiere y las previsiones para los momentos de crisis. En este sentido, también se utilizan planes de crisis Wellness Recovery Action Planning (42). Aunque en Irlanda las voluntades anticipadas todavía no son jurídicamente vinculantes, el servicio de West Cork respeta y cumple los planes individuales y los planes de Wellness Recovery Action Planning para las crisis. El plan individual se revisa cada seis meses.

Prácticas no coercitivas

Todo el trabajo que se hace con el equipo de Home Focus es estrictamente voluntario. No se sanciona a quienes no asisten ni tampoco hay estipulaciones sobre cumplimiento de la medicación. Se ofrece apoyo a las personas que desean medicarse, que se plantean otras opciones, que piden una revisión de su plan de farmacoterapia o que solicitan ayuda para ir reduciendo la medicación según la pauta prescrita. Tampoco se insiste en que la persona recurra a otros servicios como psicoterapia, terapia ocupacional o trabajo social.

El equipo de Home Focus trabaja para gestionar las posibles situaciones de conflicto y recibe capacitación para aplicar técnicas de desescalada, como SafeTalk (53), Assist (54) y Wellness Recovery Action Planning. La filosofía del “se puede” y del apoyo a los usuarios en lo que ellos elijan trata de evitar que se acumulen la frustración y el malestar psicológico. Sin embargo, en alguna ocasión se ha hospitalizado a usuarios sin su consentimiento. Las decisiones sobre internamientos forzados no las toma el equipo de Home Focus, sino la familia de la persona, el médico general y un psiquiatra del hospital de Bantry.

Inclusión en la comunidad

Todo el programa de Home Focus está dirigido a la inclusión en la comunidad. Los usuarios reciben apoyo para participar en actividades de capacitación, trabajo, cultura, ocio y salud, como caminatas y natación. Se les ayuda a planificar su propio presupuesto y a tramitar prestaciones cuando resulta adecuado.

Cuando es necesario, se ofrece asistencia para encontrar una vivienda alternativa. También se presta apoyo en relación con la educación, la capacitación, el empleo y las actividades sociales, según los deseos de cada persona.

Se hace un esfuerzo activo por conectar a las personas con sus familias y comunidades. El equipo de Home Focus busca ayudar a cada persona a ampliar su red social. El objetivo del equipo es retirarse gradualmente, a medida que la persona gana seguridad e independencia y va integrándose en la comunidad.

El servicio mantiene un contacto regular con el Consejo del Condado de Cork y con entidades como los centros de recursos comunitarios, la *Cork Mental Health Foundation*, GROW (46), el grupo *Clonakilty Wellness, Novas (55)* y *Social Farming (56)*. El proyecto 49 North Street es, a grandes rasgos, una iniciativa de inclusión comunitaria destinada a eliminar las barreras para las personas con problemas de salud mental, que les permite participar en actividades creativas, eventos colectivos y festivales.

Participación

Al haber pasado por situaciones parecidas, la promotora de desarrollo y recuperación de Home Focus conoce de primera mano la situación de los usuarios. Ha seguido un programa de capacitación de ocho semanas sobre apoyo entre pares y colabora en la organización de los grupos de apoyo entre pares de West Cork. Varias personas de West Cork, igualmente afectadas por problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, también han seguido este programa de capacitación y se reúnen periódicamente para ayudarse y planificar el futuro. La defensora de desarrollo y recuperación también dedica parte de su tiempo a los usuarios de Home Focus, trabaja con flexibilidad y aprovecha la información que le dan sobre sus experiencias.

Hay una colaboración específica entre el equipo de Home Focus y los dos grupos de Hearing Voices de West Cork; uno de los miembros del equipo ayuda a moderar estos grupos.

Una de las organizaciones asociadas que colaboraron para poner en marcha el servicio Home Focus es Irish Advocacy Network, una red fundada y gestionada por personas directamente afectadas. Las personas afectadas están representadas en todos los estamentos de gestión del Servicio de Salud Mental de West Cork, por lo que hacen aportes a la gerencia de Home Focus.

Enfoque de recuperación

El servicio está orientado explícitamente a la recuperación. Presta atención a los puntos fuertes de la persona y busca elaborar un plan de recuperación según lo que espera para el futuro. El equipo prioriza el establecimiento de relaciones respetuosas y positivas y trabaja de manera flexible. Todas las actividades del programa están diseñadas para promover la conexión, la esperanza, la identidad, los roles significativos y el empoderamiento (los principios “CHIME”) (57).

El equipo utiliza el método Wellness Recovery Action Planning para ayudar al usuario a planificar su proceso de recuperación. La promotora de desarrollo y recuperación también se ocupa de crear y respaldar varias iniciativas comunitarias que pueden ser útiles para las personas en su proceso de recuperación.

Evaluación del servicio

En el 2008 se llevó a cabo una evaluación cualitativa del servicio, a cargo de investigadores del Departamento de Estudios Sociales Aplicados, del University College Cork (UCC) (44). Se entrevistó a 14 participantes, a miembros del equipo y a otras personas a fin de valorar el efecto de la intervención sobre los usuarios, los prestadores de servicios y la comunidad en general.

Se observó que el efecto sobre los participantes era sustancial. En las entrevistas cualitativas surgieron temas como la esperanza inspirada, el trato respetuoso, ser escuchado, ser valorado, tener posibilidades de elegir, el tiempo y la disponibilidad del personal y la continuidad del personal y de la atención.

Cabe destacar que el 89% de los entrevistados afirmaban haber mejorado en el ámbito personal y social, particularmente en la toma de decisiones, el sueño, las habilidades sociales y las interacciones con la familia y las redes sociales; el 72% aseguraban que había mejorado su compromiso social, por ejemplo, al haber comenzado a utilizar medios de transporte particular y público o a participar en actividades deportivas de su localidad; el 71% afirmaba que había mejorado su vida independiente. Por ejemplo, se habían mudado para vivir por su cuenta, se sentían más seguras de sí mismas a la hora de hacer las compras y eran más conscientes de sus derechos y prestaciones. El 69% aseguró que había mejorado su salud mental; se sentían menos paranoicos, pensaban menos en el suicidio, comprendían mejor su medicación y estaban más capacitados para hablar de sus problemas de salud mental. Por último, el 40% afirmaba que habían mejorado sus vínculos con los grupos y organizaciones de ayuda de la comunidad. Se constató que los participantes valoraban particularmente el tiempo que les dedicaba el equipo, su flexibilidad y la ayuda prestada para cuestiones prácticas.

Los miembros del personal de Home Focus también valoraron la libertad de trabajar de manera individualizada con la recuperación como prioridad. Uno de ellos, por ejemplo, afirmaba: “Hay personas que, sobre el papel, tienen un mismo diagnóstico, pero su proceso de recuperación es totalmente diferente. A algunas personas les hace bien trabajar los problemas del pasado, mientras que para otras puede ser lo peor; precisamente por eso, creo que es la naturaleza y la flexibilidad del proyecto lo que permite corregir esos desequilibrios” (44).

Además, los investigadores indican que la asociación entre los servicios estatales, las ONG y las organizaciones de promoción tuvo un efecto muy positivo para las relaciones entre los diferentes servicios.

En el 2011, se realizó una revisión de la Inspección de Servicios de Salud Mental, en la que se describió el equipo de Home Focus como “innovador en su composición y la prestación de sus servicios”. Además, se destaca, como característica singular, la “capacidad de ofrecer un servicio verdaderamente orientado a la recuperación, sin limitarse a hablar de la recuperación como concepto. El equipo interinstitucional posee la flexibilidad y la capacidad necesarias para responder en diversos ámbitos psicosociales y prestar una atención centrada en la persona. Esta flexibilidad no se ve constreñida por los límites del puesto, las intervenciones relacionadas con el diagnóstico ni la balcanización del trabajo de las diferentes entidades” (37).

El servicio ha logrado reconocimiento nacional como ejemplo de buenas prácticas. La incorporación de la ayuda entre pares ha sido un modelo positivo para otros servicios (58).

Costos y comparaciones de costos

El servicio está totalmente financiado por el Estado, a través del servicio nacional de salud de Irlanda, y su presupuesto asciende a unos €260.000 (US\$ 313.394) por año (€7.600 o US\$ 9.162 por persona y año).^c Este presupuesto engloba los salarios y otros gastos de personal, las matrículas de los cursos de capacitación, los materiales de capacitación, las licencias de programas informáticos, los subsidios comunitarios, los desplazamientos y viáticos en la extensa área de afluencia y los costos generales de administración y funcionamiento. El servicio es gratuito para los usuarios y no se exigen pagos de las aseguradoras.

c Tasa de cambio de marzo del 2021.

Dificultades y soluciones

Dificultades de financiamiento

El final de la fase piloto inicial coincidió con el inicio de la crisis económica, en el 2008, que comportó grandes problemas de financiamiento. Para superar este importante escollo fue preciso convencer a la Administración de que continuara financiando el proyecto, para lo cual hubo que actuar con perseverancia y tenacidad, enarbolando la confianza en el nuevo modelo. Para ello, fue crucial contar con la evaluación independiente de la fase piloto. Para que el servicio sobreviviera en una época de austeridad nacional, en la que se recortaron muchos otros servicios, también fue muy importante el apoyo político y de la población de la zona, así como la colaboración entre el servicio nacional de salud de Irlanda y National Learning Network.

Fomentar la confianza en el enfoque de recuperación

Al principio hubo reticencia a adoptar el enfoque de recuperación entre muchos profesionales de los servicios psiquiátricos, pero también entre algunos usuarios.

Los primeros contratiempos se superaron gracias a un grupo directivo no jerárquico, en el que participaron los profesionales. Además, el servicio se propuso entablar relaciones activas con los servicios existentes, incluidas las personas que prestan servicios públicos y las ONG de la zona. El equipo asistió a las reuniones multidisciplinarias de salud mental, comenzó a aceptar derivaciones de estos grupos y les devolvió directamente sus comentarios e impresiones. El servicio también trabajó en estrecha colaboración con otras iniciativas, como West Cork Open Dialogue y los grupos locales de Hearing Voices, que también están orientados al enfoque orientado a la recuperación. Estas colaboraciones reforzaron la credibilidad del modelo y ayudaron a construir una coalición fuerte, con el objetivo de sostenerlo.

Superar los problemas de infraestructura

Uno de los principales obstáculos fue la logística de prestar un servicio en una región extensa, con una infraestructura deficiente. La mala calidad de los caminos rurales y la limitada oferta de transporte público eran y siguen siendo problemas importantes. En este sentido, se han establecido vínculos con iniciativas de transporte como West Cork Rural Transport. También se busca compartir el transporte con otras organizaciones.

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:

- celebrar reuniones periódicas con el equipo para ayudar al personal a mantenerse bien y fiel al espíritu y los ideales del servicio;
- utilizar el marco “CHIME” para conceptualizar los resultados cuando sea difícil evaluarlos con un modelo de “relación precio-calidad” en el marco de un servicio centrado en la persona;
- utilizar el modelo de un equipo itinerante flexible, combinando elementos de salud mental y formación profesional;

- actuar con creatividad y apertura para colaborar con otras entidades y grupos de la comunidad, a fin de llegar a las personas y las familias que lo necesitan;
- contar con un miembro del equipo que tenga experiencia de primera mano es una enorme ventaja, ya que valida la orientación a la recuperación y certifica el trabajo del equipo con sus pares, así como la iniciativa de ayuda entre pares;
- celebrar reuniones periódicas de reflexión ayuda al personal a mantenerse bien y fiel al espíritu y los ideales del servicio.

Información adicional y recursos:

Contacto:

Kathleen Harrington, gerente de área, National Learning Network - Bantry, County Cork, República de Irlanda. Correo electrónico: kathleen.harrington@nl.n.ie

Jason Wycherley, National Learning Network, Donemark, Bantry, County Cork, República de Irlanda.

Correo electrónico: Jason.wycherley@nl.n.ie

2.4

Naya Daur

Bengala Occidental (India)



Clasificación principal: Servicio de alcance comunitario

Otras clasificaciones:

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

Calcuta es la capital del estado de Bengala Occidental, en el noreste de la India. En su área metropolitana, que tiene una gran densidad de población, se concentran más de 14 millones de habitantes (59). Los servicios de salud mental de Calcuta están canalizados a través de dos hospitales psiquiátricos y seis hospitales universitarios. El sector de las ONG también presta servicios de salud mental (60). No existen programas públicos de alcance comunitario, por lo que la responsabilidad de acceder a las intervenciones de salud mental corresponde siempre al individuo y a su familia (59). Se calcula que en la ciudad viven 70.000 personas en situación de indigencia y una proporción significativa de estas personas sufre problemas de salud mental.

Iswar Sankalpa es una ONG ubicada en la ciudad. Fundada en el 2007, proporciona servicios a las personas en situación de calle que padecen problemas de salud mental y discapacidades psicosociales persistentes (61). Su programa de alcance comunitario, denominado Naya Daur (que significa “nueva era”), fue su primer proyecto y sigue siendo el más destacado. Entretanto, Iswar Sankalpa ha desarrollado otros servicios en colaboración con la Policía de Calcuta, la Corporación Municipal, el Departamento de Salud y Familia de Bengala Occidental y el Departamento de Bienestar Social. Entre estos servicios se cuentan un centro de acogida y una unidad de respuesta a emergencias. En el 2010, Iswar Sankalpa también abrió Sarbari, un refugio para mujeres en situación de calle que sufren problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, junto con la Corporación Municipal de Calcuta, y en el 2015 puso en marcha Marudyan, un refugio para hombres con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales. En el 2018, se amplió el proyecto Naya Daur a otros 20 distritos de Calcuta, gracias a la colaboración de las autoridades locales.

Aunque Naya Daur no forma parte del sistema oficial de salud mental, colabora muy estrechamente con el sistema gubernamental de salud pública, las autoridades municipales, los cuerpos policiales y la judicatura de Calcuta (62). Por ejemplo, ha negociado incluso un espacio apartado, dentro de la comisaría de policía de Hastings, al que pueden acudir personas indigentes con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, ayudando a mejorar la atención dispensada a estas personas y a mantener su autonomía.

Descripción del servicio

El objetivo principal de Naya Daur es proporcionar apoyo, tratamiento y atención a personas en situación de calle que padecen problemas de salud mental o discapacidades psicosociales, en el lugar donde se encuentren, con el fin de aumentar su inclusión en la comunidad. Su firme principio rector es que nadie deba abandonar el vecindario donde vive para poder recibir tratamiento. Se hace todo lo posible por establecer relaciones significativas con los miembros de la comunidad, evitar el aislamiento y el maltrato de las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales y apoyarlos para que puedan llevar una vida digna y significativa.

Actualmente, Naya Daur presta servicios en 60 circunscripciones municipales de Calcuta, con un equipo multidisciplinario compuesto por 10 asistentes sociales, dos psiquiatras, dos orientadores, un coordinador y oficiales de apoyo, así como un conductor. En agosto del 2020, Naya Daur había atendido a más de 3.000 indigentes con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales (62, 63).

En general pueden entrar en el programa aquellas personas que viven en la calle y tienen un problema de salud mental o discapacidad psicosocial, pero hay algunas excepciones: personas itinerantes, que no están asentadas en un barrio fijo; personas que adoptan comportamientos violentos o agresivos; personas aquejadas de enfermedades graves, a las que no es posible ayudar en la comunidad (p. ej., patologías físicas, como una infección que requiera atención hospitalaria); y personas que rechazan los servicios ofrecidos por Naya Daur durante más de tres meses.

El equipo multidisciplinario de Naya Daur trabaja con personas adultas en situación de calle de entre 16 y 80 años, estableciendo con ellos un diálogo y una relación. Este intercambio, para el que siempre se recaba el consentimiento, se centra en la construcción de relaciones y puede prolongarse durante varios meses. El equipo facilita la realización de revisiones periódicas, presta atención a la salud física y mental de la persona, le entrega ropa y alimentos, la ayuda a acceder a prestaciones y efectúa visitas con sus orientadores y asistentes sociales. Los trabajadores de campo identifican, en colaboración con profesionales de la salud mental, a las personas sin hogar del área de afluencia de la ONG que necesiten atención a la salud mental o que expresen dicha necesidad, por lo que podrían optar a beneficiarse de Naya Daur.

Con el consentimiento del usuario, se establece una relación mediante la conversación, la entrega de alimentos, servicios de higiene personal y atención médica, si es necesario (64). A las dos semanas, y después de dar su consentimiento para recibir los servicios de Naya Daur, el psiquiatra de la organización ofrece a los nuevos usuarios una evaluación integral de su salud mental. Esta evaluación se hace en el mismo lugar donde vive la persona. También se emprenden actividades de rehabilitación, como el establecimiento de objetivos para la recuperación e intervenciones de inclusión social. Se comenta la posibilidad de recibir medicación y se recetan medicamentos si están indicados, pero únicamente si la persona desea tomarlos. En algunos casos, sin embargo, se negocia una hospitalización con el usuario. Por ejemplo, si se autolesiona o agrede a otras personas, si requiere asistencia médica de urgencia, si consume sustancias peligrosas o si no se aprecia ninguna mejoría con el apoyo de la

comunidad. Muchas veces, la hospitalización se produce con el apoyo de los miembros de la comunidad que conocen la persona. Según la experiencia de Naya Daur, los internamientos forzosos se pueden evitar manteniendo una charla franca con la persona y dándole su espacio.

Una figura esencial en la labor de Naya Daur son los voluntarios de la comunidad. Se trata de residentes del mismo barrio que ofrecen apoyo al usuario en situación de indigencia, junto con el equipo, pero no reciben remuneración. Por lo general, son vendedores ambulantes o regentan una tienda o un puesto de comidas en las calles de Calcuta y su nivel de estudios es limitado. Normalmente ya conocen a la persona; en muchos casos estaban preocupados por ella y no sabían cómo ayudarla.

Participando en el proyecto Naya Daur, estos voluntarios se sienten más seguros a la hora de ofrecer ayuda práctica y personal. Sin embargo, la responsabilidad de brindar apoyo se reparte entre el equipo multidisciplinario, el usuario y los voluntarios. Los voluntarios reciben capacitación y cuentan con la supervisión de los agentes de alcance comunitario. La capacitación comprende la atención a las necesidades básicas, psicoeducación, administración de medicamentos y acompañamiento del usuario para que acceda a los servicios de salud pública y para facilitar su integración social a través de la oferta de vivienda o empleo. Casi siempre, la capacitación se realiza donde se encuentran el usuario y el voluntario, mediante el diálogo y el intercambio de ideas. Se ayuda al voluntario a ejercitar la paciencia en la comunicación y a reaccionar adecuadamente ante los comportamientos que pueden ser difíciles de entender. También pueden participar en reuniones con otros cuidadores, para prestarse apoyo mutuo (64).

Los usuarios tienen acceso a centros de día y otras actividades; se fomenta el empleo asistido, por ejemplo, por parte de los voluntarios que regentan pequeños negocios, y se valora la posibilidad de que el usuario regrese con su familia, siempre previo consentimiento de ambas partes. Si lo solicitan, los usuarios también pueden ser derivados a Sarbari y Marudyan, los refugios temporales para personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales que viven en la calle, donde disfrutan de servicios básicos como comida, agua, ropa, artículos de higiene y un espacio para dormir, y donde también se realizan intervenciones biopsicosociales. A las mujeres siempre se les ofrece la posibilidad de ir al refugio, ya que corren mayor riesgo de sufrir abusos y violencia de género. Este riesgo se evalúa continuamente y se actúa en consecuencia, en función de lo que refieren las usuarias y los cuidadores sobre los peligros para su integridad y bienestar.

Paralelamente, el equipo lleva a cabo un taller mensual de concientización sobre salud mental e indigencia, para abordar el estigma y sensibilizar a la población sobre los problemas que afrontan muchas personas en su vida cotidiana. Los campamentos de concientización se llevan a cabo en clubes locales, cerca de donde viven los usuarios de Naya Daur.

Por su parte, los miembros del personal de Naya Daur siguen rigurosas sesiones de orientación y capacitación, según un procedimiento normalizado (64). Cuando se incorporan a la organización, acompañan al personal en las visitas de campo y reciben capacitación práctica detallada sobre las diversas fases de la intervención: generar empatía; signos y síntomas; habilidades de asistencia e intervención psicosocial; práctica centrada en el usuario; farmacoterapia y efectos secundarios; abordaje de problemas y estrategias de mitigación; capacitación en habilidades de liderazgo para la creación de redes y la construcción de relaciones con las partes interesadas; comunicación no violenta; formación de equipos; y habilidades de atención plena (*mindfulness*). Los cuidadores de la comunidad, además de la capacitación y el apoyo continuos, reciben una capacitación anual para identificar a posibles usuarios, abordar el estrés y concientizar a la comunidad sobre la necesidad de ayudar a las personas en situación de calle que padecen problemas de salud

mental y discapacidades psicosociales (65). Está previsto incluir en la capacitación temas como revisiones de salud física, mapeo de interesados directos y estrategias de voluntariado.

Principios y valores fundamentales del servicio

Respeto de la capacidad jurídica

La premisa central de Naya Daur es la autonomía del usuario; la prestación del servicio se rige íntegramente por la voluntad y las preferencias de la persona. No es necesario dejar la calle para ser beneficiario del servicio. Si la persona es vulnerable y necesita atención urgente, se le pregunta si quiere ir a un refugio, que es un programa separado, o al hospital si es necesario. Si no quiere, no se la obliga, pero en los casos agudos se sigue negociando. Los usuarios deciden por su cuenta cuál será el ritmo de su proceso de recuperación, si desean interactuar con el asistente social y recibir ayuda. La elección del usuario prevalece en todas las decisiones e intervenciones ofrecidas: desde el reparto de alimentos y la toma de medicación, hasta el grado y la forma de interacción con el equipo, pasando por los datos que dan sobre su familia y la posibilidad de aceptar un empleo.

Cada tres meses, el personal recibe capacitación y orientación específicas en apoyar a los usuarios a ejercer su capacidad jurídica y los superiores realizan una revisión. Se documentan pormenorizadamente todos los comentarios y declaraciones de los usuarios, así como todas las interacciones con ellos. Se elabora un plan de atención individual junto con el usuario, al que se ofrece apoyo para que tome todas sus decisiones mediante un proceso de consentimiento informado. El plan individual recoge los objetivos personales del usuario y se revisa cada trimestre para evaluar su avance. Los objetivos y el plan se pueden modificar si es necesario. El personal entiende que los usuarios no siempre son capaces de tomar ciertas decisiones, por lo que continuamente verifican con ellos si han variado sus preferencias y comunican sus decisiones a todas las partes interesadas. El equipo multidisciplinario realiza reuniones para tratar los casos, revisiones trimestrales y evaluaciones anuales de las necesidades de cada usuario. En estas reuniones, se incorporan los deseos y preferencias del usuario a su plan de tratamiento y atención.

Actualmente no existe un protocolo para abordar las crisis o las situaciones en las que puede verse afectada la capacidad de tomar decisiones; el personal observa las señales no verbales y el lenguaje gestual del usuario, además de recurrir al conocimiento de los cuidadores, para interpretar los deseos y preferencias de la persona. Las situaciones de crisis se documentan y revisan en detalle. Siempre se habla sobre las crisis con la persona y se utilizan como oportunidad de aprendizaje para afrontar mejor una crisis en el futuro. Hay planes para registrar las voluntades anticipadas de todos los usuarios, a fin de dar cumplimiento a la Ley de Atención a la Salud Mental de la India.

Prácticas no coercitivas

Proporcionar atención y apoyo dentro de la comunidad es una filosofía básica del programa. Hasta el psiquiatra visita a los usuarios en la calle. Se establece un proceso paulatino por el que se erige una relación de atención y comprensión cimentada en la confianza. Esto permite a la persona indigente responder al asistente social a su ritmo. Los usuarios pueden retirarse o revocar el consentimiento en cualquier momento, simplemente apartándose. Solo se inscribe en el programa a un usuario después de que otorgue su consentimiento, comunicando sus deseos verbalmente o por gestos; a veces esto último es necesario por las barreras lingüísticas o dialectales, y según lo grave que sea la afectación física o psíquica.

Se reducen al mínimo los internamientos forzados y las derivaciones a servicios donde puedan aplicarse prácticas coercitivas, como los hospitales. La situación se explica al usuario de antemano. El equipo enseña prácticas no coercitivas a los cuidadores de la comunidad y les inculca la importancia de no recurrir a las coacciones, mediante campamentos de sensibilización y sesiones individuales de psicoeducación y supervisión. Asimismo, se supervisa y monitorea el apoyo que prestan los cuidadores para garantizar la seguridad del usuario.

En los campamentos de sensibilización, se analizan con la población las dificultades que afrontan las personas indigentes que sufren problemas de salud mental. Se espera que los campamentos propicien una mayor comprensión, para que los miembros de la comunidad no utilicen la fuerza bruta contra la persona. Además, el asistente social recurre a las redes sociales de la persona dentro de la comunidad, como son los cuidadores, para evitar la coerción y obtener información sobre su historia y su salud. Por ejemplo, hace poco un cuidador negoció con la policía ferroviaria para evitar que internaran a un usuario en contra de su voluntad; otro cuidador intervino por la noche para impedir una agresión por parte de una pandilla de hombres.

Inclusión en la comunidad

En la comunidad, se buscan posibles cuidadores que coordinen la atención y el apoyo brindados a través de Naya Daur. Cuando la persona indigente está dispuesta a trabajar y se siente capaz, los cuidadores pueden ofrecerle empleo en las tiendas o pequeños comercios que regentan. En su trabajo de campo, los trabajadores de alcance comunitario y quienes brindan orientación o asesoramiento psicológico visitan a los usuarios y cuidadores todos los meses, para ayudarles a resolver problemas prácticos.

Si el usuario se ha quedado en la calle muy lejos de su residencia original, se puede facilitar la reunificación familiar, siempre con el consentimiento mutuo del usuario y de su familia. Las etapas finales de la intervención de Naya Daur consisten en trabar alianzas con los cuidadores de la comunidad para ceder a los voluntarios, en última instancia, la asistencia cotidiana y social de los usuarios. Además, se construye en torno al usuario una red de atención que facilita la coordinación entre los servicios de salud, los funcionarios locales, las fuerzas de orden público, las ONG, los cuidadores y la vecindad.

Naya Daur también defiende los derechos de los usuarios y les ayuda a tramitar prestaciones y acceder a la atención médica. Forja vínculos directos con la comunidad, a través de programas de sensibilización impartidos en centros de salud, escuelas, centros de estudios superiores y clubes juveniles de la localidad. Estos programas pretenden sensibilizar a la población sobre las condiciones en las que viven las personas indigentes, las discapacidades psicosociales y la salud mental en general.

Participación

Muchos usuarios de Naya Daur asumen más adelante funciones de apoyo entre pares o incluso de cuidadores de nuevos usuarios. Las voces y comentarios de los usuarios se incorporan informalmente en el diseño y la ejecución de los servicios. Sin embargo, el servicio aún no cuenta con mecanismos, esquemas o protocolos formales para incluir a los usuarios como empleados o incorporar sus opiniones en el desarrollo o ejecución del servicio.

Enfoque de recuperación

El enfoque holístico de la recuperación que sigue Naya Daur sitúa a la persona en el centro del proceso asistencial; se da prioridad a su rehabilitación social, junto con los síntomas que pueda tener. Se ofrece

apoyo a las personas que viven en la calle y tienen problemas de salud mental o discapacidades psicosociales, en todas las áreas de su vida. La comunicación cotidiana con el usuario está orientada a los objetivos, ya que busca motivarlo para que tome sus propias decisiones con respecto a su bienestar, recupere el control de su vida y vuelva a albergar esperanzas para el futuro. El equipo adopta una perspectiva de puntos fuertes, y todas las interacciones están orientadas a ayudar al usuario a conocer los recursos existentes, ya sean físicos o sociales, sobre los que ir afianzando su progreso. Los orientadores y cuidadores, que reciben capacitación, visitan al usuario casi todos los días, lo animan y le ofrecen asesoramiento motivacional. Tienden a aplicar lo que se denomina “autorrevelación”, es decir, a hablar de sus propias experiencias personales, sus luchas y sus victorias, siempre que resulte apropiado, a fin de infundir esperanzas, aumentar la autoaceptación de la persona y ayudarla en el camino hacia sus objetivos vitales. Al obtener prestaciones, encontrar un medio de sustento y restablecer sus conexiones sociales y familiares, los usuarios consiguen reintegrarse a la vida en sociedad.

Evaluación del servicio

Una revisión de Naya Daur, realizada por Iswar Sankalpa entre el 2007 y el 2011, analiza casos de usuarios rehabilitados y recoge estadísticas de los servicios (62). No se han acometido encuestas entre los usuarios ni evaluaciones formales, pero se dispone de las estadísticas sobre los usuarios atendidos, reintegrados y reubicados en viviendas. Durante ese período, el servicio proporcionó alimentos a 1.015 usuarios, ropa y servicios de higiene a 765, atención médica a 615 y viviendas para 69 personas. Entre el 2011 y agosto del 2020, el servicio contactó a 2.003 personas indigentes, al 65% de las cuales se les diagnosticó una enfermedad mental; la mayoría tenían psicosis. Se suministró medicación y se prestó asesoramiento a 1.122 usuarios. Además, 197 personas recibieron ayuda para encontrar alojamiento. En promedio, entre 90 y 100 personas indigentes reciben apoyo de los cuidadores de la comunidad cada año (S. Das Roy, Iswar Sankalpa, datos inéditos, 2021). Hasta la fecha, Naya Daur ha ido tejiendo un circuito de atención que comprende 250 cuidadores comunitarios y se esfuerza por que ese número crezca.

Costos y comparaciones de costos

Naya Daur cuesta 107 rupias por persona y día (aprox. US\$ 1,50 por día o US\$ 45 por mes), en comparación con los US\$ 60 por persona que cuestan al mes los refugios gestionados por Iswar Sankalpa (66) y los US\$ 150 por persona y mes que cuesta la atención institucional en centros más caros de gestión privada.^d Todos los costos citados incluyen alimentos, medicamentos, tratamiento, artículos de higiene, vestimenta, recursos humanos y gastos generales (67) (S. Das Roy, Iswar Sankalpa, comunicación personal, 2020).

Los costos de este servicio son más bajos porque no utiliza recursos de salud mental tradicionales — como psiquiatras, psicólogos y hospitales—, sino que consiste en un modelo de alcance comunitario, atendido principalmente por asistentes sociales, que asiste a los usuarios en el mismo lugar donde viven y capacita a los miembros de la comunidad sobre los conceptos básicos del apoyo diario. En Naya Daur, hasta los vendedores callejeros más pobres se ven gratificados al contribuir con parte de su tiempo ayudando a otras personas de su comunidad. Fomentar una comunidad horizontal ha permitido reducir algunos costos del proyecto. Además, en comparación con los refugios, se minimiza la necesidad y el costo de un programa formal de reinserción laboral.

d Tasa de cambio de febrero del 2021.

Los usuarios de Naya Daur no pagan nada por los servicios prestados. Sin embargo, cuando comienzan a ganar dinero y pueden satisfacer sus propias necesidades básicas de comida, higiene y ropa, se reduce el apoyo ofrecido por la organización. Más de 60 usuarios han obtenido acceso a prestaciones públicas desde el 2015.

Las comparaciones demuestran que este modelo de apoyo es menos costoso y más aceptable para las personas sin hogar que sufren discapacidades psicosociales. El servicio lo financian actualmente las siguientes entidades privadas: Hope Foundation, Azim Premji Philanthropic Initiatives y Tides Foundation.

Dificultades y soluciones

Falta de conciencia sobre la indigencia

Una dificultad importante fue que las autoridades ni siquiera reconocían la existencia de una población de personas que viven en la calle y sufren problemas de salud mental y discapacidades psicosociales. Nadie sabía cuál era la magnitud del problema porque nadie se había ocupado de recopilar datos. Tampoco había ningún departamento gubernamental que asumiese la responsabilidad de esta población; el departamento de bienestar social creía que las personas con problemas de salud mental no eran competencia suya, en tanto que el departamento de salud dejaba sin cobertura a las personas incapaces de indicar su nombre, el nombre de su padre o marido, o una dirección.

Se emplearon varias estrategias para superar este inconveniente. Se llevó a cabo un estudio en 144 barrios de la ciudad de Calcuta para censar a las personas que vivían a la calle y tenían problemas de salud mental, en el cual se identificó a 466 personas. Además, se descubrió una disposición de la Ley de Salud Mental de 1987 por la cual se establece que la responsabilidad de esta población recae en la policía, por lo cual el servicio comenzó a funcionar adscrito a la comisaría de la policía. Se solicitó permiso al ayuntamiento para abrir un refugio para mujeres donde pudiesen pernoctar. Al mismo tiempo, el Tribunal Supremo de la India ordenó la creación de refugios nocturnos en todas las ciudades del país. Con el visto bueno de la alcaldía, en el 2010 se inauguró el primer refugio especial para personas sin hogar con discapacidades psicosociales.

Superar las suspicacias en la comunidad

Los miembros de la comunidad dudaban e incluso sospechaban del servicio y cuestionaban sus intenciones. Preguntaban por los medicamentos que se suministraban a las personas. Otras personas pedían que se sacase de las calles a los indigentes con problemas de salud mental y que los ingresasen en centros psiquiátricos.

El servicio abordó estas dudas con paciencia, mediante la comunicación y la educación. Su trabajo con la comunidad finalmente dio sus frutos. También fue importante contar con un médico, que explicó para qué servía la medicación. Alimentar un espíritu filantrópico entre las personas con ocupaciones callejeras también fue esencial para el éxito del proyecto.

Financiamiento

El financiamiento del servicio es una dificultad crónica. Para superarla, se solicitan donaciones de alimentos, ropa y medicamentos directamente a la población.

Apoyar a las personas para que permanezcan conectadas

Una dificultad importante era que, después de recibir la ayuda de Naya Daur, los beneficiarios tendían a desconectarse del servicio. Algunas personas recobraban la capacidad de moverse por el territorio y desaparecían. Algunos conseguían recordar su lugar de residencia y regresaban con sus familias, pero otros fueron interceptados en diversas actuaciones de la municipalidad para “despejar las calles”. Por otro lado, algunos usuarios mejoraron y se pusieron a trabajar, pero se gastaban todo el dinero en alcohol y drogas; esta situación afectó negativamente a su capacidad para recibir apoyo del servicio.

A fin de mantener el contacto, se insta a los beneficiarios del servicio a hablar de su familia; el servicio busca juntarlos con la familia, de manera planificada, si resulta posible. Muchas veces se les aconseja que se alojen unas noches en uno de los refugios, para que mejoren las habilidades intrafamiliares y para garantizar que efectivamente se realice la reunión prevista con la familia. También se ofrece orientación activa sobre los riesgos de consumir alcohol y drogas.

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:

- reconocer que un programa de este tipo, que trabaja con personas indigentes con problemas de salud mental, no puede regirse por un principio de autoridad, como un dispensario;
- permitir que el servicio se desarrolle a su propio ritmo y a la par con el entorno sociocultural;
- demostrar al público que las personas indigentes con problemas de salud mental crónicos y discapacidades psicosociales pueden recuperarse si reciben la ayuda adecuada y si cuentan con mínimos recursos; esto genera esperanza y ayuda a vencer el estigma y el mito de que estas personas no pueden recuperarse;
- involucrar a todas las partes interesadas en el régimen de atención, como pauta fundamental; esto garantiza la sostenibilidad, al construirse una familia sustituta en torno a la persona sin hogar;
- promover la “equidad en la filantropía”, para que todos puedan contribuir;
- centrar las evaluaciones en la recuperación funcional, en lugar de la situación clínica, contribuye de alguna manera a eliminar el estigma, ya que la comunidad puede ver que las personas mejoran cuando se les brinda apoyo.

Información adicional y recursos:

Sitio web:

<https://isankalpa.org/>

Videos:

Una comunidad de atención: la Emprendedora Ashoka que lleva la atención médica mental hasta las personas sin hogar de Calcuta [en inglés].

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

Contacto:

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

Correo electrónico: sarbani@isankalpa.org

2.5

Ómbudsman personal

Suecia



Clasificación principal: Servicio de alcance comunitario

Otras clasificaciones:

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

Disponibilidad en diferentes lugares:

- Sí No

Evidencia:

- Estudios publicados Bibliografía gris Ninguna

Financiamiento:

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

Contexto

En el año 2000, se instituyó en Suecia la figura del ómbudsman personal. Con cerca de 10,3 millones de habitantes, Suecia es un país de ingresos altos y cuenta con un sistema de salud mental muy desarrollado, cuyo presupuesto anual ascendía a US\$ 6.740 millones en el 2017 (10% del presupuesto general de salud) (68, 69).

En 1995, el gobierno sueco aprobó la Ley de Reforma Psiquiátrica, a fin de mejorar la calidad de vida y las condiciones habitacionales de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales. En concreto, el objetivo era mejorar su participación en la comunidad, su acceso a la atención y su apoyo social. El comité que preparó la reforma señaló la necesidad de contar con una figura que defendiera los intereses particulares de cada paciente, con responsabilidades claramente definidas, para dirigir la atención a las necesidades de esa persona y coordinar su red asistencial (70, 71). Como respuesta a esta necesidad, entre 1995 y 1998 se llevaron a cabo diez proyectos piloto de servicios de ómbudsman personal. A raíz de la evaluación experimental del proyecto, que arrojó buenos resultados cualitativos y cuantitativos, incluida una reducción significativa de la necesidad de ingresos hospitalarios, el gobierno asignó partidas presupuestarias en el 2000 para establecer cuerpos permanentes e independientes de ómbudsman personales (70-72). Así se introdujo el ómbudsman personal como nueva categoría profesional del área social, que ya se ha incorporado a los servicios sociales de la mayoría de los municipios suecos. La introducción del ómbudsman personal en Suecia coincidió con un cambio general de paradigma, por el cual fue quedando atrás la atención en régimen asilar, también en las asignaciones presupuestarias. Con la reforma legal de 1995, se cedió a los municipios el 15% del presupuesto de salud mental (presupuesto anual de US\$ 1.500 millones, de los

cuales el 75% se destina a la atención hospitalaria) para que desarrollasen alternativas comunitarias a la hospitalización (73).

En el 2018, el servicio contaba con 336 ómbudsmán y 9.517 usuarios, y estaba presente en el 87% de los 290 municipios del país (74). Los servicios de ómbudsmán personal en Suecia los presta principalmente el municipio, aunque son independientes del sistema municipal básico de salud y bienestar. También ofrecen los servicios de ómbudsmán personal otras entidades no gubernamentales, como organizaciones para usuarios (71). En Suecia hay seis organizaciones independientes de ómbudsmán personal, dos de las cuales están dirigidas por organizaciones de usuarios. Estas organizaciones pueden ser contratadas por el municipio para ofrecer el servicio. Los servicios de ómbudsmán personal están financiados en parte por el gobierno a través del Consejo Nacional de Salud y Bienestar (Socialstyrelsen) y la administración de los condados (70, 75).

El servicio de ómbudsmán personal es un ejemplo práctico de apoyo para la toma de decisiones que se ha desplegado con buenos resultados en toda Suecia. Se están desarrollando modelos parecidos en el Reino Unido (76), Finlandia (77, 78) y Noruega (79) que no son réplicas exactas del sistema sueco, pero se adhieren a principios similares.

Descripción del servicio

La función de defensor de la persona

La función del ómbudsmán personal, o defensor de la persona, es ayudar al usuario, al que se denomina “paciente”, a llevar una vida activa y autónoma. El ómbudsmán ayuda al paciente con varias cuestiones: asuntos familiares, asistencia médica, vivienda, finanzas, integración en la comunidad y acceso a prestaciones, servicios o empleo. La forma de hacerlo se amolda a las necesidades y preferencias del paciente, al lugar donde vive (p. ej., en un núcleo urbano o rural) y a la atención, el apoyo y los servicios que se ofrecen en su entorno. Además, el ómbudsmán procura que las autoridades coordinen para satisfacer mejor las necesidades del paciente (74). En todo caso, un principio cardinal es que toda la asistencia y el apoyo que proporciona el ómbudsmán debe contar con la participación plena y el consentimiento del paciente.

Los ómbudsmán personales proceden de diferentes campos y tienen distintas profesiones; algunos han pasado, ellos mismos, por la experiencia de la enfermedad mental. Toman una capacitación para poder ejercer, aunque su trabajo no se ciñe a un formato estricto, lo que les permite actuar con flexibilidad y creatividad. Este modelo funciona particularmente bien con los pacientes.

Para que el trabajo con el paciente sea fructífero, el ómbudsmán debe establecer una relación de confianza desde el principio. Escuchando y trabajando con el paciente, puede ayudarlo a dilucidar sus deseos y necesidades; juntos, pueden trazar una hoja de ruta para lograr estos objetivos. La fase introductoria inicial, en la que el paciente se familiariza con su ómbudsmán y conoce cuáles son sus funciones, se considera fundamental, porque en muchas ocasiones los pacientes están habituados a la pasividad ante lo que perciben como autoridades. Para algunos es más habitual la toma de decisiones por representación, por ejemplo, así como los tratamientos e ingresos forzosos. Por lo tanto, se le da al paciente espacio y tiempo, lo cual le permite comprender lo diferente que es el cometido del ómbudsmán y adquirir confianza en él.

La relación del ómbudsman personal ha sido descrita como un tipo de amistad profesional. Si bien el elemento profesional implica proporcionar habilidades, conocimientos y ayuda, la relación se caracteriza por una dinámica de poder, una disponibilidad y una reciprocidad más propias de una amistad (75). Puede llevar mucho tiempo fraguar la relación de confianza inicial, a veces varios meses, pero es clave para el servicio y resulta especialmente provechoso a la hora de ayudar a personas que generalmente son muy inaccesibles.

La función del ómbudsman personal es diferente a la de un gestor de casos, como los que hay en otros contextos; es independiente de los servicios sociales y de salud; es el paciente quien decide contar con un ómbudsman, por ejemplo. Cabe destacar que toda la asistencia prestada siempre cuenta con la plena participación y el consentimiento del paciente. Este es un principio insoslayable y una característica muy reconocida de la relación ómbudsman-paciente. Además, el centro de atención son las experiencias, las necesidades y los deseos del paciente, no su diagnóstico ni su tratamiento. Es el paciente, y no el ómbudsman ni ninguna otra persona, quien determina el orden y la urgencia con la que se resuelven los problemas. El ómbudsman no actúa como figura de autoridad en su relación con el paciente. Tampoco se responsabiliza de que siga la pauta farmacológica. La misión del ómbudsman no es la de intervenir y resolver problemas en nombre del paciente, sino respaldarlo para que confíe más en sí mismo y en sus habilidades, adquiriendo más control y poder para solucionar sus propios problemas en la vida cotidiana. Se hace un esfuerzo especial para reducir los posibles desequilibrios de poder entre el ómbudsman y sus pacientes. Por ejemplo, los ómbudsman personales pueden decidir no trabajar en dependencias oficiales, oficinas o espacios de organismos estatales, sino desde casa. Se reúnen con los pacientes en el domicilio de estos o en espacios neutrales, como un café u otros lugares públicos. Normalmente el ómbudsman está disponible para el paciente durante el horario de atención habitual, pero también se puede contactar fuera de horario.

¿Quién puede acceder al servicio?

El servicio de ómbudsman personal está dirigido a mayores de 18 años con discapacidades psicosociales graves que generalmente necesitan asistencia constante en las áreas de vivienda, rehabilitación y empleo. Está concebido para pacientes que van a necesitar un contacto prolongado con los servicios sociales y de salud, así como otras autoridades pertinentes. El servicio se presta a seis grandes colectivos (80, 81):

- personas que no han contactado a las autoridades o que han dejado los servicios estatales; puede tratarse de personas que están aisladas en su domicilio o comunidad;
- personas que reciben asistencia insuficiente para satisfacer sus necesidades;
- personas que reciben asistencia, pero cuyas necesidades no están satisfechas;
- personas que reciben una asistencia descoordinada;
- personas que sienten que las intervenciones estatales son excesivas (p. ej., la tutela) o que ya no las necesitan;
- personas a las que los sistemas públicos no han conseguido ayudar.

Cuando la demanda de ómbudsman personales excede la dotación de personal, los municipios tienden a priorizar a los siguientes pacientes:

- personas que tienen menores a su cargo que corren el riesgo de sufrir problemas de salud;
- adultos jóvenes;

- personas que corren el riesgo de ser desalojadas o están en situación de indigencia;
- personas que se considera corren un riesgo de suicidio; o
- personas que carecen de otros mecanismos de apoyo o redes sociales (74).

Para que la comunidad conozca los servicios de ómbudsman personal, se utilizan diferentes métodos. Se distribuyen folletos informativos en lugares públicos, como comercios, centros de salud, iglesias y farmacias. También se visitan hospitales y servicios de salud mental, para hablar tanto con los usuarios como con el personal. Los servicios también se dan a conocer de boca en boca, a través de otros pacientes o cuando las personas recurren a determinadas prestaciones (72).

No hay un proceso estructurado de derivación. Por el contrario, el objetivo es que haya tantas formas como sea posible de acceder fácilmente a un ómbudsman personal; los pacientes pueden solicitarlo directamente, a través de su centro de salud o servicios sociales, una organización de usuarios, un familiar o un amigo. Los ómbudsman personales también hacen prospecciones en busca de posibles pacientes. Como los servicios de ómbudsman personal no están regulados por ley en Suecia, no hay que presentar una solicitud oficial para trabajar con uno.

Cuando se realiza el contacto, el servicio llama a la persona para darle más información y para averiguar si esta reúne los requisitos pertinentes. A continuación, se reúne con la persona un ómbudsman, para mantener una charla informal en un lugar donde esta se sienta cómoda, como una cafetería o en su casa si lo desea. En este primer encuentro comentan los problemas concretos que tiene la persona, así como sus esperanzas, sus objetivos y el tipo de apoyo que le gustaría recibir del ómbudsman. También le permite al ómbudsman explicar mejor al paciente en qué consiste su función y cómo puede ayudarlo. Con esta charla, el ómbudsman confirma si la persona reúne los requisitos del servicio y, además, si su situación vital es difícil o inmanejable. Puede haber otros problemas con los que pueda ayudar el ómbudsman, y a veces se tarda un tiempo en definirlos. Esta primera reunión también permite a la persona decidir si desea trabajar con un ómbudsman personal. Siempre que resulta posible, se tienen en cuenta las preferencias del paciente, por ejemplo, que su ómbudsman sea un hombre o una mujer. Si una persona solicita un ómbudsman personal, pero se le deniega el servicio —p. ej., por no reunir los requisitos estipulados—, se la remite a la municipalidad para que le presten asistencia desde allí.

Cuando hay un acuerdo mutuo, el paciente y el ómbudsman comienzan a trabajar juntos. Algunos servicios utilizan algún tipo de acuerdo por escrito, en el que se describe la colaboración y se estipulan los objetivos, las tareas y las responsabilidades de ambas partes, pero la mayoría de los servicios no lo hacen así. Se intenta evitar la burocracia, ya que puede desincentivar a algunos pacientes potenciales. Los documentos que redacten el ómbudsman y el paciente —p. ej., plan de acción— puede guardarlos el paciente o archivarse con garantías de seguridad bajo custodia del ómbudsman. Estos documentos no puede solicitarlos nadie: ni los familiares del paciente, ni los profesionales de salud y servicios sociales, ni los juzgados.

El paciente puede poner fin al servicio en cualquier momento; no se estipula una duración determinada. Cuando el paciente y el ómbudsman van evaluando el progreso realizado, pueden acordar el momento de poner fin a la colaboración. A partir de entonces, se puede derivar al paciente a otros servicios o prestaciones si lo necesita. La duración de las colaboraciones es muy variable. Las que hay que han durado un mes y otras que se han prolongado hasta ocho años; sin embargo, el promedio es de 12 a 18 meses. La relación también puede finalizar a petición del ómbudsman; en este caso, el paciente puede seguir con otro ómbudsman, si es necesario, y el cambio se gestiona de manera confidencial.

Perfil profesional

Muchos ómbudsman personales son asistentes sociales o juristas, o tienen formación en medicina, enfermería, psicología o psicoterapia. La mayoría tienen experiencia en el trabajo con personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales (72); también se da el caso de ómbudsman personales que han vivido, ellos mismos, la experiencia de la enfermedad mental.

Los ómbudsman nuevos siguen primero un curso de capacitación por internet, tras lo cual hay un curso presencial de tres días. También se ofrecen otras oportunidades educativas en diversos ámbitos, como salud física y mental, primeros auxilios en salud mental, prevención del suicidio, inmigración y salud mental, ludopatía y violencia relacionada con el honor familiar. La responsabilidad de proporcionar capacitación más allá del programa básico corresponde a cada servicio, por lo que la capacitación que recibe cada ómbudsman varía. Los ómbudsman personales también tienen la oportunidad de aprender mediante el intercambio de experiencias en las reuniones de la red regional (74). A nivel local, pueden hablar con colegas experimentados de manera más regular (cada dos semanas o cada mes), para comentar el trabajo, las situaciones difíciles y las posibles soluciones.

Cada ómbudsman atiende entre 13 y 20 pacientes, aunque la mayoría tienen entre 13 y 15 (72). En el 2005 se estableció una asociación profesional de ómbudsman personales, denominada *Yrkesföreningen för personligt ombud Sverige* (YPOS), para fomentar la profesión y su desarrollo.

Órgano de gestión

El órgano de gestión del servicio de ómbudsman personales está compuesto por representantes del municipio, del consejo de atención primaria y psiquiatría del condado, del servicio de empleo y de la oficina de la seguridad social. Se recomienda que también participen organizaciones de usuarios y de familiares. Los ómbudsman personales pueden comunicar errores del sistema, barreras y deficiencias al órgano de gestión a través del miembro pertinente (70). El organismo también es responsable de recibir los reclamos de los pacientes. Los ómbudsman personales pueden trabajar solos o en grupo, bajo la supervisión del organismo de gestión. Un aspecto esencial del éxito del servicio en Suecia es la aceptación a todos los niveles, gracias a la cual el ómbudsman puede moverse bien dentro del sistema y coordinarse con las autoridades que corresponda en la defensa de los intereses de su paciente. También se garantiza que puedan denunciarse fallas o deficiencias, a fin de plantear soluciones.

Principios y valores fundamentales del servicio

Respeto de la capacidad jurídica

La premisa básica del servicio de ómbudsman personal es el respeto por la capacidad jurídica del paciente. Solo la persona puede solicitar la asistencia de un ómbudsman. No se le puede asignar uno a petición de familiares, amigos, autoridades públicas o juzgados si la persona no lo desea. Las personas que siguen un tratamiento obligatorio o están en situación de internamiento forzoso pueden solicitar un ómbudsman directamente al servicio de su localidad o con la ayuda de un amigo o familiar. La persona, que pasa a ser “paciente” en el momento en que se le asigna un ómbudsman, puede poner fin a la relación cuando desee. También puede pedir que le asignen un ómbudsman diferente si no está conforme con el actual, siempre que el servicio disponga de profesionales libres. El paciente también puede presentar un reclamo ante la dirección del servicio, la concejalía de bienestar social o el órgano de gestión.

El ómbudsman personal actúa siempre con el consentimiento del paciente y exclusivamente según las indicaciones de este, incluso si no está de acuerdo. Ayuda al paciente a ejercer su capacidad jurídica cuando otras autoridades la ponen en cuestión, algo que puede suceder, por ejemplo, cuando la persona decide modificar su situación habitacional para vivir de forma independiente, abandonar una vivienda asistida o impugnar la tutela impuesta por el Estado. En este contexto, el ómbudsman no solo ayuda al paciente a ejercer su capacidad jurídica, sino también —lo que es más importante— a que se le reconozca este derecho en todo el sistema. El ómbudsman nunca actúa como figura de autoridad hacia el paciente, sino como mero defensor de sus intereses.

Si el paciente está descontento con la tutela, el ómbudsman puede ayudarle a encontrar una salida. Por ejemplo, puede prestarle el apoyo necesario para que hable directamente con el tutor, para que presente una demanda o para que solicite que le asignen otro tutor. También puede ayudar al paciente a solicitar un tutor si esto es lo que el paciente quiere. Si se asigna un nuevo tutor al paciente, el ómbudsman puede ayudar a establecer la relación, al principio, para comprobar que funciona bien; a partir de ahí puede finalizar el servicio si procede.

La fase introductoria de la relación del ómbudsman con el paciente es esencial para promover la capacidad jurídica. El servicio subraya la importancia de establecer una relación de confianza; las personas requieren de un tiempo para adquirir confianza en su ómbudsman, antes de comenzar a articular sus necesidades y determinar el camino a seguir. El servicio reconoce la necesidad de que la persona reciba apoyo para aprender a definir y expresar sus necesidades, algo especialmente importante cuando en el pasado se les ha arrebatado la capacidad de hacerlo, por ejemplo, debido a las percepciones de su discapacidad o tratamiento. Este proceso refuerza la capacidad jurídica del paciente, ya que lo empodera para que sepa lo que quiere y le brinda apoyo para pedirlo.

Se reconoce que entre el paciente y el ómbudsman puede haber un desequilibrio de poder, particularmente en las primeras etapas de su relación. Por lo tanto, las reuniones y el clima de trabajo son siempre lo más informales posible. No es necesario que el ómbudsman tenga formación en materia de derecho, pero en el curso introductorio se trata el tema de la capacidad jurídica.

Prácticas no coercitivas

El uso de la fuerza bruta y las coacciones es contrario a la finalidad y los principios del ómbudsman personal, por lo que nunca se utilizan medidas de este tipo. Lo único que hace el ómbudsman es ayudar al paciente a disfrutar de varios servicios, incluidos los tratamientos médicos; no puede insistir ni obligarlo a nada. Si el paciente tiene una crisis o un brote psicótico, el ómbudsman intenta guiarlo hacia los servicios adecuados; las preferencias del paciente para el caso de que ocurra una crisis se pueden comentar de antemano y consignarse en el acuerdo firmado con el ómbudsman. Si se administra un tratamiento obligatorio a un paciente o se lo ingresa contra su voluntad, el ómbudsman permanece en contacto y continúa prestándole apoyo; en estas situaciones puede verificar que se respeten los derechos de su paciente, ayudarle a expresar su voluntad y sus preferencias, continuar empoderándolo y animarlo a concentrarse en el futuro y en la recuperación. Por otro lado, el trabajo con el ómbudsman también puede interrumpirse temporalmente, según el estado de salud del paciente.

Si el ómbudsman cree que el comportamiento de un paciente entraña un riesgo grave para sí mismo o para los demás, lo comunica formalmente a los servicios sociales o la autoridad competente. Si la situación lo permite, el ómbudsman le expone sus inquietudes al propio paciente antes de comunicarse con las autoridades. Si es un menor el que corre peligro, no hay obligación de hablar con el paciente o informarle

primero. El ómbudsman generalmente informa al paciente si va a poner una denuncia; normalmente se explican estas posibles vías de actuación a los pacientes en la primera reunión.

Inclusión en la comunidad

Un objetivo primordial del servicio es apoyar al paciente para que sea una parte activa de su propia vida y asuma las riendas. Esto implica que su inclusión y participación en la comunidad sea la que el paciente desee. El ómbudsman trabaja con el paciente para determinar cuáles son las barreras o los conflictos que le impiden sentirse incluido en su comunidad, así como las posibles soluciones. También puede ayudar al paciente si pasa por alguna dificultad o conflicto como parte de su vida en sociedad. Por ejemplo, puede enseñarle a manejar situaciones de conflicto, proporcionarle información sobre los servicios de mediación o asistirlo para que cambie de lugar de residencia. En función de las necesidades y los deseos que exprese el paciente, el ómbudsman actuará de refuerzo en su vínculo con los servicios, las organizaciones y las actividades de la comunidad. El ómbudsman también comunica al órgano de gestión las barreras y deficiencias que advierte en la comunidad y que deben ser subsanadas.

Participación

El servicio de ómbudsman personal alienta la participación y la contribución de los pacientes y las organizaciones de usuarios y familiares, tanto en el órgano de gestión como, en general, en calidad de interesados. Se considera que pueden ofrecer un asesoramiento valioso para detectar las barreras que impiden a las personas acceder a la atención, el apoyo y los servicios disponibles en la comunidad. Derribar estas barreras es un objetivo primordial para cubrir las necesidades que tienen los pacientes a lo largo de su vida. Las organizaciones de usuarios también pueden remitir sus valoraciones del servicio directamente al Consejo Nacional de Salud y Bienestar. PO Skåne, un servicio de ómbudsman personal gestionado por una organización de usuarios, lleva a cabo encuestas periódicas de satisfacción entre los pacientes, que luego se utilizan para informar a los ómbudsman personales y configurar sus actuaciones, así como para el desarrollo del programa general de ómbudsman personal.

Enfoque de recuperación

La relación entre el paciente y el ómbudsman es crucial en el proceso de recuperación. Una de las funciones principales del ómbudsman es apoyar a la persona para que gane confianza en sí misma y adquiera las habilidades necesarias para retomar el control de su vida cotidiana. A medida que el paciente recobra la influencia y el poder sobre su propia situación, aumenta su posibilidad de recuperación. Los ómbudsman personales reciben capacitación sobre recuperación para desenvolverse mejor en su labor profesional (70, 80).

El servicio de ómbudsman personal sigue un paradigma centrado en la persona en su relación con los pacientes y en la atención, el apoyo y los servicios que se les dispensa. No se entiende la recuperación como el restablecimiento después de una enfermedad mental, sino como el planteamiento de nuevos objetivos y un nuevo significado para la vida. No se ve como un proceso lineal, sino que implica probar diferentes soluciones o caminos. Cada persona requiere un tiempo y un tipo de apoyo determinado, en función de cuáles sean sus necesidades (80).

Evaluación del servicio

El sistema se somete a una evaluación continua. Se han recopilado datos mediante evaluaciones cuantitativas y cualitativas de la eficacia y efectividad del servicio de ómbudsman personal. En el 2010, Berggren y Gunnarsson hicieron un seguimiento a 23 personas que recibieron el apoyo de un ómbudsman durante al menos seis meses (75). En dicho estudio cualitativo, se observó que los usuarios valoraban su relación con el ómbudsman como una asistencia profesional semejante a una amistad. En las entrevistas surgen temas comunes: los usuarios afirman que el ómbudsman los ayuda a “asumir el poder sobre su propia vida, sumando recursos, disminuyendo el malestar psicológico y favoreciendo su bienestar”; aseguran que el ómbudsman les da esperanza en situaciones aparentemente desesperadas, les ayuda a levantar su voz y los empodera para tomar sus propias decisiones en la vida. En el estudio se constata que la asistencia del ómbudsman personal “mejora los procesos de recuperación y reduce el impacto de la exclusión social”. Una limitación de ese estudio, empero, son los criterios de inclusión, ya que solo se tuvieron en cuenta las colaboraciones que hubiesen durado al menos seis meses; por lo general, las personas insatisfechas con el servicio lo abandonan enseguida, por lo que habrían quedado fuera del estudio. Como la documentación que se utiliza en el servicio es mínima, incluidas las personas que lo han dejado, se indicó que resultaba difícil evaluarlo.

En el 2007 se realizó un estudio cuantitativo que investigó la evolución de los usuarios a lo largo de seis años (82); en este estudio se analizaron, específicamente, los síntomas, la necesidad de atención, la función psicosocial, la calidad de vida y la red social. De los 176 pacientes incluidos en el estudio original, participaron en el seguimiento 92 personas que habían sido o seguían siendo pacientes del servicio. Se consideró que estos participantes representaban bien la muestra del estudio original. Se constató que los pacientes estaban muy satisfechos con el servicio de ómbudsman personal; tenían menos síntomas psiquiátricos, una mejor calidad de vida subjetiva y una red social más extensa, y estaban más satisfechos con esta red. Los que ya no eran pacientes cuando se realizó el estudio referían una cantidad de síntomas significativamente menor que los pacientes de aquel momento, así como mejor calidad de vida general, mejor funcionamiento psicosocial y mejor red social. Necesitaban menos asistencia psiquiátrica en régimen de internamiento.

Se han obtenido resultados similares en una serie de estudios internos sobre la eficacia y la efectividad de los servicios de ómbudsman personal, realizados por el Consejo Nacional de Salud y Bienestar. En el 2005, un estudio reveló que el servicio aporta considerables beneficios socioeconómicos, ya que los usuarios requieren menos atención y su situación psicosocial mejora (70, 83). Se observa que, desde que la persona cuenta con la colaboración de un ómbudsman, “se produce un cambio radical, pasando de necesitar una ayuda pasiva y cara, como son la atención psiquiátrica y las prestaciones económicas, hacia una ayuda más activa, como la rehabilitación, el empleo, la psicoterapia, una persona de contacto, la asistencia, los servicios de ayuda a domicilio, etc.” (70). Asimismo, los estudios realizados ponen de manifiesto el número creciente de personas que consiguen un empleo significativo y gozan de más contactos sociales y menos síntomas psíquicos. Muchas aseguraban que recibían el tipo de atención, apoyo y ayuda que querían. Otro estudio demuestra que los pacientes experimentan un mayor grado de empoderamiento y se integran en una red social sólida. Por lo tanto, el Consejo Nacional de Salud y Bienestar concluye que “dado que la ayuda proporcionada [...] se corresponde mejor con las necesidades del paciente y está coordinada, resulta beneficiosa para el proceso de recuperación y mejora la calidad de vida de la persona”.

Un informe más reciente, del 2014, señala un aumento de la demanda de intervenciones municipales, como asistencia para la vivienda y atención domiciliaria, lo cual indica que el servicio de ómbudsman

personal consigue que los usuarios accedan a los apoyos y servicios que necesitan y desean (72). Desde su colaboración con el ómbudsman, los pacientes habían mejorado su situación económica; muchos habían logrado saldar sus deudas y solucionar problemas de ingresos. Algunos pacientes también afirmaron que habían mejorado sus redes sociales al estar menos aislados y haber mejorado los contactos con la familia, el trabajo o la escuela. Los costos de atención médica aumentaron en los primeros tres años, pero a partir de entonces volvieron a los niveles previos a la intervención del ómbudsman.

Costos y comparaciones de costos

El sistema de ómbudsman personal está firmemente establecido en toda Suecia. El gobierno sueco se ha comprometido a financiarlo indefinidamente; en el 2013 entró en vigor en Suecia un nuevo reglamento que establecía el financiamiento permanente del sistema (70, 72). Sin embargo, los servicios de ómbudsman personal solo están financiados parcialmente por el Estado, a través del Consejo Nacional de Salud y Bienestar. El Consejo ha incrementado el total de fondos destinados al servicio de ómbudsman personal, pasando de los 100 millones de coronas suecas (unos US\$ 12 millones)^e del 2019 a 130 millones (US\$ 15,5 millones)^e en el 2020 (A. Bengtsson, Socialstyrelsen, comunicación personal, 2020).

El servicio de ómbudsman personal también ha reportado beneficios socioeconómicos para Suecia; ha reducido los costos en unas 700.000 coronas (US\$ 83,760) por paciente durante un período de cinco años, lo que representa un ahorro equivalentes a 17 veces los costos (70, 83).^e

Los fondos se ponen a disposición de los municipios a través de una subvención estatal como una cantidad fija por ómbudsman empleado por el ente municipal. Además de esta subvención, los municipios cubren parte del salario del ómbudsman y otros costos, como transporte y gastos. Los demás costos los asume cada uno de los 21 consejos administrativos de los condados, pero esto varía significativamente entre un condado y otro (la constitución de Suecia establece niveles de autogobierno a nivel de municipio y condado). Los servicios son gratuitos para el paciente.

Dificultades y soluciones

Falta de reconocimiento y generación de confianza

En algunas comunidades, tanto los profesionales como los usuarios de los servicios desconocían qué ayuda podía ofrecerles el ómbudsman personal, por lo que a veces costaba encontrar personas a las cuales ofrecer el servicio y las administraciones suponían que había poca demanda.

Por lo tanto, para superar estas dificultades ha sido imprescindible recabar el compromiso amplio de todas las partes interesadas, así como crear el perfil del servicio. Una manera de generar confianza entre las personas, las familias y los profesionales fue realizar una serie de visitas en las que los ómbudsman personales podían reunirse con los potenciales usuarios del servicio para informarles de lo que les ofrecía.

Una dificultad particular fue la visión que tenían algunos profesionales de la función del ómbudsman. Muchos no apreciaban ni respetaban la profesión y otros incluso la veían con suspicacia y se oponían. Algunos profesionales del sistema de salud y protección social tenían la impresión de que los

^e Tasa de cambio de febrero del 2021.

ómbudsman personales obraban en contra de ellos, porque el cometido del ómbudsman es actuar a favor de la persona que acude a su servicio. Se puso mucho esfuerzo en explicar, de antemano, por qué el ómbudsman debe estar siempre del lado del paciente. Por último, se comunicó a las administraciones municipales que poner en marcha este nuevo servicio sería un proceso, y que la ausencia de interés inmediato no significaba necesariamente que no existiese la necesidad.

Gestionar las carencias en la prestación de servicios sociales y de salud mental

Una de las funciones elementales del ómbudsman es documentar y notificar las carencias o deficiencias que detecta en el sistema de salud mental y protección social. Resultaba difícil lograr, en este sentido, que las instancias responsables se dieran por aludidas e introdujeran los cambios necesarios.

Una solución para muchos ómbudsman personales fue mantenerse en contacto con sus colegas de profesión y aprender unos de otros. Fueron capaces, así, de aprender varias formas de abordar los problemas: por ejemplo, cómo gestionar los conflictos con otros servicios o cómo denunciar las carencias de manera que recibiesen la atención debida. También se reconoció que los ómbudsman personales no debían trabajar de forma aislada, a pesar de su independencia. De hecho, la capacitación que imparte la asociación profesional YPOS fue crucial para ayudarlos a moverse y establecer un diálogo con las autoridades a favor de sus pacientes, de modo que pudiesen señalar las deficiencias del sistema con garantías de que las autoridades se esmerasen en subsanarlas. Precisamente, el sistema de ómbudsman personal se diseñó para que, cuando los problemas no pudiesen solucionarse a nivel local, por ejemplo, los ómbudsman personales pudiesen recurrir a canales de nivel regional o nacional.

Mantener la finalidad y los valores de la función

En Suecia hay grandes diferencias entre los servicios ofrecidos dentro de un mismo municipio y los distintos municipios, y esta variedad complica el sistema de ómbudsman personal. Una solución fue garantizar que los ómbudsman personales contasen con supervisión y capacitación regulares para desempeñar su cometido. Para ello, ha sido inestimable la labor realizada por YPOS, asociación profesional que proporciona apoyo e información a los ómbudsman personales, organizando congresos y enlaces con entes públicos. También ha habido una intensa colaboración con organizaciones de personas con discapacidades psicosociales, movimientos asociados y agrupaciones de familiares. Por último, mediante la revisión y actualización de las políticas y prácticas del servicio, YPOS ha ayudado a los ómbudsman personales a mantenerse al día respecto a los cambios sociales y las nuevas investigaciones y prácticas, sin renunciar a los principios básicos de su función.

Construir un servicio sostenible

La subvención estatal para el servicio de ómbudsman personal se mantuvo igual durante muchos años. Además, los municipios no estaban obligados a financiarlo. La escasez de fondos a nivel municipal significaba que pudiesen reducirse o cancelarse los servicios de ómbudsman personal, por ejemplo, durante una recesión, con el riesgo de dejar a los pacientes sin apoyo y a los ómbudsman personales sin empleo.

Sin embargo, en vista del éxito del ómbudsman personal, plasmado en las evaluaciones realizadas, el gobierno sueco reconoció la importancia del servicio y en diciembre del 2019 incrementó la subvención estatal para el 2020, el 2021 y el 2022.

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:

- reconocer y formalizar la figura del ómbudsman personal para garantizar su aceptación a nivel del sistema y su sostenibilidad general;
- garantizar la independencia formal de la función de ómbudsman personal;
- respetar la confidencialidad, por ejemplo, no hablar de un paciente si no está presente y no ceder datos del paciente a otros profesionales;
- informar a otros profesionales sobre el servicio de ómbudsman personal y establecer buenas relaciones laborales desde el principio;
- revisar las políticas, las normas y los reglamentos existentes para ayudar a modificar el equilibrio de poderes, pasando de un servicio dirigido por la administración a un servicio dirigido por el usuario;
- limitar el servicio al grupo de población destinatario para hacerlo más sostenible;
- garantizar que los ómbudsman personales se relacionan entre sí y cuentan con supervisión y capacitación regulares;
- constituir una asociación profesional representativa de los ómbudsman personales;
- abrir varios cauces para subsanar las carencias que detecten los ómbudsman personales;
- estudiar las perspectivas de los pacientes sobre el servicio y encontrar diferentes mecanismos para que aporten sus comentarios, por ejemplo, a través de mensajes de texto.

Información adicional y recursos:

Sitios web:

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

Videos:

Allanando el camino hacia la recuperación: el sistema sueco del ómbudsman personal [en inglés]. <https://www.youtube.com/watch?v=xqma4wK8sC0>

Contactos:

Ann Bengtsson, responsable de programas, Consejo Nacional de Salud y Bienestar (Socialstyrelsen), Suecia.

Correo electrónico: Ann.Bengtsson@socialstyrelsen.se

Camilla Bogarve, directora ejecutiva, PO Skåne, Suecia.

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

3.

Avanzar del concepto a las buenas prácticas en los servicios de salud mental de alcance comunitario

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

Pasos para establecer o transformar un servicio de salud mental de alcance comunitario:

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

Preguntas concretas para establecer o transformar un servicio de salud mental de alcance comunitario:

- ¿El objetivo es transformar un servicio de alcance comunitario existente o establecer uno nuevo?
- ¿Dónde se prestará el servicio de alcance comunitario (p. ej., en el domicilio, en un lugar público, en la calle u otro entorno)?
- ¿El servicio de alcance comunitario será independiente o estará adscrito a otro servicio (p. ej., hospital, centro comunitario de salud mental, etc.)?
- ¿Quiénes serán los beneficiarios del servicio? ¿Se excluirá a alguien? ¿Cómo se accederá al servicio?
- ¿Qué tratamientos e intervenciones se ofrecerán? Puede ser:
 - » evaluación de las necesidades de apoyo y diagnóstico, con el consentimiento de la persona
 - » orientación
 - » activación conductual, resolución de problemas y programación de actividades
 - » apoyo personal para obtener servicios, por ejemplo:
 - » apoyo específico para la toma de decisiones
 - » asistencia para la vida cotidiana (p. ej., quehacer diario y necesidades básicas)
 - » ayudar a las personas a conectarse y orientarse por los servicios y recursos que se ofertan en su comunidad
 - » apoyo para poner fin a un régimen de tutela o a las órdenes de tratamiento obligatorio
 - » asistencia administrativa (acceso a subvenciones, ayudas para vivienda, prestaciones sociales y oportunidades de empleo)
 - » plan de recuperación centrado en la persona
 - » psicofármacos y otra medicación (incluida la prescripción de farmacoterapia, así como ayuda para dejar la medicación correctamente)
 - » apoyo de transición para las personas que regresan a su hogar y comunidad
 - » diálogo y reuniones con familiares, amigos y acompañantes (con el consentimiento del usuario)
 - » otros.
- ¿Cómo se promoverá el acceso a otros servicios y apoyos basados en la comunidad? Por ejemplo:
 - » psicoterapia, p. ej., terapia cognitivo-conductual
 - » asesoramiento u orientación psicológica, o bien terapias de apoyo individual y grupal
 - » apoyo entre pares
 - » otros.
- ¿Cómo se hará la evaluación, el abordaje o la derivación de las personas que tengan problemas de salud física?
- ¿Qué interrelación habrá con los demás servicios, prestaciones y recursos de la comunidad? ¿Cómo serán los sistemas de derivación?

- ¿Qué recursos humanos se necesitarán (p. ej., profesionales de la medicina, incluida la psiquiatría y la medicina general, entre otros, así como de la psicología y de la enfermería, asistentes sociales, trabajadores de apoyo entre pares, terapeutas ocupacionales, trabajadores de alcance comunitario, agentes comunitarios o trabajadores legos (no profesionales), personal administrativo, etc.)? ¿Qué habilidades y capacitación necesitarán para brindar un servicio de calidad y basado en la evidencia, en línea con los derechos humanos?
- ¿Qué estrategias y capacitación se adoptarán para hacer realidad la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la participación, la inclusión en la comunidad y la orientación a la recuperación?^f

■ Capacidad jurídica

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

■ Prácticas no coercitivas

- ¿Cómo se garantizará la capacitación sistemática de todo el personal sobre las respuestas no coercitivas y la desescalada de conflictos y situaciones de tensión?
- ¿Cómo se apoyará a las personas para que preparen un plan individualizado a fin de explorar y responder a las sensibilidades y signos de malestar psicológico?

■ Participación

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

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

utilizarán esos comentarios para desarrollar y mejorar el servicio?

- ¿Cómo se vinculará a los usuarios con las redes de apoyo mutuo en 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 los servicios de protección social?
- ¿Cómo se facilitará el acceso a los programas de ocio y participación social?

■ Recuperación

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

• Sensibilización y promoción de la causa

- » ¿Se realizarán actividades de sensibilización sobre salud mental y derechos humanos, por ejemplo, con las familias, las escuelas, las empresas, las organizaciones locales y otros entornos comunitarios?
- » ¿Se realizarán acciones reivindicativas sobre salud mental y derechos humanos en pro de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales? ¿Se generarán oportunidades positivas para que participen en la comunidad, con el objetivo último de crear una comunidad en la que puedan vivir de forma autónoma? Esto incluye acciones para reducir el estigma en torno a la salud mental y generar oportunidades positivas para la comunidad.
- » ¿Se buscará comprender la dinámica social de la comunidad local y mapear los problemas que más afectan a la vida y la salud mental de la población (p. ej., violencia policial, narcotráfico, apuros económicos)?

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

Referencias

1. Shields-Zeeman L, Pathare S, Walters BH, Kapadia-Kundu N, Joag K. Promoting wellbeing and improving access to mental health care through community *champions* in rural India: the *Atmiyata* intervention approach. *Int J Ment Health Syst.* 2017; 11. doi: 10.1186/s13033-016-0113-3.
2. District Census Hand Book. En: Office of the Registrar General & Census Commissioner [sitio web]. Nueva Delhi: Office of the Registrar General & Census Commissioner; 2011 (consultado el 6 de enero del 2021).
3. Joag K, Kalha J, Pandit D, Chatterjee S, Krishnamoorthy S, Shields-Zeeman L et al. *Atmiyata*, a community-led intervention to address common mental disorders: Study protocol for a stepped wedge cluster randomized controlled trial in rural Gujarat, India. *Trials.* 2020; 1-13. doi: 10.1186/s13063-020-4133-6.
4. *District human development report: Mahesana.* Gandhinagar: Gujarat Social Infrastructure Development Society (GSIDS), General Administration Department (Planning), Gobierno de Gujarat; 2016 (consultado el 6 de enero del 2021).
5. Kapadia-Kundu N, Storey D, Safi B, Trivedi G, Tupe R, Narayana G. Seeds of prevention: the impact on health behaviors of young adolescent girls in Uttar Pradesh, India, a cluster randomized control trial. *Soc Sci Med.* 2014; 120: 169-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.09.002.
6. Semrau M, Evans Lacko S, Alem A, Ayuso Mateos JL, Chisholm D, Gureje O et al. Strengthening mental health systems in low- and middle-income countries: the Emerald programme. *BMC Med.* 2015; 13: 1-9. doi: 10.1186/s12916-015-0309-4.
7. Chowdhary N, Anand A, Dimidjian S, Shinde S, Weobong B, Balaji M et al. The Healthy Activity Program lay counsellor delivered treatment for severe depression in India: systematic development and randomized evaluation. *Br J Psychiatry.* 2015; 208: 381-8. doi: 10.1192/bjp.bp.114.161075.
8. Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. *Depression in context: strategies for guided action.* Nueva York: W. W. Norton & Co; 2001.
9. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK et al. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol.* 1996; 64: 295-304. doi: 10.1037//0022-006x.64.2.295.
10. Goldberg D, Williams P. *A user's guide to the General Health Questionnaire (GHQ).* Londres: GL Assessment; 1988.
11. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen MF, Kind P, Parkin D et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res.* 2011; 20: 727-36. doi: 10.1007/s11136-011-9903-x.
12. *A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ).* Ginebra: OMS; 1994 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61113/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf?sequence=1, consultado el 6 de enero del 2021).
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001; 16: 606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
14. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006; 166: 1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
15. Van Brakel W. Participation scale users manual: P-scale Manual. Países Bajos; 2006 (<https://www.infondt.org/toolkits/nmd-toolkit/participation-scale>, consultado el 28 de enero del 2021).
16. Pathare S, Joag K, Kalha J, Pandit D, Krishnamoorthy S, Chauhan A et al. *Atmiyata*, a community led psychosocial intervention in reducing symptoms associated with common mental disorders: a stepped wedge cluster randomized controlled trial in Rural Gujarat, India. *SSRN Electronic Journal.* 2020. doi: 10.2139/ssrn.3546059.

17. About us. En: Mariwala Health Initiative [sitio web]. Bombay: Mariwala Health Initiative; 2018 (<https://mhi.org.in/about/>, consultado el 20 de mayo del 2020).
18. *National Strategic Plan for Mental Health Services 2019-2023. Towards quality of care in mental health services*. Harare: Ministerio de Salud y Puericultura; 2019 (<https://zdhr.uz.ac.zw/xmlui/bitstream/handle/123456789/706/Zimbabwe%20Mental%20Health%20Strategic%20Plan%202019%20to%202023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consultado el 6 de enero del 2021).
19. Mlambo T, Munambah N, Nhunzvi C, Murambidzi I. Mental health services in Zimbabwe - a case of Zimbabwe National Association of Mental Health. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*. 2014; 70: 18-21. doi: 10.1179/otb.2014.70.1.006.
20. Hendler R, Kidia K, Machando D, Crooks M, Mangezi W, Abas M et al. "We are not really marketing mental health": mental health advocacy in Zimbabwe. *PLoS One*. 2016; 11: e0161860. doi: 10.1371/journal.pone.0161860.
21. Udedi M, Stockton MA, Kulisewa K, Hosseinipour MC, Gaynes BN, Mphonda ST et al. The effectiveness of depression management for improving HIV care outcomes in Malawi: protocol for a quasi-experimental study. *BMC Public Health*. 2019; 19. doi: 10.1186/s12889-019-7132-3.
22. Mental Health. En: Health Improvement Project Zanzibar [sitio web]. Taunton: Health Improvement Project Zanzibar; s.f. (<https://hipz.org.uk/mental-health/>, consultado el 8 de febrero del 2021).
23. Rosenberg T. Depressed? Here's a bench. *The New York Times*. 22 de julio del 2019 (<https://www.nytimes.com/2019/07/22/opinion/depressed-heres-a-bench-talk-to-me.html>, consultado el 6 de enero del 2021).
24. *Mayor colaboración, mejor salud: Plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos. Fortalecimiento de la colaboración entre las organizaciones multilaterales para acelerar el progreso de los países en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud*. Ginebra: OMS; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327844/9789243516431-spa.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
25. Chibanda D. *The Friendship Bench* [video]. Oxford: Centre for Effective Altruism; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=XWBUf-eTZc>, consultado el 30 de diciembre del 2020).
26. Abas M, Bowers T, Manda E, Cooper S, Machando D, Verhey R et al. 'Opening up the mind': problem-solving therapy delivered by female lay health workers to improve access to evidence-based care for depression and other common mental disorders through the Friendship Bench Project in Zimbabwe. *Int J Ment Health Syst*. 2016; 10: 1. doi: 10.1186/s13033-016-0071-9.
27. Chibanda D. Reducing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders in Africa: lessons from the Friendship Bench in Zimbabwe. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017; 26: 342-7. doi: 10.1017/S2045796016001128.
28. Chibanda D, Mesu P, Kajawu L, Cowan F, Araya R, Abas MA. Problem-solving therapy for depression and common mental disorders in Zimbabwe: piloting a task-shifting primary mental health care intervention in a population with a high prevalence of people living with HIV. *BMC Public Health*. 2011; 11. doi: 10.1186/1471-2458-11-828.
29. Patel V, Simunyu E, Gwanzura F, Lewis G, Mann A. The Shona Symptom Questionnaire: the development of an indigenous measure of common mental disorders in Harare. *Acta Psychiatr Scand*. 1997; 95: 469-75. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb10134.x.
30. Chibanda D, Cowan F, Verhey R, Machando D, Abas M, Lund C. Lay health workers' experience of delivering a problem solving therapy intervention for common mental disorders among people living with HIV: a qualitative study from Zimbabwe. *Community Ment Health J*. 2017; 53: 143-53. doi: 10.1007/s10597-016-0018-2.
31. Chibanda D, Weiss HA, Verhey R, Simms V, Munjoma R, Rusakaniko S et al. Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2016; 316: 2618-26. doi: 10.1001/jama.2016.19102.
32. Africaid Zvandiri [sitio web]. Harare: Africaid Zvandiri; s.f. (<https://www.africaid-zvandiri.org>, consultado el 8 de febrero del 2021).

33. SolidarMed [sitio web]. Lucerna: SolidarMed; s.f. (<https://www.solidarmed.ch/en>, consultado el 8 de febrero del 2021).
34. CeSHHAR Zimbabwe [sitio web]. Harare: CeSHHAR Zimbabwe; s.f. (<http://ceshhar.org>, consultado el 8 de febrero del 2021).
35. *Poverty and Social Inclusion: The Case for Rural Ireland*. Moate: Irish Rural Link; 2016 (<http://www.irishrurallink.ie/wp-content/uploads/2016/10/Poverty-and-Social-Inclusion-The-Case-for-Rural-Ireland.pdf>, consultado el 19 de agosto del 2020).
36. Houston M. Rural living is bad for your health. *The Irish Times*. 24 de abril del 2007 (<https://www.irishtimes.com/news/health/rural-living-is-bad-for-your-health-1.1203272>, consultado el 6 de enero del 2021).
37. *Report on Home Focus Team (HSE South)*. Cork: Mental Health Commission; 2011 (consultado el 25 de febrero del 2020).
38. Advancing recovery in Ireland (ARI). En: Health Service Executive [sitio web]. Dublín: Health Service Executive; s.f. (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/advancingrecoveryireland/>, consultado el 8 de febrero del 2021).
39. Twamley I. Reluctant revolutionaries: implementing Open Dialogue in a community mental health team. En: Gijbels H, Sapouna L, Sidley G (eds.). *Inside out, outside in: transforming mental health practices*. Monmouth: PCCS Books; 2019.
40. Arts and Health. En: Uillinn West Cork Arts Centre [sitio web]. West Cork: Uillinn West Cork Arts Centre; s.f. (consultado el 25 de agosto del 2020).
41. National Learning Network - Bantry. En: Rehab Group [sitio web]. Dublín: Rehab Group; 2020 (<https://www.rehab.ie/>, consultado el 25 de febrero del 2020).
42. WRAP is... En: Advocates for Human Potential [sitio web]. Sudbury: Advocates for Human Potential; 2018 (consultado el 25 de febrero del 2020).
43. What we do. En: Kerry Peer Support Network [sitio web]. Tralee: Kerry Peer Support Network; s.f. (<https://www.kerrypeersupportnetwork.ie/about-us>, consultado el 6 de enero del 2021).
44. Sapouna L. *Having choices. An evaluation of the Home Focus project in West Cork*. Cork: University College Cork; 2008 (<https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/havingchoices.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
45. Alcoholics Anonymous Ireland [sitio web]. Dublín: Alcoholics Anonymous Ireland; s.f. (<https://www.alcoholicsanonymous.ie/>, consultado el 6 de enero del 2021).
46. What is Grow? En: Grow [sitio web]. Limerick: Grow; 2019 (<https://grow.ie/about-grow/>, consultado el 15 de febrero del 2020).
47. Shine [sitio web]. Maynooth: Shine; s.f. (<https://shine.ie/>, consultado el 6 de enero del 2021).
48. The Wellbeing Network [sitio web]. Cork: The Wellbeing Network; s.f. (<https://thewellbeingnetwork.ie/>, consultado el 6 de enero del 2021).
49. Quinlan Á. West Cork mental health initiative to begin. *Irish Examiner*. 1 de octubre del 2018 (<https://www.irishexaminer.com/news/arid-30872534.html>, consultado el 10 de febrero del 2021).
50. 49 North Street. En: The Wellbeing Network [sitio web]. Cork: The Wellbeing Network; s.f. (<https://thewellbeingnetwork.ie/westcork/about-49-north-street/>, consultado el 10 de febrero del 2021).
51. Gamelan at Skibbereen Arts Festival [video]. Dublín: Tutty Jackson A; 2019 (<https://vimeo.com/291401941>, consultado el 10 de febrero del 2021).
52. First Fortnight [sitio web]. Dublín: First Fortnight; s.f. (<https://www.firstfortnight.ie/>, consultado el 10 de febrero del 2021).
53. Learn and practice powerful, life-saving skills in just over four hours. En: LivingWorks [sitio web]. Calgary: LivingWorks; 2020 (<https://www.livingworks.net/safeTALK>, consultado el 25 de febrero del 2020).

54. Asist: applied suicide intervention skills training. En: Grassroots [sitio web]. Brighton: Grassroots; 2020 (<https://www.prevent-suicide.org.uk/training-courses/asist-applied-suicide-interventions-skills-training/>, consultado el 25 de febrero del 2020).
55. What we do. En: Novas [sitio web]. Limerick: Novas; 2020 (<https://www.novas.ie/about-us/>, consultado el 25 de febrero del 2020).
56. What is social farming? En: Social Farming Ireland [sitio web]. Drumshanbo: Social Farming Ireland; 2019 (<https://www.socialfarmingireland.ie/about-us/what-is-social-farming/>, consultado el 25 de febrero del 2020).
57. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011; 199: 445–52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
58. *A vision for change: nine years on. A coalition analysis of progress*. Dublín: Mental Health Reform; 2015 (<https://www.mentalhealthreform.ie/wp-content/uploads/2015/06/A-Vision-for-Change-web-final-2.pdf>, consultado el 7 de septiembre del 2020).
59. Chatterjee D, Roy SD. Iswar Sankalpa: experience with the homeless persons with mental illness. En: White RG, Jain S, Orr DMR, Read U (eds.). *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*. Londres: Palgrave Macmillan; 2017: 751-71.
60. Thara R, Patel V. Role of non-governmental organizations in mental health in India. *Indian J Psychiatry*. 2010; 52: S389-95. doi: 10.4103/0019-5545.69276.
61. Community of care: the Ashoka fellow bringing mental healthcare to Kolkata's homeless. En: Ashoka [sitio web]. Múnich: Ashoka; 2018 (<https://www.ashoka.org/fr-aaw/histoire/community-care-ashoka-fellow-bringing-mental-healthcare-kolkata%E2%80%99s-homeless>, consultado el 6 de enero del 2021).
62. *Creating space for the nowhere people. Naya Daur: Community-based treatment and support for the homeless mentally ill. A review*. Calcuta: Iswar Sankalpa; 2011 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Naya-Daur-A-Review-@2011-2.pdf>, consultado el 12 de febrero del 2021).
63. Analysis of Naya Daur programme data (April 2011-August 2020). Calcuta: Iswar Sankalpa; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/ANALYSIS-OF-NAYA-DAUR-PROGRAMME-DATA1.pdf>, consultado el 1 de marzo del 2021).
64. Naya Daur Standard Operating Processes. Calcuta: Iswar Sankalpa; 2017 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Naya-Daur-Statement-of-Protocol.pdf>, consultado el 10 de agosto del 2020).
65. Iswar Sankalpa [sitio web]. Calcuta: Iswar Sankalpa; s.f. (<https://www.isankalpa.org>, consultado el 10 de febrero del 2021).
66. Departamento de Desarrollo de la Mujer y del Niño y de Bienestar Social. *Scheme of shelter for urban homeless*. Calcuta: Gobierno de Bengala Occidental; 2011 (http://wbcdwds.gov.in/link/pdf/vagrancy/Scheme_Urban_Shelter.pdf, consultado el 10 de febrero del 2021).
67. Audited financial statement for the year 2019 to 2020. Calcuta: Iswar Sankalpa; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Consolidated-Audit-report-2019-20-Community-Care-Programme.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
68. Healthcare in Sweden. En: Gobierno de Suecia [sitio web]. Estocolmo: Gobierno de Suecia; 2019 (<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>, consultado el 6 de enero del 2021).
69. Mental health atlas 2011, Sweden. Ginebra: OMS; 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44697/9799241564359_eng.pdf;sequence=1, consultado el 6 de enero del 2021).
70. *A new profession is born - personligt ombud, PO*. Västerås: Consejo Nacional de Salud y Bienestar (Socialstyrelsen); 2008 (<http://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/A%20New%20Profession%20is%20Born.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
71. Jespersen M. PO-Skåne - a concrete example of supported decision-making. En: Proceedings. OHCHR Symposium on the Human Rights of Persons with Psychosocial Disabilities - Forgotten Europeans Symposium No 5, Brussels: OHCHR Regional Office for Europe; (<https://europe.ohchr.org/EN/Stories/Documents/MathsJespersen.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).

72. *Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning: Uppföljning av verksamheten av med personligt ombud*. Estocolmo: Consejo Nacional de Salud y Bienestar (Socialstyrelsen); 2014 (<http://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/Personligt%20ombud%20for%20personer%20med%20psykisk%20funktionsnedsattning.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
73. Silfverhielm H, Kamis-Gould E. The Swedish mental health system. Past, present, and future. *Int J Law Psychiatry*. 2000; 23: 293-307. doi: 10.1016/S0160-2527(00)00039-X.
74. *Lägesrapport om verksamheter med personligt ombud 2018 (S2017/07302/RS)*. Estocolmo: Consejo Nacional de Salud y Bienestar (Socialstyrelsen); 2018 (<https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/globalassets/dokument/redovisning/statsbidrag-personligt-ombud-lagesrapport-2018.pdf>, consultado el 6 de enero del 2021).
75. Berggren UJ, Gunnarsson E. User-oriented mental health reform in Sweden: featuring 'professional friendship'. *Disabil Soc*. 2010; 25: 565-77. doi: 10.1080/09687599.2010.489303.
76. General advocacy. En: VoiceAbility [sitio web]. Cambridge: VoiceAbility; s.f. (<https://www.voiceability.org/about-advocacy/types-of-advocacy/general-advocacy-1>, consultado el 6 de enero del 2021).
77. Suomen Palveluohjausyhdistys SPO ry [sitio web]. Helsinki: Suomen Palveluohjausyhdistys SPO ry; s.f. (<https://www.palveluohjaus.fi/>, consultado el 6 de enero del 2021).
78. Palveluohjaus. En: Helmi [sitio web]. Helsinki: Helmi; s.f. (<https://mielenterveyshelmi.fi/palveluohjaus/>, consultado el 6 de enero del 2021).
79. PIO-Pårørendesenteret i Oslo [sitio web]. Oslo: PIO-Pårørendesenteret i Oslo; s.f. (<https://piosenteret.no/>, consultado el 6 de enero del 2021).
80. Personligt ombud. En: Kunskapsguiden [sitio web]. Estocolmo: Kunskapsguiden; 2019 (<https://www.kunskapsguiden.se/>, consultado el 6 de enero del 2021).
81. Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights Specialized training. Course slides. Ginebra: OMS; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329647>, consultado el 18 de enero del 2021).
82. Björkman T, Hansson L. Case management for individuals with a severe mental illness: a 6-year follow-up study. *Int J Soc Psychiatry*. 2007; 53: 12-22. doi: 10.1177/0020764006066849.
83. Innovative policy 2015 on independent living - Sweden's personal ombudsmen. En: Zero Project [sitio web]. Viena: Zero Project; 2015 (<https://zeroproject.org/policy/sweden-2>, consultado el 6 de enero del 2021).

