

El modelo de recuperación: un paradigma, dos concepciones

Paula Garber Epstein

*Ph.D. The Bob Shapell School of Social Work, Tel Aviv University, Israel
E-mail: paulagarbere@gmail.com*

David Roe

Ph.D. Dep. of Community Mental Health, University of Haifa, Israel

Resumen

En las últimas décadas se han desarrollado nuevos modelos de recuperación en el campo de la salud mental, basados en el traslado del tratamiento hospitalario al comunitario. La salud mental comunitaria se convirtió en el estándar de atención y tratamiento, y las personas con enfermedades mentales tuvieron la posibilidad de congregarse libremente y apoyarse mutuamente. El nuevo modelo de recuperación incluye amplios aspectos de la persona y la recuperación se convirtió en la "visión orientadora" de los servicios de salud mental. Se desarrollaron nuevas definiciones de recuperación que están centradas en la diferencia de recuperarse de una enfermedad a estar en proceso de recuperación, o en otras palabras, "recuperación clínica" versus "recuperación personal". Este importante desarrollo representa un enorme desafío para los encargados de la formulación de políticas y planificadores de sistemas de salud mental modernos. Como se desprende de este artículo, los esfuerzos para implementar una perspectiva orientada a la recuperación que producirá un sistema de salud mental más basado en el consumidor recién han comenzado. La urgente necesidad de investigar estos esfuerzos, teniendo en cuenta la complejidad y muchos significados de "recuperación", comienza a manifestarse en las agendas de investigación en salud mental. Tratamientos orientados a la recuperación ponen su atención en preparar y entrenar a la persona con trastornos mentales a adquirir el conocimiento necesario para poder manejar su propia enfermedad y el proceso de recuperación, y de esta manera mejorar el funcionamiento en general, la salud y la calidad de vida.

Palabras clave: Recuperación - Recuperación personal - Servicios basados en la recuperación - Salud mental.

THE RECOVERY MODEL: ONE PARADIGM, TWO CONCEPTIONS

Abstract

In recent decades, new models of recovery have been developed in the field of mental health, based on the transfer of hospital treatment to the community. Community mental health became the standard of care and treatment, and people with mental illness were able to freely congregate and support each other. The new recovery model includes broad aspects of the person and recovery became the "guiding vision" of mental health services. New definitions of recovery were developed that focus on the difference between recovering from an illness and being in recovering, or in other words, "clinical recovery" versus "personal recovery." This important development represents a huge challenge for policy makers and planners of modern mental health systems. As is clear from this article, efforts to implement a recovery-oriented perspective that will produce a more consumer-based mental health system have just begun. The urgent need to investigate these efforts, taking into account the complexity and many meanings of "recovery", begins to manifest itself in mental health research agendas. Recovery-oriented treatments focus on preparing and training the person with mental disorders to acquire the knowledge necessary to manage their own disease and recovery process, and thus improve overall functioning, health and quality of life.

Key words: Recovery - Personal recovery - Recovery-oriented services - Mental health.

Introducción

Los orígenes del modelo de recuperación se remontan al cambio ocurrido durante la década del 70', en el cual el foco de tratamiento psiquiátrico en diversos países del mundo es transferido desde los hospitales psiquiátricos al tratamiento comunitario (1) y, paralelamente, proviene de los cambios legales que fueron destinados a proteger a los individuos con enfermedades psiquiátricas de tratamientos involuntarios, exceptuando situaciones extremas de riesgo para sí o para otro (2). A medida que la salud mental comunitaria se convirtió en el estándar de atención y tratamiento, y a medida que las personas con enfermedades mentales tuvieron la posibilidad de congregarse libremente y apoyarse mutuamente (3), comenzaron a expresar su insatisfacción con respecto al sistema de tratamiento existente (4), y a abogar por sus derechos como consumidores de servicios de salud mental (en los EE.UU.) o usuarios de servicios (en el Reino Unido). De hecho, un número creciente de consumidores se convirtió en defensores y líderes, esforzándose por llevar a cabo reformas en la política y la práctica de la salud mental. De esta manera nació el lema "NADA SOBRE NOSOTROS SIN NOSOTROS", reflejando su demanda de una participación creciente en la formación y reforma de los diversos servicios de salud mental. Por ejemplo, Patricia Deegan (5), doctora en psicología y activista pionera diagnosticada con esquizofrenia, contribuyó de manera importante al cambio de la rehabilitación psiquiátrica hacia un modelo de recuperación que incluye amplios aspectos de la persona, que hasta esa época no estaban amparados como parte del tratamiento, señalando que:

Las personas con discapacidad no se "rehabilitan" en el sentido de que los automóviles "se" sintonizan o los televisores "se" reparan. No son receptores pasivos de servicios de rehabilitación. Más bien, experimentan la recuperación como un proceso de reconstrucción de un nuevo sentido de sí mismo y de propósito dentro y más allá de los límites de la discapacidad (5, p. 11).

Anthony (6) amplió su visión del concepto de rehabilitación psiquiátrica y emitió un llamamiento para que la recuperación se convierta en la "visión orientadora" de los servicios de salud mental. Según Anthony (6), la recuperación es:

Un proceso personal, profundo y único de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y/o roles. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y contributiva, incluyendo dentro de ese cambio a las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida propia como parte del auto-desarrollo, más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental (6, p. 15).

Además de la contribución crucial de los consumidores de salud mental a la visión de recuperación, hubo un número creciente de estudios longitudinales que desafían la noción duradera que se remonta a Kraepelin, que asumía que una enfermedad mental grave, como la esquizofrenia, llevaba a un prematuro y definitivo dete-

rioro. Una serie de estudios de seguimiento a largo plazo de las personas diagnosticadas con esquizofrenia llevadas a cabo en la década de 1970 encontró que el 67% de las personas con esquizofrenia experimentaron mejoras significativas en el transcurso del tiempo, y que incluso muchos de ellos han llegado a recuperarse totalmente (7-11). Entre los que no se recuperaron completamente, hubo una amplia diversidad en el funcionamiento de varios dominios poco vinculados; algunas personas demostraron mejoría en algunas áreas (por ejemplo, los síntomas), mientras que no en otras (por ejemplo, el funcionamiento social) (12, 13). Solo cerca del 33% de las personas, demostraron un curso y resultados similares a las predicciones de Kraepelin, desde llegar a una estabilidad clínica (es decir, poca o ninguna mejora) hasta pacientes que mostraron un deterioro progresivo.

La pregunta que sigue pendiente es por qué estos hallazgos relacionados con la posibilidad de recuperación clínica siguen siendo tan ignorados (14).

La introducción del concepto de "recuperación" a la rehabilitación psiquiátrica y la atención de la salud mental ha tenido un efecto inspirador e influyente sobre los profesionales y los consumidores, promoviendo la esperanza en todo el campo. Tal vez su principal contribución ha sido en enfocar la atención sobre el hecho que muchas personas con enfermedades psiquiátricas pueden vivir vidas personalmente significativas y plenas como miembros integrales de sus comunidades, a pesar y más allá de los límites de su trastorno psiquiátrico. Si bien la visión de la recuperación ha sido ampliamente adoptada por las autoridades estatales y federales en los Estados Unidos y en diversos países europeos (15) (Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), 2003), la recuperación sigue siendo un concepto en evolución, cuyas definiciones y dimensiones requieren seguir desarrollándose (16, 17, 18).

Las diferentes definiciones de recuperación pueden organizarse generalmente en dos tipos, a los que Davidson y Roe (19) se refieren como "recuperación de" (*recovery from*) versus "estar en proceso de recuperación" (*recovery in*) y a lo que Slade (20) denomina "recuperación clínica" versus "recuperación personal". La primera, "recuperación de" o "recuperación clínica", se refiere a la visión más científico-profesional de la recuperación como un resultado basado en si se cumplen los criterios definidos operativamente. El otro concepto: "en recuperación" o "recuperación personal" alude al enfoque basado en la experiencia subjetiva del consumidor que considera la recuperación como un proceso continuo de cambio de identidad, incluyendo una ampliación de concepto propio (*self-concept*) (21). En la siguiente sección se desarrollan estas dos definiciones centrales de la recuperación.

"Recuperación de...", la "recuperación clínica"

En términos generales, la comunidad científica sigue considerando la recuperación como un resultado definido por el énfasis en la reducción de los síntomas clínicos (por ejemplo, manifestaciones de psicosis, síntomas negativos, desorganización cognitiva, depresión

y ansiedad) y un mejor funcionamiento cotidiano (rol y funcionamiento social, habilidades de vida independiente, etc). Esta forma de "recuperación de" o "recuperación clínica" implica la mejora de los síntomas y el retorno de la persona a un estado más saludable después de la aparición de la enfermedad. Esta definición se basa en criterios explícitos de niveles de signos, síntomas y trastornos asociados con la enfermedad e identificación de un punto en el que se puede considerar que ha habido "recuperación de" o "recuperación clínica". Así, esta definición tiene muchas ventajas desde perspectivas clínicas y de investigación, ya que es una medida clara, confiable y relativamente fácil de definir. Recientemente se ha propuesto una definición consensuada de "remisión clínica" (22) y se han incluido definiciones para la remisión de los síntomas clínicos, que forman parte de la fase activa de los criterios de la enfermedad. La remisión, de acuerdo con estos criterios, se define como la ausencia (es decir, no mayor que el nivel leve) de los síntomas centrales: síntomas de la enfermedad positivos, negativos o de desorganización. La duración temporal de la remisión se definió como un período de 6 meses.

Además de los intentos de definir la remisión de los síntomas, los esfuerzos también se han dirigido a desarrollar un criterio de remisión de la discapacidad funcional (23). Tales intentos se han centrado en el funcionamiento de los roles de la persona que incluye los principales roles sociales que implican alguna forma de actividad productiva que se ve afectada por la enfermedad psiquiátrica. El primer dominio es el trabajo y los estudios, el segundo es residencial (que incluye el autocuidado y la vida comunitaria), y el tercero es el funcionamiento social-lúdico. Cada dominio funcional incluye múltiples niveles de logro en dos criterios: nivel y amplitud de realización (23).

En conjunto, estos esfuerzos para establecer criterios operacionales para evaluar el grado de "recuperación de" enfermedades mentales en dominios clave como la gravedad de los síntomas y el nivel de funcionamiento significan un progreso importante. Los criterios ampliamente acordados y usados pueden mejorar los esfuerzos de investigación para investigar la prevalencia, el curso y los determinantes de la recuperación de la enfermedad mental.

Estar "en proceso de recuperación", la "recuperación personal"

Si bien pocos serían los que discutirían la importancia de definir y estudiar la intensidad de los síntomas y el nivel de funcionamiento, estos esfuerzos claramente no alcanzan a representar un panorama más amplio de lo que uno esperaría en la vida. Centrarse en la persona más que en el desorden (24) desplaza la atención hacia el bienestar, la plenitud de vida y los esfuerzos auto-dirigidos para encontrar significado, reconstruir un sentido propio de uno mismo (*sense of self*) y lograr cierto reconocimiento por parte de los demás como persona plena (25). Estos aspectos más subjetivos de una persona se capturan mejor en el concepto "estar EN PROCESO de recuperación" (19)

o "recuperación personal" (20). Esta forma de recuperación no refleja la realidad clínica o científica enfatizada en la definición orientada a resultados de "recuperación de" sino más bien una experiencia personal y subjetiva.

"Estar en recuperación" o "recuperación personal" consiste en recuperar la autonomía y la autodeterminación sin antes tener que recuperarse clínicamente de la enfermedad. En este sentido, alguien con una enfermedad psiquiátrica puede estar "en recuperación" dependiendo de cómo él o ella define lo que la recuperación significa para él o ella. Una persona con paraplejía, por ejemplo, no necesariamente tiene que recuperar su movilidad para tener una vida satisfactoria y personalmente significativa en la comunidad (19). Del mismo modo, estar "en recuperación" se refiere al proceso de la persona de definir y llevar a cabo perseguir (*pursuing*) sus esperanzas y aspiraciones personales, con dignidad y autonomía, a pesar de la supuesta vulnerabilidad de la persona a la recaída. Por lo tanto, estar "en recuperación" no requiere una cura, remisión de un trastorno psiquiátrico, o un retorno a un estado de salud preexistente. En cambio, implica una redefinición de la enfermedad como sólo un aspecto de un sentido multidimensional de sí mismo y connota el proceso de tratar de identificar, elegir y perseguir aspiraciones personales significativas, que no dependen de la remisión de los síntomas (19).

Una de las definiciones más ampliamente utilizadas de recuperación fue ofrecida por la Asociación Americana de Abuso de Sustancias y la Administración de Servicios de Salud Mental (SAMHSA) (26). En base a una reunión compuesta por académicos, profesionales, consumidores, y familiares, se generó una lista de componentes fundamentales de la recuperación: es auto-dirigida (*being self-directed*), individualizada y centrada en la persona, incluye el empoderamiento, es holística/integral, no lineal, basada en las fortalezas, y requiere el apoyo de los pares, respeto, responsabilidad y esperanza. En su conjunto, estos componentes ofrecen una visión de la recuperación tal como la experimenta el consumidor, impulsada por la esperanza y adaptada a sus necesidades. Davidson, Tondora, Lawless, O'Connell y Rowe (27), proponen una recuperación que comprende los siguientes elementos: renovar la esperanza y el compromiso, redefinir el yo, incorporar la enfermedad como sólo una parte menor de un nuevo sentido de sí mismo, estar involucrado en actividades significativas, superar el estigma, asumir el control, ser empoderado, manejar los síntomas y ser apoyado por otros. Si bien estos elementos son paralelos a los componentes de SAMHSA, también enfatizan que las personas deben desarrollar su propia comprensión de su enfermedad y proceso de recuperación, así como formas de tratar aspectos y síntomas que pueden ser persistentes. Esta conceptualización hace hincapié en cómo los cambios subjetivos en la forma en que las personas comprenden y experimentan a sí mismos como seres humanos individuales pueden ser un elemento esencial de la recuperación.

Un trabajo más reciente notable que tuvo un impacto considerable en su comprensión y conceptualización es el trabajo de Leamy y colegas (28) que llevó a cabo una

revisión sistemática que incluyó 97 artículos publicados de los cuales se identificaron 87 estudios distintos (que fueron seleccionados de más de 5.000 que fueron identificados y más de 366 que fueron revisados). Una vez seleccionados los artículos, los esfuerzos se dirigieron a desarrollar un marco conceptual. Se emplearon técnicas inductivas de codificación abierta para identificar temas centrales. El siguiente análisis se centró en las relaciones dentro y entre los estudios. Por último, se llevó a cabo un análisis temático hasta alcanzar la saturación de categorías y se sometieron a comentarios de un panel de expertos. El marco conceptual final consta de tres categorías interrelacionadas: características del camino (*journey*) de recuperación, etapas de recuperación y procesos de recuperación que detallamos a continuación.

En los 87 estudios se identificaron las características del camino de recuperación. La característica más común que fue mencionada fue la recuperación como un "proceso activo". Esto fue mencionado en la mitad de los estudios sugiriendo que podría ser el sello principal. Hay un marcado contraste entre la recuperación como un "proceso activo" en el que la persona está comprometida y el enfoque tradicional del tratamiento en el que los pacientes eran percibidos como receptores pasivos de la atención prestada por otros y se limitaban a lo que podían hacer principalmente para cumplir o para adherirse a las recomendaciones que estos expertos habían prescrito para ellos.

Entre un 20% y un 30% de los estudios describieron la recuperación como un proceso con una trayectoria no lineal y única. Esto pone de manifiesto la necesidad de que el plan de trabajo, el cuidado y el tratamiento sean personalizados y en sintonía con las mejoras, así como las recaídas o dificultades. Varias otras características fueron mencionadas con menos frecuencia (en 7-17% de los estudios). Estas incluyen la recuperación vista como diversas etapas que plantean la necesidad de adecuar el tratamiento a las diferentes características de cada etapa. Si bien los esfuerzos en esta dirección pueden tener alguna promesa (29, 30), es importante señalar que la recuperación personal también se ha descrito como de naturaleza no lineal y que el modelo transteórico del cambio de comportamiento (31), en el que estos modelos se han basan normalmente, es limitado en su aplicación al tratamiento de personas con enfermedades mentales (32). Las interpretaciones rígidas de este modelo pueden conducir inadvertidamente a impedir a las personas que lo requieran poder participar en servicios potencialmente curativos. En base a una evaluación profesional puede concluirse, erróneamente, que dicha participación no es "apropiada para la etapa", una conclusión y una práctica que no es consistente con el espíritu y la intención del tratamiento basado en la visión de recuperación (32).

La recuperación también puede ser entendida como un proceso de lucha, como un cambio de vida, como un proceso gradual y multidimensional. Este énfasis es crucial para no confundir el alto grado de optimismo incorporado y necesario en el proceso de la recuperación, ya que

a menudo dicho proceso es extremadamente desafiante y puede influir en diversos dominios de la vida, que requieren tiempo para recuperarse.

Otras características mencionadas por el estudio de Leamy y sus colegas (28) y que definen al proceso de recuperación, fueron que dicha recuperación puede ocurrir sin tratamiento o intervención profesional, a veces en forma casual, por ensayo y error, y a menudo facilitada por ambientes informales que fueron fuente de apoyo. Las conclusiones descritas por este estudio tienen importantes implicaciones, ya que sugiere que se puede vivir una vida personalmente significativa, incluso si todavía se experimentan síntomas en curso y que este proceso puede ser facilitado por ambientes de apoyo no formales que en conjunto con esfuerzos personales, pueden llevar a un significativo proceso de recuperación y no necesariamente siendo solo el resultado de intervenciones o de tratamiento alguno. Esto requiere la necesidad de ampliar los sistemas de atención y tratamiento, centrándose en la modificación y adaptación de los entornos y proporcionar apoyo terapéutico para el establecimiento de metas y objetivos, cuyo logro, como fue dicho anteriormente no es contingente a la remisión de los síntomas.

Por último, la revisión sistemática reveló cinco categorías de procesos de recuperación que se mencionaban con frecuencia: la conectividad, la esperanza y optimismo sobre el futuro, la identidad, una vida significativa, y el empoderamiento. Todos estos procesos pueden ser vistos como bloques de construcción básicos en el ser humano, sobre los cuales la mayoría de las personas construyen sus propias vidas y que podrían ser particularmente cruciales en momentos de desesperación al hacer frente a los síntomas psiquiátricos.

Teniendo en cuenta lo que se conoce acerca de estos procesos, ¿qué implicaciones tiene esto para el diseño y la prestación de atención y tratamiento psiquiátrico? La traducción de esta visión de recuperación a la práctica, por supuesto, variará dependiendo de las preferencias personales, así como del contexto social, organizativo y político-económico.

En la siguiente sección ofrecemos estrategias representativas para los profesionales que están comprometidos con los principios de la atención orientada a la recuperación, pero no están seguros de cómo podría ser esto en los entornos de servicio de rutina.

Algunos han sugerido que las conceptualizaciones médicas versus personales y subjetivas de la recuperación deben considerarse como complementarias en lugar de incompatibles (21). Cada definición contribuye a retratar y comprender los aspectos clave de la vida de las personas con enfermedades mentales, cada una ayuda a evaluar dónde está una persona a lo largo del curso multidimensional de la enfermedad y la recuperación, y guía la adaptación de la atención individualizada. Desde la perspectiva de los científicos, de las autoridades responsables de la formulación de políticas y los profesionales, sería problemático ignorar los síntomas y el nivel de discapacidad funcional, ya que la necesidad

de tratamiento y acceso a recursos suplementarios para gestionar una discapacidad debe basarse, al menos, en algunos criterios objetivos. De igual importancia, sin embargo, son las dimensiones que han sido enfatizadas principalmente por el movimiento de usuarios, tales como sentirse esperanzado, valorado y tener un sentido de vida significativa (20).

Servicios orientados a la recuperación

A medida que la visión de la recuperación se vuelve más generalizada e influyente, ha habido un creciente esfuerzo internacional para ir más allá de las prácticas clínicas tradicionales que se centraban en la remisión de síntomas y la mejora funcional, ampliando el enfoque en consideración de los diversos resultados de recuperación deseados y definidos por los consumidores. La publicación de 1999 del *Surgeon General Report* de los Estados Unidos sobre la Salud Mental fue un paso importante, con su afirmación de que todos los servicios de salud mental deben ser orientados al consumidor y la familia y tienen como objetivo primordial la promoción de la recuperación (33). En concreto, en el informe se afirma que “todos los servicios para las personas con trastornos mentales deben orientarse al consumidor y centrarse en promover la recuperación. Es decir, el objetivo de los servicios no debe limitarse a la reducción de los síntomas, sino que debe esforzarse por restaurar una vida significativa y productiva” (p. 455). Ampliando esta posición, el informe posterior de la Comisión de la Nueva Libertad de la Presidencia sobre Salud Mental, titulado “Lograr la promesa: transformar la atención de salud mental en América” (15), impulsó y remarcó aún más la necesidad de una reforma fundamental del sistema de salud mental. Además, el Programa de Acción Federal para la aplicación de la Nueva Comisión de Libertad subrayó la necesidad de un cambio profundo y revolucionario en su esencia (26). Frese, Knight y Saks (34) señalan que con el informe de la Comisión de la Nueva Libertad del Presidente en 2003, un énfasis en la recuperación para el trabajo clínico se hizo no sólo posible sino también esperado.

Pero ¿qué es un “sistema orientado a la recuperación” o “servicios orientados a la recuperación”? Una definición fue formulada por Davidson y colegas [27]:

Ofrecer a las personas con enfermedades mentales graves una gama de intervenciones eficaces y culturalmente sensibles, de las que pueden elegir los servicios y apoyos que consideren útiles para promover o proteger su propia recuperación. Además de diagnosticar y reducir los síntomas y los déficits, un sistema de atención orientado a la recuperación también ayuda al individuo a identificar y construir en las diversas áreas de la vida, en forma activa, las competencias y destrezas necesarias para lograr un sentido de dominio sobre su condición mientras recupera el sentido de autonomía, de pertenencia y participación en la comunidad (p. 89).

Definir lo que se entiende por “servicios orientados a la recuperación” es una tarea indispensable. De lo contrario, ¿cómo alguien sabría si los servicios recibidos están orientados a la recuperación? Como parte de este esfuerzo, Davidson y sus colegas (27) han publicado una guía de la práctica orientada a la recuperación en la que presentaron ocho estándares de práctica de recuperación para ayudar a guiar a los profesionales en su provisión de servicios:

- 1) Primacía de la participación activa: priorizar la participación de las personas en la recuperación y sus seres queridos en todos los aspectos y fases de la atención.
- 2) Promover la accesibilidad a los servicios: los programas orientados a la recuperación promueven el acceso a servicios rápidos y fáciles de recibir, sin barreras, que involucran a la persona y no a la discapacidad.
- 3) Asegurar la continuidad de la atención: el tratamiento, la rehabilitación y el apoyo necesitan ser cuidadosamente diseñados como un sistema de atención que garantice la continuidad de los servicios mediante relaciones terapéuticas constantes y duraderas.
- 4) Empleando evaluaciones basadas en las fortalezas: los proveedores evalúan las fortalezas que posee una persona para ayudarlas a satisfacer sus propias necesidades.
- 5) Ofrecer una planificación de recuperación individualizada: el plan de recuperación multidisciplinario debe individualizarse y desarrollarse en plena colaboración con la persona que recibe los servicios.
- 6) Funcionar como una guía de recuperación: los profesionales proporcionan a las personas que reciben servicios las herramientas que pueden utilizar durante todo el proceso de recuperación.
- 7) Promover el reconocimiento y el desarrollo de los recursos comunitarios: promover la inclusión en la comunidad identificando posibles lugares donde las personas con discapacidades sean bien recibidas y ocupen roles valorados.
- 8) Identificar y crear alternativas para sobrellevarlas barreras y los obstáculos de la recuperación: el proveedor de servicios de salud suministra a las personas las herramientas y estrategias necesarias para identificar las barreras de su propia recuperación, tanto en el sistema de salud mental como en la comunidad (27).

Dichos estándares están dirigidos a ayudar a los profesionales y agencias a ofrecer servicios y tratamientos orientados a la recuperación y ofrecer una hoja de ruta inicial a las formas de promover y mantener tal cuidado.

Desafíos sobre el concepto de “recuperación”

Mientras que el concepto de recuperación, y particularmente la noción de “estar en recuperación” o “recuperación personal”, ha generado mucha esperanza y un cambio positivo, este cambio presenta algunos desafíos. Con el fin de transmitir esperanza y tratar de “despatologizar” a las personas con enfermedades mentales, se podría argumentar que las personas con una disca-

pacidad psiquiátrica están en proceso de recuperación. El argumento, sin embargo, corre el riesgo de hacer la recuperación difícil de ser investigada a nivel científico (17). Si todas las personas están "en proceso de recuperación" y no hay variabilidad en el grado de recuperación, no es posible explorar los moderadores o los predictores de la recuperación. A causa de ello y con el objetivo de ayudar a los profesionales del sistema de salud mental responsables de promover cambios, planes y políticas de tratamiento a desarrollar más servicios orientados a la recuperación, es esencial definir y precisar el concepto de recuperación, e incluso definir los principales elementos que lo constituyen, para que pueda ser medido con mayor fiabilidad.

Como señalan Silverstein y Bellack (21), es importante estudiar cuales son los factores que promueven la recuperación. Más allá del importante objetivo de capacitar a los profesionales para que presten servicios que sean coherentes con los valores de recuperación (como la autodeterminación, la esperanza, la independencia), es crucial evaluar la eficacia de las prácticas que se cree que promueven la recuperación. Por lo tanto, estudiar y evaluar el impacto de intervenciones como "toma de decisiones compartidas", el desarrollo e inclusión de consumidores de servicios que están en proceso de recuperación como proveedores de servicios, "el auto-manejo de la recuperación y la enfermedad" (IMR) y otras prácticas que se consideran "orientadas a la recuperación", pueden hacer importantes contribuciones al cuerpo de conocimientos actualmente modesto sobre la relación entre la práctica orientada a la recuperación y la práctica basada en la evidencia, dos enfoques importantes que creemos son compatibles (35).

Una dirección potencialmente útil para mejorar el trabajo en esta área es reconocer que las nuevas conceptualizaciones de la recuperación tienen cualidades subjetivas y objetivas y que necesitan ser estudiadas juntas para tener una imagen completa. Tales intentos deben incluir esfuerzos para captar las preferencias, los valores y las experiencias de los individuos, sin perder de vista los aspectos más objetivos y funcionales de la recuperación, como la integración de la comunidad, el funcionamiento efectivo de roles y la participación en relaciones sociales que sean provechosas y significativas para el individuo.

Conclusiones

La introducción del concepto de recuperación en el campo de la salud mental ha tenido efectos inspiradores e influyentes en la vida de muchos consumidores y miembros de sus familias y ha influido en el pensamiento y el trabajo de los profesionales de la salud mental, proveedores de servicios y los encargados de dirigir cambios en la política de los servicios. Este importante desarrollo representa un enorme desafío para los encargados de la formulación de políticas y planificadores de sistemas de salud mental del siglo XXI. Como se desprende de este artículo, los esfuerzos para implementar una perspectiva orientada a la recuperación que producirá un sistema de salud mental más basado en el consumidor recién han

comenzado. La urgente necesidad de investigar estos esfuerzos, teniendo en cuenta la complejidad y muchos significados de "recuperación", comienza a manifestarse en las agendas de investigación en salud mental.

A lo largo de gran parte del siglo pasado, los profesionales de la salud mental siguieron adoptando una perspectiva kraepeliniana sobre la esquizofrenia que asumía que el trastorno tenía una trayectoria descendente inevitable y que llevó a mensajes desmoralizantes y "quebrantadores" por parte de los proveedores de tratamiento a los individuos y a sus familias, que la recuperación y la posibilidad de vivir una vida significativa "simplemente no es posible" (5). Sin embargo, como la acumulación de pruebas que han demostrado tasas significativas de mejora y la recuperación sintomática y funcional (36), las presunciones de la "inexorable" cronicidad de la esquizofrenia se hizo insostenible (37). Las personas con una enfermedad mental, junto profesionales de la salud mental, comenzaron a abogar por una definición más amplia y más significativa de la recuperación que iba más allá de las nociones médicas tradicionales que enfatizan la remisión de los síntomas (38, 39). Nuevas conceptualizaciones de la recuperación se centran en el proceso de aprendizaje, autodesarrollo y crecimiento a pesar de tener una enfermedad mental, y establecer un nuevo sentido de la identidad y un propósito de vida paralelamente y a pesar de los desafíos sintomáticos o funcionales persistentes (6, 40, 41, 20).

Un corolario directo de la suposición de la cronicidad de la esquizofrenia fue la creencia de que las personas con enfermedades psiquiátricas eran incapaces de tomar sus propias decisiones sobre el tratamiento, lo que creó una jerarquización de los procesos de toma de decisiones que a menudo conducen a tratamientos coercitivos (42, 43, 44). Los defensores del cambio argumentaron firmemente que las personas con enfermedades mentales graves son capaces de tomar decisiones importantes sobre sus vidas (15), señalando que estos individuos necesitan ser respetados, necesitan ser alentados a participar activamente en la planificación del tratamiento, y tener un rol activo en la identificación de los tratamientos que quieren (o querrán) y para qué fines (45, 46).

El concepto de servicios orientados a la recuperación ha sido propuesto para describir distintas formas de tratamiento en el campo de la salud mental que se basan en una comprensión de la naturaleza y en los valores primordiales de la recuperación como se describió anteriormente. Esto incluye los servicios que se centran en la persona como un todo, en lugar de centrarse exclusivamente en el trastorno; que están dirigidos a involucrar al individuo en la planificación y decisión del tratamiento y seguimiento; que respetan e inducen a la autonomía en la toma de decisiones y en el manejo de objetivos propios de la persona. Tratamientos orientados a la recuperación ponen su atención en preparar y entrenar a la persona con trastornos mentales a adquirir el conocimiento necesario para poder manejar su propia enfermedad y el proceso de recuperación, y de esta manera mejorar el funcionamiento en general, la salud y la calidad de vida (27, 47). ■

Referencias bibliográficas

- Johnson AB (1990). *Out of Bedlam: The Truth About Deinstitutionalization*. New York: Basic Books.
- Applebaum PS (1994). *Almost a Revolution: Mental Health Law and the Limits of Change*. New York: Oxford University Press.
- Davidson L, Chinman M, Kloos B, Weingarten R, Stayner D, Tebes JK (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 165-187.
- Chamberlin J (1978). *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*. New York: Hawthorne.
- Deegan PE (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.
- Anthony WA (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- Strauss JS, Carpenter WT (1972). The prediction of outcome in schizophrenia, I: characteristics of outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 27(6):739-46.
- Strauss JS, Carpenter WT (1974). The prediction of outcome in schizophrenia, II: relationships between predictor and outcome variables. *Arch Gen Psychiatry*, 31(1):37-42.
- Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 144(6):727-35.
- Ciompi L (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *Br J Psychiatry*, 136(5):413-20.
- Lin KM, Kleinman AM (1988). Psychopathology and clinical course of schizophrenia: a cross-cultural perspective. *Schizophr Bull*, 14(4):555-67.
- Strauss JS, Carpenter WT (1977). Prediction of outcome in schizophrenia, III: five-year outcome and its predictors. *Arch Gen Psychiatry*, 34(2):158-63.
- Davidson L, McGlashan TH (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *Can J Psychiatry*, 42(1):34-43.
- Harding CM, Zubin J, Strauss JS (1987). Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? *Hosp Community Psychiatry*, 38(5):477-86.
- Department of Health and Human Services (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America*. President's New Freedom Commission on Mental Health. Final Report. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.
- Liberman RP, Kopelowicz A (2005). Recovery from schizophrenia: A criterion-based definition. In R.O. Ralph & P. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness* (pp. 101-129). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Noordsy DL, Torrey WC, Mueser KT, Mead S, O'Keefe CO, Fox L (2002). Recovery from severe mental illness: An interpersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, 14, 318-326.
- Roe D, Rudnick A, Gill KJ (2007). The concept of 'being in recovery': Commentary. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30, 171-173.
- Davidson L, Roe D (2005). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16, 1-12.
- Slade M (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Silverstein SM, Bellack AS (2008). Scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28, 1108-1124.
- Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*, 162:441-449.
- Harvey PD, Bellack AS (2009). Toward a terminology for functional recovery in schizophrenia: Is functional remission a viable concept? *Schizophrenia Bulletin*, 35, 300-306.
- Strauss JS (1989). Subjective experience in schizophrenia: Towards a new dynamic psychiatry. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 179-187.
- Barham P, Hayward R (1990). Schizophrenia as a life process. En R. P. Bentall (Ed.), *Reconstructing Schizophrenia* (pp. 61-85). London, England: Routledge.
- Department of Health and Human Services (2005). *Transforming mental health care in America: Federal action agenda, first steps*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.
- Davidson L, Tondora J, Lawless MS, O'Connell MJ, Rowe M (2009). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care*. New York: Oxford University Press.
- 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. *British Journal of Psychiatry*, 199(6): 445-452.
- Andresen R, Oades LG, Caputi P (2011). *Psychological recovery: Beyond mental illness*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Liberman RP (2012). Phase-specific recovery from schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 42(6): 211-217.
- Prochaska JO, DiClemente CC (1992). The trans-theoretical approach. En: Norcross JC, DiClemente CC (eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 300-334). New York.
- Davidson L, Roe D, Andres-Hyman R, Ridgway P (2010). Applying Stages of Change models to recovery in serious mental illness: Contributions and limitations. *Israel J of Psychiatry and Related Sciences*, 47(3): 213-221.
- Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Disponible en: <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/surgeongeneral/larrysgr2.asp>
- Frese III, FJ, Knight EL, Saks E (2009). Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 370-380.
- Bond GR, Salyers MP, Rollins AL, Rapp CA, Zippel AM (2004). How evidence-based practices contribute to community integration. *Community Mental Health Journal*, 40, 569-588.
- Häfner H, an der Heiden W (2008). Course and outcome. En: K. T. Mueser & D. V. Jeste (Eds.), *Clinical Handbook of Schizophrenia* (pp. 100-113). New York: Guilford Press.
- Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM (2013). The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 39, 1363-1372. doi: 10.1093/schbul/sbs135
- Bellack AS (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 432-442.
- 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, 459-470.
- Deegan PE (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 19, 91-97.
- Roe D, Chopra M (2003). Beyond coping with mental illness: Toward personal growth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 334-344.
- Blaska B. (1990). The myriad medication mistakes in psychiatry: A consumer's view. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 993-997.
- Carling PJ (1995). *Return to Community: Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. New York: Guilford Press.
- Munk-Jørgensen P (1999). Has deinstitutionalization gone too far? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 136-143.
- Adams JR, Drake RE, Wolford GL (2007). Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 58, 1219-1221.
- Segal SP, Silverman C, Temkin T (1993). Empowerment and self-help agency practice for people with mental disabilities. *Social Work*, 38, 705-712.
- Farkas MD (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 4-10.