

Desafíos en el camino a la recuperación personal en América Latina

Norha Vera San Juan

*Instituto de Psiquiatría Psicología y Neurociencia (IoPPN)
King's College London
E-mail: norha.vera@kcl.ac.uk*

Resumen

La filosofía *recovery* propone un cambio sustancial hacia una perspectiva más holística que tiene en cuenta las necesidades sociales en salud mental. Es un principio guía en el desarrollo de servicios e investigación, un lente a través del cual mirar la salud mental. Este artículo describe cuatro desafíos principales en el camino hacia el desarrollo de una cultura *recovery* en América Latina: Prestar atención a la cultura local; reconocer e impulsar la contribución de los usuarios; reducir el énfasis en la clasificación diagnóstica, y facilitar el camino hacia la justicia social. Se pueden conseguir servicios de salud óptimos combinando el conocimiento de profesionales e investigación de alta calidad científica, con el conocimiento popular local y la experiencia de los usuarios.

Palabras clave: Superación - América Latina - Recuperación - Salud mental.

CHALLENGES ON THE ROAD TO PERSONAL RECOVERY IN LATIN AMERICA

Abstract

The recovery approach proposes a substantial change towards a more holistic perspective that takes into account social needs in mental health. It is a guiding principle in the development of services and research, a lens through which to look at mental health. This article describes four main challenges on the way to the development of a recovery culture in Latin America: Paying attention to local culture; recognizing and encouraging the contribution of users; reducing the emphasis on the diagnostic classification, and paving the way for social justice.

Optimal health services can be achieved by combining the knowledge of professionals and high-quality scientific research, with local popular knowledge and the experience of users.

Keywords: Recovery - Mental health - Latin America.

La filosofía *recovery*

El concepto de *recovery* describe el proceso de cambiar de actitudes, valores, metas y/o adquirir habilidades para encaminarse hacia una vida más satisfactoria (1, 2 3). Se trata de una experiencia basada en la dinámica entre el individuo, su apoyo formal e informal y su cultura (4); las interacciones entre estos factores pueden dificultar o contribuir a la recuperación.

Recovery no es sinónimo de cura (5) y no ocurre necesariamente tras una intervención ofrecida por profesionales de salud mental (psicólogos, psiquiatras, terapeutas, etc.). Una intervención clínica es considerada adecuada cuando apoya al usuario o proporciona herramientas para cumplir sus metas. Esto contrasta con enfoques más clásicos en los que el tratamiento se concentra en los objetivos clínicos definidos por el profesional. La filosofía *recovery* hace énfasis en la idea de los profesionales como facilitadores de buena salud mental (no “creadores” de buena salud mental) y resalta el papel central de la red de apoyo informal y la comunidad en la recuperación. En este sentido, propone un cambio sustancial hacia una perspectiva más holística que tiene en cuenta las necesidades sociales además de (o por encima de) las clínicas.

La traducción de *recovery* al castellano es “recuperación”. Más allá de la definición literal de la palabra, *recovery* es un modo de abordar la salud mental. Por esta razón se ha conservado el término *recovery* o han surgido traducciones alternativas como “superación” (6). *Recovery* es un principio guía, que dio lugar a la idea de servicios orientados a la recuperación (7). Anthony (8) describía los servicios orientados a la recuperación como “intervenciones que pueden dejar a una persona no sólo con “menos”, sino con “más”, más significado, más propósito, más éxito y más satisfacción con la propia vida.”

En los últimos tiempos se ha producido una medicalización del concepto de *recovery* (8). En regiones en las que el modelo médico prima en la práctica de salud mental, los clínicos intentan establecer parámetros para medir la recuperación que encajen con la filosofía *recovery*. Se pretende que todos los usuarios alcancen altos puntajes en cuestionarios que miden estos factores. Así, tener ilusión o sentirse satisfecho se vuelve obligatorio. Esta aproximación a *recovery* confunde el derecho a la buena salud mental con imponer qué es buena salud mental. Además, en contra de la evidencia científica en esta área, podría presuponer que la recuperación es un proceso lineal en el que un día se está mal y en la meta “todo está bien”. Se produce una regresión a concebir la salud mental como una variable binaria, enfermo/curado, aun cuando los parámetros usados para medir si alguien está “curado” sean nuevos.

Esto se traslada al diseño de nuevos servicios de salud, los comunitarios, que corren el riesgo de ser sólo una extensión del hospital, más que un lugar en el que se tenga en cuenta la realidad de la comunidad y se potencie el capital social. Pensar que la recuperación ocurre sólo en el centro de salud podría desatender la realidad

social que viven la mayoría de los usuarios latinoamericanos. De esta forma, podría pensarse que es suficiente que un usuario pase a recoger su medicación o asista a terapia cada semana, sin tener en cuenta las dificultades que se le presentan por el camino: violencia, discriminación, pobreza... “pero, adherido al tratamiento, todo en orden”.

En base a este argumento describo cuatro desafíos principales en el camino hacia la recuperación personal en América Latina: Prestar atención a la cultura local; reconocer e impulsar la contribución de los usuarios; reducir el énfasis en la clasificación diagnóstica, y facilitar el camino hacia la justicia social. Abordar estos retos promovería el desarrollo de servicios adecuados para Latinoamérica y orientados a los valores originales de la filosofía *recovery*.

Atención a la cultura local

Desde la filosofía *recovery* se propone estudiar la salud mental siempre con un enfoque de abajo hacia arriba (*bottom-up*). Es decir, recoger información sobre el objeto de estudio para dar lugar a un sistema emergente, y, en base a esto, definir un modelo. Es necesario estudiar y documentar el saber popular sobre salud mental, especialmente el de la población indígena, que con sus experiencias milenarias tienen amplios conocimientos sobre el bienestar. Abdullah & Brown (9) describen cómo los nativos indígenas norteamericanos no tienen el concepto de “enfermedad mental”. Esto no quiere decir que no experimenten malestar mental, sino que tienen otra forma de abordarlo.

Incluir conocimientos locales enriquece el desarrollo de nuestra disciplina tanto en Latinoamérica como en el resto del mundo. Además, conocer la cultura local es fundamental para implementar planes de salud mental y ofrecer un servicio adecuado (10).

Contribución de los usuarios

Los profesionales de salud mental nos capacitamos durante muchos años. Puede parecer sorprendente escuchar quejas de usuarios y críticas tan fuertes como que “contribuimos más a la discapacidad que a la recuperación”. Usuarios en todo el mundo han manifestado sentirse deshumanizados, excluidos, y tratados como niños a la hora de asumir responsabilidad por su propio bienestar (11, 12, 13). Es un gran desafío para la recuperación en América Latina facilitar canales de comunicación entre usuarios y profesionales para contar con sus propuestas y contribuciones.

Entre los profesionales de salud mental de la región se tiende a pensar que “La participación de la sociedad civil es aún muy limitada. Los movimientos asociativos de usuarios y familiares son escasos y poco diversificados” (14). Sin embargo, en otras partes del mundo se percibe a América Latina como pionera en el modo de expresión y participación de los usuarios. Radio la

Colifata en Argentina fue la primera emisora conducida por pacientes de un hospital psiquiátrico. Esta experiencia fue difundida por medios importantes de comunicación y replicada en Francia, Rusia, Canadá y otros. Un colombiano, Salam Gómez, fundador de Fundamental Colombia, una organización que busca reivindicar los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, es además el copresidente de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría (WNUSP). Desde esta posición ha combatido prejuicios y desconocimiento sobre las personas con problemas mentales, recibiendo el reconocimiento de sus pares en todo el mundo.

La contribución de los usuarios es una parte fundamental del desarrollo en salud mental (15) y fue el motor de la filosofía *recovery* desde sus orígenes en Estados Unidos y Europa (4). Pese a la calidad de los movimientos de usuarios ya existentes en América Latina, es un reto aún pendiente su reconocimiento e inclusión para desarrollar servicios orientados a la recuperación.

Clasificación diagnóstica

Es un secreto a voces las limitaciones que presenta la hasta ahora aceptada forma de categorizar el malestar mental (16-20), así como también el desafío que significa para los usuarios afrontar estas etiquetas (21, 22). Desde los años 70, el modelo bio-psico-social se estableció como la norma conceptual en salud mental (23). En la práctica, se puede enfatizar el aspecto "bio", "psico" o "social", siempre y cuando se use como unidad de análisis las categorías diagnósticas listadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (convergentes en su mayor parte). Estas clasificaciones llevan la impronta del modelo bio-médico y contrastan marcadamente con clasificaciones propuestas desde la psicología, las ciencias sociales o la neurociencia. A pesar de sus revisiones sucesivas, el DSM y la CIE persisten en su tendencia a considerar ciertos comportamientos como síntomas patológicos, sin considerar el contexto o la experiencia personal (24), y abordando la salud mental como una variable dicotómica: sano/enfermo.

El uso de los diagnósticos como unidad de análisis dirige la atención hacia resultados clínicos y presenta limitaciones consideradas clave para cualquier clasificación: es inconsistente entre culturas y a lo largo del tiempo, existe alta comorbilidad entre categorías y severos problemas en el sustento biológico (20). A pesar de esto, se ha extendido el uso de estas etiquetas por todo el mundo en nombre de que "el diagnóstico es necesario para comunicarnos entre profesionales" y para marcar el estatus de "paciente psiquiátrico" en decisiones de cobertura sanitaria (22-25). Las limitaciones mencionadas se ven agravadas por fuera del mundo anglosajón debido a su falta de validez cultural, y por fuera del ámbito profesional, con un uso entre la población y los comunicadores sociales cuanto menos problemático (26). La imposición del paradigma de diagnóstico genera confusión y discri-

minación en las minorías étnicas, donde se ha visto que el estigma es mucho mayor (9, 27). Además, descuida los conocimientos locales cuando se salen de los parámetros que definen a cada diagnóstico (28).

Existen propuestas de paradigmas alternativos que parecen más acertados para analizar y tratar los problemas mentales en América Latina. Entre ellas, McHugh (29) propone clasificar el malestar mental según cuatro categorías: los problemas que la persona padece; su biología; su comportamiento y el contexto en el que se encuentra. Kleinman (30) en su análisis antropológico de la psiquiatría transcultural plantea enfocar los esfuerzos de investigación en los fenómenos de malestar mental que se diferencian entre culturas, en lugar de aplicar las categorías diagnósticas y sistemáticamente confirmar las características comunes.

Bentall (31) presentó el modelo "basado en quejas" como alternativa para la práctica clínica y las decisiones de cobertura de salud. Esta propuesta nace de la psicología cognitivo-conductual. Se enfoca en abordar los comportamientos que los usuarios consideran problemáticos, sin agrupar estos comportamientos en categorías más complejas ni atribuirles la cualidad de síntoma patológico. El comportamiento, entendido como cualquier acción de un organismo que conlleva algún efecto sobre el medio (32), está extendido como unidad de análisis en otras disciplinas adyacentes a la de Salud Mental. La neurociencia y la inteligencia artificial identificaron mecanismos mentales universales que llamamos procesos cognitivos en base a su análisis del comportamiento. El estudio de la epigenética ha mostrado que circunstancias ambientales pueden alterar la transcripción de genes y conducir a diferentes respuestas biológicas (33, 34). La terapia centrada en el comportamiento ha mostrado ser eficaz independientemente del diagnóstico y la terapia cognitivo conductual es la terapia más recomendada (35, 36). Además, la farmacología dirigida a rasgos anormales de comportamiento se presenta como una manera de unificar el desarrollo de la investigación y la práctica clínica (16). Usando esta unidad de análisis se podría impulsar el modelo bio-psico-social y finalmente facilitar la colaboración entre disciplinas para entender la salud mental.

Justicia social

Siguiendo las reflexiones del desafío anterior, es necesario tener un diagnóstico para recibir beneficios o tratamiento. Esto ha dirigido la atención de políticas de salud pública a los resultados clínicos, dejando en segundo plano a los factores sociales. Personas en situación de pobreza estarían recibiendo medicación psicoactiva como "cura" a su malestar. Personas desplazadas por la violencia se encuentran con terapias donde se les propone perdonar como clave para mejorarse (37). Si bien la investigación sobre recuperación ha propuesto la "esperanza" como factor clave en el proceso de recuperación, no se refiere a la esperanza en que todo va a estar bien a

pesar de ser violentados derechos humanos básicos. Se refiere sólo a esperanza en el desarrollo personal hacia la recuperación, que podría incluir el sentirse empoderado en la lucha por sus derechos.

Un desafío para facilitar la recuperación personal será reflexionar qué tratamientos o planes de salud son más adecuados para abordar los problemas mentales en América Latina. Hay una cantidad significativa de evidencia que sugiere que los trastornos mentales derivan de causas sociales tales como relaciones familiares disfuncionales, urbanidad y aislamiento social (38, 39). Aspectos como estos podrían recibir más atención en poblaciones con elevado nivel de violencia y conflicto social.

Conclusión

La promoción de la filosofía *recovery* nace de la parte más humana de la salud mental, fomenta la discusión sobre la calidad de vida y se aleja de la discriminación y

de la falta de acción. Esta intención fue formalizada en América Latina en la Declaración de Caracas (40) y se refleja en los planes de cobertura de salud universal en los que somos pioneros entre las regiones en desarrollo (41).

Tal y como se ha visto en el mundo de las discapacidades físicas, los límites están más vinculados a conceptos sociales que a realidades inmodificables (42). Existe amplia evidencia de que las personas con problemas mentales experimentan resultados positivos a largo plazo, incluyendo: reportar vidas satisfactorias, discontinuar medicamentos psicoactivos, vivir independientemente y relacionarse bien con otros (43,44). El enfoque original de la filosofía *recovery* facilita un marco conceptual dirigido a ampliar los horizontes a los que los profesionales de salud mental debemos aspirar. Se pueden conseguir servicios de salud más adecuados y sostenibles combinando el conocimiento de profesionales e investigación de alta calidad científica, con el conocimiento popular y la experiencia de los usuarios. ■

Referencias bibliográficas

- Piat M, Sabetti J, Fleury MJ, Boyer R, Lesage A (2011). "Who believes most in me and in my recovery": The importance of families for persons with serious mental illness living in structured community housing. *Journal of social work in disability & rehabilitation*, 10 (1), 49-65.
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Anthony WA (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*; 16(4), 11.
- Farkas M (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*; 6(2), 68.
- Wyder M, Bland R (2014). The Recovery Framework as a Way of Understanding Families' Responses to Mental Illness: Balancing Different Needs and Recovery Journeys. *Australian Social Work*; 67(2), 179-196.
- Silva TR, Berberian AA, Gadelha A, Villares CC, Martini LC, Bressan RA (2017). Validation of the Recovery Assessment Scale (RAS) in Brazil in people with schizophrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 66(1), 1-8.
- Bird V, Leamy M, Tew J, Le Boutillier C, Williams J, Slade M (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*; 48(7), 644-653.
- Rose D (2014). The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health*; 23(5), 217-218.
- Abdullah T, Brown T L (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clinical psychology review*; 31(6), 934-948.
- Capella M, Andrade F (2017). Hacia una psicología ecuatoriana: una argumentación intergeneracional sobre la importancia de la cultura y la *glocalidad* en la investigación. *Teoría y Crítica de la Psicología*; (9), 173-195.
- Corrigan P (2004). How stigma interferes with mental healthcare. *American psychologist* 2004; 59(7), 614.
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International review of psychiatry*; 19(2), 113-122.
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*; 190 (3) 192-193
- Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (2009) (Eds.). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Pan American Health Org. Washington.
- Semrau M, Lempp H, Keynejad R, Evans-Lacko S, Mugisha J, Raja S, Hanlon C (2016). Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low-and middle-income countries: systematic review. *BMC health services research*; 16(1), 79.
- Ackenheil M, Jaime LKM (1999). The therapeutic transnological use of psychotropic drugs. *Dialogues in clinical neuroscience*; 1(3), 175.
- Barker P (2003). The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*; 12(2), 96-102.

18. Carpenter J (2002). Mental health recovery paradigm: Implications for social work. *Health & Social Work*; 27(2), 86-94.
19. Cloninger CR (1999). A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 33(2), 174-186.
20. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, Wang P (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*; 167(7), 748-751.
21. Davidson L, Harding C, Spaniol LJ (2006) (Eds.). *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University.
22. Rose D, Thornicroft G (2010). Service user perspectives on the impact of a mental illness diagnosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*; 19(2), 140-147.
23. Ghaemi SN (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British Journal of Psychiatry*; 195(1), 3-4.
24. Littlewood R (1990). From categories to contexts: a decade of the 'new cross-cultural psychiatry'. *The British Journal of Psychiatry*; 156(3), 308-327.
25. Thornicroft G, Rose D, Mehta N (2010). Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in psychiatric treatment*; 16(1), 53-59.
26. Watters E (2010). *Crazy like us: The globalization of the American psyche*. Simon and Schuster.
27. Henderson C, Thornicroft G (2009). Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *The Lancet*; 373(9679), 1928-1930.
28. Kleinman AM (1967). Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Social Science & Medicine*; 11(1), 3-9.
29. McHugh PR (2005). Striving for coherence: psychiatry's efforts over classification. *JAMA*; 293(20), 2526-2528.
30. Kleinman A (2008). *Rethinking psychiatry*. Simon and Schuster. New York.
31. Bentall R (2006). Madness explained: why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a 'complaint-orientated' approach to understanding mental illness. *Medical hypotheses*; 66(2), 220-233.
32. Johnston JM, Pennypacker HS, Green G (2010). *Strategies and tactics of behavioral research*. Routledge. New York.
33. Crews D (2008). Epigenetics and its implications for behavioral neuroendocrinology. *Frontiers in neuroendocrinology*; 29(3), 344-357.
34. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G, Murray RM (2010). Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophrenia bulletin*; 36(4), 655-664.
35. Berry K, Haddock G (2008). The implementation of the NICE guidelines for schizophrenia: barriers to the implementation of psychological interventions and recommendations for the future. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*; 81(4), 419-436.
36. Clark DM (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *International Review of Psychiatry*; 23(4), 318-327.
37. Donoso G (2009). Inter-American Court of Human Rights' reparation judgments. Strengths and challenges for a comprehensive approach. *Revista IIDH*; 49, 29-68.
38. Boydell J, Van Os J, Murray RM (2004). Is there a role for social factors in a comprehensive development model for schizophrenia. *Neurodevelopment and schizophrenia*; 224-247.
39. Susser E, Neugebauer R, Hoek HW, Brown AS, Lin S, Labovitz D, Gorman JM (1996). Schizophrenia after prenatal famine: further evidence. *Archives of general psychiatry*; 53(1), 25-31.
40. Minoletti A, Galea S, Susser E (2012). Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders. *Public health reviews*; 34(2).
41. Atun R, De Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, De Paula JB (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*; 385 (9974), 1230-1247.
42. Antonio JI, García LAH (2010). Políticas públicas sobre discapacidad en España. Hacia una perspectiva basada en los derechos. *Política y sociedad*; 47(1), 137-152.
43. Harding CM (2003). *Changes in schizophrenia across time: Paradoxes, patterns, and predictors*. American Psychiatric Publishing, Inc.
44. Sartorius N, Gulbinat W, Harrison G, Laska E, Siegel C (1996). Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*; 31(5):249-58.