

# El “modelo de la recuperación” y la reforma de la atención en salud mental: evidencias, diferencias y elementos para una agenda latinoamericana

Franco Mascayano

*Departamento de Epidemiología, Mailman School of Public Health, Universidad de Columbia  
E-mail: franco.mascayano@gmail.com*

Cristián Montenegro

*Departamento de Metodología, London School of Economics and Political Science*

---

## Resumen

En este artículo describimos el denominado “recovery model”, entendido como orientación hacia la recuperación, considerando las posibilidades y potencialidades que este enfoque le ofrece al contexto latinoamericano. Proponemos que la adopción de este modelo permitiría enriquecer los avances en la modernización de los sistemas y políticas de salud mental en la región. Aunque los progresos son evidentes y han sido largamente documentados, hay un escaso desarrollo de servicios que fomenten la participación de usuarios y se ajusten a sus intereses y necesidades.

Asimismo, se realiza una breve revisión histórica respecto al modelo de orientación a la recuperación y a las diversas evidencias que le sustentan, haciendo énfasis en experiencias que han permitido reorientar sistemas de salud mental en diferentes regiones del planeta. Se ofrecen, además, luces sobre emergentes experiencias de implementación de este paradigma en América Latina.

Finalmente, sugerimos una agenda compuesta de una serie de acciones que permitirían avanzar hacia la incorporación de esta orientación en nuestro contexto. Se enfatiza la importancia de dar a los usuarios un lugar preponderante en el proceso y la necesidad de un trabajo de contextualización reflexivo y detallado, a fin de avanzar en la formulación de un paradigma propio.

**Palabras clave:** Recuperación - Servicios de salud mental - Servicios orientados a la recuperación - América Latina - Cultura.

THE “RECOVERY MODEL” AND THE MENTAL HEALTH CARE REFORM: EVIDENCE, DIFFERENCES AND ELEMENTS FOR A LATINAMERICAN AGENDA

## Abstract

In this article we describe what is known as the recovery approach to mental health, considering the possibilities and potentialities that this model offers to Latin America. We propose that its adoption would enhance the modernization of systems and policies on mental health in the region. Although improvements in these areas are well recognized and documented, the participation of users and the development of services according to their needs and interests constitutes an important gap.

We briefly describe the historical roots of the recovery model and the evidence that supports it, emphasizing how the model has transformed mental health care in different regions of the globe. Some emerging regional experiences following the principles of recovery are described as well.

Finally, we propose an agenda to promote an orientation towards recovery in the region. Two underlying principles are highlighted: 1) the leading role that users must play in this process; and 2) the need for a comprehensive contextualization, not only for adapting the model but to start formulating our own paradigm for Latin America, inspired in what has been done in the Anglo-Saxon world, but open to being locally transformed and shaped.

**Keywords:** Recovery - Mental health services - Recovery-oriented services - Latin America - Culture.

## Introducción

Tras la declaración que emerge de la conferencia "Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina" celebrada en Caracas, Venezuela (1), una serie de reformas en torno a la salud mental se iniciaron en la mayoría de los países de América Latina. Varios estudios han descrito el avance de estas reformas, siendo de particular importancia aquellos que han utilizado el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS) (2). En una publicación reciente (3), se reportó que un 81% de los países en la región tienen una política o plan respecto a salud mental, y que más de un 50% dispone de una ley específica para velar por la salud mental de la población. Adicionalmente, se han establecido y proliferado en la región, una serie de estrategias acordadas con un modelo de salud mental comunitaria, como son la introducción de equipos de salud mental en atención primaria (4), la implementación de centros de salud mental comunitaria (CSMCs) y hospitales diurnos (5), la oferta de hogares o residencias protegidas como alternativa a la hospitalización psiquiátrica (6), y la promoción y sensibilización de la salud mental a través de campañas "anti-estigma" o vinculación con el intersector (por ejemplo, educación) (7, 8), entre otras medidas que han contribuido, sin espacio a dudas, a un viraje desde una perspectiva psiquiátrica/asilar hacia una que tiene como propósito mantener y/o reinserir a la persona con problemas de salud mental en la comunidad en donde reside.

Sin embargo, al reconocimiento de los avances en este proceso, le ha acompañado la identificación y caracterización de diversas falencias en torno al tipo y calidad de servicios que el sistema público entrega. En particular, investigaciones en Brasil y Chile, dos de los países con mayor desarrollo en servicios de salud mental del cono sur (3), han indicado que, a pesar de contar con una serie de dispositivos de tipo "ambulatorio", la lógica tradicional en la organización de los servicios psiquiátricos permanece. En un estudio conducido en Chile por Alvarado y colaboradores (9), se reportó que menos de un 25% de personas con primer episodio de psicosis recibían tratamiento de orden "psicosocial"; es decir, menos de un cuarto del total de la población atendida estaba vinculada a programas que fomentaban aspectos vitales como la inserción laboral, el desarrollo de relaciones de amistad o íntimas, y el apoyo emocional "en terreno", en la misma comunidad en donde los sujetos enfrentan la mayoría de las barreras discapacitantes. Por su parte, una revisión sistemática de 35 estudios llevados a cabo en Brasil concluyó que, en términos generales, los profesionales que se desempeñan en los CSMCs cuentan con escaso entrenamiento en abordajes que fomenten inclusión social (10), perpetuando una perspectiva tradicional de la salud mental en donde la remisión (o control) del cuadro psicopatológico es prioritario y el tratamiento farmacológico es la principal herramienta terapéutica. Finalmente, y de manera

transversal en la región, la participación de las personas con diagnóstico psiquiátrico es en general baja (11). Se ha descrito que los denominados "usuarios" son agentes más bien pasivos y receptivos a las indicaciones que emanan de los servicios y profesionales, afectando sus procesos de empoderamiento y recuperación, como ha sido largamente descrito en otras regiones del mundo (12-15).

En este contexto, nuestro planteamiento sugiere que el paradigma tradicional en psiquiatría y salud mental aún prevalece, en gran medida, porque los propios planes y programas promulgados por los diferentes países de Latinoamérica aún lo replican y sostienen. No parece así en una primera lectura, especialmente si consideramos los avances descritos al inicio de esta sección. Sin embargo, en un análisis más detallado (16), se constata la escasez de esfuerzos concretos y sostenidos por desarrollar servicios de rehabilitación centrados en la persona (17), en sus deseos e intereses, más allá de sus síntomas o "funcionalidad"; que introduzcan un tipo de relación colaborativa entre profesionales y usuarios basado en un modelo de "decisiones compartidas" (18, 19); que promuevan la participación de usuarios, no sólo en lo que respecta a sus propios tratamientos, sino también en la ayuda que éstos pueden prestar a otros usuarios (20); y que tengan su foco, finalmente, en ayudar a las personas con necesidades psíquicas a crecer y desarrollar sus vidas más allá de la presencia o no de síntomas mentales.

En el presente artículo describimos la denominada "orientación hacia la recuperación" o "modelo de recuperación" que ha inspirado planes y programas de salud mental en diversos países anglosajones como Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Australia y Nueva Zelanda (21). Su principio básico es que cada usuario vive un proceso personal de transformación que escapa a cualquier clasificación o guía diagnóstica. Una orientación tal implica servicios y programas que buscan crear condiciones para liberar el potencial de cambio personal, asumiendo que una recuperación es posible incluso no contando con apoyo profesional.

Frente a la inercia demostrada por la mayoría de los países de la región, donde la atención en hospitales psiquiátricos sigue dominando en términos de presupuesto en salud mental (22), se vuelve necesaria la consideración de alternativas. Para ello, ofrecemos una breve revisión histórica del concepto de recuperación (o *recovery*, utilizando el término anglosajón). En segundo lugar, analizamos qué implica que un servicio se oriente hacia la recuperación, y cuál es la evidencia disponible, entendiendo que esta orientación también cuestiona una definición estrecha de aquello que denominados "evidencia" (23). Por último, sugerimos una agenda para incorporar esta orientación en la región, considerando posibles barreras y facilitadores. Hacemos especial énfasis en los aspectos culturales que se deben tener en cuenta a la hora de proponer servicios de esta naturaleza, asumiendo la distancia entre el contexto anglosajón -donde el concepto se origina- y el escenario latinoamericano.

La posibilidad de una recuperación coherente con la especificidad política, social y cultural de Latinoamérica es discutida.

### Breve revisión histórica

El *recovery*, como concepto y paradigma, se comienza a aplicar al campo de la salud mental a inicios de la década del 70' (21), siendo utilizado anteriormente en programas para reducir adicciones a sustancias (24). Según Farkas y colegas (24), hay dos hechos que influyen en su consolidación como un paradigma válido a la hora de organizar servicios de salud mental: 1) el surgimiento de un movimiento de usuarios que defiende los derechos de las personas con discapacidad psíquica (25); y 2) los resultados de una serie de estudios longitudinales que indicaron que las personas con discapacidad psíquica tendían, dentro de un amplio margen de variabilidad, a mejorar en términos de reducción de síntomas y funcionalidad con el paso del tiempo (21).

Desde los 70' en adelante, las historias en "primera persona" de aquellos que han presentado problemas mentales comenzaron a difundirse masivamente, incluso en revistas académicas como *Schizophrenia Bulletin* o *Community Mental Health Journal* (26). Historias que describían las situaciones dramáticas experimentadas en diversos espacios psiquiátricos (aunque principalmente en asilos), que condujo a muchos a auto-denominarse "sobrevivientes de la psiquiatría" (26). Sin embargo, sus historias también expresaban optimismo y esperanza, y la afirmación de una vida más allá de las etiquetas psiquiátricas y los parámetros clínicos (27). Grandes exponentes fueron (y todavía son): Patricia Deegan (28), Marcia Lovejoy (29), Esso Leete (30), y Rae Unzicker (31).

Por otra parte, a inicios de los 70' la OMS establece el "Pilot study of Schizophrenia", el primer estudio de naturaleza global que caracterizó el curso y pronóstico de los trastornos psicóticos (32). Dicha investigación, junto a otras que le siguieron (33-35), concluyeron que entre un 25-65% de las personas con diagnóstico de psicosis lograban una disminución de sus síntomas suficiente para el desarrollo de actividades familiares, laborales, educacionales, etc. Aunque la "remisión de síntomas" no es central en la definición que luego adquiriría la noción de *recovery*, estos antecedentes sí contribuyeron a contradecir el "mito de la incurabilidad" de la "psicosis" (35).

Adicionalmente, dichos estudios demostraron una diversidad enorme entre los cursos "clínicos" individuales, diferencias tan amplias como las que existen entre una persona y otra. Por ejemplo, hubo sujetos que, aún presentando síntomas, mantuvieron sus respectivos trabajos y relaciones familiares. Otros, en cambio, habían logrado aquella "remisión total" de lo patológico, pero sus oportunidades laborales y vínculos cercanos eran limitados.

Lo anterior condujo a que algunos autores concluyeran que existe una recuperación clínica (*clinical recovery*), que se refiere al entendimiento tradicional de

lo que implica estar "recuperado" o "compensado", y un tipo de recuperación personal y social (*personal and social recovery*) (36), que refiere al desarrollo de una vida significativa, con esperanza, dignidad y autonomía, afrontando el posible riesgo de una crisis pero sin reducir las experiencias de las personas a un lenguaje psicopatológico estricto. Lo más relevante de este tipo de recuperación, es que se centra en las fortalezas y competencias del propio sujeto, siendo éste el eje principal de cualquier servicio de apoyo o asistencia, como se describe en la siguiente sección.

### Programas con orientación hacia la recuperación: descripción y evidencia

Siguiendo la distinción introducida anteriormente, Slade y Longden (37) sostienen que, en contraste a la recuperación "clínica", la recuperación "personal y social" conlleva: 1) considerar la recuperación de las personas como un proceso continuo, con altos y bajos, y que no puede ser capturado en una variable dicotómica (recuperado vs. no recuperado); 2) asumir que sólo puede ser entendida y definida por las propias personas que están en proceso de recuperación; 3) que su evaluación es, por sobre todas las cosas, personal y contextual, considerando a las personas "expertas por experiencia"; y, por último, 4) que la recuperación puede implicar cosas diferentes para cada individuo, aunque haya elementos compartidos.

En una reciente revisión sistemática con meta-análisis se hallaron correlaciones menores entre recuperación clínica (síntomatología, funcionalidad, hospitalizaciones) y recuperación personal (sentimientos de esperanza, empoderamiento, participación social) (38). Estos hallazgos nos llevan a considerar que la recuperación personal, aquella que es para muchas personas la más importante (39), se puede alcanzar incluso no habiéndose logrado una recuperación clínica (al menos no "completa", como se suele indicar).

Por consiguiente, los servicios con orientación a la recuperación promueven ambos tipos de recuperación, pero con un énfasis en la recuperación de orden personal. Cuando incluyen intervenciones tradicionales, como la psicofarmacología, lo hacen a condición de que usuario y profesional definan colaborativa y transversalmente las condiciones y características del tratamiento, asumiendo que para muchas personas el uso de fármacos tiene resultados positivos, aunque otras puedan experimentar desventajas que contrarresten algunos de sus beneficios. Asimismo, intervenciones familiares pueden tener una gran relevancia para ciertos sujetos, pero ninguna para aquellos en que la familia es un agente coercitivo y/o obstaculizador.

A la fecha se han reportado una serie de programas o intervenciones que se inspiran en los principios de la recuperación (37). Algunos ejemplos son el Individual Placement and Support (IPS) o "Empleo con Apoyo Individualizado" (40), que tiene como propósito facilitar el acceso y luego dar apoyo a las personas con

discapacidad psíquica en empleos competitivos en base a sus intereses y proyecciones; Housing First o la "Vivienda Primero", un tipo de servicios que asegura alojamiento permanente e independiente a las personas con diagnóstico psiquiátrico sin exigir adherencia al tratamiento o remisión de síntomas (41); el programa REFOCUS que busca, a través de entrenamiento y reestructuración organizacional, incrementar el uso de estrategias orientadas a la recuperación entre los equipos de centros de salud mental comunitaria en UK (42); y la intervención *Illness Management and Recovery* (IMR) o "Recuperación y manejo de la enfermedad", diseñada e implementada en Australia, que utiliza estrategias tradicionales como la psicoeducación o la terapia cognitiva conductual, pero siguiendo una lógica centrada en la persona y su proyección vital más allá de lo que determinan los síntomas (43). Todos estos programas cuentan con evidencia respecto a su impacto e implementación (37), aunque el uso de estrategias específicas para evaluar los elementos críticos de la recuperación (por ejemplo, involucramiento de usuarios) ha sido escaso. En contraste, la mayoría ha continuado reportando indicadores clínicos como reducción de síntomas y mejora en funcionalidad.

Adicionalmente, hay dos programas que valen un comentario aparte en esta sección, aunque por diferentes razones. El primero es el denominado "Recovery After an Initial Schizophrenia Episode" (RAISE), una iniciativa nacional en los EE.UU. que busca ofrecer un programa de cuidados coordinados para personas que desarrollan un primer episodio de psicosis. El RAISE, y sus dos programas derivados NAVIGATE y On Track New York (44, 45), son un ejemplo de buenas prácticas para diseñar e implementar un programa con orientación a la recuperación. Sus creadores siguieron una serie de pasos que consideraron, entre otras cosas: 1) seleccionar aquellos abordajes que presentaban evidencia respecto a su manejo de lo que hemos denominado como "recuperación clínica", como psicoterapia individual o apoyo familiar (46); 2) adaptar estas estrategias a un enfoque de recuperación, incluir nuevos componentes (por ejemplo, apoyo de pares), y unificarlo todo en un modelo (47); 3) evaluar sistemáticamente el modelo por medio de un estudio experimental en varios estados del país (48); y 4) dialogar efectivamente con los tomadores de decisiones para conseguir financiamiento permanente para el programa e implementarlo a nivel nacional (49). RAISE ha mostrado un efecto positivo en reducir el período de "psicosis no tratada", y mejorar la calidad de vida y el involucramiento de los usuarios con los servicios de salud mental.

Por otra parte, la intervención denominada Critical Time Intervention (CTI) o «Intervención en momento crítico» es otro ejemplo de buenas prácticas, esta vez, con una aplicación a nivel regional. La intervención fue diseñada en una primera instancia para apoyar aquel "período crítico" que implica la transición desde refugios para personas en situación de calle o del

hospital psiquiátrico a la comunidad en personas con diagnóstico de psicosis (50). Hay evidencia consistente sobre la efectividad de CTI para reducir tasas de hospitalización y sintomatología en esta población en los Estados Unidos y Europa (51, 52), la cual, luego de una detallada evaluación del contexto y los recursos locales, fue adaptada a la realidad de dos ciudades de Sudamérica (53). Así, se propuso un estudio en Rio de Janeiro y Santiago de Chile que consideró la aplicación de una versión de CTI que incluía trabajadores comunitarios (personas sin título profesional, pero con gran conocimiento de "recursos comunitarios") y pares (usuarios o ex-usuarios de los servicios de salud mental) quienes desempeñaron tareas "en la comunidad" procurando mantener a los usuarios conectados con servicios sociales, sanitarios e informales (por ejemplo, familia y amigos). Resultados preliminares muestran que la intervención logró implementarse apropiadamente en ambas ciudades (54). Sin embargo, un aspecto aún más interesante fue la buena recepción que hubo entre gestores, profesionales, familiares e incluso en otros usuarios que se enteraron de CTI, pero no participaron de ella (55).

Ambas experiencias, RAISE y CTI, ejemplifican formas de intervención que podrían tenerse en cuenta a la hora de introducir el enfoque de la recuperación en los servicios regulares de salud mental de Latinoamérica. La primera, por el trabajo sistemático y estratégico, que mezcló capacidad científica con manejo y gestión administrativa. La segunda, además, por el abordaje comprehensivo a la hora de entender los recursos locales y construir servicios en base a ellos. Por otra parte, el ejemplo de CTI nos muestra que las actitudes de profesionales y gestores hacia el modelo de la recuperación pueden ser más positivas de lo esperado, y que éstos pueden transformarse en poderosos facilitadores a la hora de la implementación de este tipo de servicios.

### Agenda en torno a la recuperación para la región

Tal como explicamos antes, un aspecto clave sobre la orientación a la recuperación es que, a diferencia de otros grandes abordajes o modelos en salud mental (por ejemplo, la desinstitutionalización) esta no tuvo su origen en la esfera académica o entre los profesionales o administradores, sino que fue "descubierta" y desarrollada directamente por los usuarios, muchas veces en abierta oposición a los servicios psiquiátricos tradicionales. ¿Como se puede "transferir" de un contexto a otro un proceso nacido desde la propia comunidad?

En su trabajo sobre el concepto de ciudadanía en salud mental, Eiora-Orosa y Rowe comentan que "los cambios 'top-down' son guiados por los intereses de los hacedores de política y administradores, los que no siempre coinciden con las aspiraciones colectivas, mientras que las transformaciones 'bottom-up' deben ser promovidas y aceptadas por los usuarios y los

trabajadores (56). Estudios cualitativos sobre la adopción de la idea de derechos humanos en salud mental apoyan esta perspectiva (57) y es natural pensar que con la orientación a la recuperación ocurre lo mismo (58).

A partir de esto consideramos que una agenda en torno a la recuperación en la región debe incluir, como primera e ineludible etapa, el involucramiento de la comunidad de usuarios y sus organizaciones en el proceso. A partir de esta rectificación política es posible determinar otras actividades y etapas subsiguientes.

1) Es crucial **identificar, visibilizar y brindar el debido reconocimiento a prácticas locales ya existentes, compatibles con los principios de la recuperación**. Muchas veces milita en contra de este reconocimiento una visión de la salud pública que solo percibe lo escalable y descarta la especificidad e innovación local o sub-nacional. Al mismo tiempo, este reconocimiento ofrecería una base desde donde elaborar proyectos más amplios.

2) Identificar prácticas existentes también implica **evaluar el impacto que tienen sobre la población que los servicios de salud sirven**. Dicha evaluación deberá ser tan comprensiva como sea posible, utilizando aproximaciones que permitan determinar efectividad, pero también metodologías capaces de explorar las experiencias personales y colectivas asociadas a procesos terapéuticos. Esta evaluación de lo existente deberá, además, explorar problemas de implementación, preguntando, por ejemplo: ¿qué elementos influyen en que un programa sea sustentable en contextos de bajos recursos y limitada infraestructura? o, ¿qué lugar ocupan tales programas o experiencias en el contexto de redes asistenciales más complejas, y cómo se apoyan o no en ellas? Es importante señalar que actores claves, como políticos y gestores públicos, suelen otorgar mayor relevancia a resultados emanados de estudios locales (59). Una estrategia clave, a nuestro juicio, es desarrollar intervenciones piloto que incluyan evaluaciones exhaustivas de sus resultados en diferentes dimensiones relevantes. Estas iniciativas proveerán las bases para el escalamiento.

3) Por otro lado, y vinculado con el punto anterior, cada país deberá desarrollar evaluaciones y recoger información relevante en torno a las **condiciones locales para el desarrollo de programas y servicios de salud mental orientados a la recuperación**. Estas condiciones no solo se refieren a elementos técnicos al interior de cada sistema de salud mental (formación académica, presupuesto para salud mental, legislación, etc.), también incluyen barreras y/o facilitadores socio-culturales y políticos, por lo que esta etapa de evaluación debe involucrar diferentes disciplinas y metodologías capaces de capturar esos elementos de contexto, incluyendo a usuarios como expertos por experiencia y productores de evidencia. El instrumento Quality Rights desarrollado por OMS puede guiar este proceso (60, 61).

4) Al mismo tiempo que se sistematiza evidencia local, se **debe revisar exhaustivamente el impacto demostrado por programas desarrollados en**

**países que tuvieran experiencia implementando y evaluando estos programas**. En el presente trabajo, describimos algunos que han sido particularmente paradigmáticos en términos de transformación de los contextos en que fueron introducidos. Creemos que un plan de implementación como el seguido por programas como RAISE muestra un camino para cimentar este tipo de servicios, mezclando acertadamente investigación con gestión política para asegurar sustentabilidad. Algunos autores, como Brownson y colegas (62), han señalado que aquella combinación es vital para la implementación de cualquier tipo de programa en salud.

5) La mayoría de los países que han dado un giro hacia la recuperación han establecido, inicialmente, **grupos de “expertos” incluyendo diferentes perfiles y tipos de experiencia, desde usuarios hasta investigadores** (21). Estos grupos podrán coordinar el desarrollo de estudios y la sistematización y generación de evidencia, pero, de forma crucial, serán quienes, mediante procesos coordinados de diálogo y discusión con diferentes actores, guiarán la adaptación cultural y social del concepto y de la práctica en los contextos en que estos servicios se desarrollen. Como se señaló anteriormente, el concepto *recovery* trae consigo la cultura que caracteriza a los países del hemisferio norte, con su énfasis liberal en la autonomía individual, la expresión de demandas en la esfera pública y el asociacionismo entre otras cosas (58, 63, 64). En América Latina, por otro lado, se han identificado resabios religiosos y autoritarios que se oponen a una valorización de la autonomía individual o a la libre expresión, pero también se reconoce una orientación cultural comunitaria que, aunque sometida a prueba luego de reformas neoliberales forzadas militarmente en la región, aún está presente y se expresa de diferentes formas (65). Integrar lo cultural debería ser prioritario y transversal a cualquier iniciativa en torno al tema, siendo uno de los focos de las evaluaciones que se conduzcan.

6) Conectado con lo anterior, es importante que estos grupos de trabajo definan indicadores que sean propiamente de recuperación y a diferentes niveles (usuario, profesional, organización, sistema). Una de las brechas actuales en investigación es que los programas basados en recuperación siguen evaluando dimensiones de interés psiquiátrico, como síntomas, hospitalizaciones, funcionalidad, habilidades sociales, etc. Indicadores complementarios a tener en consideración son: roles significativos en la sociedad (trabajo valorado, acceso a vivienda decente, sentirse miembro de la sociedad-comunidad, estar involucrado en un colegio-educación), participación social y política, bienestar, inclusión social, entre otros. El diseño de instrumentos culturalmente sensibles basados en dichos indicadores podría empujar el proceso en la región e inspirar a otros países del mundo a buscar caminos más propios que promuevan la recuperación.

7) Otro aspecto digno de mencionar es el formativo y profesional. La formación de profesionales en salud mental debe adaptarse a los principios de la recupera-

ción. Esto requiere la incorporación de contenidos y evidencias provenientes de otros contextos, pero también y sobre todo exposición temprana de los estudiantes al trabajo colaborativo con usuarios. De este modo el perfil del profesional podrá transitar desde una posición de autoridad y control a una de acompañamiento y co-construcción de procesos terapéuticos.

Finalmente, y de manera transversal a todas estas acciones, 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.

## Conclusiones

Si bien de manera somera y selectiva, este artículo ha intentado ofrecer elementos que permitan inspirar un proceso de transformación de los sistemas de salud mental en América Latina, tomando como modelo a seguir la orientación a la recuperación que actualmente guía la ejecución y desarrollo de servicios de salud mental en diferentes países, mayoritariamente, anglosajones. Hemos argumentado que tal orientación permitiría dinamizar y profundizar el proceso de reforma y modernización experimentado por estos sistemas, proceso que ha descuidado aspectos fundamentales como la participación de los usuarios, el respeto de sus derechos, y la horizontalización en la relación entre ellos y los profesionales de salud mental. Estos aspectos, a nuestro juicio, representan una deuda que debe ser abordada con urgencia y que atenta directamente al bienestar de la población con discapacidad psicosocial.

Frente a esta alarmante brecha, la orientación a la recuperación se presenta como una alternativa atractiva, en la medida en que ha demostrado ser efectiva en transformar la forma en que se ofrecen servicios de salud mental tanto en el diseño "macro" del sistema como en el nivel "micro" de la interacción entre usuarios, profesionales, y comunidad. Hemos presentado, a modo de ilustración, diferentes tipos de evidencia

provenientes de una serie de programas actualmente operando en países anglosajones, describiendo además las primeras señales de experiencias de implementación en el contexto sudamericano. Ambos tipos de evidencia, global y local, deberían informar futuras iniciativas a implementar en la región.

Es particularmente relevante generar, bajo diferentes modalidades, formas de diálogo local que permitan contextualizar la implementación de esta perspectiva. Un paso fundamental en esta línea es ampliar los espacios de inclusión de usuarios, desde el diseño hasta la evaluación de iniciativas. Hemos sugerido una agenda de trabajo, con acciones que creemos que podrían informar y orientar esta transición. Nuestra esperanza es que, dado su naturaleza general, pueda ser adoptada y utilizada en diferentes contextos.

Por último, metafóricamente hablando, podríamos entender la perspectiva de la recuperación como un árbol cuyas ramas y hojas se han extendido en el hemisferio norte. Por muy atractivo que resulte, ese árbol no puede ser simplemente trasplantado directamente a una nueva tierra: sus raíces evidencian un largo proceso que incluye experiencias de reforma, conquistas del movimiento de usuarios, luchas por derechos sociales, estudios epidemiológicos, y evaluaciones de clima cultural y social específicos, entre otros elementos. En contraste, sugerimos que la experiencia anglosajona sea uno de los "abonos" que alimente nuestro árbol, pero que éste debe ser cultivado, desde la semilla, en tierras latinoamericanas, siendo tarea nuestra generar las condiciones donde la semilla germine y crezca.

## Agradecimientos

Esta publicación fue apoyada en parte por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (proyecto U19MH095718 en que participa el primer autor). Los contenidos del manuscrito son responsabilidad única y exclusivamente de sus autores, y no representan la visión oficial del Instituto Nacional de Salud Mental. ■

## Referencias bibliográficas

1. Levav I, González Uzcátegui R (2007). The roots of the Caracas Declaration; in *Mental Health Care Reform: 15 Years After Caracas* [in Spanish]. Edited by Rodriguez J. Washington, DC, Pan American Health Organization.
2. World Health Organization (2005). *World Health Organization assessment instrument for mental health systems-WHO-AIMS version 2.2*. Geneva.
3. World Health Organization (2013). *Informe Regional sobre los Sistemas en Salud Mental en América Latina y el Caribe*. [Internet. Consultado el 17 de Agosto de 2017] Disponible en: [www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf](http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf).
4. Rodríguez J, Minoletti A (2013). *Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria*. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares.
5. Alvarado R, Schilling S, Abelha L, Lovisi GM (2017). *Development of Mental Health Services in a Major City in Latin America: Santiago*. *Mental Health and Illness in the City*. 2017:1-6.
6. Minoletti A, Galea S, Susser E (2012). *Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders*. *Public health reviews* 2012;34(2):13.

7. Mascayano F, Tapia T, Schilling S, Alvarado R, Tapia E, Lips W, Yang LH (2016). Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: A systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2016;38(1):73-85.
8. WHO. Mental health atlas 2011. Geneva: World Health Organization; 2011.
9. Alvarado R, Torres González F, Schilling S, Alvarado F, Domínguez C, Küstner BM, et al (2012). Factors associated with unmet needs in individuals with schizophrenia in Chile. *Cad Saude Colet*;20(4):466-72.
10. Costa PH, Colugnati FA, Ronzani TM (2015). Mental health services assessment in Brazil: systematic literature review. *Cien Saude Colet*;20(10):3243-53.
11. Agrest M, Druetta I (2011). El concepto de recuperación: La importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *Vertex*;95:56-64.
12. Chamberlin J (2005). User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*;14(1):10-4.
13. Anthony WA (2007). Toward a vision of recovery: for mental health and psychiatric rehabilitation services. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
14. Black BL, Rose SM (2002). Advocacy and empowerment: Mental health care in the community. Routledge.
15. Weinstein J (2010). Mental health, service user involvement and recovery. Jessica Kingsley Publishers.
16. Mascayano F. Evaluación de planes y programas de salud mental en América Latina y el Caribe. En progreso.
17. Barker P (2001). The Tidal Model: Developing a Person Centered Approach to Psychiatric and Mental Health Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*;37(3):79-87.
18. Beitinger R, Kissling W, Hamann J (2014). Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current opinion in psychiatry*;27(3):222-9.
19. Pozón SR (2012). La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas. *Dilemata*;10(10):263-77.
20. Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*;11(2):123-8.
21. Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J (2011). The roots of the recovery movement in psychiatry: Lessons learned. John Wiley & Sons.
22. Caldas de Almeida JM (2013). Mental health services development in Latin America and the Caribbean: achievements, barriers and facilitating factors. *International health*;5(1):15-8.
23. Amering M, Schmolke M (2009). Recovery in mental health: Reshaping scientific and clinical responsibilities. John Wiley & Sons.
24. Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community mental health journal*;41(2):141-58.
25. Deegan PE (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*;11(4):11-19.
26. Davidson L, Roe D (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*;16(4):459-70.
27. Agrest M (2016). Narrativas en primera persona: ¿qué es lo nuevo para un profesional de la salud mental? *Vertex*;27: 274-279.
28. Deegan P (1994). A letter to my friend who is giving up. Inlecture, Connecticut Conference on Supported Employment). [Internet] Disponible en: [http://ilru.org/html/publications/training\\_manuals/Advocacy\\_SeizePower.txt](http://ilru.org/html/publications/training_manuals/Advocacy_SeizePower.txt).
29. Lovejoy M (1982). Expectations and the recovery process. *Schizophrenia Bulletin*;8(4):605-9.
30. Leete E (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*;15(2):197.
31. Unzicker R (1989). On my own: A personal journey through madness and re-emergence. *Psychosocial Rehabilitation Journal*;13(1):71.
32. Strauss JS, Carpenter WT (1974). The prediction of outcome in schizophrenia: II. Relationships between predictor and outcome variables: A report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*;31(1):37-42.
33. Carpenter Jr WT, Kirkpatrick B (1988). The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*;14(4):645.
34. Harding CM, Zubin J, Strauss JS (1987). Chronicity in schizophrenia: Fact, partial fact, or artifact? *Psychiatric Service*;38(5):477-86.
35. Harding CM, Zahniser JH (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*;90(s384):140-6.
36. Davidson L, Tondora J, O'connell MJ, Kirk Jr T, Rockholz P, Evans AC (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*;31(1):23.
37. Slade M, Longden E (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC psychiatry*;15(1):285.
38. Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbeck F, de Haan L (2017). The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*.
39. MacDonald-Wilson KL, Deegan PE, Hutchison SL, Parrotta N, Schuster JM (2013). Integrating personal medicine into service delivery: empowering people in recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*;36(4):258.
40. Becker DR, Drake RE (1994). Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community mental health journal*;30(2):193-206.
41. Padgett DK, Gulcur L, Tsemberis S (2006). Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Research on social work practice*;16(1):74-83.
42. Slade M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, McCrone P, Leamy M (2011). REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomized controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry*;11(1):185.
43. Mueser KT, Meyer PS, Penn DL, Clancy R, Clancy DM, Salyers MP (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia bulletin*;9;32:S32-43.

44. Mueser KT, Penn DL, Addington J, Brunette MF, Gingerich S, Glynn SM, Lynde DW, Gottlieb JD, Meyer-Kalos P, McGurk SR, Cather C (2015). The NAVIGATE program for first-episode psychosis: Rationale, overview, and description of psychosocial components. *Psychiatric Services*;66(7):680-90.
45. Bello I, Lee R, Malinovsky I, Watkins L, Nossel I, Smith T, Ngo H, Birnbaum M, Marino L, Sederer LI, Radigan M (2017). OnTrackNY: The Development of a Coordinated Specialty Care Program for Individuals Experiencing Early Psychosis. *Psychiatric Services*;68(4):318-20.
46. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, Lehman A, Tenhula WN, Calmes C, Pasillas RM, Peer J (2009). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia bulletin*;36(1):48-70.
47. Kane JM, Schooler NR, Patricia Marcy BS, Correll CU, Brunette MF, Mueser KT, Rosenheck RA, Addington J, Estroff SE, Robinson J, Penn DL (2015). Original Research The RAISE Early Treatment Program for First-Episode Psychosis: Background, Rationale, and Study Design. *J Clin Psychiatry*;76(3):240-6.
48. Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA, Addington J, Brunette MF, Correll CU, Estroff SE, Marcy P (2015). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *American Journal of Psychiatry*;173(4):362-72.
49. Rosenheck R, Leslie D, Sint K, Lin H, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Addington J, Brunette MF, Correll CU (2016). Cost-effectiveness of comprehensive, integrated care for first episode psychosis in the NIMH RAISE early treatment program. *Schizophrenia bulletin*;42(4):896-906.
50. Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai WY, Wyatt RJ (1997). Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a "critical time" intervention after discharge from a shelter. *Am J Public Health*;87(2):256-62.
51. Herman DB, Conover S, Gorroochurn P, Hinterland K, Hoepner L, Susser ES (2011). Randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness after hospital discharge. *Psychiatric Services*;62(7):713-9.
52. Herman D, Conover S, Felix A, Nakagawa A, Mills D (2007). Critical Time Intervention: an empirically supported model for preventing homelessness in high risk groups. *The Journal of Primary Prevention*;28(3-4):295-312.
53. Tavares Calvacanti M, Araújo Carvalho M, Valencia E, Magalhães Dahl C, Mitkiewicz de Souza F (2011). Adaptação da "Critical Time Intervention" para o contexto brasileiro e sua implementação junto a usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro. *Cienc. Saude Cole*;16(12):4635-4642.
54. Susser E, Mascayano F, Alvarado R, Tavares M, Lovisi G, Valencia E, et al. Implementing Critical Time Intervention-Task Shifting in two cities of South America: preliminary findings. *En progreso*.
55. Alvarado R, Shilling S, Jorquera MJ (2016). Uso de la Intervención Critical Time Intervention en personas con primer episodio de psicosis. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*;72(4):331-8.
56. Eiroa-Orosa FJ, Rowe M (2017). Taking the concept of Citizenship in mental health across countries. Reflections on transferring principles and practice to different sociocultural contexts. *Frontiers in Psychology*;8.
57. Montenegro CR, Cornish F (2015). 'It is not the State's fault that we have a person like this': Relations, institutions and the meaning of 'rights' to carers of People with Psychosocial Disabilities in Chile. *Global Mental Health*.
58. Vasconcelos EM (2017). As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e Recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental I: Uma apresentação história e conceitual para o leitor brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental / Brazilian Journal of Mental Health*;9(21):31-47.
59. Alvarado R, Minoletti A, Valencia E, Rojas G, Susser E (2013). The need for new models of care for people with severe mental illness in low- and middle-income countries. En: Thornicroft G, Ruggeri M, Goldberg D, eds. *The Global Challenge of Improving Mental Health Care*. Chichester, UK: John Wiley; pp 78-95.
60. Minoletti A, Toro O, Alvarado R, Carniglia C, Guajardo A, Rayo X (2015). A survey about quality of care and user s' rights in Chilean psychiatric services. *Revista médica de Chile*;143(12):1585-92.
61. World Health Organization. WHO quality Rights tool kit: Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. World Health Organization: Geneva; 2012.
62. Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK, editors (2012). *Dissemination and implementation research in health: Translating science to practice*. Oxford University Press.
63. Tocqueville A. *La democracia en América 2*, Alianza, Madrid, 1993.
64. Davidson L, González-Ibáñez À (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*;6;37(131).
65. Adler-Lomnitz L (2013). *Redes sociales, cultura y poder: ensayos de antropología latinoamericana*. FLACSO Mexico.