



RECUPERACIÓN, UN CONCEPTO DE FRONTERA (PARTE II) PERSPECTIVAS LATINOAMERICANAS

Coordinación

Martín Agrest

Paula Garber Epstein

Norma Geffner

Las conceptualizaciones de la recuperación han nacido y se han desarrollado fundamentalmente en regiones culturalmente diferentes a América Latina. Como puede leerse en el número anterior, en los Estados Unidos, Europa e Israel, aunque también en Australia y Nueva Zelanda, la recuperación ha pasado a guiar en buena medida las transformaciones de los servicios orientados a la inclusión social de personas con trastornos mentales severos. Dicha particularidad representa una exigencia adicional para considerar su aplicabilidad al contexto latino. En tal sentido, esto requiere analizar las necesidades de adaptación que se pudieran necesitar, así como las experiencias locales que pudieran enriquecer este concepto o verse enriquecidas por él.

En esta segunda parte, hemos incluido una serie de trabajos de investigadores locales -algunos de ellos cursando estudios fuera de la región- así como también narraciones testimoniales que le dan un carácter más "personal" y de aplicación contextual a los conceptos introducidos en el número previo.

La adopción del concepto de recuperación en algunos países de América Latina, como es el caso de la Argentina, va de la mano de la idea de una "ampliación de ciudadanía" (1), una cuestión de derechos humanos más que de la organización de servicios de salud mental. No hay duda que el tema de los derechos es jerárquicamente superior a cualquier conceptualización de la recuperación. Aunque, al mismo tiempo,

corre el riesgo de perderse en discusiones que no conmuevan nuestras ideas más arraigadas respecto de las posibilidades (o imposibilidades) de inclusión social.

Análogamente, en tanto en otras partes del mundo el concepto de recuperación ha funcionado como límite al pensamiento clínico, en América Latina predomina la idea de una "clínica ampliada" (2). En el resto del mundo, la noción de recuperación ha reorganizado los servicios e iluminado el universo de situaciones y acontecimientos que hacen a la vida de las personas por fuera de los servicios de salud mental, tendiendo a desarrollar las intervenciones en la comunidad y no "en una realidad paralela" o "protegida", acotando la injerencia profesional en actividades de la vida diaria que pueden prescindir de apoyos o que, en todo caso, pueden requerir de apoyos transitorios y no necesariamente profesionales (grupos de ayuda mutua, centros de acogida, pares especializados, miembros de la comunidad sin formación especializada, etc.). Por el contrario, los profesionales de la Argentina comienzan a ver en la recuperación un concepto que ofrece la oportunidad para ampliar el pensamiento clínico y exportar categorías clínicas/psicopatológicas a situaciones de la cotidianidad, dando por supuesto que las personas podrán beneficiarse siempre y en cualquier contexto de una buena lectura clínica (a cargo de un profesional). La búsqueda de trabajo, el acceso a una vivienda digna, el contacto con otros, el uso del tiempo libre, la conexión con ámbitos culturales o con

diferentes instancias de la comunidad, todo ello hace a la recuperación y, aun si ciertas personas necesitan apoyos para ello en algún momento, no significa que se requiera un especialista en clínica psicológica o en psicoanálisis que guíe, interprete o conceptualice todo ello -y más cuando dicho saber puede resultar tan difícil de aprehender por "quien recibe su ayuda"-.

Parafraseando a Allison King, y exagerando la cuestión del saber, en el campo de la recuperación sería decisivamente "mejor alguien al lado que un sabio en el estrado" (3).

Un capítulo en sí mismo es la asociación entre inequidad, pobreza y enfermedad mental, y los recursos ofrecidos por el Estado como beneficios sociales. Esto, que puede parecer algo inespecífico, al mismo tiempo queda particularmente en evidencia en un enfoque basado en actividades y acompañamientos en la comunidad. La justicia social, por ejemplo, tiene un sentido bastante distinto en contextos como los de América Latina -en comparación con Europa- lo cual puede llevar a que existan diferencias significativas entre prácticas de la rehabilitación guiadas por la recuperación en países de altos ingresos y en otros de ingresos medios o bajos. Si bien no contamos con estudios que hayan comparado temas de recuperación en ambos grupos de países -los países de bajos ingresos hacen un uso muy limitado del concepto de recuperación- algunos de los autores que colaboran en esta segunda parte del dossier participan de investigaciones que siguen la línea de analizar qué es lo central a cada cultura en relación a la recuperación (y al estigma). Dicho enfoque lleva el nombre de "What matters most" y parte del supuesto que aquello que se ve afectado por medio del estigma y, como contrapartida, aquello que importa más para avanzar en la recuperación, sería particular a cada cultura (4-7).

Norha Vera, una joven doctoranda de Colombia en el King's College de Londres, dedicada al estudio del recovery en América Latina, presenta los desafíos existentes tanto para la recuperación personal en esta región como para la comprensión y teorización acerca de ella. Esta autora propone revalorizar el saber y la experiencia de los usuarios en la región, lo cual aseguraría un modelo centrado en las características culturales locales y acotaría las posibilidades de una importación acrítica de los desarrollos internacionales que presentamos en el primer número.

Gerald Faundez, un usuario de servicios de salud mental de Chile que ha pasado los últimos tres años

trabajando como "monitor" o "par" en Santiago de Chile, presenta su testimonio de recuperación en primera persona. Debe valorarse el carácter verdaderamente original de su presentación para América Latina. En la búsqueda de testimonios de recuperación es sencillo encontrar las producciones publicadas en revistas como Schizophrenia Bulletin o Psychiatric Services, o videos provenientes de España. En cambio, son casi nulas las oportunidades de leer este tipo de materiales -siempre y cuando podamos apreciar la diferencia entre este tipo de testimonios y los materiales clínicos a los que los profesionales solemos tener acceso con facilidad.

Magdalena Elcoro y Martín Agrest presentan una investigación realizada en Proyecto Suma, una ONG de la Ciudad de Buenos Aires que brinda asistencia y rehabilitación en salud mental, en la cual analizan las escalas que evalúan la recuperación personal. Este trabajo puede leerse en su articulación con el trabajo de David Roe y Paula Garber Epstein que se presentó en el número anterior sobre "recuperación en" y "recuperación de" una enfermedad mental. Los autores utilizan este simple diseño de investigación para especular acerca de aspectos de la recuperación que no estarían siendo tenidos suficientemente en cuenta en las escalas de recuperación existentes.

Catarina Dahl junto a un importante grupo clínico y de investigación en psiquiatría, salud mental y epidemiología, desde Río de Janeiro (Brasil), presentan el análisis del discurso de una trabajadora de apoyo, antes y después de su trabajo como par, desde una perspectiva que enfatiza la corporalidad como forma de iluminar las transformaciones narrativas que dan cuenta y a la vez potencian la recuperación. En este trabajo puede apreciarse un enfoque original de la recuperación, difícilmente hallable en otras regiones.

Una usuaria del Programa de Externación Asistido (P.R.E.A.) ofrece un conmovedor relato de cuanto implica abandonar un hospital psiquiátrico y pasar a vivir en la comunidad. Una vez más, este tipo de relatos en primera persona, que contó con la colaboración de Sara Ardila-Gómez y se enmarca en un profundo y notable proyecto de investigación que condujo en el P.R.E.A., se propone aportar a la construcción de una concepción de la recuperación que registre sus condiciones de posibilidad en América Latina. La sencillez del relato logra transmitir la necesidad de desarrollar más instancias y recursos que permitan a más personas transitar los caminos de la inclusión social sin dar por

sentado que casi dos décadas de internación, como es el caso de esta usuaria, hacen imposible una futura recuperación en la comunidad.

Franco Mascayano y Cristián Montenegro, de Chile, cierran este dossier discutiendo aspectos que hacen a la implementación del modelo de la recuperación en los servicios de salud mental en América Latina a partir de revisar diferentes propuestas mundiales guiadas por este concepto (como RAISE, y sus dos derivados Navigate y OnTrackNY, o CTI, etc.).

Para finalizar, nos hacemos eco de las palabras de estos autores de Chile cuando dicen que “creemos que es necesaria una capacidad de apertura, flexibilidad e innovación que permita, no solo “adaptar” e “implementar”, sino más bien construir una perspectiva de la recuperación propia y que esté enraizada en la historia de Latinoamérica”. Esta aspiración no es tan lejana ni imposible, pero requiere conocer los desarrollos internacionales y no dejar de partir de los saberes locales, espe-

cialmente encarnados en las personas que viven con trastornos mentales, en quienes hubieran avanzado en su inclusión social, en las familias, y en los profesionales que registran las experiencias de recuperación y los obstáculos para que estas experiencias puedan ser más habituales que cuanto aún son.

Esperamos que este dossier, que abarca dos números de VERTEX, pueda propiciar los debates que permitan acercar a este concepto de frontera con los desarrollos más autóctonos sin perder nuestra riqueza originaria ni la posibilidad de dialogar con las tendencias mundiales en el campo de la rehabilitación. Su objetivo no ha sido tanto dar respuestas acerca de la inclusión social a nivel mundial o, particularmente, en América Latina, sino ampliar el espectro de las preguntas que podemos hacernos para comprender algunas dinámicas que intervienen para facilitar u obstaculizar que las personas con trastornos mentales severos participen en la sociedad. ■

Referencias bibliográficas

1. Cáceres C, Granja G, Osella NP, Percovich N (2017). En el camino de la implementación de la ley nacional de salud mental. ADESAM-Aso. Lanus.
2. De Souza Minayo MC (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa The structuring concepts of qualitative research. *Salud Colect.* 2010;6(3):251–61.
3. King A (1993). From Sage on the Stage to Guide on the Side. *Coll Teach* [Internet, consultado el 19 de Junio de 2017];41:30–5. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/27558571>
4. Kleinman A (2006). What really matters: Living a moral life amidst uncertainty and danger. Oxford University Press; 2006. 260 p.
5. Yang LH, Kleinman A (2008). “Face” and the embodiment of stigma in China: the cases of schizophrenia and AIDS. *Soc Sci Med.* 2008;67(3):398–408.
6. Yang LH, Chen F, Sia KJ, Lam J, Lam K, Ngo H, et al (2014). “What matters most:” A cultural mechanism moderating structural vulnerability and moral experience of mental illness stigma. *Soc Sci Med.* 2014 Feb;103:84–93.
7. Mascayano F, Toso-Salman J, Ruiz KW, Jofré Escalona A, Alvarado Muñoz R, Sia KJ (2015). What matters most: stigma towards severe mental disorders in Chile, a theory-driven, qualitative approach. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*;73(3):250–60.