



RECUPERACIÓN PARA TODOS EN LA COMUNIDAD

APRENDIENDO MUTUAMENTE

Documento de consenso sobre los principios
fundamentales y elementos clave de salud mental
comunitaria

20 Diciembre 2017

*Guido Pieters
Torleif Ruud
Jaap van Weeghel
Michiel Bähler
Billy Murphy
Laura Shields-Zeeman
René Keet*

Agradecimientos

Este Documento de Consenso no se habría podido completar sin el apoyo de muchos de los socios de la red EUCOMS. Los autores del documento de consenso desean agradecer los comentarios constructivos y sugerencias de muchos expertos en el ámbito de la salud mental como investigadores, proveedores o usuarios incluyendo a Andreas Bechdolf, Anne Margriet Pot, Athina Fragkouli, Birgit Görres, Cathelijn Tjaden, Domenico Giacco, Evelyn Huizing, Guadalupe Morales, Hugo Koetsier, Jaap van Weeghel, Marc Graas, Marc Ritzen, Marijke van Putten, Martin Fojtíček, Michiel Nijsen, Nicolas Daumerie, Niels Mulder, Nils Greve, Paul Bomke, Pim Peeters, Roberto Mezzina, Sladjana Ivezic, Stefan Weinmann y Veerle Stevens. Gracias a Chris Nas que estuvo en los comienzos del desarrollo del Documento de Consenso. Gracias a Marjonneke de Vetten por el diseño y la corrección de pruebas. También agradecemos a Sharon Zoomer por su apoyo administrativo cuando fue necesario.*

**Para evitar repeticiones que generan dificultades gramaticales y complican innecesariamente la comprensión del texto, en este documento se hace uso genérico del masculino para referirse al conjunto de mujeres y hombres, siguiendo el criterio establecido por la Real Academia de la Lengua Española.*

Traducción:

Cymbeline Nuñez Sheriff

María de la Presentación Aguilar Crespillo

Revisión:

Evelyn Huizing. Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud

Jessica M. Goodman Casanova. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga

Juan José Martínez Jambrina. Asociación Nacional de Tratamiento Asertivo Comunitario



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS



ibima
Instituto de Investigación
Biomédica de Málaga



Con la colaboración de: Lundbeck



Fecha de traducción: marzo de 2019

INTRODUCCIÓN	7
La importancia de los servicios de salud mental comunitarios	8
Estructura del Documento de Consenso	10
1. LA PERSPECTIVA ÉTICA	11
Conclusiones y recomendaciones desde la perspectiva ética	11
2. LA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA	16
Conclusiones y recomendaciones desde la perspectiva de salud pública	16
2.1. Evaluación de necesidades y planificación de una atención de salud mental comunitaria	19
2.2. Inclusión social y reducción del estigma	20
3. LA PERSPECTIVA DE LA RECUPERACIÓN	23
Conclusiones y recomendaciones desde la perspectiva de recuperación	23
4. LA PERSPECTIVA DE LA EFECTIVIDAD	28
Conclusiones y recomendaciones desde la perspectiva de la efectividad	28
4.1. Intervenciones enfocadas hacia la reducción de síntomas / Promoción de la salud	32
Intervenciones farmacológicas	32
Intervenciones psicológicas	34
Cuidados de salud física y apoyo para un estilo de vida saludable	35
4.2. Intervenciones enfocadas hacia la inclusión social	36
Colaborando con la familia y la red informal	36
Rehabilitación	37
El apoyo al empleo	39
Apoyo a la vivienda	40

Intervenciones en el sector social	41
4.3 E-salud y M-salud	
5. LA PERSPECTIVA DE RED COMUNITARIA	47
Conclusiones y recomendaciones desde la perspectiva de red comunitaria	47
5.1. Integración de Salud Mental en Atención Primaria	50
5.2. Equipos asertivos que ofrecen tratamiento intensivo para problemas de salud mental agudos y para los de larga duración	51
Equipos de resolución de crisis y atención de salud mental de emergencia en la comunidad	51
Atención asertiva e integrada para personas con TMG. TAC y TAC Flexible	52
5.3. Tratamiento de diagnóstico dual	54
6. LA PERSPECTIVA DE EXPERTOS POR EXPERIENCIA	56
Conclusiones	61
1. La perspectiva ética	62
2. La perspectiva de salud pública	62
3. La perspectiva de la recuperación.	63
4. La perspectiva de la efectividad	64
5. La perspectiva de red comunitaria	65
6. La perspectiva de expertos por experiencia	66
Referencias	68

Lista de Destacados:

Convención de los Derechos de las personas con Discapacidad.....	15
Principios para programas anti-estigma.....	22
Diez principios para ser un buen guía en la recuperación de una persona.....	27
Inclusión laboral individualizada y con apoyo (IPS) como buena práctica.....	40
Intervenciones para promocionar la participación social.....	44
Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC y TAC Flexible) como buena práctica.....	53
 Tabla 1. Desde Perspectivas a Principios de atención comunitaria de salud mental.....	 61
Tabla 2. ¿Qué hemos logrado, cuales son las esperanzas y cuales los riesgos?.....	67

INTRODUCCIÓN

La salud mental comunitaria, desde un abordaje holístico, responde a los problemas de salud mental haciendo uso de los recursos comunitarios, para asegurar que las personas con problemas de salud mental puedan ejercer su derecho a recibir cuidados y apoyo en su propio entorno, y optimizar su posibilidad de recuperación.

La salud mental comunitaria, tal como la conocemos actualmente, empezó después de la Segunda Guerra Mundial como respuesta al cierre de los hospitales psiquiátricos y al traslado de la atención a la comunidad. Se han descrito dos fases. La primera, de los años 50 a los 70, consistió en pequeñas mejoras locales que se unieron en equipos multidisciplinarios relativamente sencillos, siendo más una evolución lenta que una revolución (Burns & Firth, 2017).

La segunda fase empezó en 1980 con una publicación que marcó un hito sobre el tratamiento asertivo comunitario (Stein & Test, 1980). Los servicios de salud mental comunitarios ponían más énfasis en el apoyo al derecho a la participación en la comunidad y organizaron un abordaje multidisciplinar y multisectorial más intensivo, combinando abordajes a nivel poblacional para la prevención y la promoción de la salud.

La salud mental comunitaria requiere de un compromiso claro con la filosofía de la recuperación, promueve el uso de intervenciones basadas en la evidencia y en el contexto, y utiliza los diferentes recursos y contactos en la red comunitaria más amplia. Como consecuencia de la filosofía de recuperación, la persona con problemas de salud mental se ha convertido en un compañero en la creación de los servicios de salud mental.

La importancia de los servicios de salud mental comunitarios

Los problemas de salud mental son una carga considerable para la sociedad; como dato ilustrativo, la depresión por sí sola afecta a 30,3 millones de personas en Europa, y la psicosis afecta a 5 millones de personas (Wittchen et al., 2011). Varias décadas de investigación muestran que los trastornos mentales se pueden tratar. Sin embargo, los trastornos mentales siguen causando discapacidad a un número sustancial de personas, muchas de las cuales viven en países de ingresos bajos y medios, o se encuentran en situaciones sanitarias o socioeconómicas de riesgo en países ricos (Meffert, Neylan, Chambers, & Verdelli, 2016). Existe una evidencia considerable sobre cuáles son las intervenciones efectivas para personas con problemas de salud mental, pero a pesar de estos conocimientos y la evidencia disponible, muchos ciudadanos todavía no tienen acceso a una atención de salud mental óptima (Caldas Almeida et al., 2016; Manfred Huber et al., 2008). El objetivo de la salud mental comunitaria es que los ciudadanos puedan disfrutar de buena salud y bienestar.

Las personas con problemas (graves) de salud mental tienen desventajas sociales y necesidades no cubiertas en múltiples aspectos de la vida. Necesitan acceso a tratamiento de alta calidad en sus comunidades que les permite vivir su vida como ciudadanos en situación de igualdad. En comparación con los servicios de salud mental ofrecidos principalmente en entornos hospitalarios, las redes integradas de salud mental comunitaria de buena calidad se asocian con mejores resultados para los usuarios (mayor calidad de vida, mejor adherencia al tratamiento, menor estigma, mayor estabilidad de vivienda, mejor rehabilitación vocacional) y para los servicios (mejor acceso a la atención, menor uso de medidas coercitivas, menor violación de derechos humanos) (World Health Assembly, 2013).

En la mayoría de las circunstancias relacionadas con la salud mental, un enfoque integral y basado en la comunidad puede ayudar a personas con problemas de salud mental leve, moderada y grave en su recuperación y en la mejoría de su calidad de vida. En este documento se hace referencia a la salud mental comunitaria como una combinación de autocuidados y autogestión, ayuda ofrecida por la red informal de familiares y allegados, apoyo de recursos y servicios

generales (empleo, vivienda, ocio, salud) y terapia y apoyo por parte de profesionales de salud mental (Trainor & Church, 1984).

A pesar de los beneficios que ofrece la salud mental comunitaria, en muchos países europeos se sigue ofreciendo la atención a la salud mental en entornos hospitalarios. En algunos países los servicios comunitarios de salud mental sólo se han implementado de forma parcial, debido a una falta de compromiso político o recursos insuficientes (tanto humanos como financieros). Dada la gran variedad de prácticas de atención y organización de servicios en los sistemas sanitarios en toda Europa, se necesita un conjunto de criterios claros que apoyen la implementación de servicios efectivos basados en la comunidad para personas con problemas de salud mental en los distintos contextos.

Este Documento de Consenso describe los principios fundamentales y elementos clave de la salud mental comunitaria. El consenso se basa en la pericia de los proveedores de servicios en toda Europa quienes han identificado el problema compartido de la necesidad de definir para gobiernos, comisionarios y proveedores de fondos cómo podría ser una buena atención comunitaria de salud mental. Las dimensiones de la salud mental comunitaria, y los criterios para cumplir con estas dimensiones, se basan en una síntesis de la evidencia científica, buenas prácticas y opiniones de expertos. Estas dimensiones se han debatido en una red de profesionales, usuarios y sus allegados, con amplia pericia y experiencia en los ámbitos de la atención comunitaria de salud mental en Escandinavia, Reino Unido, Europa del Oeste, Sur, Central y del Este.

El propósito de este documento de consenso es servir como base para modelos de salud mental comunitaria organizados a nivel regional, en Europa y más allá. El documento va dirigido a personas que trabajan, organizan y utilizan los servicios de salud mental. Puede ayudar a los servicios que estén empezando (o pensando en empezar) a implementar la salud mental comunitaria y a los servicios ya existentes a mejorar su funcionamiento. Una de las bases que ha inspirado los principios en este documento es el Oxford Textbook of Community Health (Thornicroft et al, 2011)

Estructura del Documento de Consenso

En este documento de consenso conceptualizamos la salud no como una situación estática sino como la habilidad dinámica de adaptación y autogestión del propio bienestar, que ayuda a afrontar los retos físicos, emocionales y sociales de la vida (Machteld Huber et al., 2011; Thornicroft, Szmulker, Mueser, & Drake, 2011). El énfasis por lo tanto, se traslada desde el problema de salud mental hacia la resiliencia y el bienestar, y ayuda a todas las partes interesadas a cambiar su manera de pensar acerca de la atención sanitaria y la prevención de enfermedades.

El documento de consenso describe cómo sería una buena atención comunitaria de salud mental desde seis perspectivas distintas, cada una consistiendo en una dimensión importante de una buena salud mental comunitaria:

- Ética
- Salud Pública
- Recuperación
- Intervenciones efectivas
- Red de atención comunitaria
- Expertos por experiencia

Cada perspectiva se presenta con una imagen que ilustra lo principal de esta perspectiva, seguida por las conclusiones y las recomendaciones. En el capítulo final, resumimos estas perspectivas y concluimos lo que hemos logrado con respecto a estas seis perspectivas.

1. LA PERSPECTIVA ÉTICA

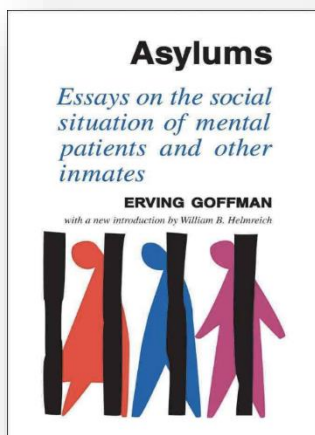


Figura 1. Portada de libro: Asylums (Goffman). Este libro, publicado en 1961, recalca que la des-institucionalización está impulsada por los derechos humanos y muestra que es un tema pendiente desde hace décadas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DESDE LA PERSPECTIVA ÉTICA

- El enfoque sobre los derechos humanos es un principio fundamental en la salud mental comunitaria: el derecho a acceder a una atención basada en necesidades en un entorno lo menos restrictivo posible, y el derecho a la plena participación en la vida comunitaria. Esto incluye derechos civiles, ciudadanía y libertad cultural, espiritual, sexual y política.
- Asegurar el derecho a la atención de salud mental en documentos legales y políticas es una estrategia esencial para garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental en la práctica.
- Recomendamos que los servicios de salud mental basen su misión y visión en la Convención para los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (CDPD, 2008) que establece los derechos de vivir y participar en la comunidad, educación, salud, empleo, vivienda y protección social.
- Dar formación y apoyo a los profesionales de las unidades de salud mental comunitaria y hospitalaria sobre recuperación y derechos es un paso útil para

reducir las violaciones de los derechos humanos que ocurren en el contexto de los servicios de salud mental.

- **La Herramienta de Derechos de Calidad (*Quality Rights Toolkit*) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece un marco para evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud mental.**

La perspectiva de la ética ha estado pendiente desde hace décadas como una de las 3 E: ética, evidencia y experiencia (Tansella & Thornicroft, 2009). El comienzo visible de esto fue la publicación de *Asylums* de Goffman en 1961 con cuatro estudios controvertidos que cuestionaban si las instituciones psiquiátricas son auténticos refugios de descanso de las presiones de la sociedad, o si son organizaciones que crean tensiones aún más graves en personas que ya de por sí están trastornadas (Goffman, 1961). Ha habido más autores de este tipo. En los años 60 y 70 el psiquiatra italiano Basaglia concluyó que muchos de los estereotipos sobre la locura en realidad eran consecuencia del tratamiento institucional y promovía la liberación de los pacientes y la destrucción del hospital psiquiátrico como lugar de institucionalización (Foot, 2014). Harding describió las enfermedades crónicas como la esquizofrenia como artefactos basados en el miedo (Harding et al., 1987).

El proceso de desinstitucionalización por lo tanto está basado en la perspectiva ética de que los servicios de salud mental existen para proteger y no para violar los derechos humanos. (The European expert group on Transition from Institutional to Community-based Care, 2012)

El uso de la coerción en salud mental es común y controvertido e incluye muchos desafíos éticos. Por un lado, se percibe la coerción como una herramienta necesaria para proteger a individuos y a la sociedad frente a daños. Por otro lado, hay muy poca evidencia científica disponible de que la coerción tenga efectos positivos. Los efectos negativos son conocidos: la coerción resulta en la evitación de búsqueda de ayuda (Molodynski, Rugkasa, & Burns, 2010) y los ingresos coercitivos pueden experimentarse de manera traumática (Paksarian et al., 2014). Sin embargo, también existen indicaciones para entender como necesaria la coerción para algunos pacientes (Newton-Howes & Mullen, 2011).

El dilema ético está en la tensión entre el derecho a tratamiento (derecho a una atención a la salud mental, teniendo en cuenta las necesidades no cubiertas y la discapacidad de personas con problemas psicológicos) y el derecho a rechazar tratamiento.

La promoción positiva de la salud mental y los derechos humanos se refuerzan mutuamente, ya que mejoran de manera sustancial el bienestar general de la población (Gostin & Mok, 2009; Pathare & Sagade, 2013). A pesar de esto, las violaciones de los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales siguen existiendo en personas con enfermedad mental (Drew et al., 2011).

Asegurar el derecho a la atención a la salud mental en documentos legales y políticas es una estrategia esencial para garantizar los derechos de personas con enfermedad mental en la práctica. En algunos países de Europa, la atención se sigue ofreciendo dentro de entornos hospitalarios. Y si hay atención comunitaria a menudo es de poca calidad. Ambas situaciones alientan la exclusión de la vida comunitaria que tiene un impacto negativo en la habilidad de integrarse en la sociedad, lograr metas de recuperación y vivir una vida plena.

En 2008, la Convención de los Derechos de Personas con Discapacidad (CDPD) impulsó el cambio de las leyes de discapacidad y salud mental a nivel mundial (UN General Assembly, 2007). La CDPD fija los derechos para personas con discapacidades (incluyendo personas con problemas de salud mental) para vivir y participar en la comunidad, además de asegurar el derecho a una educación, salud, empleo, vivienda y protección social.

El CDPD marca un “cambio en el paradigma”, en actitudes y enfoques hacia personas con discapacidades, incluida la enfermedad mental. Las personas con discapacidad no son consideradas como “objetos” de caridad, tratamiento médico y protección social, y en su lugar son consideradas como “sujetos” con derechos que son capaces de exigir los mismos y tomar decisiones sobre sus vidas en base a su consentimiento libre e informado, además de ser miembros activos de la sociedad.

Para la CDPD la discapacidad es un concepto en evolución, y considera que la discapacidad es la consecuencia de la interacción entre personas con disfunciones y las barreras y las actitudes del entorno, que impiden una participación plena y efectiva en una sociedad desde una base de igualdad con otros.

En términos de la CDPD, la participación es importante para identificar de forma correcta las necesidades específicas y empoderar a la persona. Una participación plena y efectiva y la inclusión en la sociedad se reconocen en la CDPD como un principio general, una obligación general, y un derecho.

Promocionar la disponibilidad de servicios de calidad disponibles cerca de las viviendas de las personas que integren el respeto de los derechos humanos, también es un área de acción prioritaria en el Plan de Acción Integral de Salud Mental de la OMS (*Comprehensive Mental Health Action Plan*) para 2013-2020 (World Health Assembly, 2013).

El informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de todos al disfrute del nivel más alto de salud física y mental (2017) recomienda:

“es necesario un cambio de paradigma que esté basado en la recuperación y en la comunidad, que fomente la inclusión social y ofrezca una serie de tratamientos basados en derechos y apoyo psicosocial en los niveles de atención primaria y atención especializada (...) enfoques reductivos de tratamientos biomédicos que no atiendan el contexto y las relaciones adecuadamente, ya no pueden ser considerados como conformes con el derecho a la salud”

Derechos de la Convención	
Igualdad y no discriminación (art 5)	Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información (art 21)
Derecho a la vida y Libertad y seguridad de la persona (art 10 y 14)	Respeto de la privacidad (art 22)
Igual reconocimiento como persona ante la ley (art 12)	Respeto del hogar y la familia (art 23)
Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (art 15)	Educación (art 24)
Protección contra la explotación, la violencia y el abuso (art 16)	Salud (art 25)
Protección de la integridad de la persona (art 17)	Trabajo y empleo (art 27)
Libertad de desplazamiento y nacionalidad (art 18)	Nivel de vida adecuado y protección social (art 28)
Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (art 19)	Participación en la vida política y pública (art 29)
	Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte (art 30)
Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad	

Consagrar los derechos en la práctica puede adoptar múltiples formas. Una manera es a través de reformas legales, una estrategia importante para asegurar que los derechos de todas las personas se respeten en la misma base legal. Otras estrategias a nivel de los servicios incluyen formación para todo el personal que trabaja en las unidades de hospitalización, pero también de los servicios de salud mental comunitarios, sobre cómo respetar los derechos de personas con problemas de salud mental en la práctica. Esto significa llevar a cabo entrenamiento sobre elementos que incluyan (pero que no se limiten a): cuando usar la coerción y restricción, autonomía de la persona con problemas de salud mental para tomar decisiones importantes sobre su tratamiento y cuidado, y crear un entorno terapéutico que sea lo menos restrictivo posible. La Herramienta de Derechos de Calidad (*Quality Rights Toolkit*) de la OMS es un ejemplo de un marco de formación para evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud mental, incluyendo servicios comunitarios, y puede guiar a proveedores de servicios y/o partes interesadas nacionales sobre los pasos a seguir para lograr servicios de buena calidad que garanticen los derechos humanos (Organización Mundial de la Salud, 2012).

2. LA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA



Figura 2. La vida social tiene lugar en comunidades que conectan a las personas en relaciones mutuas. En la salud mental comunitaria la comunidad relevante es la de las personas que viven en una zona geográfica definida, la zona de cobertura. La misión de un servicio de salud mental comunitaria es apoyar la salud de todos los ciudadanos de esa zona.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA

- Los servicios de salud mental comunitaria trabajan en pro de la salud de todos los ciudadanos en su zona de cobertura. Esto incluye pacientes que ya están en tratamiento, pacientes que necesitan cuidados pero tienen dificultades de enganche y vinculación, además de potenciales futuros pacientes.
- Atender la salud mental en la comunidad significa no solo tratamiento y cuidados, sino también prevención y promoción de una buena salud mental. Es esencial implementar medidas para eliminar la discriminación y reducir el estigma.
- La salud mental comunitaria trabaja con equipos multidisciplinares en zonas bien definidas. El tamaño de la región depende de la demografía de la zona, la prevalencia de enfermedad mental y los recursos de atención a la salud mental. Es un balance entre las ventajas de una pequeña zona (capacidad de estar presente, colaboración

con un número pequeño de médicos de familia) y la necesidad de suficientes recursos para formar un equipo multidisciplinar.

- **Los conceptos de atención de salud mental comunitaria se desarrollaron para el tratamiento de personas con trastorno mental grave y persistente (TMG) aunque actualmente son aplicables a todas las necesidades de salud mental (y más allá).**
- **La salud mental es un asunto de salud pública (relevante para un elevado número de ciudadanos en la población). Se requieren servicios de salud mental que ofrezcan un enfoque orientado hacia la recuperación y la presencia en la comunidad.**
- **El cuidado de personas de difícil enganche y vinculación es una tarea esencial de los equipos comunitarios de salud mental.**

La salud pública es el arte y la ciencia de la protección y mejoría de la salud de la población. Estas poblaciones pueden ser pequeñas como un barrio local o tan grande como un país o una región entera. El objetivo principal de la perspectiva de la salud pública es lograr comunidades individuales, sociedades y entornos sanas, además de equidad entre los distintos grupos (Baum, 2015). Para la salud mental, esto significa que la sociedad y los servicios se deben enfocar hacia las necesidades de la población entera sin tener en cuenta si los servicios se ofrecen por parte del sector público o por organizaciones privadas. Un servicio de salud mental comunitario trabaja en una zona de cobertura específica y por lo tanto necesita tener en cuenta la influencia de circunstancias culturales específicas.

La importancia de adoptar un enfoque de salud pública cuando se desarrollen e implementen buenos servicios comunitarios de salud mental se basa en el enfoque no sólo del tratamiento (atención curativa), sino también en la promoción de salud mental y la prevención. Esto significa tener en cuenta las necesidades de la población entera, no sólo de las personas con un problema de salud mental existente.

Tener en cuenta las necesidades a nivel de población se traduce en la práctica en planes bien definidos de mapeado de servicios y apoyo a distintos segmentos de la población. Esto ayuda, por ejemplo, en la definición de las zonas geográficas en las que puede trabajar un equipo de

salud mental. El tamaño de la región o zona depende de la demografía regional, prevalencia de enfermedad mental y los recursos disponibles de salud (mental). La demografía determina la prevalencia y las necesidades de la población en esa zona, por ejemplo, rural o urbano, estatus socio-económico, empleo, la presencia de inmigrantes o refugiados. Estas características tienen un impacto en la composición y especialidades de los miembros de un equipo de salud mental comunitaria.

El tamaño de la zona se determina por dos principios antagónicos. Primero, la zona tiene que ser pequeña para que el/los equipo/s puedan integrarse en la comunidad local y tener una fuerte vinculación con atención primaria y las partes sociales interesadas. Por otro lado, la zona tiene que ser lo suficientemente grande como para movilizar los recursos necesarios para construir un equipo multidisciplinar en esa región. Por lo tanto, el tamaño de la zona de cobertura es un balance entre las ventajas de una región pequeña (presencia, colaboración con un número pequeño de médicos de familia) y la necesidad de suficientes recursos para formar un equipo multidisciplinar. Dentro de Europa, el tamaño de una zona de cobertura puede variar entre 20.000 y 200.000 habitantes por equipo.

Dentro de una zona definida, los agentes clave de los diferentes sectores deben cooperar para responder a las necesidades de salud mental de esa área definida de cobertura. Los agentes clave incluyen profesionales de atención primaria, de salud mental, de servicios sociales, de centros comunitarios, de policía, empleadores y empresas locales.

Los equipos de salud mental comunitarios tienen una tarea importante como proveedores de tratamiento para personas con trastorno mental grave y persistente (TMG), además de ser consultores para otros proveedores de servicios (por ejemplo de atención primaria) en la prevención de problemas de salud mental y en el tratamiento de personas con enfermedad mental leve y moderada.

Estos equipos también tienen una responsabilidad para con los ciudadanos en su zona que son de difícil enganche y necesitados de cuidados. La falta de motivación para el tratamiento hace que un subgrupo de pacientes con TMG sea difícil de involucrar en el tratamiento, a pesar de que se

haya demostrado que sea este subgrupo el que más necesita el tratamiento. Esta “paradoja motivacional” tiene relevancia clínica, ya que ofrece una base ética para servicios asertivos o proactivos, con el fin de involucrar a pacientes con problemas psicosociales graves y escasamente motivados en cuidados de salud mental (Mulder, Jochems, & Kortrijk, 2014).

2.1. Evaluación de necesidades y planificación de una atención de salud mental comunitaria

Antes de que se pueda implementar una red de servicios de salud mental comunitaria, se debe realizar una evaluación completa de las necesidades para poder comprender los tipos de atención y apoyo que los usuarios y sus familias necesitan.

El punto de partida de una red de servicios de salud mental comunitaria es una evaluación de las características de la región que sean relevantes para la salud mental y que incluyan al menos lo siguiente:

- Información sobre el tamaño y las características de la población;
- Descripción de tipos y cantidades de servicios existentes;
- Planes actuales y metas para servicios de salud mental comunitarios existentes;
 - Participación de partes interesadas (incluyendo usuarios y familiares);
 - Información sobre el tipo y cantidad de servicios que deben estar disponibles y los profesionales multidisciplinarios requeridos;
- Niveles de calidad definidos, procedimientos para supervisar los resultados, y planificación de cómo y cuándo se evaluará y revisará la red de servicios.

Los planes nacionales o regionales añaden valor a un servicio cuando se ajustan a los contextos locales. Los planes nacionales y regionales para servicios de salud deben incluir y enfatizar en priorización y planificación para la atención comunitaria de salud mental.

(Thornicroft et al, 2011; Thornicroft & Tansella, 1999).

2.2. Inclusión social y reducción del estigma

Como ya se ha mencionado, abordar un enfoque de salud pública en salud mental significa desarrollar e implementar servicios y enfoques que promuevan, prevengan y traten problemas de salud mental. En las últimas décadas, la promoción de la salud mental ha cogido forma de campañas de inclusión social y anti-estigma, particularmente a la luz del cambio de paradigma hacia uno que fomente la inclusión, alejándose de la segregación de personas con problemas de salud mental (Evans-Lacko et al., 2014).

Definimos inclusión social como mejora de los derechos al acceso de oportunidades sociales y económicas, la habilidad de lograr metas de recuperación y vivir una vida plena y significativa a pesar de la discapacidad.

La discriminación que afrontan personas con problemas de salud mental es una barrera significativa (Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius, & Leese, 2009). La discriminación contra personas con problemas de salud mental es algo que se experimenta a nivel universal y tiene una influencia en muchos aspectos de la vida de las personas. No sólo tiene un impacto negativo en la integración social, sino que también impacta en la conducta de buscar ayuda, ya que produce cambios en los sentimientos tanto en los pacientes (menor autoestima, un autocuidado más pobre y mayor retraimiento social) y los miembros de sus familias (sentimientos de culpa, vergüenza y desesperación).

El nivel de empleo en personas con problemas de salud mental es menor que en la población general debido a la discriminación que afrontan estas personas a la hora de asegurar y mantener el empleo (Brouwers et al., 2016). Además, la experiencia de problemas de salud mental a edades tempranas en la vida se puede asociar con una trayectoria de exclusión (por ejemplo, a través de una participación reducida en estudios superiores y un aumento del riesgo de contacto con los sistemas de justicia criminal, victimización y estar sin hogar). Estos patrones de estigma y exclusión pueden tener consecuencias significativas para personas con problemas de salud mental y pueden de forma directa o indirecta conllevar menor participación en atención sanitaria, niveles más altos de mortalidad, niveles más altos de auto-estigma y menores niveles de

empoderamiento. Las relaciones personales cercanas y las redes informales de apoyo social desempeñan un papel significativo de amortiguación anticipada de discriminación en personas con problemas de salud mental. (Zoppei et al., 2014).

Las actitudes estigmatizantes no son infrecuentes entre profesionales de salud mental que pueden ser menos optimistas sobre los resultados en salud para personas con problemas de salud mental a largo plazo. Estas percepciones seguramente están relacionadas con las experiencias de los profesionales, tales como los que trabajan en el sector público tratando con pacientes con mayor cantidad de problemas de salud mental (Horsfall, Cleary, & Hunt, 2010). La salud mental comunitaria no reduce la estigmatización automáticamente. Esto debe ser abordado con campañas a nivel local (Stuart, Florez, & Sartorius, 2012).

Los legisladores, defensores de usuarios y profesionales de salud mental deben asegurar que la eliminación de la discriminación y la reducción del estigma sea una prioridad de salud pública. Es importante reconocer que la discriminación y el estigma son conceptos diferentes que requieren estrategias diferentes. El estigma, que ha sido el enfoque tradicional de la salud mental, representa aspectos actitudinales, mientras que la discriminación representa aspectos conductuales (Bhugra, Ventriglio, & Pathare, 2016).

A pesar de que varias campañas de concienciación anti-estigma en Europa han tenido un impacto demostrable (las campañas *Time to Change* en Inglaterra, *One of Us* en Dinamarca y *SeeMe* en Escocia), la distancia social y el peligro percibido asociado con personas con problemas de salud mental sigue estando presente en muchas sociedades. Actualmente, las estrategias anti-estigma más conocidas son educación (desmontar los mitos con datos sobre las enfermedades mentales) y contacto (intercambios programados entre personas que han vivido la experiencia de tener un problema de salud mental y el público en general). Los resultados mostraron que los programas de contacto son más eficaces que la educación. Los programas anti-estigma se deben basar en la fórmula **TLC3**: *Targeted* (Dirigido), *Local* (Local), *Contact* (Contacto), *Credible* (Creíble) y *Continuos* (Continuado) (Corrigan, 2011). La reconfiguración de estrategias de reducción de estigma requiere que los proveedores y defensores o representantes de pacientes den prioridad a

la inclusión, a la integración y al desarrollo de competencias en la población general para la reducción de barreras culturales hacia el reconocimiento, respuesta y recuperación de personas con una enfermedad mental. A menos que se aborde el estigma a nivel cultural, las perspectivas de cambiar las vidas de quienes están afectados por trastornos mentales será poco probable que cambien.

5 principios para desarrollar campañas anti-estigma para salud mental (formula TLC3)

(Corrigan, 2011)

- **Dirigido:** Los contactos deben ser orientados hacia grupos cruciales en la comunidad (por ejemplo; ¡empleadores!)
- **Locales:** Los programas de contacto local son más efectivos
- **Contacto:** Organizar contactos entre personas con y sin enfermedad mental es clave
- **Creíbles:** Los contactos deben tener credibilidad (ser liderados por usuarios)
- **Continuado:** Los contactos deben ser continuados

Ingredientes clave para programas anti-estigma basados en el contacto (Corrigan et al., 2014)

- **Diseño:** presentaciones cara a cara y debate con el público; incluir multimedia (por ejemplo vídeos en directo).
- **Dirigido:** grupos concretos identificados y evaluación completada para lograr metas de cambio de estigma (por ejemplo, empleadores)
- **Personal:** los presentadores son personas que han vivido la experiencia de tener un problema de salud mental; elegir un facilitador entusiasta que pueda “marcar el tono”.
- **Mensajes:**
 - Incluir el relato de superación (una persona con experiencia vivida cuenta su historia de recuperación);
 - Enfatizar y demostrar la recuperación;
 - Enseñar “que hacer”/ofrecer habilidades prácticas;
 - Desmontar mitos
- **Evaluación/Seguimiento:** debatir acciones de seguimiento con los grupos concretos

3. LA PERSPECTIVA DE LA RECUPERACIÓN



Figura 3. La recuperación es el viaje del usuario, un proceso único e individual. El profesional puede ser visto como un compañero de este viaje durante el tiempo mínimo posible, pero durante todo el tiempo necesario.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA PERSPECTIVA DE RECUPERACIÓN

- La recuperación es el viaje del usuario, y la tarea del profesional es apoyar y no obstaculizar este viaje.
- Las personas pueden recuperarse, y a la vista está que lo hacen, incluso de los problemas de salud mental más graves.
- Los equipos de salud mental comunitaria ponen el foco en la recuperación de la salud, del funcionamiento social, y de la identidad personal.
- Describimos 10 maneras de apoyar la recuperación. La más importante es ofrecer esperanza.
- La atención basada en la recuperación implica poner el foco en las fortalezas de los usuarios y amoldar los recursos existentes alrededor del usuario, independientemente de que sean muchos o pocos recursos.

La recuperación es definida por la propia persona, y a menudo es definida por los usuarios como un proceso o experiencia única e individual, que se describe mejor como un viaje. La recuperación se enfoca hacia lo que “puedes hacer”, no lo que “no puedes hacer”. Hay distintas dimensiones de la recuperación. La recuperación clínica es la recuperación de síntomas psiquiátricos y la recuperación funcional se puede expresar como participación en la sociedad con trabajo significativo y formación. La dimensión final, cubierta mayormente en este capítulo, es la recuperación personal, que constituye la recuperación de la identidad y del yo. Los profesionales en un servicio de salud mental comunitaria pueden ser percibidos como compañeros en este viaje durante el mínimo tiempo posible, pero durante el tiempo necesario (Shepherd, Boardman, & Slade, 2008).

La definición más extendida describe la recuperación como “un proceso profundamente personal y único de cambiar las actitudes de uno, sus valores, sentimientos, metas, habilidades y/o roles. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y contribuyente, incluso dentro de las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación incluye el desarrollo de un nuevo significado y propósito de la vida a medida que uno crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental” (Anthony, 1993).

El plan de acción de salud mental de la OMS define la recuperación desde la perspectiva del individuo con enfermedad mental: obteniendo y manteniendo la esperanza, comprensión de las habilidades y discapacidades de uno, participación en la vida activa, autonomía personal, identidad social, significado y propósito en la vida y una sensación positiva del yo (World Health Assembly, 2013).

La recuperación debe ser autodefinida y autodirigida por la narrativa ideográfica y personalizada de cada individuo que está viviendo la experiencia. Desde esta perspectiva, debido a que la recuperación presupone la existencia de un nivel suficiente de “voluntad interpretativa” o autonomía, algo que puede haber sido erosionada por un sistema psiquiátrico demasiado centrado

en la prescripción médica o paternalista, puede que esta voluntad tenga que ser descubierta primero.

Aunque el concepto de recuperación se aplica cada vez más a los servicios de salud mental y en la literatura (Slade, Williams, Bird, Leamy, & Le Boutillier, 2012), el grado en que se define como “servicio dirigido por el usuario” es variable. Se necesita enfatizar, por lo tanto, que sencillamente renombrar el servicio como “orientado hacia la recuperación” o a voleo incorporar la palabra recuperación en un logo o declaración de misión no significa necesariamente practicar una atención orientada hacia la recuperación. Si la recuperación es definida de forma genérica por profesionales de salud mental según modelos de enfermedad biomédicos reduccionistas, no se ha entendido bien. El cambio paradigmático principal es de “la enfermedad” hacia “la persona como un todo”.

Históricamente, los servicios de salud mental tendían a enfatizar el cumplimiento terapéutico y el manejo de problemas y necesidades en servicios formales, controlados por los profesionales. Este enfoque de déficit y/o problema se centra en torno al diagnóstico como el problema central; las preguntas son formuladas en relación a necesidades, problemas, déficits y sintomatología. Sin embargo, a lo largo de los últimos años ha habido un cambio entre proveedores de servicios en Europa acercándose a la comprensión de necesidades individuales y metas personales desde la perspectiva del usuario, con un énfasis en la autonomía y el poder de la persona de tomar decisiones, las decisiones compartidas (entre profesional y usuario), y el establecimiento de metas de recuperación.

Esto puede verse como un cambio de paradigma, acercándose a un enfoque basado en las fortalezas, que enfatiza en las fortalezas y los recursos de la persona en lugar de en sus debilidades. Esto transforma toda la noción de la atención, desde suprimir síntomas y solucionar problemas hacia un enfoque más holístico en las metas de recuperación de la persona. Está más enfocado a lo que la persona quiere, desea, aspira y sueña, enlazándolo con los conocimientos, habilidades y recursos de la persona. El enfoque de las fortalezas explora la renovación y la

creación de redes naturales de ayuda y apoyo como parte de la solución. Este enfoque es específico, detallado e individualizado.

Las fortalezas incluyen resiliencia, capacidad de supervivencia, habilidades, conocimientos, recursos y deseos que pueden ser usados para ayudar a cumplir las metas del usuario. Desde el contacto inicial, a través de la identificación de metas, valoración e intervención hasta la evaluación, el proceso de ayuda se basa en la asunción subyacente de que las personas tienen la capacidad para el crecimiento, cambio y recuperación. Slade y cols. han especificado maneras en que los profesionales pueden apoyar la recuperación de personas con problemas de salud mental (Slade, 2009). Hemos definido 10 principios que pueden servir de guía al profesional en el viaje hacia la recuperación. Estos principios resumen lo que los profesionales en servicios de salud mental pueden hacer para apoyar y no entorpecer el proceso de recuperación.

Diez principios para ser un buen guía en la recuperación de una persona

- 1. Apoyar la recuperación de la salud, el funcionamiento y la identidad.**
Estos pueden ser considerados como los tres “dominios” de la recuperación. Están relacionados, pero pueden ser distinguidos. No hay jerarquía. Un tratamiento orientado hacia la recuperación incluye estos tres dominios y trabaja con los usuarios en los dominios donde la persona desea tener éxito.
- 2. Brindar esperanza para la recuperación.**
Ofrecer esperanza es la intervención clave. Sin esperanza, la persona no empezará su viaje de recuperación.
- 3. Preguntarse en todas las intervenciones: ¿estoy ayudando o entorpeciendo?**
Cualquier intervención que hagamos puede ser potencialmente contraproducente, ya que puede que no se encaje con la etapa de recuperación en la que esté la persona.
- 4. Enfocarnos en las fortalezas y no en lo que está mal.**
Es importante explorar las fortalezas, talentos, ambiciones y recursos.
- 5. Decidir *con* y no *sobre* la persona.**
El profesional y el usuario toman las decisiones juntos. Este proceso empieza con el diagnóstico que puede describirse como “entender juntos qué es lo que está pasando”.
- 6. Reconocer que la pericia del usuario es tan importante como nuestra propia pericia.**
Un diálogo con un usuario es una reunión entre dos expertos. La pericia del profesional consiste en conocimiento, experiencia y la habilidad de diálogo. La pericia del usuario es la experiencia, las metas y saber qué es lo que le ayudó en el pasado y quien o cuáles son los recursos.
- 7. Colaborar con todas las partes implicadas (todos los actores sociales).**
La mayor parte de la recuperación tiene lugar fuera de los servicios de salud mental: en el trabajo, en la escuela, con la familia, en la comunidad. Por lo tanto, los servicios de salud mental colaboran con las partes sociales implicadas.
- 8. Reconocer el derecho del usuario para asumir riesgos.**
Negar el derecho a asumir riesgos socava la posibilidad de la recuperación. El movimiento de usuarios enfatiza “la dignidad del riesgo”.
- 9. Colaborar con la familia y la red de apoyo como recurso y un aliado.**
En la mayoría de los casos es mejor realizar el viaje de recuperación junto con otros, (familia, pareja, amigos, etc.). Esta es la base de varios enfoques como el Grupo de Recursos (*Resource group*) en Suecia (Norden, Malm & Norlander, 2012) y el Diálogo Abierto (*Open Dialogue*) en Finlandia y el Reino Unido (Razzaque & Wood, 2015) (Seikkula & Olson, 2003b)
- 10. Compartir e integrar conocimientos.**
Un tratamiento basado en la recuperación requiere la integración de conocimientos objetivos, subjetivos y normativos.



Figura 4. La medicina basada en la evidencia y la perspectiva de recuperación van juntos como el aceite y el vinagre. Son dos enfoques que se pueden combinar muy bien y juntos crean una sabrosa vinagreta.

4. LA PERSPECTIVA DE LA EFECTIVIDAD

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA PERSPECTIVA DE LA EFECTIVIDAD

- Las intervenciones efectivas son importantes herramientas de los servicios de salud mental comunitarios para apoyar la recuperación de los usuarios.
- La tarea de los servicios de salud mental comunitarios es proveer una atención de salud mental basada en la evidencia y en el contexto.
- La efectividad de las intervenciones se define, además de evidencia científica por: estar bien definidas, que reflejen las metas de los usuarios, resultados duraderos,

costes razonables, adaptables a comunidades diversas y factibles en su implementación.

- **La medicina basada en la evidencia y la perspectiva de recuperación no son dos campos opuestos. Se podrían comparar con “aceite y vinagre” al ser dos enfoques que se combinan muy bien, convirtiéndose en una sabrosa vinagreta.**
- **Las intervenciones recomendadas que reducen síntomas son: los psicofármacos, la terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional.**
- **Una buena atención de salud mental comunitaria incluye el cribado somático y apoyo para dejar de fumar.**
- **Cada vez más, la gente participa en e-comunidades. Por lo tanto, recomendamos que la salud mental comunitaria colabore con los usuarios usando intervenciones digitales con herramientas de e-salud y m-salud (móvil)**
- **Las intervenciones recomendadas para mejorar la función social son la Inclusión laboral personalizada y con apoyo (*Individual Placement and Support-IPS*) y Vivienda Primero (*Housing First*). En general, la inclusión social se consigue mejor con un enfoque de “primero ubicar y luego entrenar” y “aprender en la práctica”.**

Históricamente, el desarrollo del campo de la salud mental se podría describir en tres olas, o tres eras (Berwick, 2016). La primera era se preocupaba por la dominación profesional y la autorregulación. La segunda era, la actual, es el periodo de la medicina basada en la evidencia, la responsabilidad y la teoría del mercado. La fortaleza de este enfoque descansa en que haya redirigido el enfoque hacia la evidencia de los tratamientos y los resultados, y que se haya alejado de la suposición de que sólo los médicos saben la mejor trayectoria de las acciones. El riesgo de un enfoque tan fuerte en la medicina basada en la evidencia es que reduce la atención sólo a lo que ha sido demostrado y descarta intervenciones o enfoques terapéuticos que puede que todavía no se hayan evaluado, o no lo suficiente, en diseños de investigación de eficacia. La medicina basada en la evidencia puede también hasta cierto punto ignorar el valor del conocimiento del individuo (perspectiva del usuario) y del entorno (red de apoyo local) en la atención. La tercera

y venidera era en la salud mental es la era moral, con una reducción de medidas obligadas, abandonando el privilegio profesional, y una transición hacia el civismo y la colaboración con usuarios y familiares. (Berwick, 2016).

Una buena atención de salud mental comunitaria usa un conjunto de intervenciones que están basadas en la evidencia, por ejemplo, con evidencia científica de alta calidad para apoyar la eficacia o el beneficio sustancial por encima de daños. Las intervenciones efectivas están incluidas en el contexto general de servicios y los procesos asistenciales o vías clínicas. En muchos países, tales intervenciones están detalladas en guías clínicas nacionales o regionales. Una fuerte alianza de trabajo es un prerrequisito para la colaboración en un servicio de salud mental comunitario, ya que es un pilar para el resultado positivo del tratamiento (Melau et al., 2015).

La salud mental comunitaria requiere de una combinación de intervenciones farmacológicas, psicológicas, somáticas y sociales que se complementan unas a otras promocionando la salud y reduciendo los síntomas. Esto podría incluir una combinación de medicación con terapia cognitivo-conductual o medicación con empleo con apoyo (a través de intervenciones de inclusión laboral individualizada y con apoyo - IPS). Ya que la salud mental comunitaria se ofrece en el entorno natural de la persona, enmarcar las intervenciones en el contexto es esencial para la mejoría de la salud, que puede requerir adaptar la intervención de manera que refleje las realidades locales y los recursos.

Una buena atención de salud mental comunitaria ofrece apoyo a ciudadanos de todas las edades, con una continuidad entre los servicios para los distintos grupos de edad. Para niños y adolescentes, es importante cumplir las necesidades más amplias de cuidados de transición de estos “adultos emergentes” y sus necesidades de salud mental. Apoyamos el enfoque de la psiquiatría de transición: desarrollar una atención a la salud mental transicional sólida, teniendo en cuenta la brecha entre la planificación y la práctica, y el desarrollo de una atención accesible, adecuada, sensible y apropiado a la edad (Paul, Street, Wheeler, & Singh, 2014).

Para las personas mayores, vemos que el problema de salud mental a menudo es parte de la fragilidad, un síndrome geriátrico común e importante, caracterizado por declives asociados a la edad en reservas fisiológicas y funcionales en todo el sistema multiorgánico. Necesitamos desarrollar métodos más eficaces para la detección de la fragilidad y medir su gravedad en la práctica clínica rutinaria. Tal progreso aportaría en gran medida información sobre la selección adecuada de personas mayores para procedimientos invasivos o tratamientos psicofarmacológicos, y sería la base para un cambio en la atención a personas mayores frágiles hacia una atención más apropiada, orientada hacia objetivos (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, & Rockwood, 2013). Los servicios de salud mental comunitarios son una contribución importante para lograr los objetivos de la OMS para la década del Envejecimiento Saludable, alejándose de la enfermedad hacia la capacidad y la habilidad (Beard et al., 2016; World Health Organization, 2017).

Las intervenciones basadas en la evidencia y los modelos de provisión de servicios no pueden facilitar la recuperación de manera aislada; el contexto del paciente individual es esencial en la consecución exitosa de un plan de tratamiento. La evidencia científica se debe considerar como uno, y no el único, factor importante en la toma de decisiones de atención de salud mental: otros factores tales como los valores de los usuarios, sus preferencias y elecciones, también contribuyen críticamente en las decisiones de atención de salud mental. La práctica basada en la evidencia a menudo no se entiende o se malinterpreta, particularmente por muchos defensores de la atención de la salud mental orientada hacia la recuperación. En realidad, las intervenciones basadas en evidencia también se basan o se enriquecen con los principios de recuperación y la evidencia científica se genera en prácticas orientadas hacia la recuperación. Una metáfora útil es pensar en la mezcla de recuperación y medicina basada en la evidencia como “aceite y vinagre” propuesta por Davidson y cols. (Davidson, Drake, Schmutte, Dinzeo, & Andres-Hyman, 2009). La recuperación y la medicina basada en la evidencia a menudo se consideran como aceite y agua, sin embargo, se debería considerar como aceite y vinagre que, una vez combinados, crean una sabrosa vinagreta.

La implementación de intervenciones basadas en la evidencia puede producir mejores pronósticos para los usuarios; sin embargo, las guías por sí solas raramente conllevan un cambio significativo en la práctica clínica. Se necesita el apoyo sistemático para lograr la implementación de una nueva práctica, y un grado de implementación debe ser evaluado en diversos puntos en el tiempo usando escalas fiables diseñadas para medir elementos clave en un modelo. Una vez que se implemente una práctica, se debe introducir un ciclo de calidad (por ejemplo, Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar) (National Helath Service Institute for Innovation and Improvement, 2010) para salvaguardar la calidad de la atención, usando resultados comunicados por los usuarios. Se deben combinar varias estrategias tanto a nivel de organización como a nivel clínico para poder lograr una implementación exitosa de nuevas prácticas. Es importante involucrar a líderes de todos los niveles para que participen en las decisiones a lo largo del proceso completo de implementación. Para poder cambiar la práctica clínica, los clínicos deben entender y estar de acuerdo en la necesidad de cambiar la práctica y recibir supervisión y retroalimentación con frecuencia a lo largo del tiempo por parte de supervisores, participando en pequeñas grupos de debate a nivel local y comunicando resultados desde evaluaciones fiables y otras medidas relevantes. Las visitas de estudio y aprender de buenas prácticas son importantes para promocionar la innovación.

Se describen una serie de intervenciones que consideramos como buena práctica para equipos de salud mental comunitaria para ofertar como intervenciones. Para estas buenas prácticas de intervenciones es importante que sean no sólo efectivas sino que contribuyan al enfoque de equipo multidisciplinar orientado a la recuperación. Por lo tanto, tienen que ser relevantes para todas las disciplinas en el equipo.

4.1. Intervenciones enfocadas hacia la reducción de síntomas / Promoción de la salud

Intervenciones farmacológicas

La medicación es un elemento importante en la reducción de síntomas asociados con problemas de salud mental, así como en la estabilización del estado anímico y el apoyo a la funcionalidad (Stahl, 2013). Sin embargo, la medicación nunca es un objetivo de tratamiento: es una herramienta para ayudar a la persona a alcanzar sus propias metas. La medicación siempre tiene

un significado que puede ser tan importante como sus efectos farmacológicos. La ambivalencia sobre la medicación es normal y la gente tomará medicación si siente que le ayudará, y no la tomará si siente que no le va a ayudar (Diamond, 2011).

Muchos factores tienen influencia en el equilibrio entre los beneficios y los efectos negativos de la medicación, y una buena práctica tiene que ir mucho más allá que realizar una prescripción. La gestión de medicación para los problemas de salud mental puede hacerse de una manera orientada hacia la recuperación (Diamond, 2011). Una estrecha colaboración con el usuario a través de la toma de decisiones compartidas es un componente crítico en un plan efectivo de medicación y tratamiento.

Algunos aspectos de un plan de toma de decisiones compartidas para la gestión de la medicación son:

- Objetivos del uso de la medicación como herramienta de tratamiento;
- Preferencia de medicación;
- Decisión conjunta sobre usar medicación en el plan de tratamiento;
- Decisión conjunta sobre qué medicación usar;
- Tener en cuenta el perfil de efectos secundarios, el contexto particular del usuario;
- Abordaje de los efectos secundarios;
- Gestión de niveles de dosis y cuando sea posible, recetar la dosis más baja, asegurando la funcionalidad óptima;
- Evitación de polifarmacia;
- Adherencia a la medicación y acciones correctoras;
- Decidir conjuntamente la terminación de un plan de medicación y acciones de apoyo.

Se dispone de herramientas para apoyar los pasos en la toma de decisiones compartidas y en la monitorización de la medicación con respecto a los diversos aspectos enumerados anteriormente. Además, deberíamos estar más abiertos a la posibilidad de que las decisiones individuales del usuario puedan diferir de las opiniones del profesional, así como a decisiones para reducir o

eliminar medicación, incluso si eso conlleva el riesgo de recaídas o crisis. Vemos un cambio de “decisiones por sustitución” a “decisiones con apoyo” como consecuencia de la CDPD de Naciones Unidas. Además hay indicaciones de que el tratamiento psicofarmacológico a largo plazo puede tener un efecto negativo en el funcionamiento social (Wunderink, Nieboer, Wiersma, Sytema, & Nienhuis, 2013)

Intervenciones psicológicas

Hay muchas intervenciones psicológicas que han sido desarrolladas e implementadas en los servicios de salud mental comunitarios a nivel global. Existe una base de evidencia para muchas de ellas, y cada país puede tener recomendaciones diferentes en guías clínicas, y por supuesto, diferente disponibilidad de recursos y oportunidades de formación para intervenciones específicas.

Algunas intervenciones psicológicas se emplean en servicios de salud mental comunitarios de manera más frecuente; estos incluyen las terapias cognitivo-conductuales (TCC) y la entrevista motivacional (EM). La TCC es el tipo de psicoterapia más ampliamente aplicada que ha demostrado su efectividad en la mayoría de los dominios de la psicopatología (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). El terapeuta y el usuario colaboran en una formulación personalizada compartida para alcanzar las metas de la persona, y aumentar el control de los síntomas y problemas para poder mejorar la autonomía y el respeto hacia uno mismo. La EM por otro lado es un estilo de conversación colaborativo para reforzar la motivación propia de una persona y su compromiso para con el cambio. Se puede usar como una técnica de conversación en la práctica clínica o como una intervención en sí misma. El estilo en general es guiar al usuario e incorpora elementos de estilos de dirección y seguimiento. La EM considera la ambivalencia como una parte normal de la preparación hacia el cambio. La relación está basada en involucrar a la persona. En base a esta relación, el enfoque hacia problemas específicos tiene lugar y el terapeuta evoca la motivación propia de la persona. El enfoque en la colaboración y la evocación encajan bien con los principios de recuperación y el abordaje desde el equipo completo (Miller & Rollnick, 2013).

Cada vez más se están creando soluciones digitales en el contexto de la e-salud mental que pueden ayudar a la persona en su viaje terapéutico. Por ejemplo, existe una serie de e-terapias que usan aplicaciones que guían a la persona a través de una serie de módulos de TCC. Las e-terapias pueden ser administradas a nivel grupal o individual y pueden ser guiadas por un profesional de salud mental. Las e-terapias de salud pueden ofrecerse individualmente como intervenciones o combinadas con formas asistenciales tradicionales (por ejemplo, con una consulta con un médico de familia o un psicólogo). La mayoría de estas intervenciones se combinan con psicoeducación, cribado e intervenciones de autogestión y apoyo mutuo (por ejemplo, foros y grupos de chat).

Cuidados de salud física y apoyo para un estilo de vida saludable

La esperanza de vida de las personas con TMG se ha estimado que es de 15 a 25 años más corta que la de la población general, y existen indicaciones de que esta diferencia de mortalidad se está ampliando (Malina & Rosenbaum, 2016; Olfson, Gerhard, Huang, Crystal, & Stroup, 2015; Walker, McGee, & Druss, 2015).

Esta esperanza de vida más corta tiene una serie de posibles motivos. Aparte de estilos de vida menos saludables y los efectos secundarios de la medicación antipsicótica, la discriminación y el estigma social tienen un fuerte impacto en su calidad de vida, ya que tiene como resultado bajos niveles de búsqueda de ayuda y una calidad de cuidado físico más pobre en personas con problemas de salud mental. Un concepto bien conocido relacionado con la discriminación en la atención a la salud de personas con enfermedad mental es el “eclipse diagnóstico”, (*diagnostic overshadowing*) común en contextos de la salud general (Thornicroft, Rose, & Kassam, 2007). El “eclipse diagnóstico” es un proceso por el cual los síntomas físicos se atribuyen erróneamente a la enfermedad mental que lleva al infra-diagnóstico y tratamiento erróneo de enfermedades físicas. Por esta razón es importante que los profesionales de salud mental trabajen conjuntamente con los profesionales de salud general para mejorar el conocimiento del impacto que tiene el estigma relacionado con la salud mental.

A su vez, la promoción de estilos de vida saludables (especialmente actividad física, alimentación saludable y la prevención del tabaquismo) necesita ser ofrecida por profesionales de salud mental, en consonancia con las estrategias de promoción de la salud llevadas a cabo en entornos de atención primaria, para poder garantizar el acceso a este tipo de atención en personas con TMG.

Las principales causas de la alta mortalidad son enfermedades cardiovasculares y cáncer de pulmón. Fumar es el factor de riesgo más importante que se puede modificar y por lo tanto el cribado de enfermedades cardiovasculares y la colaboración con especialistas de atención primaria y especializada de salud general son esenciales para la atención comunitaria de la salud mental. Programas para dejar de fumar dirigidos a personas con TMG son una contribución importante para la salud física (Banham & Gilbody, 2010). Los efectos secundarios metabólicos de los psicofármacos antipsicóticos aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular. Por lo tanto, una buena atención de salud mental comunitaria también incluye el cuidado físico, entre otros, a través del cribado de pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular, la colaboración con atención la somática primaria y secundaria y la organización de programas para dejar de fumar.

4.2. Intervenciones enfocadas hacia la inclusión social

Colaborando con la familia y la red informal

Una buena atención basada en la comunidad utiliza la fortaleza de la colaboración con la familia y otras personas de la red informal del usuario para mejorar los resultados en salud. Esto implica trabajar conjuntamente con la persona y su familia y allegados para poder entender el contexto de la persona, identificando recursos en la red social propia, implementando un plan conjunto y siguiendo el progreso.

Se ha documentado que modelos de trabajo individual con familias o multifamiliar son de ayuda. La psicoeducación familiar ofrece a los cuidadores información y apoyo terapéutico para lidiar

mejor con la enfermedad mental de su familiar y sus propios problemas relacionados con la salud (Lyman et al., 2014; Pitschel-Walz, 2010).

Otros modelos prometedores de colaboración con la familia, servicios y la red informal son los grupos de recursos (*resource groups*) y el enfoque de diálogo abierto (*open dialogue*). Un grupo de recursos es un grupo de personas, elegido por el usuario, que ayuda a la persona a lograr sus metas autodefinidas. Dentro del contexto de un servicio de salud mental comunitario, el grupo de recursos se reúne varias veces para unirse y tener una “propiedad compartida” de la implementación del plan de tratamiento (Norden, Malm, & Norlander, 2012). En el enfoque de diálogo abierto los miembros de la familia se reúnen durante una crisis psicótica para una serie de conversaciones abiertas sobre la situación del paciente. La intención es apoyar el lado sano del paciente y la familia y normalizar la situación en lugar de poner el foco en el comportamiento regresivo (Seikkula & Olson, 2003a). Otra manera innovadora de apoyo a la colaboración con la red familiar es ofrecerle a la familia un entrenamiento en entrevista motivacional (Smeerdijk et al., 2012, 2015). Además, las intervenciones dirigidas a combatir el aislamiento social pueden ser efectivas y lograr un aumento significativo en las redes de apoyo social de los pacientes (Anderson, Laxhman, & Priebe, 2015).

El usuario de un servicio de salud mental comunitario también puede tener hijos y por ello necesidades relacionadas con ser progenitor. Trabajar con las familias por lo tanto es también una herramienta para satisfacer las necesidades específicas de hijos de padres con enfermedad mental, para reducir el impacto negativo de la enfermedad mental de los padres (Leinonen, Solantaus, & Punamäki, 2003; Reupert, Maybery, Nicholson, Gopfert, & Seema, 2015).

Rehabilitación

Los usuarios de los servicios de salud mental comunitarios a menudo experimentan problemas múltiples y complejos de tipo socioeconómico tales como carencia de vivienda digna, desempleo, pobreza, aislamiento social y soledad (Thornicroft, Szukler, Mueser, & Drake, 2011). La salud mental comunitaria por lo tanto deberá no sólo enfocarse en los aspectos e intervenciones médicas y psicológicas, sino también tratar temas socioeconómicos e identificar la manera en la

cual las personas querrían participar y ser incluidos en sus comunidades. La rehabilitación es el nombre general de las intervenciones que permiten la recuperación (Holloway et al., 2015). En la práctica, se usa para intervenciones que se enfocan hacia la inclusión social. Se pueden proveer intervenciones rehabilitadoras por parte de organizaciones externas, o pueden ser ofrecidas por equipos de salud mental comunitarios. Tales intervenciones permiten a los usuarios ser parte de la comunidad como ciudadanos participando en empleo, actividades sociales y culturales (Holloway et al., 2015). Se ha demostrado empíricamente que los usuarios pueden ser guiados para participar eficazmente en la sociedad y pueden conservar empleos regulares. Para poder ofrecer intervenciones rehabilitadoras, el primer paso es estimar el nivel de disposición de profesionales y otros miembros de la comunidad para aceptar y apoyar a las personas con enfermedad mental a recuperar papeles significativos en la sociedad.

Se han desarrollado varios métodos de rehabilitación para ayudar a las personas a identificar y lograr sus propias metas individuales, incluyendo vivir de forma independiente, autocuidado, tener éxito laboral, participar en entornos educativos rutinarios, desarrollar mejores relaciones con sus familias y realizar actividades de ocio. Cuando hay recursos disponibles, se deben aplicar métodos integrales, enfocadas a las metas y deseos personales de los usuarios. En situaciones en las cuales estos recursos faltan, los equipos de salud mental comunitarios pueden trabajar según el espíritu de estas intervenciones. Un ejemplo es el lema “primero ubicar y después formar”, que es una característica tanto de la Inclusión laboral individualizada y con apoyo -IPS, en el cual las personas son apoyadas para lograr y conservar un empleo competitivo (Becker & Drake, 2003; Fioritti et al., 2014) , como de Vivienda Primero (*Housing first*) (Tsemberis, Gulcur, & Nakae, 2004), que está enfocada a conseguir y conservar una vivienda digna. Finalmente, métodos orientados a mejorar la función cognitiva o habilidades prácticas son importantes, por ejemplo entrenamiento de refuerzo cognitivo (*cognitive remediation training* - CRT), y entrenamiento adaptativo cognitivo (*cognitive adaptation training* - CAT) (Stiekema et al., 2015).

El apoyo al empleo

El empleo se considera central a la existencia humana, y es identificado por muchas personas con problemas graves de salud mental como algo crucial para su recuperación. Sin embargo, las personas con problemas de salud mental grave tienen el índice de empleo más bajo de todos los grupos de discapacidad; sólo el 10-17% tienen empleos competitivos, mientras que más de la mitad de todos ellos aspiran a encontrar empleo. Encontrar un empleo puede ser difícil y conservarlo puede ser un reto aún mayor. Por consiguiente, se necesitan apoyos a largo plazo para mantener el empleo, ofrecidos por un equipo multidisciplinar que comprenda el contexto asistencial más amplio. Además, se deben proveer apoyos en intervalos de tiempo adecuados que atiendan las necesidades del usuario.

Un modelo de apoyo al empleo para personas con enfermedad mental grave que se ha implementado con éxito en varios países europeos (Becker & Drake, 2003; Fioritti et al., 2014) es el modelo de Inclusión laboral individualizada y con apoyo – IPS (*Individual Placement and Support*). IPS es una intervención psicosocial diseñada para ayudar a personas con problemas de salud mental a conseguir y conservar empleos competitivos en el mercado laboral. IPS está reconocido como una práctica basada en la evidencia, con 24 ensayos clínicos aleatorizados demostrando su efectividad por encima de otros enfoques de rehabilitación vocacional.

Una estrategia adicional es el desarrollo de empresas sociales y cooperativas como oferta integrada de contextos de formación y ubicación, en una visión de economía social basada en principios de solidaridad e inclusión social.

Inclusión laboral individualizada y con apoyo -IPS como buena práctica

El modelo IPS de empleo con apoyo defiende un enfoque de “ubicar y después formar” y el apoyo a largo plazo, que solo parece funcionar bien si especialistas en empleo, proveedores de servicios de salud mental y servicios ocupacionales habituales cooperan e integran sus esfuerzos.

Elementos críticos del modelo IPS son:

- El empleo competitivo es la meta (a tiempo completo o parcial)
- No hay criterio de selección, más allá de la motivación expresada, es decir, accesible para todos los que quieran trabajar (“exclusión cero”)
- Enfoque hacia la preferencia del usuario – “adaptar el trabajo a la persona”
- Basado en una búsqueda de trabajo y colocación rápida. Minimiza la evaluación pre-empleo y preparación – “ubicar y después formar”
- Depende del trabajo estrecho entre especialistas de empleo y equipos clínicos
- Ofrece apoyo individualizado a largo plazo y de forma continuada
- Construye una red de oportunidades de empleo (desarrollo del trabajo)
- Incluye acceso a consejos y apoyo de expertos en ayudas sociales

Una meta actual es hacer que el IPS esté disponible para personas jóvenes con primeros episodios psicóticos. Aquí es esencial añadir la educación como segundo resultado válido del IPS. Investigaciones en Australia, el Reino Unido y los Estados Unidos han demostrado que los resultados de este grupo son prometedores y que los beneficios potenciales en cuestión de carrera profesional, síntomas e inclusión social son sustanciales.

Apoyo a la vivienda

Una necesidad básica para todo el mundo es una vivienda segura, adecuada y económica que permita mantener la independencia. Modelos de vivienda con apoyo implementados con éxito ofrecen soluciones de alojamiento flexible y adecuado, adaptados a las necesidades cambiantes y diversas de la población, incluyendo personas con TMG, grupos étnicos minoritarios y mujeres y niños. Este enfoque flexible y orientado hacia la persona se refleja normalmente a través de las políticas de los servicios proveedores de vivienda con apoyo.

Para poder evaluar las necesidades, los proveedores de vivienda con apoyo necesitan disponer de información suficiente de otros proveedores de cuidados para evaluar la sostenibilidad e idoneidad de facilitar a una persona un alojamiento adecuado. Una comprensión de los problemas de salud mental y de algunas de las formas más comunes de tratamiento, podrán ayudar al

personal de la vivienda con apoyo a trabajar eficazmente con residentes que tienen problemas de salud mental. Además, crear confianza entre organizaciones puede minimizar la posibilidad de que se retenga o pierda información vital cuando se tomen decisiones importantes relativas al alojamiento. Se pueden usar protocolos de confidencialidad para definir el tipo de información a compartir en base a la “necesidad de saber” y cómo se puede proteger adecuadamente la información confidencial.

Recomendamos que los residentes estén empoderados para poder participar en el asesoramiento y la comunicación con proveedores de viviendas con apoyo, contribuyendo a la gestión de la toma de decisiones, procesos de planificación, monitorización y evaluación de la organización. El empoderamiento del usuario es un proceso lento y gradual y puede que hagan falta al principio defensores/representantes para ayudar a los residentes a que sus puntos de vista sean escuchados.

Para reducir riesgos, los proveedores de vivienda con apoyo necesitan tener políticas eficaces para evaluar y gestionar el riesgo. Para realizar una evaluación adecuada, el proveedor necesita información relevante sobre el estado mental actual de la persona y su funcionamiento social, y también sobre su conducta pasada incluyendo conducta violenta y de riesgo. El enfoque de Vivienda Primero es más eficaz que los modelos tradicionales, al reducir radicalmente la situación de estar sin hogar en personas con trastornos mentales y uso de sustancias.

Intervenciones en el sector social

Intervenciones prometedoras para promocionar la participación social de personas con problemas de salud mental grave han sido identificadas por Webber & Fendt-Newlin (2017). Estas intervenciones no se conocen todavía suficientemente en el ámbito de la salud mental e incluyen entrenamiento en habilidades individuales y grupales, y participación en la comunidad con apoyo. Esto muestra el potencial de la colaboración intersectorial: aprendiendo unos de otros en la comunidad.

La investigación indica que la relación entre problemas de salud mental (grave) y la adversidad social es bidireccional. Por un lado, circunstancias pobres y desiguales y la adversidad social aumenta el riesgo de una salud mental pobre (causalidad social). Por otro lado, tener una

enfermedad mental aumenta el riesgo de pobreza y ser tratado de forma no equitativa (resultado social). Abordar este ciclo vicioso de enfermedad mental y pobreza es urgente, considerando que el nexo de unión entre ingresos económicos y mala salud es mayor para la salud mental que para la salud general (Wahlbeck, Cresswell-Smith, Haaramo, & Parkkonen, 2017).

Conocedor de que la relación entre lo social y la salud mental está bien establecida, Slade (2009) sugirió que hay cuatro maneras en las cuales los clínicos pueden apoyar la recuperación de un individuo: no sólo ofreciendo buenos tratamientos, sino fomentando relaciones, promocionando bienestar y mejorando la inclusión social. Sin embargo, la promesa de la recuperación social y rehabilitación no se cumple totalmente en los modelos de tratamiento asertivo comunitario (TAC y TAC Flexible; ver 5.2 de este documento) o cualquier otro modelo de atención de salud mental comunitaria (van Weeghel et al., 2011).

Lo social, como dice Johnson (2017), sigue siendo el pariente pobre en la tríada bio-psico-social cuando se trata de intervenciones basadas en la evidencia, tales como recomendaciones y guías. Hay múltiples razones para este vacío de evidencia (Johnson, 2017). Primero, las respuestas más obvias a determinantes de enfermedad mental, tales como la pobreza y desigualdad, son políticas. Además, los profesionales de salud mental pueden sentirse desbordados y sin “poder” ante las graves dificultades sociales que muchos usuarios tienen ante sí. Además, la gama de potenciales objetivos para intervenciones sociales es muy amplia y se extiende mucho más allá de los servicios de salud mental, abarcando niveles individuales, familiares, comunitarios y sociales (van Weeghel et al., 2005). Finalmente, las profesiones dominantes en la investigación de la atención sanitaria mental son la psiquiatría y la psicología, con menos desarrollo en las profesiones sociales.

Aun así, hay razones importantes para desarrollar y usar intervenciones sociales. Especialmente al tener en cuenta que décadas de investigación en enfoques neurocientíficos y psicológicos en atención a la salud mental han arrojado relativamente poca evidencia de mejoras en salud. Además, como ya se ha dicho, sabemos que la promesa de lo social es una influencia potente como causa y resultado de problemas de salud mental. Además, los usuarios defienden más un

enfoque en metas que incluyan la reducción de estigma y exclusión social, y la promoción de buenas relaciones y apoyo dentro de las comunidades. Al intentar lograr estas metas, existen beneficios sustanciales en establecer una evidencia científica para intervenciones sociales en lugar de depender de intervenciones que puede que funcionen. Sin una clara evidencia, incluyendo economía de la salud, es difícil argumentar de forma convincente a favor de la financiación de intervenciones sociales o darles prioridad en guías (Johnson, 2017).

Wahlbeck et al. (2017) elaboraron un inventario de intervenciones intersectoriales en varios niveles para contrarrestar los efectos negativos de la pobreza, desigualdad y exclusión social. Describen intervenciones en el curso de la vida (por ejemplo, programas de apoyo para la parentalidad, visitantes de salud, programas educativos, promoción de salud mental para las personas mayores); intervenciones domésticas (por ejemplo, programas de alquiler, Vivienda Primero); intervenciones de vida laboral (IPS, Grupos de Búsqueda de Empleo- *Job Search Groups*); intervenciones a nivel comunitario (por ejemplo dirigidas a evitar la exclusión social y la exclusión digital); intervenciones en los servicios (por ejemplo, mejor acceso a atención sanitaria, “prescripción social”, consejos de departamentos y consejeros financieros); y programas a nivel político (por ejemplo, acceso a atención primaria de salud; vivienda y planificación urbana; políticas laborales; políticas sociales; enfoque de “Garantía de Juventud” (*Youth Guarantee*); políticas de sanación de deudas).

Hebber y Fendt-Newlin (2017) han identificado intervenciones prometedoras para promocionar la participación social de personas con problemas de salud mental grave que se indican abajo.

Intervenciones para promocionar la participación social

- Entrenamiento individual de habilidades sociales
- Entrenamiento de habilidades en grupo
- Apoyo a la participación en la comunidad
 - Apoyo a la socialización
 - Proyecto urbano (*Urban project*)
 - Independencia a través de acceso comunitario y navegación (*Independence through Community Access and Navigation I - CAN*)
 - Intervención en la red de apoyo social
 - Intervención de conexión de personas
 - Viviendas grupales con apoyo de los servicios de salud mental
 - Intervenciones con amigos
- Actividades comunitarias basadas en grupos
- Intervenciones de empleo
- Intervenciones de apoyo mutuo

En este mismo sentido, Mann et al. (2017) revisaron estudios sobre intervenciones para reducir la soledad en personas con problemas de salud mental. Concluyen que hasta el momento, no hay una base de evidencia sólida para este tipo de intervenciones. Enfoques prometedores futuros pueden incluir: iniciativas de salud pública para crear comunidades tolerantes, estudios de intervenciones psicológicas que estén mejor diseñadas, mayor uso de tecnología digital y programas para unir personas con actividades de apoyo social, y oportunidades dentro de comunidades locales.

Todos estos deben ser considerados en el contexto de políticas sociales más amplias, incluyendo vivienda, prestaciones sociales e infraestructura, para apoyar relaciones sociales significativas

que pueden mejorar los resultados en salud y calidad de vida de personas con problemas de salud mental. Los efectos de la desigualdad y pobreza en la salud y bienestar son cada vez más claros. Conjuntamente con el desarrollo de las intervenciones sociales descritas arriba, existe una necesidad imperiosa para la inversión en políticas nacionales y locales que se dirigen directamente a las raíces de la enfermedad mental (Smith & Eltanani, 2015).

4.3 E-salud y M-salud

En el mundo actual, las estructuras fijas se están reemplazando cada vez más por conexiones volátiles y flexibles, requiriendo cada vez más la habilidad de ajustarse a circunstancias cambiantes. En esta sociedad de red, las relaciones del pasado ya no se pueden dar por hechas y nuevas formas de autoorganización emergen. La atención a la salud mental tendrá que encontrar una manera de tratar con este cambio social con internet y redes sociales en los cuales un número cada vez mayor de ciudadanos forma parte de e-comunidades. Esto crea tanto oportunidades como amenazas para el tratamiento de personas con problemas de salud mental. La E-salud está usando la tecnología de la información y comunicación para mejorar la atención a la salud mental. La M-salud es el uso de dispositivos móviles para este propósito (<https://mastermind-project.eu>). En una revisión, Naslund et al. (2015) muestran la viabilidad y aceptación de las intervenciones emergentes de M-Salud y E-Salud por parte de personas con TMG. Sin embargo, no es posible sacar conclusiones sobre la efectividad. Se deben realizar más investigaciones rigurosas para establecer la efectividad y el coste-beneficio en esta población (Naslund, Marsch, McHugo, & Bartels, 2015).

Las ventajas para el paciente son que permite la autogestión del tratamiento, independientemente del lugar y el tiempo, la realización de un tratamiento en su propio entorno sin viajar y sin perder tiempo en salas de espera, y tener un acceso ilimitado al apoyo mutuo.

Las amenazas son la dependencia de la tecnología, la falta de información sensorial (que entre otras cosas, es una herramienta de diagnóstico) y los temas éticos y legales no resueltos con respecto a la seguridad, intimidad y responsabilidad. Se tendrán que solucionar estos temas ya que la salud mental comunitaria moderna no se puede imaginar sin E-salud y M-salud. Es

importante que los equipos comunitarios de salud mental se adapten de forma proactiva y que perciban la e-comunidad como su entorno natural.

Es importante realizar una distinción entre programas que fueron diseñados como parte de una terapia combinada y herramientas de auto-ayuda. Las e-intervenciones de autoayuda que existen en el ámbito de la salud mental tienen el potencial de reforzar la autogestión. Aplicaciones (App) que traten una multitud de problemas tales como depresión, trastorno de estrés postraumático y ansiedad pueden ser descargadas y guían al usuario a través de ejercicios, información y registro del estado mental y emocional en la App, sirviendo como un complemento a la terapia tradicional o como intervención individual.

5. LA PERSPECTIVA DE RED COMUNITARIA



Figura 5. Como en una colmena, la salud mental comunitaria es una red en si misma que opera dentro de una red más amplia de autoayuda, familia, amigos y otros recursos informales y servicios comunitarios generales. La polinización cruzada es un símbolo de la colaboración interdisciplinar.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA PERSPECTIVA DE RED COMUNITARIA

- En salud mental comunitaria, la atención es una combinación de participación y apoyo de usuarios, miembros de la red social de la persona, y profesionales cuando es necesario.
- Un servicio de salud mental comunitario es una red dentro de una red más amplia de autoayuda, familia, amigos y otros recursos informales, y servicios generales de la comunidad.
- La salud mental comunitaria requiere de colaboración interdisciplinar e intersectorial.

- **Los servicios de atención primaria juegan un papel central en el modelo de atención de salud mental comunitaria y ofrecen atención a personas con problemas de salud mental y su red.**
- **Hay varios dominios de integración en la atención de salud mental comunitaria: integración de intervenciones médicas y sociales, integración de equipos comunitarios y hospitalarios e integración entre distintos equipos y servicios de salud mental (por ejemplo tratamiento de diagnóstico/patología dual).**
- **Elementos comunes de modelos de servicios de salud mental comunitaria incluyen un equipo multidisciplinar, la capacidad para aumentar o reducir la intensidad de la atención según se necesite, atención en el domicilio o atención donde la persona lo necesite, enfocado en la atención social y mental y la colaboración estrecha con las unidades de hospitalización de salud mental en caso de ingreso.**
- **La transición a una atención de salud mental comunitaria puede verse obstaculizada por un sistema financiero que favorezca cuidados institucionales (por ejemplo, premiar la ocupación de camas). La introducción de un sistema de financiación prospectiva y orientada a programas dentro de los servicios de salud mental es lo recomendable, favoreciendo la colaboración interdisciplinar e intersectorial.**
- **El ámbito de la salud mental comunitaria no se limita al TMG (o psicosis) sino que incluye todas las necesidades de salud mental – por ejemplo estar disponible para médicos de familia en la región o área.**

En salud mental comunitaria, la atención es una combinación de participación y apoyo de usuarios, miembros de la red social de la persona, y profesionales cuando es necesario.

El objetivo de esta combinación de perspectivas de atención es acercar posiciones entre profesionales y no profesionales, para poder aumentar la resiliencia de los usuarios y la resiliencia de las redes alrededor de la persona. Una serie de funciones esenciales deben desarrollarse dentro de una red de salud mental y servicios sociales en una zona geográfica concreta. La

desinstitucionalización y la introducción de la salud mental comunitaria también implican reforma y mejoría de los servicios sociales. Las normas y leyes pueden impedir la recuperación, premiando seguir estando enfermo, o marginando a quienes intentan participar (por ejemplo, el riesgo de perder sus prestaciones por enfermedad). Los incentivos financieros también pueden estar a favor de usar los recursos disponibles para ingresos hospitalarios y no para la atención comunitaria.

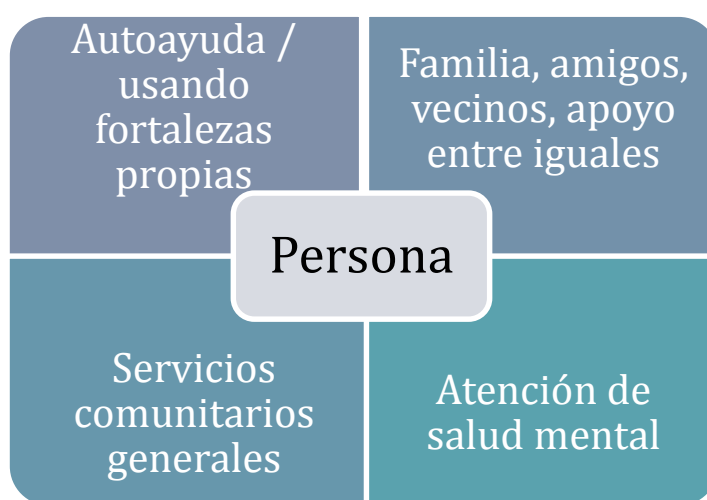


Figura 3. Marco de apoyo (Trainor & Church, 1984)

Una red de servicios de salud mental basada en la comunidad tiene un eje central que coordina el trabajo y la información de la red, normalmente consistiendo en una red multidisciplinar y multiservicio de atención terapéutica, que puede suministrar un amplio espectro de intervenciones flexibles y hechas a medida para las necesidades de los usuarios, y que finalmente permitirán a las personas recuperarse en su entorno natural con apoyo de su red social. Dependiendo de los recursos disponibles, estos dominios pueden organizarse como equipos independientes o bien como funciones de equipos más generales. Los equipos independientes permiten una especialización, sin embargo también conllevan el riesgo de la fragmentación de recursos. El riesgo de fragmentación puede ser minimizado a través de la implementación de fuertes conexiones entre disciplinas y servicios. Es importante que las distintas disciplinas en un

equipo de salud mental comunitario asuman una responsabilidad compartida de las intervenciones. Esto implica una manera de trabajar interdisciplinar y de multiexpertos en la cual no hay dominios exclusivos. La pericia varía según la disciplina, y es tarea de los expertos del equipo compartir su pericia, por ejemplo, organizando sesiones clínicas. Además, la pericia profesional de los miembros del equipo se combina con la experiencia vivida de los usuarios. El mismo principio es el caso de colaboración intersectorial con otro tipo de servicios.

Los siguientes equipos o funciones deberían ser ofrecidos en un servicio integral de salud mental comunitaria:

5.1. Integración de Salud Mental en Atención Primaria

Se pueden usar muchas intervenciones preventivas (por ejemplo, herramientas de e-salud mental) en el contexto del entorno natural del usuario. La temprana identificación de problemas de salud mental (incluyendo cribado y diagnóstico) puede ser realizada en Atención Primaria por médicos de familia en colaboración con profesionales de atención especializada de salud mental. Los médicos de familia a menudo tienen una continuidad de tratamiento a largo plazo y son la puerta de acceso a la atención especializada, ya que frecuentemente son el punto de entrada de un problema de salud en muchos sistemas europeos de salud (Bower & Gilbody, 2005). Como tales, los médicos de atención primaria tienen un papel importante en derivar pacientes a servicios especializados de salud mental, ofreciendo un cuidado integrado de salud física y mental de enfermedades co-existentes (por ejemplo, diabetes y depresión) (Holt, De Groot, & Golden, 2014), y para servir como punto de enlace entre atención especializada, atención primaria y servicios sociales. Una estrecha colaboración puede proveer una intervención temprana para muchos pacientes con problemas mentales emergentes que no se han manifestado aún o todavía no han sido identificados.

Una estrecha colaboración entre los médicos de atención primaria y los equipos de salud mental comunitarios en una red regional o local puede también aumentar las habilidades en el tratamiento de enfermedad mental en atención primaria. Las metas comunes, la toma de

decisiones equitativas y la comunicación abierta y habitual son elementos clave para una buena colaboración.

En contextos con recursos limitados es aún más importante que los servicios de salud mental den prioridad a la colaboración con atención primaria, y ofrezcan apoyo a los profesionales de atención primaria y servicios sociales que pueden tener contacto más frecuente con los usuarios (McDaid et al., 2007). La atención de salud mental ofrecida en atención primaria, como en todos los otros niveles asistenciales, debería enfatizar la perspectiva del usuario, adoptar un enfoque de toma de decisiones compartidas y apoyar la recuperación personal.

5.2. Equipos asertivos que ofrecen tratamiento intensivo para problemas de salud mental agudos y para los de larga duración

Esta función se relaciona con equipos de tratamiento que operan en la comunidad y proveen tratamiento en el entorno natural del usuario. Aquí, las visitas domiciliarias forman parte de una atención rutinaria, asegurando el acceso rápido a la atención. Una estrecha colaboración con profesionales de atención primaria aporta movilidad y pericia a estos servicios. Los equipos deben estar integrados en la comunidad y trabajar en estrecha colaboración con otros sectores como empleo, alojamiento y ocio. La atención en la comunidad es flexible, basada en el trabajo en equipo y utiliza varias maneras para trabajar el compromiso del usuario.

Equipos de resolución de crisis y atención de salud mental de emergencia en la comunidad

El fácil acceso a una atención de emergencia en la comunidad para personas con una crisis de salud mental es una parte importante de la atención de salud mental. Médicos de atención primaria, preferiblemente localizables las 24 horas del día 7 días a la semana, son un pilar importante en la atención de salud mental de emergencia en la comunidad. Los equipos de resolución de crisis y de tratamiento en domicilio (*Crisis Resolution Teams* - CRT) son un servicio para adultos que viven una crisis aguda de salud mental quienes de otra manera requerirían un ingreso hospitalario. Los CRT tienen la misión de ofrecer una evaluación rápida, tratar a los usuarios en casa cuando sea posible, y facilitar altas hospitalarias tempranas. Ofrecen

una alternativa a la atención hospitalaria con la intención de evaluar y tratar a personas en “el entorno menos restrictivo con una alteración mínima de sus vidas”. Los elementos claves en este modelo son la accesibilidad, el apoyo intensivo y una función de “guardián” al controlar el acceso a camas de hospitalización, permitiendo ingresos cuando sea necesario y evitando hospitalizaciones cuando sea posible. Una tarea central de los CRT es evaluar la viabilidad del tratamiento en el domicilio antes de un ingreso.

Una detección e intervención temprana es crucial para mantener a pacientes jóvenes en su entorno social, familiar, educativo, laboral y de ocio, para asegurar que puedan seguir desarrollándose y fortaleciendo su resiliencia. Esta intervención temprana debe ser multidisciplinar y debe tener un énfasis en intervenciones psiquiátricas, psicoterapéuticas e intervenciones sociales y asertivas en el domicilio y también en el colegio y en el trabajo. Una detección temprana y el tratamiento específico en cada fase pueden ser ofrecidos como suplementos a la atención estándar o pueden ser suministrados a través de un equipo de intervención temprana especializado (Marshall & Rathbone, 2011).

Los modelos de CRT y otros equipos especiales como equipos asertivos comunitarios y equipos de intervención temprana se han desarrollado principalmente en zonas urbanas donde el número de proveedores de servicios y el tamaño de la población hacen que sea posible tener equipos especializados para distintos grupos de usuarios. La facilitación del servicio en zonas más rurales puede requerir de un enfoque diferente, tal como equipos asertivos que tienen diferentes funciones y atienden a varios grupos. En países o situaciones con menos recursos, los médicos de familia y el resto del equipo de atención primaria pueden proveer atención de emergencia con apoyo de los servicios de salud mental.

Atención asertiva e integrada para personas con trastorno mental grave. TAC y TAC Flexible

Las personas con problemas graves de salud mental pueden vivir y funcionar en la comunidad siempre y cuando reciban suficiente apoyo y tratamiento. Se necesita un equipo multidisciplinar para ofrecer servicios amplios e integrados, incluyendo tratamiento y manejo de la enfermedad

y los síntomas, orientación y ayuda práctica para la vida diaria, rehabilitación y apoyo para la recuperación.

Modelos bien descritos son el Tratamiento Asertivo Comunitario-TAC (*Assertive Community Treatment* - ACT) y el TAC Flexible (*Flexible Assertive Community Treatment* – F-ACT). Un equipo integrado puede ofrecer todas estas funciones al paciente en su propio entorno. Es más probable que los profesionales que trabajan en la comunidad vean las fortalezas y los apoyos de los usuarios, cuáles son sus talentos y aficiones, cuáles son sus habilidades y que apoyos existen en su entorno.

Además, existe la oportunidad de conocer a la familia de la persona y mantener la confidencialidad. Los usuarios pueden demostrar lo que pueden y no pueden manejar, qué ayuda necesitan y que soluciones y estrategias pueden ser desarrolladas de forma conjunta. TAC también ofrece otras ventajas significativas por encima de modelos de gestión de caso estándar al reducir la situación de estar sin hogar, y la gravedad de los síntomas en personas sin hogar con TMG (Coldwell & Bender, 2007). Existe evidencia emergente, pero aún sin concluir, que sugiere que las personas en el pródromo de la psicosis pueden ser ayudadas con intervenciones tempranas (Marshall & Rathbone, 2011).

Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) y TAC Flexible como buena práctica

El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) es una práctica basada en evidencia que mejora los pronósticos de personas con TMG que corren mayor riesgo de estar sin hogar, tener crisis psiquiátricas y hospitalización y verse involucrados con el sistema de justicia criminal. TAC es una de las prácticas más antiguas y más ampliamente investigadas en la atención sanitaria conductual para personas con TMG. TAC tiene un enfoque de equipo multidisciplinar, con un abordaje asertivo en la comunidad. Las relaciones consistentes, empáticas, centradas en la persona tienen un efecto positivo en resultados en salud y calidad de vida. Las personas que reciben servicios TAC tienden a utilizar menos servicios intensivos de alto coste tales como visitas a urgencias, servicios de crisis psiquiátricas e ingresos psiquiátricos. También tienen una vida más independiente y niveles más altos de vinculación al tratamiento.

Una versión de TAC holandesa es el TAC Flexible (F-ACT en inglés). El equipo multidisciplinar trabaja en una zona de cobertura para todas las personas con TMG y puede actuar de dos maneras diferentes:

1. Gestión de casos individualizada por un miembro del equipo.
2. Atención intensiva en equipo (TAC) que incluye una carga de casos compartidos, teniendo contacto con varios miembros del equipo; estos usuarios se registran en la pizarra del TAC Flexible y los miembros del equipo los comentan todos los días para decidir qué tipo de atención deben ofrecer y por parte de qué miembros del equipo.

Cuando el usuario está en la pizarra del TAC Flexible recibe atención diaria o incluso varias veces al día.

5.3. Tratamiento de diagnóstico dual

El tratamiento de diagnóstico dual es una atención integrada que trata las necesidades surgidas de problemas de adicción en combinación con otros problemas de salud mental. Ejemplos de buena práctica de tratamiento de diagnóstico dual incluyen el tratamiento integrado de patología dual (*Integrated Dual Disorder Treatment* - IDDT) (Boyle, Delos Reyes, & Kruszynski, 2005; Drake et al., 2001; Frisman et al., 2009). Hasta un 56% de las personas con enfermedades mentales más graves tienen a lo largo de su vida también un trastorno por abuso de sustancias.

Por lo tanto, dentro de los servicios de salud mental especializados y los de abuso por sustancias, es más la norma que la excepción ver pacientes con trastornos comórbidos. Por la falta de reconocimiento de la alta prevalencia de trastornos comórbidos, las organizaciones que desarrollan equipos especializados para tratar pequeños grupos de pacientes con trastornos comórbidos, dejan por consiguiente muchos pacientes sin diagnosticar y sin tratar.

IDDT es una práctica basada en la evidencia que mejora la calidad de vida para personas con trastornos mentales graves y trastornos por abuso de sustancias, al combinar servicios de abuso de sustancias con servicios de salud mental. El IDDT ayuda a las personas a que ambos trastornos sean atendidos al mismo tiempo, en la misma organización de servicios y por el mismo equipo de proveedores de tratamiento. Los profesionales desarrollan planes integrados de tratamiento y tratan tanto TMG como los de abuso de sustancias de manera que los pacientes no se pierdan,

sean excluidos o confundidos, yendo de uno a otro entre los programas de abuso de sustancias y de salud mental. Las personas con problemas mentales reciben un sólo mensaje consistente e integrado sobre el abuso de sustancias y el tratamiento de salud mental. Los especialistas integrados tienen conocimientos sobre trastornos por abuso de sustancias y TMG y comprenden la complejidad de las interacciones entre trastornos. Están entrenados en habilidades que han sido identificadas como eficaces en tratar a personas con trastornos de patología dual.

5.4 Tratamiento residencial intensivo para personas con problemas de salud mental agudos y de larga duración

El tratamiento residencial intensivo (*Intensive Residential Treatment* - IRT) es una opción de atención a corto plazo en episodios cuando la atención en casa no es práctica o beneficiosa (Thomas & Rickwood, 2013). En estos momentos las personas con problemas mentales graves pueden experimentar la ventaja de ser ingresadas en un hospital, particularmente cuando el daño a sí mismo o a otros no puede ser detenido o impedido en un entorno ambulatorio.

IRT normalmente consiste en un conjunto de unidades pequeñas con opciones de estancia breve, además de unidades que ofrecen cuidado intensivo y frecuente las 24 horas del día por parte de personal especializado. Recomendamos que estas instalaciones sean un “intermezzo” en el tratamiento comunitario. Los elementos importantes para apoyar este principio son la presencia de criterios de ingreso bien definidos, altas tempranas y oportunas y seguimiento por parte del equipo comunitario más cercano al paciente para la continuidad asistencial. Los equipos móviles pueden llevar a cabo el tratamiento en estos servicios, algo que se describe como “*inreach*”, desde lo comunitario hacia la institución, como lo opuesto a “*outreach*” (asertivo comunitario). El enlace con la red social del paciente se mantiene para optimizar el regreso temprano al entorno natural y mantener la integración dentro de su comunidad.

6. LA PERSPECTIVA DE EXPERTOS POR EXPERIENCIA

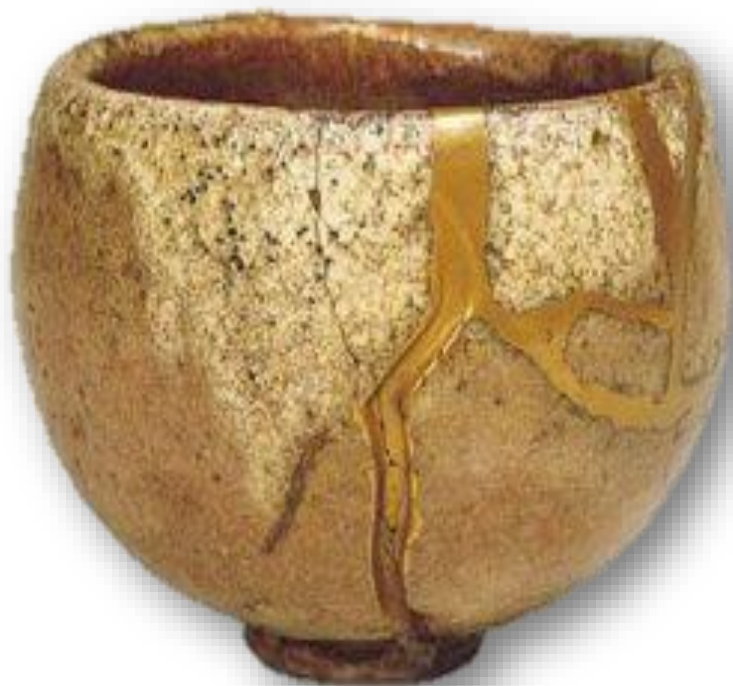


Figura 6. Kintsukuroi es una tradición japonesa de cerámica, “reparar con oro”, entendiendo que la pieza es más bella por haberse roto. Los expertos por experiencia pueden ser descritos como personas que han convertido sus problemas de salud mental en oro.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE LA PERSPECTIVA DE EXPERTOS POR EXPERIENCIA

- Los usuarios son compañeros en igualdad en el diseño, provisión, dirección y evaluación de un servicio. “Nada sobre nosotros sin nosotros”.
- A nivel individual, la toma de decisiones compartidas es una herramienta para la co-creación de planificación de tratamiento.
- Los expertos por experiencia son una parte indispensable de los equipos de salud mental.
- Otros profesionales pueden usar su propia experiencia como una herramienta en su relación con los usuarios.
- A nivel político los usuarios son socios en el diseño y evaluación de servicios.

La pericia de iguales juega un papel importante en el proceso de la recuperación. Los expertos por experiencia son el ejemplo vivo de que la recuperación es posible y pueden apoyar a los profesionales para usar la auto-revelación como herramienta para apoyar a los usuarios (Repper & Carter, 2011; Solomon, 2004). Por lo tanto, la pericia por experiencia puede ser vista como un tercer dominio de pericia, además de la evidencia científica y las habilidades prácticas. Los expertos por experiencia pueden desempeñar un papel en los equipos de salud mental comunitaria, en los servicios hospitalarios y a nivel de las políticas.

La co-creación de cuidados es un escenario en que los usuarios, agentes de apoyo mutuo y profesionales trabajan conjuntamente como compañeros en igualdad para diseñar, proveer, dirigir y evaluar un servicio, asegurando que las personas con experiencia vivida marquen la dirección. Es el reconocimiento de la importancia de la pericia de expertos por experiencia como una de las bases para la atención orientada hacia la recuperación. Es una forma de autodefensa, en la cual los usuarios expresan en primera persona lo que quieren, aseguran sus derechos, representan sus intereses y obtienen los servicios que necesitan. Por lo tanto son compañeros en la creación de la atención.

Habiendo reconocido esto, crear esta pericia y organizar este nivel de participación exige mucho esfuerzo y organización. Antes que nada requiere que los usuarios y sus familiares estén empoderados para dar un paso hacia la construcción de esta pericia, contribuyendo al sector de salud mental. El proceso de empoderamiento requiere acción a nivel individual, al nivel de los servicios y al nivel más amplio de la comunidad.

La co-creación comienza por ofrecer recursos para desarrollar servicios dirigidos por usuarios, incluyendo organizaciones representativas (movimiento de usuarios) que participan en actividades públicas y políticas y son activos a nivel internacional, regional y local, ofreciendo a los (ex)usuarios la posibilidad de desarrollar su pericia. Desarrollar la pericia se hace compartiendo las experiencias propias, aprendiendo de otros usuarios y reflexionando e integrando estas experiencias. En muchos países se han desarrollado entrenamientos/cursos especiales para convertirse en experto por experiencia o agente de apoyo mutuo (por ejemplo

Refocus on Recovery <http://www.researchintorecovery.com/conferences-training-and-consultancy> y *Peer2Peer** <http://p2p.intras.es/index.php/es/>)

**Nota traducción: Se ha añadido este enlace en la versión en español*

Nivel individual (tratamiento)

La co-creación a nivel individual significa que el usuario es partícipe en todas las decisiones relativas al tratamiento, fijación de metas de recuperación y formulación/evaluación de planes de tratamiento y de recuperación. Se usa un enfoque de toma de decisiones compartidas, significando que el proveedor del servicio revisa conjuntamente con la persona las directrices y prácticas clínicas y que usan ambas pericias para llegar a una decisión conjunta sobre la atención.

“Viví la insistencia de mi psiquiatra sobre mi cumplimiento de la medicación como algo opresivo. Su postura me dejó poco espacio para nombrar mi experiencia. Me relegó al papel de un paciente pasivo, un objeto sobre el cual actuar en lugar de ser un sujeto humano quien, al actuar, podría cambiar mi vida. Se me deshumanizó en esta interacción porque mis elecciones se enmarcaban como obediencia o desobediencia a la autoridad médica, en contraposición a la comprensión de que mis elecciones que reflejaban libertad, autonomía y el derecho a determinar lo que pasaba con mi cuerpo”
(Deegan 2007).

La toma de decisiones compartidas es un modelo centrado en torno a la persona, fundado bajo la premisa de que hay dos expertos: el profesional y el paciente. Como consecuencia de la CDPD, esto probablemente pueda ser sustituido mejor por “la toma de decisiones con apoyo”. Ninguna de estas dos partes debe ser silenciada, y ambas deben compartir información para llegar a las mejores decisiones posibles de tratamiento. En esta construcción de toma de decisión conjunta, se reconoce que los profesionales tienen más pericia en diagnósticos y tratamientos médicos/clínicos, además de un conocimiento en profundidad sobre enfoques basados en la evidencia; los pacientes por otra parte tienen pericia debida a la experiencia vivida de su trastorno

y el conocimiento íntimo de lo que da valor, significado, intención y calidad a sus vidas (Deegan, 2007). Se debe constatar que cada elemento del proceso compartido de toma de decisiones se debe ligar no sólo a metas clínicas como “quiero tener menos ansiedad” pero también a metas de recuperación “quiero tener menos ansiedad para poder coger el autobús e ir al trabajo”. Esto permite integrar otras intervenciones no medicamentosas en el plan de atención que no estén dirigidas al “alivio de síntomas”.

Las dimensiones clave de la toma de decisiones conjuntas incluyen (Salyers et al., 2012):

- Hablar sobre el papel del usuario en la toma de decisiones;
- Hablar sobre la meta del usuario y el contexto de la decisión;
- Hablar sobre el tema clínico o la naturaleza de la decisión;
- Hablar de las alternativas; presencia de alternativas no medicamentosas (si o no);
- Hablar de las ventajas y desventajas relevantes a la decisión;
- Hablar acerca de las incertidumbres asociadas a la decisión;
- Valoración de la comprensión del usuario;
- Valoración de los deseos del usuario acerca de la contribución de otros;
- Exploración de las preferencias del usuario.

Nivel de sistema (nivel de servicio o equipo)

Cada vez más, la colaboración significativa de personas que usan, o han usado, servicios se reconoce como una parte indispensable de la provisión de servicios de salud mental. El apoyo entre iguales, o apoyo mutuo, significa que alguien usa su propia experiencia vivida para apoyar a otra persona que está experimentando problemas de salud mental. Cuando las personas están capacitadas y apoyadas para ayudar a encargar, proveer y evaluar los servicios que ellas y sus iguales usan, esos servicios mejoran y las personas involucradas ganan confianza y habilidades. Esto crea más servicios liderados por usuarios, organizaciones o programas en los cuales los usuarios tienen la mayoría del poder en la toma de decisiones a todos los niveles. Existen

numerosas herramientas que se enfocan hacia la co-creación de servicios de salud mental de buena calidad entre usuarios, familiares, proveedores de servicios y gestores. La Caja de Herramientas de Derechos de Calidad de la OMS (WHO *Quality Rights Toolkit*) es un ejemplo de un marco que de forma sistemática incluye las preferencias y las aportaciones de usuarios y familiares en cada fase del proceso de mejoría de calidad (World Health Organisation, 2012)

Los profesionales en el equipo también pueden tener experiencias con problemas de salud mental. La presencia de los expertos por experiencia en el equipo hace evidente que ellos también pueden usar su experiencia de manera profesional, como una herramienta en su relación con los usuarios. Esto ha creado un nuevo interés en el uso de auto-revelación por parte de profesionales en equipos de salud mental (Marino, Child, & Campbell Krasinski, 2016; Self-disclosure, 2001)

Nivel de políticas (leyes, políticas y planes)

A nivel de políticas y sistemas, los usuarios y sus allegados son arquitectos en el diseño y evaluación de servicios. La participación de usuarios tiene que ver con asegurarse de que los servicios de salud mental, organizaciones y políticas estén liderados y formados por las personas mejor posicionadas para saber lo que funciona: las personas que usan los servicios de salud mental. Esto significa que grupos de trabajo para fijar políticas de hospitales, servicios o reglamentos en un sistema de salud deben incluir a usuarios, bien de forma independiente o a través de asociaciones de usuarios. Además, en una fase más avanzada de desarrollo de políticas y de leyes, es esencial que se consulte con las partes interesadas, enviándoles los borradores de políticas y leyes para recoger las aportaciones de usuarios y familiares.

Conclusiones

Este documento de consenso describe los principios y los elementos fundamentales de buenos servicios de salud mental basados en la comunidad. Para cada perspectiva se han elaborado criterios o recomendaciones para ahondar en cómo debería ser una buena salud mental comunitaria.

Las seis perspectivas se han traducido en este documento a seis principios que respaldan la organización de la salud mental comunitaria.

Tabla 1. Desde Perspectivas a Principios de atención comunitaria de salud mental.

Perspectiva	Principios
Ética	Derechos Humanos
Salud Pública	Abordar las necesidades de toda la población
Recuperación	Construir sobre metas personales y fortalezas
Efectividad	Intervenciones basadas en necesidades
Red Comunitaria	Red amplia de servicios y recursos
Expertos por experiencia	Pacientes como co-creadores de la atención

En este capítulo final enumeramos las conclusiones y recomendaciones que hemos dado para cada uno de las seis perspectivas:

1. La perspectiva ética

- El enfoque sobre los derechos humanos es un principio fundamental en la salud mental comunitaria: el derecho a acceder a una atención basada en necesidades en un entorno lo menos restrictivo posible, y el derecho a la plena participación en la vida comunitaria. Esto incluye derechos civiles, ciudadanía y libertad cultural, espiritual, sexual y política.
- Asegurar el derecho a la atención de salud mental en documentos legales y políticas es una estrategia esencial para garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental en la práctica.
- Recomendamos que los servicios de salud mental basen su misión y visión en la Convención para los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (CDPD, 2008) que establece los derechos de vivir y participar en la comunidad, educación, salud, empleo, vivienda y protección social.
- Dar formación y apoyo a los profesionales de las unidades de salud mental comunitaria y hospitalaria sobre recuperación y derechos es un paso útil para reducir las violaciones de los derechos humanos que ocurren en el contexto de los servicios de salud mental.
- La Herramienta de Derechos de Calidad (*Quality Rights Toolkit*) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece un marco para evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud mental.

2. La perspectiva de salud pública

- Los servicios de salud mental comunitaria trabajan en pro de la salud de todos los ciudadanos en su zona de cobertura. Esto incluye pacientes que ya están en tratamiento, pacientes que necesitan cuidados pero tienen dificultades de enganche y vinculación, además de potenciales futuros pacientes.
- Atender la salud mental en la comunidad significa no solo tratamiento y cuidados, sino también prevención y promoción de una buena salud mental. Es esencial implementar medidas para eliminar la discriminación y reducir el estigma.

- La salud mental comunitaria trabaja con equipos multidisciplinarios en zonas bien definidas. El tamaño de la región depende de la demografía de la zona, la prevalencia de enfermedad mental y los recursos de atención a la salud mental. Es un balance entre las ventajas de una pequeña zona (capacidad de estar presente, colaboración con un número pequeño de médicos de familia) y la necesidad de suficientes recursos para formar un equipo multidisciplinar.
- Los conceptos de atención de salud mental comunitaria se desarrollaron para el tratamiento de personas con trastorno mental grave y persistente (TMG) aunque actualmente son aplicables a todas las necesidades de salud mental (y más allá).
- La salud mental es un asunto de salud pública (relevante para un elevado número de ciudadanos en la población). Se requieren servicios de salud mental que ofrezcan un enfoque orientado hacia la recuperación y la presencia en la comunidad.
- El cuidado de personas de difícil enganche y vinculación es una tarea esencial de los equipos comunitarios de salud mental.

3. La perspectiva de la recuperación.

- La recuperación es el viaje del usuario, y la tarea del profesional es apoyar y no obstaculizar este viaje.
- Las personas pueden recuperarse, y a la vista está que lo hacen, incluso de los problemas de salud mental más graves.
- Los equipos de salud mental comunitaria ponen el foco en la recuperación de la salud, del funcionamiento social, y de la identidad personal.
- Describimos 10 maneras de apoyar la recuperación. La más importante es ofrecer esperanza.
- La atención basada en la recuperación implica poner el foco en las fortalezas de los usuarios y amoldar los recursos existentes alrededor del usuario, independientemente de que sean muchos o pocos recursos.

4. *La perspectiva de la efectividad*

- Las intervenciones efectivas son importantes herramientas de los servicios de salud mental comunitarios para apoyar la recuperación de los usuarios.
- La tarea de los servicios de salud mental comunitarios es proveer una atención de salud mental basada en la evidencia y en el contexto.
- La efectividad de las intervenciones se define, además de evidencia científica por: estar bien definidas, que reflejen las metas de los usuarios, resultados duraderos, costes razonables, adaptables a comunidades diversas y factibles en su implementación.
- La medicina basada en la evidencia y la perspectiva de recuperación no son dos campos opuestos. Se podrían comparar con “aceite y vinagre” al ser dos enfoques que se combinan muy bien, convirtiéndose en una sabrosa vinagreta.
- Las intervenciones recomendadas que reducen síntomas son: los psicofármacos, la terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional.
- Una buena atención de salud mental comunitaria incluye el cribado somático y apoyo para dejar de fumar.
- Cada vez más, la gente participa en e-comunidades. Por lo tanto, recomendamos que la salud mental comunitaria colabore con los usuarios usando intervenciones digitales con herramientas de e-salud y m-salud (móvil)
- Las intervenciones recomendadas para mejorar la función social son la Inclusión laboral personalizada y con apoyo (*Individual Placement and Support-IPS*) y Vivienda Primero (*Housing First*). En general, la inclusión social se consigue mejor con un enfoque de “primero ubicar y luego entrenar” y “aprender en la práctica”.

5. *La perspectiva de red comunitaria*

- En salud mental comunitaria, la atención es una combinación de participación y apoyo de usuarios, miembros de la red social de la persona, y profesionales cuando es necesario.
- Un servicio de salud mental comunitario es una red dentro de una red más amplia de autoayuda, familia, amigos y otros recursos informales, y servicios generales de la comunidad.
- La salud mental comunitaria requiere de colaboración interdisciplinar e intersectorial.
- Los servicios de atención primaria juegan un papel central en el modelo de atención de salud mental comunitaria y ofrecen atención a personas con problemas de salud mental y su red.
- Hay varios dominios de integración en la atención de salud mental comunitaria: integración de intervenciones médicas y sociales, integración de equipos comunitarios y hospitalarios e integración entre distintos equipos y servicios de salud mental (por ejemplo tratamiento de diagnóstico/patología dual).
- Elementos comunes de modelos de servicios de salud mental comunitaria incluyen un equipo multidisciplinar, la capacidad para aumentar o reducir la intensidad de la atención según se necesite, atención en el domicilio o atención donde la persona lo necesite, enfocado en la atención social y mental y la colaboración estrecha con las unidades de hospitalización de salud mental en caso de ingreso.
- La transición a una atención de salud mental comunitaria puede verse obstaculizada por un sistema financiero que favorezca cuidados institucionales (por ejemplo, premiar la ocupación de camas). La introducción de un sistema de financiación prospectiva y orientada a programas dentro de los servicios de salud mental es lo recomendable, favoreciendo la colaboración interdisciplinar e intersectorial.
- El ámbito de la salud mental comunitaria no se limita al TMG (o psicosis) sino que incluye todas las necesidades de salud mental – por ejemplo estar disponible para médicos de familia en la región o área.

6. *La perspectiva de expertos por experiencia*

- Los usuarios son compañeros en igualdad en el diseño, provisión, dirección y evaluación de un servicio. “Nada sobre nosotros sin nosotros”.
- A nivel individual, la toma de decisiones compartidas es una herramienta para la co-creación de planificación de tratamiento.
- Los expertos por experiencia son una parte indispensable de los equipos de salud mental.
- Otros profesionales pueden usar su propia experiencia como una herramienta en su relación con los usuarios.
- A nivel político los usuarios son socios en el diseño y evaluación de servicios.

Tabla 2. ¿Qué hemos logrado, cuáles son las esperanzas y cuáles son los riesgos?

Perspectivas		¿Logrado? ¿Esperanza? ¿Riesgo?
Ética		Poco: Limitaciones en esperanza de vida/en trabajo competitivo/en participación en la vida en comunidad
Salud Pública		Poco: Atención insuficiente, subestimación de la importancia
Recuperación		Esperanza: Cambio de paradigma Riesgo: recuperación solo como escaparate
Efectividad		Esperanza: Cambio de paradigma Riesgo: división de campos entre efectividad y recuperación
Red Comunitaria		Esperanza: Muchos modelos de atención comunitaria integrada Riesgo: Poca conexión fuera de salud mental
Expertos por experiencia		Esperanza: Tercer dominio de pericia Riesgo: Pocos agentes de apoyo mutuo y pocos profesionales con auto-revelación de problemas mentales

Referencias

- Anderson, K., Laxhman, N., & Priebe, S. (2015). Can mental health interventions change social networks? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 297. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0684-6>
- Anthony, W. (1993). The Decade of Recovery. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 1.
- Baum, F. (2015). *The new public health*. Sydney: Oxford University Press.
- Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145–2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Becker, D., & Drake, R. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. New York: Oxford University Press.
- Berwick D. (2016). Era 3 for Medicine and Health Care. *Jama* , vol: 315(13), 1329–30. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.1509>.Conflict
- Bhugra, D., Ventriglio, A., & Pathare, S. (2016). Freedom and equality in dignity and rights for persons with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 196–197. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00573-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00573-8)
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*, 330(1), 839–842. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7495.839>
- Boyle, P., Delos Reyes, C. M., & Kruszynski, R. A. (2005). Integrated Dual-Disorder Treatment. In *Evidence-based mental health practice: A textbook*. (pp. 349–366). Retrieved from

<http://ezproxy.msu.edu/login?url=http://search.proquest.com/docview/620731484?accountid=12598%5Cnhttp://magic.msu.edu:4550/resserv?genre=bookitem&issn=&title=Evidence-based+mental+health+practice:+A+textbook.&volume=&issue=&date=2005-01-01&atitle=Integrat>

Brouwers, E. P. M. ., Mathijssen, J. ., Van Bortel, T. ., Knifton, L. ., Wahlbeck, K. ., Van Audenhove, C. ., ... Laguado, A. . (2016). Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: A cross-sectional study in 35 countries. *BMJ Open*, 6(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009961>

Burns, T., & Fim, M. (2017). *Outreach in Community Mental Health Care* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Caldas Almeida, J., Mateus, P., Tomé, G., Katschnig, H., Hinkov, H., Sooniste, I., ... Helen, Heinz Katschnig Saraceno, Benedetto Xavier, M. (2016). *Joint Action on Mental Health and Well-being, Towards Community- Based and Socially Inclusive Mental Health Care, Situation Analysis and Recommendations for Action*. Retrieved from <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP5> Final-20151203075843.pdf

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. In *The Lancet* (Vol. 381, pp. 752–762). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)

Coldwell, C. M., & Bender, W. S. (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(3), 393–9. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.3.393>

Corrigan, P. W. (2011). Best Practices: Strategic Stigma Change (SSC): Five Principles for Social Marketing Campaigns to Reduce Stigma. *Psychiatric Services*, 62(8), 824–826.

https://doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208_0824

Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Vega, E., Gause, M., Larson, J., Krzyzanowski, R., & Botcheva, L. (2014). Key ingredients to contact-based stigma change: A cross-validation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 62–64. <https://doi.org/10.1037/prj0000038>

Davidson, L., Drake, R. E., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R. (2009). Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9228-1>

Deegan, P. E. (2007). The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision-making program to support it. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 62–69. <https://doi.org/10.2975/31.1.2007.62.69>

Diamond, R. (2011). *The medication question*. Norton&Company.

Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., ... Rickards, L. (2001). Implementing Dual Diagnosis Services for Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 52(4), 469–476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.469>

Drew, N., Funk, M., Tang, S., Lamichhane, J., Ch??vez, E., Katontoka, S., ... Saraceno, B. (2011). Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: An unresolved global crisis. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61458-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61458-X)

Evans-Lacko, S., Courtin, E., Fiorillo, A., Knapp, M., Luciano, M., Park, A. L., ... Thornicroft, G. (2014). The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. *European Psychiatry*, 29(6), 381–389. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.02.007>

- Fioritti, A., Burns, T., Hilarión, P., van Weeghel, J., Cappa, C., Sunol, R., & Otto, E. (2014). Individual placement and support in Europe. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 123–128. <https://doi.org/10.1037/prj0000065>
- Foot, J. (2014). Radical Pioneers: Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78. *Critical and Radical Social Work*, 2(2), 235–249. <https://doi.org/10.1332/204986014X14002292074708>
- Frisman, L. K., Mueser, K. T., Covell, N. H., Lin, H.-J., Crocker, A., Drake, R. E., & Essock, S. M. (2009). Use of Integrated Dual Disorder Treatment Via Assertive Community Treatment Versus Clinical Case Management for Persons With Co-Occurring Disorders and Antisocial Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(11), 822–828. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181beac52>
- Goffman, E. (1961). *Asylums*. Anchor Books , Doubleday & Co.
- Gostin, L. O., & Mok, E. a. (2009). Grand challenges in global health governance. *British Medical Bulletin*, 90, 7–18. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldp014>
- Harding, C. M., Zubin, J., Strauss, J. S., Harding, C. M., Zubin, J., & Strauss, J. S. (1987). Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? *Hosp.Community Psychiatry*, 38(5), 477–486. <https://doi.org/10.1176/ps.38.5.477>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Holloway, F., Kalidindi, S., Killaspy, H., & Roberts, G. (2015). *Enabling recovery : the principles and practice of rehabilitation psychiatry* (Second edi). London: RCPsych Publications.

- Holt, R. I. G., De Groot, M., & Golden, S. H. (2014). Diabetes and depression. *Current Diabetes Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11892-014-0491-3>
- Horsfall, J., Cleary, M., & Hunt, G. E. (2010). Stigma in Mental Health: Clients and Professionals. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(7), 450–455. <https://doi.org/10.3109/01612840903537167>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343(9666), d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Huber, M., Stanciole, A., Wahlbec, K., Tamsma, N., Torres, F., Jelfs, E., & Bremner, J. (2008). *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*.
- Johnson, S. (2017). Social interventions in mental health: a call to action. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(3), 245–247. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1360-6>
- Leinonen, J. A., Solantaus, T. S., & Punamäki, R. L. (2003). Parental mental health and children's adjustment: The quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44(2), 227–241. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.t01-1-00116>
- Lyman, D. R., Braude, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Consumer and Family Psychoeducation: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 416–428. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300266>
- Malina, D., & Rosenbaum, L. (2016). Closing the Mortality Gap — Mental Illness and Medical Care. *New England Journal of Medicine*, 375(16), 1585–89. <https://doi.org/10.1056/NEJMms1610125>

- Mann, F., Bone, J. K., Lloyd-Evans, B., Frerichs, J., Pinfold, V., Ma, R., ... Johnson, S. (2017). A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1392-y>
- Marino, C. K., Child, B., & Campbell Krasinski, V. (2016). Sharing Experience Learned Firsthand (SELF): Self-disclosure of lived experience in mental health services and supports. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 154–160. <https://doi.org/10.1037/prj0000171>
- Marshall, M., & Rathbone, J. (2011). Early intervention for psychosis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD004718. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004718.pub3>
- McDaid, D., Oliveira, M. D., Jurczak, K., Knapp, M., Zechmeister, I., Dierckx, H., ... Van Dievel, M. (2007). Moving beyond the mental health care system: An exploration of the interfaces between health and non-health sectors. *Journal of Mental Health*, 16(2), 181–194. <https://doi.org/10.1080/09638230701279873>
- Meffert, S. M., Neylan, T. C., Chambers, D. A., & Verdeli, H. (2016). Novel implementation research designs for scaling up global mental health care: overcoming translational challenges to address the world's leading cause of disability. *International Journal of Mental Health Systems*, 10. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0049-7>
- Melau, M., Harder, S., Jeppesen, P., Hjorthøj, C., Jepsen, J. R. M., Thorup, A., & Nordentoft, M. (2015). The association between working alliance and clinical and functional outcome in a cohort of 400 patients with first-episode psychosis: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(1), e83–e90. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08814>
- Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing*. New York: The Guildford Press.

- Molodynski, A., Rugkasa, J., & Burns, T. (2010). Coercion and compulsion in community mental health care. *British Medical Bulletin*, 95(1), 105–119. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldq015>
- Mulder, C. L., Jochems, E., & Kortrijk, H. E. (2014). The motivation paradox: Higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4), 541–548. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0779-7>
- Naslund, J. A., Marsch, L. A., McHugo, G. J., & Bartels, S. J. (2015). Emerging mHealth and eHealth interventions for serious mental illness: a review of the literature. *Journal of Mental Health*, 24(5), 321–332. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1019054>
- Newton-Howes, G., & Mullen, R. (2011). Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 62(5), 465–470. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.5.465>
- NHS Institute for Innovation and Improvement. (2010). The model for improvement and plan, do, study, act (PDSA). *The Handbook of Quality and Service Improvement Tools*, 145–150.
- Norden, T., Malm, U., & Norlander, T. (2012). Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8, 144–151. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010144>
- Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Crystal, S., & Stroup, T. S. (2015). Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1172–81. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1737>
- Paksarian, D., Mojtabai, R., Kotov, R., Cullen, B., Nugent, K. L., & Bromet, E. J. (2014).

- Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with psychotic disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(2), 266–9. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200556>
- Pathare, S., & Sagade, J. (2013). *Mental health : a legislative framework to empower , protect and care*.
- Paul, M., Street, C., Wheeler, N., & Singh, S. P. (2014). Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review. *Clin Child Psychol Psychiatry*, (1461–7021 (Electronic)). <https://doi.org/10.1177/1359104514526603>
- Pitschel-Walz, G. (2010). Family psychoeducation . *Schizophrenia Research , Conference(var.pagings)*, 107. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.015>
- Razzaque, R., & Wood, L. (2015). Open Dialogue and its Relevance to the NHS: Opinions of NHS Staff and Service Users. *Community Mental Health Journal*, 51(8), 931–938. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9849-5>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 20(August), 392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Reupert, A., Maybery, D., Nicholson, J., Gopfert, M., & Seema, M. . (2015). *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents adn their Families* (Third). Cambridge.
- Salyers, M. P., Matthias, M. S., Fukui, S., Holter, M. C., Collins, L., Rose, N., ... Torrey, W. C. (2012). A Coding System to Measure Elements of Shared Decision Making During Psychiatric Visits. *Psychiatric Services*, 63(8), 779–784.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100496>

Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003a). Seikkula & Olson- Open Dialogue Approach for AcutePsychosis.pdf. *Family Process*, 42(Fall 2003), 403–418.

Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003b). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403–418. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x>

Self-disclosure, T. (2001). Reexamination of therapist self-disclosure. *Psychiatric Services Washington DC*, 52(11), 1489–93. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.11.1489>

Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). Making Recovery a Reality. *Scottish Recovery Network*, 1–23.

Slade, M. (2009). 100 ways to support recovery A guide for mental health professionals Rethink recovery series : volume 1. *America*, 1, 1–32.

Slade, M. (2009). The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health*, 18, 367–371.

Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M., & Le Boutillier, C. (2012). Recovery grows up. *Journal of Mental Health*, 21(April), 99–103. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670888>

Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M., ... Linszen, D. (2012). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(08), 1627–1636. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002832>

- Smeerdijk, M., Keet, R., van Raaij, B., Koeter, M., Linszen, D., de Haan, L., & Schippers, G. (2015). Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up. *Psychol Med*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000793>
- Smith, K. E., & Kandlik Eltanani, M. (2015). What kinds of policies to reduce health inequalities in the UK do researchers support? *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 37(1), 6–17. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu057>
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392–401. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Stahl, S. (2013). *Stahl's essential psychopharmacology*. New York: Cambridge University Press.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>
- Stiekema, A. P., Quee, P. J., Dethmers, M., van den Heuvel, E. R., Redmeijer, J. E., Rietberg, K., ... van der Meer, L. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of cognitive adaptation training as a nursing intervention in long-term residential patients with severe mental illness: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0566-8>
- Stuart, H., Florez, J., & Sartorius, N. (2012). *Paradigms lost*. Oxford: Oxford University Press.
- Tansella, M., & Thornicroft, G. (2009). Implementation science: understanding the translation of evidence into practice. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 195(4), 283–5. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.065565>

The European expert group on Transition from Institutional to Community-based Care. (2012). *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based care.*

Thomas, K. a, & Rickwood, D. (2013). Clinical and Cost-Effectiveness of Acute and Subacute Residential Mental Health Services: A Systematic Review. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 64(11), 1140–1149. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200427>

Thornicroft, G. (2011). *Oxford textbook of community mental health*. Oxford University Press.

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408–415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)

Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1080/09540260701278937>

Thornicroft, G., Szmukler, G., Mueser, K., & Drake, R. (2011). Organizing the range of community mental health services. In *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). *The Mental Health Matrix*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651–656. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.4.651>

- UN General Assembly. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: resolution / adopted by the General Assembly, Pub. L. No. Sixty-first session (2007). UN General Assembly.
- van Weeghel, J., van Audenhove, C., Colucci, M., Garanis-Papadatos, T., Liégeois, A., McCulloch, A., ... Bauduin, D. (2005). The components of good community care for people with severe mental illnesses: views of stakeholders in five European countries. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(3), 274–281. <https://doi.org/10.2975/28.2005.274.281>
- van Weeghel, J., van de Lindt, S., Slooff, C., van de Kar, F., van Vugt, M., & Wiersma, D. (2011). A regional assessment of the quality of care for people with schizophrenia in The Netherlands. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 62(7), 789–792. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.7.789>
- Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J., Haaramo, P., & Parkkonen, J. (2017). Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1370-4>
- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry*, 72(4). <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>
- Webber, M., & Fendt-Newlin, M. (2017). A review of social participation interventions for people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1372-2>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology : The Journal of the European College*

of *Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–79.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

World Health Assembly. (2013). Comprehensive mental health action plan 2013 – 2020. In *Sixty-Sixth World Health Assembly* (pp. 1–27). Geneva: World Health Organization.

World Health Organisation. (2012). WHO QualityRights Tool Kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities, 1–90.

World Health Organization. (2017). Ageing and Life Course. Retrieved from <http://www.who.int/ageing/en/>

Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S., & Nienhuis, F. J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy. *JAMA Psychiatry*, 70(9), 913. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.19>

Zoppei, S., Lasalvia, A., Bonetto, C., Van Bortel, T., Nyqvist, F., Webber, M., ... Thornicroft, G. (2014). Social capital and reported discrimination among people with depression in 15 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(10), 1589–1598. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0856-6>

RENE KEET
PRESIDENTE



T 0031 725357502
M 0031 612361342
E R.KEET@GGZ-NHN.NL

MARJONNEKE DE VETTEN
SECRETARÍA



T 0031 302959285
M 0031 640951122
E MVETTEN@TRIMBOS.NL

SHARON ZOOMER
SECRETARÍA



T 0031 302959435
E SZOOMER@TRIMBOS.NL

EUCOMS Network

Da Costakade 45, 3521 VS Utrecht

T 0031640951122

E eucoms2015@gmail.com

www.eucoms.net

