

POLICY

SAINSBURY CENTRE
for MENTAL HEALTH
removing barriers achieving change



Hacer de la recuperación una realidad

Geoff Shepherd, Jed Boardman & Mike Slade

Edición en castellano

Los principios de la recuperación

- La recuperación consiste en construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, definida por ella misma independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.
- Representa un movimiento que se aleja de la patología, la enfermedad y los síntomas, acercándose a la salud, la fortaleza y el bienestar.
- La esperanza es fundamental para la recuperación y la persona la experimenta en la medida en que va asumiendo un mayor control sobre su vida y percibiendo cómo otras personas la obtienen.
- Se estimula y facilita el autocontrol (manejo de uno mismo). Los procesos de autocontrol son similares pero funcionan de manera individualizada, de manera diferente en cada persona.
- Las relaciones de ayuda entre profesionales y pacientes se alejan del formato experto/paciente para acercarse al de entrenador o compañero de recorrido en el proceso de descubrimiento.
- Las personas no se recuperan solas. El proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido y satisfacción para la persona en el medio comunitario y no en servicios segregados.
- La recuperación consiste en el descubrimiento o re-descubrimiento de un sentido de identidad personal, separado de la enfermedad o discapacidad.
- El lenguaje usado, las historias que se construyen y su significado tienen una gran importancia como mediadores del proceso de recuperación. Esta mediación puede, por un lado, reforzar una sensación de esperanza y posibilidades o, por el contrario, invitar al pesimismo y la cronicidad.
- El desarrollo de servicios basados en la recuperación se apoya en las cualidades personales de los profesionales, al mismo nivel que en su formación académica. Se han de cultivar habilidades para la esperanza, creatividad, cuidados, empatía, realismo y resiliencia.
- La familia y otros allegados son a menudo cruciales para la recuperación y por tanto deben ser tenidos en cuenta cuando sea posible. Sin embargo, el apoyo entre iguales es fundamental para muchas personas en su proceso de recuperación.

Adaptado de *Recovery – Concepts and Application* por Laurie Davidson, de Devon Recovery Group. Agradecemos su autorización para el uso de este material.

Citas de Usuarios

A lo largo del texto usaremos citas de usuarios recogidas como parte de un estudio de investigación realizado por la Scottish Recovery Network (Brown & Kandirikirira, 2007). Agradecemos su autorización para el uso de este material.

Introducción

“Hace dos o tres años me di cuenta de que realmente era posible recuperarse... Pensaba que una vez tenías la enfermedad, ahí se acababa todo – pero te puedes recuperar. Para mí es un hecho bastante asombroso”.

A la idea de “recuperación” le ha llegado su momento. En su base reside un conjunto de valores sobre el derecho de una persona para construir por sí misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de síntomas de enfermedad mental. La recuperación se basa en ideas de autodeterminación y autocontrol. Enfatiza la importancia de la “esperanza” para mantener la motivación y apoyar las expectativas de una vida individual plena.

La recuperación proporciona un nuevo fundamento a los servicios de salud mental. Se ha convertido en el principio organizativo clave que subyace en los servicios de salud mental en Nueva Zelanda (Mental Health Commission, 1998), los Estados Unidos (Department of Health and Human Services, 2003) y Australia (Australia Government, 2003). Cerca de nuestro entorno, se han adoptado en Irlanda (Mental Health Commission, 2005) y en Escocia (Scotland Government, 2006).

Las ideas que sustentan la recuperación también se siguen en Inglaterra a través de varias políticas del Departamento de Sanidad cuyo objetivo es promover en los pacientes la autogestión de las enfermedades crónicas y la toma de decisiones. Estas políticas incluyen *El Paciente Experto (The Expert Patient)*. Department of Health, 2001); *Nuestra Salud, Nuestros Cuidados, Nuestra Palabra (Our Health, Our Care, Our Say)*. Department of Health, 2006a); *Marco de*

actuación para la salud y el bienestar (Commissioning framework for health and well-being). Department of Health, 2007a).

Varias de las principales fundaciones públicas de salud mental en Inglaterra están empezando a incorporar ideas de recuperación en sus principios operativos (por ejemplo, la Devon partnership NHS Trust, 2007; South London & Maudsley NHS Foundation Trust, 2007; South West London y St George’s Mental Health NHS Trust, 2007).

Respecto al apoyo de los profesionales, recientemente la *Directora de la Agencia Estatal de Enfermería (Chief Nursing Officer)* recomendó que se incorporaran los principios clave y valores del enfoque de recuperación a todas las áreas de actuación de la enfermería en salud mental (Department of Health, 2006b).

La recuperación ha recibido apoyos similares del *Colegio de Terapeutas Ocupacionales (College of Occupational Therapists, 2006)* y la *Sociedad de Psicología Británica, División de Psicología Clínica (British Psychological Society Division of Clinical Psychology, 2000)*. El *Real Colegio de Psiquiatras (Royal College of Psychiatrists)*, el *Instituto de Atención Social para la Excelencia (Social Care Institute for Excellence)* y la *Sociedad para la Mejora de los Cuidados (Care Services Improvement Partnership)* también han respaldado recientemente el concepto de recuperación en un importante documento, *Un propósito en común (A common purpose)*, rCp / SCie / CSip, 2007) presentado en Edimburgo en 2007, en la conferencia anual del Royal College of Psychiatrists.

Creemos que el concepto de recuperación necesita un desarrollo más amplio, pero ofrece un marco de trabajo que, si se adopta en serio,

propiciará en el futuro una transformación radical de los servicios de salud mental en Inglaterra. Este documento presenta algunas de las ideas clave y examina sus implicaciones para los servicios de salud mental. No es la última palabra sobre la recuperación. Más bien pretende abrir un debate sobre cómo el enfoque de la recuperación puede ser puesto en práctica y qué deben hacer los servicios de salud para convertirlo en realidad.

Definiciones de “recuperación”

“Me he convertido en dueño de mi enfermedad y asumo la responsabilidad de lo que hago y de lo que no hago. No dejo que la enfermedad me controle... No es toda mi vida, ahora es sólo parte de mi vida....”

“Recuperación” es un término algo discutible. Sin embargo, existe un amplio consenso en que la definición estaría en torno a lo dicho por uno de los fundadores intelectuales del movimiento de recuperación, Bill Anthony:

“[La recuperación es] un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. “La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental...”

(Anthony 1993)

Las ideas de recuperación han sido ampliamente formuladas por, y para, las personas usuarias de los servicios para describir sus propias experiencias personales. Los profesionales

deberían, por tanto, ser cuidadosos con las acusaciones de que los pacientes intentan asumir sus funciones. Sin embargo, creemos que para que la recuperación tenga el impacto que merece, los profesionales necesitan entender qué significa y, junto con los pacientes y otras personas implicadas, respaldar activamente su implementación en los servicios.

¿Cuáles son los elementos esenciales? Después de estudiar relatos personales sobre recuperación, Andresen, Oades y Caputi (2003) sugieren cuatro componentes claves. Estos se reflejan en el Cuadro 1. Son muy similares a los elementos sugeridos por Rethink (2008).

Cuadro 1: Componentes del proceso de recuperación

- I. **Encontrar esperanza y mantenerla** – creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro;
- II. **Re-establecimiento de una identidad positiva** – encontrar una nueva identidad que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo;
- III. **Construir una vida con sentido** – entender la enfermedad; encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad; dedicarse a vivir;
- IV. **Asumir responsabilidad y control** – sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida.

(Según Andresen, Oades & Caputi, 2003)

Un principio fundamental de la recuperación es que no significa necesariamente una cura (recuperación clínica). Enfatiza, en cambio, el recorrido único de una persona que vive con problemas de salud mental en el proceso de

construir su propia vida más allá de la enfermedad (recuperación social). Por tanto, una persona puede recuperar su vida sin necesariamente “recuperarse de” su enfermedad.

Como ocurre con los problemas de salud física, las personas necesitan reconciliarse con el trauma que causa en sus vidas la aparición de los síntomas, e incorporar estas experiencias a un nuevo sentido de identidad personal. ¿Qué me ha pasado? ¿Qué significa? ¿Por qué ha pasado? Estas preguntas surgen a cualquier edad cuando aparecen los primeros síntomas, pero son particularmente problemáticas en personas jóvenes, cuyo sentido de la identidad está aún en formación (Larsen, 2004).

Solo se pueden contestar o resolver si la persona afectada es capaz de descubrir –o redescubrir- su sentido de autocontrol y de creer en el futuro (esperanza). Sin esperanza no pueden empezar a construir sus vidas. La recuperación trata de este proceso y por lo tanto la *calidad* de esta experiencia es fundamental.

En los servicios de salud mental, las ideas sobre la recuperación han recibido mayor atención en casos sobre las experiencias de adultos, pero pueden aplicarse a cualquier persona que haya experimentado un problema de salud mental independientemente de su edad. También pueden usarse en áreas especializadas tales como servicios de salud mental forense, trastornos cerebrales y problemas de abuso de drogas y alcohol.

En el campo de la enfermedad física pueden aplicarse para cualquier problema de salud a largo plazo: asma, diabetes, artritis reumatoide, enfermedades cardíacas, etc. En la actualidad, estas enfermedades son gestionadas principalmente mediante la información que se

facilita al paciente, además del tratamiento y el control de los síntomas.

Los orígenes de la recuperación

“...A lo largo de los años, los psiquiatras y la gente, realmente nadie dice ‘puedes recuperarte’. Nunca se dice...”

Muchas de las ideas que fundamentan la filosofía de la recuperación no son nuevas. El mayor impulso viene del movimiento de consumidores/supervivientes en los años 80 y 90, que se basaba en la autoayuda, el empoderamiento y el apoyo. Desafiaba las ideas tradicionales sobre el poder profesional y el rol de experto que dominaban los servicios de salud mental (y que, discutiblemente, aún siguen haciéndolo). Estas ideas tenían sus raíces en los movimientos de Derechos Civiles de los años 60 y 70 en los Estados Unidos y en grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, donde el concepto de estar “en recuperación” sigue siendo un principio básico.

Las ideas de recuperación recibieron un fuerte impulso en los años 80 por la evidencia que aparecía en estudios sobre resultados a largo plazo de personas con enfermedad mental grave como la esquizofrenia. Se discutía la idea de que estas personas sufrían un inevitable deterioro, demostrando una gran variedad de diferentes resultados finales. La investigación puso de manifiesto que entre una cuarta parte y dos tercios de las personas que habían vivido una psicosis por primera vez eran capaces de conseguir una recuperación parcial o completa: recuperación definida como una suavización de los síntomas hasta un nivel suficiente para no interferir en las actividades diarias, permitiendo al

paciente reanudar actividades personales, sociales y profesionales (Davidson y McGlashan, 1997).

La mayoría de las personas con trastornos graves y de larga duración pueden, por lo tanto, esperar de forma realista una “recuperación clínica”, si bien algo menos de una cuarta parte, es probable que mantenga una discapacidad permanente. Aun así, la “recuperación social” no es imposible ya que pueden lograr una mayor comprensión sobre cómo gestionar sus síntomas y construir una vida con sentido pese a padecer limitaciones graves.

Muchas ideas sobre la recuperación vienen incluso de más lejos. Existen antecedentes en el concepto de “tratamiento moral” tal como se practicaba en las instituciones más tempranas inspiradas en el ejemplo del York Retreat (Digby 1985). También existen paralelismos con el movimiento de “Comunidad Terapéutica” que impulsó las reformas de las viejas instituciones después de la Segunda Guerra Mundial (Clark 1974). Estos dos enfoques ponían de relieve la importancia de un tratamiento humano, la autoayuda, el apoyo entre iguales y el valor del trabajo y otras actividades estructuradas. En Inglaterra, la recuperación también tiene vínculos con la tradición de la rehabilitación, encabezada por psiquiatras como Douglas Bennett (Bennett, 1978; Shepherd, 1984; 1999).

La rehabilitación se encuentra ahora en un proceso de redefinición para incorporar las ideas de recuperación (Roberts *et al.*, 2006). Ha mantenido una preocupación por los resultados sociales, en oposición a los resultados clínicos, pero existe un énfasis creciente en la autoayuda y en un enfoque centrado en lo que las personas pueden hacer, en vez de lo que no pueden hacer (Rapp & Goscha, 2006). Se ha dado mayor

importancia a las ideas de no perder la esperanza y mantener altas las expectativas (Perkins, 2006). Por lo tanto, la recuperación ofrece un nuevo marco conceptual para la práctica de la rehabilitación moderna

Servicios orientados hacia la recuperación

La rehabilitación no es la única área de los servicios de salud mental que está empezando a redefinirse. Según la Dirección Nacional de Salud Mental del Gobierno inglés (Government’s National Director of Mental Health):

“De forma creciente, los servicios sanitarios tienden a ir más allá de la atención clínica tradicional y ayudan a los pacientes a reintegrarse en la sociedad, redefiniendo la recuperación para que incorpore calidad de vida – un trabajo, un lugar decente donde vivir, amistades y una vida social”

(Appleby, 2007a).

Esto constata la importancia de la “exclusión social” como factor que contribuye a la incidencia y persistencia de los problemas de salud mental (Social Exclusion Report, 2004); y la de “capital social” como un potencial factor preventivo (De Silva y *otros.*, 2005; Falzer, 2007). En términos de políticas, significa que los servicios de salud mental necesitan preocuparse mucho más de la salud y el bienestar general y ofrecer apoyo directo para ayudar a las personas a que puedan actuar como ciudadanos de pleno derecho en sus comunidades (Department of Health, 2007a).

Los objetivos de los “servicios de salud mental orientados hacia la recuperación” son, por lo tanto, distintos de los objetivos tradicionales de los servicios de salud (“tratamiento y cura”). Estos

últimos ponen el énfasis en el alivio de síntomas y la prevención de recaídas. En la recuperación, la mejoría de los síntomas sigue siendo importante, y puede jugar un papel clave en la recuperación de la persona. Pero la calidad de vida, según la valore el propio afectado, es fundamental. La prueba más clara de la recuperación reside por tanto en las experiencias de los pacientes (e.g. Leete, 1987; Deegan, 1996) en la gravedad de los síntomas a lo largo del tiempo.

El papel de los profesionales

El enfoque de la recuperación también requiere una relación diferente entre las personas usuarias de los servicios y profesionales de la salud. Roberts y Wolfson (2004) lo han descrito como un cambio del profesional, percibido como distante, en una posición de experto y de “autoridad”, a ser alguien que se comporta más bien como un entrenador personal: *“Ofreciendo sus habilidades profesionales y conocimientos, a la vez que aprende del paciente y lo evalúa como experto que es, gracias a su experiencia”*. La base es una relación abierta, de confianza y honestidad, y es la calidad de esta relación de ayuda lo que resulta crucial.

La meta del profesional es por lo tanto ofrecer a la persona los recursos –información, habilidades, redes y apoyo- que le sirvan para gestionar su propia enfermedad en lo posible y ayudarle a obtener acceso a los recursos que se estimen necesarios para vivir su vida. Esto está totalmente relacionado con la orientación descrita en *New Ways of Working* (Department of Health 2007b). Repper y Perkins (2003) han resumido este cambio en la frase “al lado, no encima” (*On tap not on top*). Esto implica una relación de poder

muy diferente entre los profesionales y las personas atendidas.

El proceso de recuperación está así impulsado por la “esperanza” (Perkins 2006). Esto no significa necesariamente que en los servicios de recuperación todo el mundo deba estar siempre “esperanzado”, incluso ante lo que parecen ser problemas de imposible solución. Aunque es cierto que, según este enfoque, las esperanzas y las ilusiones de las personas a menudo son más importantes que el dictamen profesional sobre lo que es “realista”, no se fomentan las fantasías ingenuas.

En cierta manera, esto es simplemente pragmático. Las esperanzas y expectativas de una persona normalmente ejercen una mayor influencia en su comportamiento de lo que piensan los profesionales. También hay que reconocer que a los profesionales a menudo se les da bastante mal realizar predicciones precisas sobre lo que es posible o no para un individuo concreto en un área específica de su vida, y existe el peligro de que los profesionales subestimen el potencial de la gente. Unas expectativas pobres pueden entonces convertirse demasiado fácilmente en profecías autocumplidas (Social Exclusion Unit, 2004).

Sin embargo, la recuperación no devalúa las opiniones del profesional. Ni hace que los profesionales pretendan que algo es posible cuando sinceramente creen que no lo es. No obstante, los profesionales deberían recordar que algunas veces se pueden equivocar y deben reconocer que existe un valor intrínseco en apoyar a personas que intentan alcanzar sus propias metas, incluso si piensan que estas metas son poco “realistas”.

Si modificar los síntomas es un objetivo secundario, lo realmente importante es la ayuda ofrecida por los profesionales y servicios que no son de salud mental.

“Cualquier servicio o tratamiento o intervención o apoyo debe ser juzgado de este modo - ¿hasta qué punto nos permite llevar la vida que deseamos vivir?”

(Repper & Perkins, 2003).

La vivienda, el empleo, la educación y la participación en la sociedad y en actividades de ocio se convierten entonces en los principales objetivos. No sólo son circunstancias que los profesionales esperan que ocurran si la persona se “cura”. Los tratamientos, bien sean físicos, psicológicos o sociales, son útiles sólo si ayudan a conseguir estas metas. Esto da la vuelta por completo a las prioridades tradicionales de los servicios de salud mental.

El recorrido hacia la recuperación

“Ten una visión de dónde quieres estar e intenta encontrar maneras de llegar allí.... Nada te debería impedir ser lo que quieres ser... Nunca dejes que nadie te lo diga. No es su vida, es la tuya...”

Aunque la “recuperación” es una opción para todos, no es preciso que cada individuo la asuma al mismo nivel (depende de su “elección”). Andresen, Caputi y Oades (2006), tomando como base extensas entrevistas con personas usuarias de los servicios, sugieren cinco ‘etapas’ en el proceso de recuperación. Estas se describen en el Cuadro 2.

Cuadro 2: Las cinco etapas de la recuperación

- **Moratoria** – Un tiempo de retraimiento caracterizado por una profunda sensación de pérdida y falta de esperanza;
- **Concienciación** – Darse cuenta de que todo no está perdido y que una vida plena es posible;
- **Preparación** – Hacer un inventario de las fortalezas y las debilidades respecto a la recuperación y empezar a trabajar en el desarrollo de habilidades de recuperación;
- **Reconstrucción** – Trabajar activamente para lograr una identidad positiva, fijar metas significativas y asumir el pleno control de la propia vida;
- **Crecimiento** – Vivir una vida con sentido, caracterizada por la autogestión de la enfermedad, la fuerza moral y un sentido positivo de uno mismo.

(De Andresen, Caputi y Oades, 2006)

Las ‘etapas’ del Cuadro 2 no deben interpretarse como una progresión lineal que todo el mundo debe recorrer. Es mejor verlas como aspectos de vinculación con el proceso de recuperación. Entonces, ¿por qué no se vincula al mismo nivel todo el mundo?

Davidson & Roe (2007) sugieren que muchas personas pueden parecer reticentes a implicarse en la recuperación debido a la gravedad de sus síntomas, sus experiencias negativas con los servicios de salud mental, los intolerables efectos secundarios de la medicación o el simple hecho de que es a veces demasiado doloroso y costoso

La importancia del trabajo y el empleo

para ellos empezar a reconocer que necesitan el tipo de ayuda que se les está ofreciendo. Es vital que los servicios apoyen a estos individuos para empezar su recorrido de recuperación.

En primer lugar, los profesionales deben estar dispuestos a escuchar. “Escuchar” es una habilidad muy subestimada y, aunque pueda ser incómoda, a menudo es muy valioso estar dispuesto tan sólo a sentarse y escuchar mientras la persona intenta dar sentido a su experiencia de malestar y angustia (también puede ser doloroso para los profesionales escuchar las descripciones del paciente acerca de un servicio donde estuvo con anterioridad y no se preocuparon por su situación). Se puede animar entonces al paciente a que escriba sus síntomas y sus estrategias para afrontar la enfermedad y, así, centrándose en pequeños pasos para efectuar cambios, aumentar su sentido de autocontrol en momentos de angustia (Perkins, 2007).

Mientras se construye este proceso, la persona puede trabajar en trazar un “plan de crisis” conjunto, implicando a su coordinador de cuidados y a su psiquiatra. Esto sería como unas “Instrucciones anticipadas” que explícitamente involucran a todo el equipo que lleva su tratamiento y se ha demostrado que tienen un efecto significativo en la reducción de ingresos involuntarios (Henderson *et al.*, 2004).

Por lo tanto, si los profesionales pudieran empezar a retroceder un poco, a compartir su poder y a reconocer la contribución de los “expertos por su propia experiencia” -personas usuarias y sus cuidadores- entonces todas las partes saldrían ganando. Si la persona puede conseguir mayor control sobre sus síntomas y cómo gestionarlos, en especial en momentos de crisis, la confianza en sí mismo puede empezar a crecer y a controlar otros aspectos de su vida.

“La cosa más difícil de tener una enfermedad mental es la sensación de que estás constantemente recibiendo cosas, que la gente siempre te está dando, que la gente siempre te está manteniendo... La recuperación me ha llevado a encontrar formas de devolver cosas a la gente que me importa...”

Uno de los indicadores más importantes de progreso se manifiesta cuando la persona es capaz de abandonar el “papel de enfermo” y convertirse en algo más que un receptor pasivo de cuidados. Bien sea a través del trabajo, del cuidado de la familia o allegados, o simplemente dándose cuenta de que al compartir su experiencia puede ofrecer esperanza e inspiración a otros, esto es a menudo un paso clave en el proceso de recuperación.

El trabajo y el empleo siguen siendo el principal medio para que las personas se vinculen a sus comunidades y construyan sus vidas. Darse cuenta de que uno tiene “algo que dar”, y no sólo necesitar ayuda, es muy importante en la construcción de un sentido positivo de autoestima, siendo éste el núcleo de la recuperación.

Por supuesto, está el peligro de que el “trabajo” se vea como una panacea. También existe el temor de que el entusiasmo del Gobierno por reducir las cifras de personas que reclaman subsidios de incapacidad, obligue a las personas con problemas mentales a volver al mercado laboral, agravándose su angustia en vez de aliviársela.

Es importante lograr un equilibrio entre los peligros de obligar a la gente a que vuelva al

trabajo y los peligros de excluirlos por una mezcla de ignorancia, prejuicios y falta de ayuda eficaz. Creemos que los peligros más grandes están todavía en el lado de la exclusión. Hay ciertamente amplia evidencia de que la mayoría de las personas con problemas de salud mental quieren trabajar, siempre que se les ofrezca la ayuda y el apoyo adecuado (Seebohm & Secker, 2005). Si la recuperación ha de hacerse realidad, el empleo tendrá que ser una de sus prioridades clave.

Cuidadores, familiares y amistades

Los problemas de salud mental tienen un profundo efecto no sólo en la vida de la persona que los padece, sino también en quienes le rodean. Personas cuidadoras, familiares, y amistades suelen dar la mayor parte del apoyo que recibe el paciente y pueden jugar un papel esencial en promover la recuperación y facilitar la inclusión social. Para hacerlo de forma eficaz, necesitan entender la situación de la persona y los retos que afronta, así como recibir el apoyo necesario para ayudarlo en su recorrido hacia la recuperación.

Sin embargo, familiares, cuidadores y amigos todavía se suelen sentir mal informados y sin apoyo. Además, algunos cuidadores siguen creyendo que los profesionales implícitamente –o a veces explícitamente- los culpan de los problemas de su familiar, lo cual no favorece el desarrollo eficaz de “la cooperación en el cuidado” (partnerships of care) (Repper *et al.*, 2007).

La familia y las amistades también se enfrentan al reto de lograr su propia recuperación. Tienen que volver a evaluar su vida, aceptando lo que ha

pasado y efectuar los cambios necesarios. Familiares, cuidadores y amistades deben descubrir nuevos valores y sentido a sus vidas, tanto para ellos mismos como en su relación con el ser querido que está enfermo. Con demasiada frecuencia, estos cuidadores ven cómo se reducen sus redes sociales, sus contactos y sus oportunidades y se dan cuenta de que ellos también están viviendo el estigma y la exclusión social.

Por lo tanto, es importante que los servicios de salud mental también faciliten la recuperación de los cuidadores y las personas cercanas al paciente, ayudándoles a dar sentido a lo ocurrido, reorientar sus vidas y poder acceder a nuevas oportunidades.

Limitaciones de la práctica orientada a la recuperación

“No soy estúpido, ¿sabes?. Puede que esté deprimido, puede que sea retraído, puedo ser un psicótico, pero no soy así todo el tiempo”

A pesar de su popularidad y de su atractivo intrínseco, las ideas sobre la recuperación no han carecido de detractores. Ya se conocen algunas reacciones en contra de las ideas de la recuperación. Por algunos es percibida como un medio para poder justificar recortes en sanidad, reducir beneficios y obligar a que las personas retomen sus empleos. Quizás son temores comprensibles pero, desde nuestro punto de vista, no se debe permitir que obstaculicen el valor de estas ideas y su potencial para producir transformaciones que mejoren los servicios de salud mental.

Algunas de las críticas más extendidas acerca del enfoque de la recuperación se resumen en

Davidson *et al.*, (2006). Estas críticas se enumeran a continuación.

1. *“La recuperación es una noción ya conocida. ¿De dónde viene todo este boom? Llevamos mucho tiempo haciendo recuperación”.*

Hay ideas relacionadas con la recuperación que ya nos son familiares. Quizá esto no nos sorprenda, porque tienen que ver con problemas y dificultades de salud a largo plazo. Aunque hay poco en los servicios de salud mental que sea realmente nuevo, podríamos argumentar que la ‘recuperación’ es lo suficientemente diferente para justificar su inclusión como un concepto nuevo que supone nuevas e importantes implicaciones.

2. *“Orientar la atención a la recuperación aumenta la carga de trabajo de los profesionales de salud mental. ¿Quieres decir que no solo tengo que cuidar y tratar a gente, sino que ahora también tengo que “hacer” recuperación?”*

La recuperación no necesariamente supone una carga extra si se sustituyen los planteamientos ya existentes. Podría suponer una carga de trabajo extra, si orientar la atención a la recuperación fuese simplemente algo ‘añadido’. Sin embargo, el argumento es que los modelos de recuperación deben *sustituir* los planteamientos tradicionales de ‘evaluación-tratamiento-cura’ existentes en los servicios de salud mental. De esta manera no deberían suponer una mayor carga de trabajo a los ya sobrecargados profesionales. Más bien podría argumentarse lo opuesto: que la recuperación podría eliminar algunas cosas.

3. *“La recuperación significa que la persona está curada. ¿Qué significa que tus usuarios están*

en recuperación? ¿No ve lo discapacitados que siguen estando? ¿No hay aquí una contradicción?”

No. La recuperación trata sobre la persona y su vida. Lo que pasa con su “enfermedad” es otra cosa distinta. ‘Cura’ y ‘recuperación’ no son lo mismo, aunque un tratamiento activo pueda ser un elemento esencial en el proceso de recuperación.

4. *“La recuperación es posible solo para muy pocas personas con enfermedades mentales graves. Usted no puede referirse a las personas que yo veo. Están demasiado incapacitadas. La recuperación no es posible para ellas”.*

No. La recuperación es posible para todo el mundo. Sin embargo, no todo el mundo estará preparado -o dispuesto- para afrontarla de la misma manera. Las personas tienen que elegir su propio camino de recuperación. El papel de los demás (incluyendo a los profesionales) es asegurar que la persona nunca se vea desanimada en su creencia de que debe perseguir sus propias esperanzas y aspiraciones.

5. *“La recuperación en salud mental es una moda irresponsable. Esto es tan sólo la novedad mas reciente que predispone al fracaso.”*

No. Es probablemente el nuevo enfoque más importante para los servicios de salud mental. La recuperación representa la convergencia de un número de ideas (empoderamiento, autogestión, derechos de las personas con discapacidad, inclusión social y rehabilitación) bajo un solo encabezado que señala una nueva dirección para los servicios de salud

mental. La recuperación no va a desaparecer de la noche a la mañana.

6. *“La recuperación solo ocurre después, y como resultado de un tratamiento activo y de que los pacientes adquieran la capacidad de introspección. Mis pacientes ni siquiera quieren reconocer que están enfermos. ¿Cómo puedo hablarles de recuperación cuando no tienen la percepción de estar enfermos?”*

No. El tratamiento y el auto-conocimiento van de la mano con la recuperación. Como ya se ha indicado, el ‘tratamiento activo’ debe ser una parte importante de la recuperación. No hay inconsistencia en este sentido. ‘Percepción personal’ (“insight”) es un concepto altamente discutible. No es una cuestión de ‘todo o nada’. La percepción personal es menos importante que saber cómo la persona está evaluando diferentes aspectos de su vida.

7. *“La recuperación puede ser implementada sólo a través de la introducción de nuevos servicios. Claro que estaremos encantados de hacer recuperación, tan solo necesitamos recursos, dinero y personal.”*

No. Ya tenemos una amplia gama de políticas en salud mental que apoyan el enfoque de la recuperación. No necesitamos más políticas o servicios, solo necesitamos hacer que los servicios existentes funcionen de manera más eficaz, mas enfocados a las necesidades de los usuarios, con una orientación claramente enfocada hacia la recuperación.

8. *“Los servicios de recuperación no son ni rentables ni están basados en la evidencia. Primero fue la gestión de cuidados, luego la*

práctica basada en la evidencia, y ahora es la recuperación. Pero la recuperación ni es coste-efectiva ni se basa en la evidencia”.

Se puede argumentar que la recuperación supone una utilización indebida de los presupuestos destinados a los servicios de salud, si lo que se consigue sólo son beneficios sociales. Pero estos beneficios sociales conllevan beneficios significativos para la salud. El análisis de los testimonios personales sugiere que sentirse más ‘en control’ sobre la propia vida y encontrar un significado mas allá de la enfermedad tiene importantes consecuencias en la salud mental del paciente. La recuperación también significa mayores logros en metas sociales diversas. En cuanto a que no están basados en la evidencia, se puede decir que a los diferentes tipos de evidencia se les puede dar usos diferentes. Así, aunque los relatos personales tienen validez inmediata, la evidencia de estudios clínicos existentes (por ejemplo, la eficacia de modelos de comunicación e información sobre la esquizofrenia, los diferentes enfoques para el autocontrol de los síntomas, la ayuda eficaz a las familias, las estrategias eficaces de colocación en empleo ordinario, etc.), se pueden usar para apoyar a las personas usuarias en su trayecto hacia la recuperación.

9. *“El enfoque de la recuperación devalúa el papel de la intervención del profesional. ¿Para qué me he formado durante diez años si otra persona sin ningún tipo de formación va a tomar todas las decisiones?”*

No. La información que puede ofrecer el profesional sigue siendo importante, pero la recuperación la sitúa en un contexto distinto. Los profesionales son expertos en realizar

intervenciones eficaces en el tratamiento, en dinámicas grupales, en los temas relacionados con la participación y en el marco conceptual para facilitar el desarrollo de los servicios. Por lo tanto, no se trata de que los profesionales dejen de serlo –ni siquiera se trata de que los profesionales utilicen “nuevas” intervenciones- se trata de cómo se utilizan las intervenciones ya existentes y en qué contexto.

- 10.** *“La recuperación aumenta los riesgos y la asunción de responsabilidades por parte de los proveedores de servicios. Si la recuperación es responsabilidad de la persona, ¿Por qué me responsabilizan a mí cuando las cosas salen mal?”*

El riesgo es inherente a todo servicio de salud mental. En los servicios “orientados a la recuperación” los riesgos pueden aumentar, pero a veces es necesario asumir riesgos para poder aprender y crecer. Necesitamos distinguir entre riesgos que deben ser minimizados (autolesiones, lesionar a otros) y riesgos que las personas tienen derecho a experimentar. El enfoque de la recuperación fomenta las oportunidades de cambio y crecimiento (la ‘dignidad de arriesgarse’) pero de forma responsable.

La mayor parte del riesgo en realidad es compartida y todas las personas implicadas deben tener claro, realmente, qué riesgos están asumiendo. Si un individuo elige ignorar el consejo bien documentado de un profesional, entonces tiene que asumir el riesgo que ello conlleva. Si un profesional comete un acto que claramente contradice su ‘obligación de atender’, entonces tiene que asumir esa responsabilidad. De cualquier manera, el riesgo no está siendo gestionado

de forma adecuada. Ciertamente no tiene ninguna utilidad, que los profesionales consideren que tienen que asumir, ellos solos, la responsabilidad de cómo los usuarios viven su vida.

¿Cómo es la práctica orientada a la recuperación?

Una de las mayores limitaciones de la implementación de los servicios orientados a la recuperación ha sido la falta de claridad y acuerdo sobre lo que realmente significa en la práctica. ¿Cómo podemos reconocer un servicio ‘orientado a la recuperación’? ¿Cómo sabemos si lo hemos conseguido? Si vamos a lograr servicios orientados a la recuperación, ¿qué clase de beneficios tendrán los usuarios?

Los intentos para definir y medir la recuperación parecen inevitablemente destinados a fracasar. El proceso de recuperación, supone un recorrido tan personal y único, que los intentos de ofrecer ‘indicadores’ de resultados y de proceso parecen, en el mejor de los casos, presuntuosos y en el peor, ligeramente ofensivos. Sin embargo, han existido algunos intentos de desarrollar instrumentos de medida sobre la práctica orientada a la recuperación (Campbell-Orde *et al.*, 2005; Tondora & Davidson, 2006) y actualmente se sigue trabajando en su desarrollo (Andresen, Caputi & Oades, 2006).

Desde luego, los profesionales y los servicios de salud mental, por sí solos, no pueden llevar a la *práctica* la recuperación - esto sólo puede ser llevado a cabo por los propios usuarios y sus familias. Lo que pueden hacer es intentar crear condiciones en las cuales los individuos se sientan con poder de decisión, de tal modo que el sentido de la “autogestión” personal pueda

desarrollarse. Lo que realmente sí pueden es evitar crear las condiciones en las que la práctica de la recuperación resulte imposible.

Podríamos argumentar que, a pesar de los peligros de un enfoque “reduccionista”, es importante tratar de describir del modo más claro posible los conceptos que subyacen en la recuperación y qué significado tendrían en la práctica. Sin duda, la experiencia reciente en Inglaterra sugiere que sin un determinado grado de “operatividad”, es difícil lograr una reforma significativa de los servicios. Por lo tanto, el éxito indudable de la reforma en salud mental que ha tenido lugar en los últimos diez años (Appleby 2007b), se debe en gran medida a la influencia de modelos claros de prestación de servicios descritos de forma detallada en las “guías de procedimientos de intervención” (policy implementation guides PIGs). Entonces, ¿es necesario disponer de una ‘PIG de recuperación’? ¿Cómo sería?

Seguramente la experiencia más conocida para medir la práctica orientada a la recuperación en este país (Inglaterra) es DREEM - *Instrumento de medida del desarrollo de entornos que impulsan la recuperación* (Developing recovery enhancing environments Measure). Fue originariamente producido por Priscilla Ridgeway y sus colegas en los Estados Unidos (Ridgeway & Press 2004) y publicado para su uso en el Reino Unido por Piers Allott y Peter Higginson.

DREEM ha sido utilizado para llevar a cabo un estudio sobre la percepción de profesionales y usuarios sobre la recuperación y la medida en que ésta es respaldada en servicios concretos (Dinniss et al; 2007). También se está comenzando a utilizar como una herramienta de mejora, con el objeto de apoyar el desarrollo de la

práctica orientada a la recuperación en diferentes servicios (Gillespie 2007).

DREEM parece ser un instrumento útil. Ofrece una definición múltiple de recuperación y de prácticas orientadas a la recuperación, con el objeto de identificar los resultados desde el punto de vista del usuario. Al evaluar las perspectivas de usuarios y profesionales simultáneamente se consigue que puedan ser comparadas y el resultado pueda ser utilizado en futuras experiencias de mejora de calidad del servicio.

Sin embargo, deja abierta la pregunta clave de qué tipo de *comportamientos* necesitan tener los profesionales para poder crear servicios orientados a la recuperación. ¿Qué clase de programas de formación son necesarios para conseguir estos comportamientos? Y, ¿qué clase de factores organizativos son los que van a contribuir o impedir, la implementación de estas prácticas en todo el sistema?

Habilidades y conocimientos del equipo

Una de las más interesantes experiencias para concretar los aspectos clave de la recuperación, desde el punto de vista de la práctica profesional, es el ofrecido por Borg & Kristiansen (2004). Ellos llegaron a la conclusión de que las características claves que debían tener los profesionales eran las siguientes:

- Mostrar una actitud de apertura
- Colaborar de igual a igual
- Centrarse en recursos internos del individuo
- Mostrar reciprocidad
- Tener la voluntad de ir más allá

Estos autores fueron más allá sugiriendo que estas características generales deben estar combinadas con un alto nivel de habilidades relacionales: empatizar, atender-cuidar, aceptar, reconocimiento mutuo, animar a asumir riesgos responsables y tener actitudes positivas de cara al futuro. Perkins (2006) también añade a esta lista “crear relaciones que inspiren esperanza” como base para una práctica orientada a la recuperación.

Aproximaciones similares para definir las competencias y habilidades de los facultativos que se orientan a la recuperación, pueden consultarse en O’Hagan (2000, citado en Roberts & Wolfson 2004) y Glover (2002). Basándose en estas ideas, resulta posible comenzar a definir qué tipo de interacciones podrían encontrarse en los servicios orientados hacia la recuperación. El cuadro 3 las define en términos de “reflexión sobre la práctica profesional”.

El cuadro 3 ofrece un conjunto de estándares que podrían, tal como sugieren Slade & Hayward (2007), ser transformados en una “escala de fidelidad” para evaluar el grado en que la práctica diaria de los profesionales realmente está “orientada a la recuperación”. Además, ofrece información sobre aspectos personales específicos que podrían ser útiles para la selección de personal. También podría considerarse como modelo para que los gestores puedan retroalimentar a los profesionales sobre su desempeño. Como es lo suficientemente breve, se puede colocar en un tablón de anuncios, incluso imprimirla en una tarjeta (algo maquetada) que pueden llevar los miembros del servicio. Desde luego no es perfecta, pero supone un avance de cara a ofrecer una definición clara de la práctica orientada a la recuperación, en lo que se refiere a las interacciones cotidianas entre profesionales y usuarios del servicio.

Cuadro 3: Diez consejos para trabajar desde el modelo de la recuperación

Tras cada intervención con los usuarios, el profesional de salud mental debería preguntarse,

- ¿He practicado una escucha activa que ayude a la persona a encontrarle sentido a sus problemas de salud mental?
- ¿He ayudado a la persona a identificar y priorizar sus metas personales en su recuperación, al margen de los objetivos profesionales?
- ¿He demostrado que creo en la capacidad y los recursos personales de la persona en busca de estas metas?
- ¿He identificado ejemplos de mi propia experiencia o la de otros usuarios que puedan inspirar y corroborar sus esperanzas?
- ¿He prestado especial atención a la importancia de identificar metas que alejen a la persona de su papel de enfermo y le permitan contribuir activamente en la vida de otras personas?
- ¿He identificado recursos que no son de salud mental -amistades, contactos, organizaciones-, que podrían ser relevantes para lograr estas metas?
- ¿He fomentado la autogestión (o el automanejo) de sus problemas de salud mental (proporcionando información, reforzando sus estrategias personales de afrontamiento, etc.)?

- ¿He debatido con la persona qué tipo de intervenciones terapéuticas quiere, por ejemplo: tratamiento psicológico, terapia alternativa, planificación de intervención en crisis, etc., respetando sus deseos siempre que sea posible?
- ¿He actuado en todo momento con actitud de respeto por la persona, mostrando una relación de igualdad y el deseo de trabajar conjuntamente, con la predisposición de “ir un poco más allá”?
- ¿He continuado expresando mi apoyo a la posibilidad de que pueda conseguir sus metas, manteniendo esperanza y expectativas positivas, a pesar de aceptar que el futuro es inseguro y que habrá recaídas?

Por tanto, el reto está en traducir estos principios en estándares para el desempeño óptimo del equipo. Los equipos son ahora los elementos claves en la construcción de los servicios de salud mental y – se trate de equipos de salud mental comunitarios, equipos de intervención en crisis, equipos de tratamiento asertivo o equipos de intervención precoz- deben tener como meta ofrecer sus servicios usando un enfoque orientado a la recuperación. Muchos equipos de salud ya están intentando hacerlo, pero necesitan ser cuidadosamente supervisados y constantemente reforzados por sus líderes, utilizando un conjunto de estándares. Por ejemplo:

- ¿Tienen los usuarios alguna oportunidad de ser contratados en cualquier puesto de trabajo, incluyendo aquellos de atención

directa al paciente, como miembros del equipo?

- ¿El equipo anima a los usuarios a participar directamente en las decisiones sobre tratamientos y planes de gestión?
- ¿El líder del equipo se compromete en asegurar que los profesionales muestren en todo momento actitudes de respeto e igualdad con los usuarios del servicio (y sus familiares)?
- ¿Cómo sabe el líder que esto realmente sucede?
- ¿Se supervisa la calidad de la práctica orientada a la recuperación por parte de los miembros del equipo?; ¿aparece en la descripción de su trabajo y está contemplada en su evaluación del desempeño?

Concretar este tipo de estándares para los equipos y después asegurarse de que realmente se están llevando a cabo, son tareas claves para el futuro.

Por ello, es importante realizar la descripción del puesto de trabajo antes de centrarse en la formación del profesional. En *Habilidades para una Práctica Participativa (Capabilities for Inclusive Practice*. National Social Inclusion Programme, 2007), se exponen las necesidades de formación de los profesionales (conocimientos y habilidades). Están basadas en el esquema de las “Diez Capacidades Esenciales Compartidas” (NIMHE, 2004), que contiene muchas ideas relacionadas con la recuperación. Cada capacidad está desarrollada en términos de sus implicaciones para la organización, el servicio y para facultativos que lleven a cabo una práctica participativa. También incluye la habilidad de ‘promover la recuperación’ aunque está poco desarrollada.

Habilidades para una Práctica Participativa aborda muy ampliamente el tema y está diseñado para facilitar el trabajo de los gestores en su puesta en marcha y ayudar a los servicios a desarrollar sus habilidades. Sin embargo, reconoce que la guía que se ofrece a los facultativos es necesario que esté integrada en la práctica cotidiana a través de la descripción de puestos de trabajo y de una supervisión eficaz.

El objetivo final es incorporar todas estas ideas en reglas organizativas y procedimientos así como crear una 'cultura' que promueva la práctica orientada a la recuperación. Esta guía debería servir para analizar cuestiones tales como:

- ¿Se inicia el proceso con una "Declaración de Voluntad" y liderazgo "desde arriba" o se inicia el proceso desde la base?
- ¿Qué importancia se le otorga a la formación de los profesionales?
- ¿Cómo y quién debe impartir la formación?
- ¿Qué importancia tiene el contratar personas que hayan sido usuarios de los servicios para ser miembros del equipo?
- ¿Qué cantidad de personas con problemas de salud mental deberían ser incorporados al equipo?
- ¿Qué contribución tienen para el servicio las "experiencia personales" de personas con problemas de salud mental?
- ¿Cómo manejamos el tema del estigma de cara a la contratación y la selección de personal en Recursos Humanos?

Además de dirigir el proceso a la práctica orientada a la recuperación, también necesitamos identificar los resultados que esperamos obtener. Desde el punto de vista del usuario, el resultado primordial es sencillo: obtener una vida satisfactoria y plena. Como ya se ha mencionado, la mejor manera de poder evaluar los resultados,

es si han sido explicitados por escrito con anterioridad.

Pero para muchos usuarios no se trata solo de 'sentirse bien', 'sentirse socialmente integrado', etc. Necesitan, además, tener pruebas evidentes de que aumenten las personas que posean una vivienda, un empleo remunerado, que reciban educación y otras actividades esenciales de vida en la comunidad. Hay diversos métodos de evaluar tales resultados y algunos otros se están añadiendo con la perspectiva específica de la recuperación e inclusión social (Huxley *et al.*, 2006). Desde nuestro punto de vista, estas evaluaciones 'objetivas' son tan válidas como la evidencia existente sobre las valoraciones personales.

Cuadro 4: ¿Es posible ‘transformar’ una organización? - Un ejemplo de los Estados Unidos

Desde 1999, existe una organización de salud mental norteamericana que ha adoptado un enfoque radical promoviendo la recuperación. META es una organización sin ánimo de lucro pequeña (350 empleados) ubicada en Phoenix, Arizona (Ashcraft & Anthony, 2005).

En la primavera de 1999 los empleados de META encabezados por su principal ejecutivo, Gene Johnson, asistieron a un taller a nivel nacional donde personas con enfermedades mentales - incluido un distinguido psiquiatra- hablaron de lo desalentador que era sentirse constantemente negado, sin poder de decisión y menospreciado por los servicios de salud que deberían estar ayudándoles. Gene y sus colegas comprendieron que su organización era de este tipo, con el consecuente malestar que sintieron al asumirlo.

Por ello, decidieron embarcar a su organización en un proceso de “recuperación” muy similar al proceso de recuperación de los individuos. Uno de los principales líderes en este proceso, Lori Aschraft, ha definido alguno de los pasos más significativos:

- **Revisión de los fines y metas en la organización (declaración de principios)**
La idea primordial de conseguir ser una organización “excelente” se transformó y pasó a ser la de una organización con la responsabilidad de mejorar la vida de sus usuarios.
- **Se llegó al compromiso de involucrar en todo el proceso organizativo, en todos los puestos y a todos los niveles, a individuos con problemas de salud mental**

Lo primero que hizo META fue contratar para el equipo de gestión a un profesional con “experiencia personal” en problemas de salud mental. Tuvo gran impacto y pronto META empezó a contratar y formar explícitamente a individuos con vivencias personales relacionadas con problemas de salud mental para el trabajo conjunto con otros profesionales en esta organización. Actualmente más del 70% de los empleados de META son personas con esta clase de “experiencia personal”. De ellos, el 36% están empleados a jornada completa y el 64% a tiempo parcial. Este cambio en la “mezcla de habilidades” (skill-mix) ha sido clave en la transformación de la cultura de esta organización.

- **Un cambio hacia un modelo “educativo” en lugar de “terapéutico”.**

META descubrió rápidamente, que para que muchas de las personas con “este tipo de vivencias” fuesen efectivas en su trabajo, era necesario ofrecerles formación específica. Así, desarrollaron un programa de formación de 70 horas, 5 semanas, para “compañeros especialistas en recuperación”.

Un año después de finalizar la formación, el 89% de uno de los grupos estaba trabajando de la siguiente manera: 29% con jornada completa, 52% a tiempo parcial, y 19% por horas (Hutchinson *et al.*, 2006). Además de proporcionar formación a compañeros como especialistas de apoyo, el “Centro de Educación para la Recuperación” ofrece también formación a los propios usuarios en recuperación utilizando “Planes de acción para la recuperación del bienestar” (Wellnes

Recovery Action Plans – WRAP) (Copeland, 2000)

El centro ofrece también cursos orientados a conseguir un hogar, empleo y vivir en comunidad y forma tanto a profesionales en salud mental en el sector público como en el sector privado. La mayor parte de esta formación es impartida por los propios “compañeros especialistas”, una vez formados y con buena preparación. Este movimiento hacia un modelo educativo fue impulsado por una creencia ideológica en el valor de un modelo educacional, más que en un modelo “terapéutico”

“Queríamos que lo que nuestro Centro hiciese fuera centrarse más en reforzar y desarrollar la fortaleza de la gente y no poner más atención en su dolencia”.

(Ashcraft & Anthony, 2005, p.15).

El “Centro de Educación para la Recuperación” se convirtió así en el motor principal para el desarrollo de la organización. Ha llegado a formar a más de 500 “compañeros especialistas” para trabajar tanto en META como en otras organizaciones de salud mental en todo Estados Unidos (y más recientemente en Escocia y Nueva Zelanda). Supone un faro de esperanza y una experiencia vivida, demostrando que individuos con problemas en salud mental pueden contribuir directamente en su recuperación y en la de otros, usando su experiencia como empleados contratados.

- **Provisión de un sistema de apoyo a “compañeros profesionales” empleados en cargos de prestación de servicios.**

META descubrió que para que los compañeros especialistas de apoyo fuesen capaces de mantener su contribución en servicios de salud mental, iban a necesitar apoyo y supervisión constante, como cualquier otro grupo profesional. Ya se ha llegado a conseguir, tanto en META como en otras organizaciones donde se han empleado a estos compañeros especialistas. Se ha visto como algo vital para impedir la pérdida de esta contribución única.

- **Creciendo de forma flexible, desarrollando nuevas actuaciones, sin perder valores fundamentales y siempre cumpliendo con metas de rendimiento.**

A lo largo de los diez años en los que META ha ido creciendo, ha desarrollado nuevos servicios en los campos de intervenciones en crisis, vivienda y empleo sin perder su compromiso de implicación con usuarios y su recuperación. Ha cumplido sus metas de rendimiento de forma consistente, (reduciendo el número de reingresos, mejorando la estabilidad en el hogar, reduciendo el uso de restricciones físicas en hospitales, etc.), y a la vez competir actualmente en un medio tan duro como son los servicios de salud mental en el sector privado en Estados Unidos.

(Para mayor información visite www.recoveryinnovations.org)

Organizaciones en recuperación

“Definitivamente, quiero trabajar en algo en lo que sienta que estoy contribuyendo... Creo que tengo mucho potencial sin descubrir y si puedo mantenerme sano, puedo hacer algo con mi vida. No quiero no conseguir nada a lo largo de mi vida...”

Transformar los servicios para conseguir un enfoque centrado en la recuperación requiere por tanto un cambio radical en el modo en el que están organizados actualmente. META (cuadro 4) es un ejemplo de organización trabajando en “la recuperación” que ha llevado a cabo una transformación que ha sido completamente orientada al usuario.

En el caso de META, la importancia fundamental de la “experiencia vivida” ha sido una fuerza unificadora para la organización, en lugar de ser una fuente de conflictos. Ha servido para el diseño y desarrollo de servicios y, desde la aceptación de que sus empleados han vivido problemas de salud mental propios o en vidas cercanas a ellos, se ha llegado a romper la tradicional barrera entre “profesionales” y “usuarios”. Ambos son respetados por lo que pueden ofrecer; además el poder de la organización reside en centrarse en las necesidades de usuarios, más que en las prioridades de profesionales, constituyendo un profundo cambio en la cultura (política) de la organización.

Muchos servicios de salud mental en Inglaterra parecen estar muy lejos de esto. Intereses profesionales, una preocupación con la gestión de riesgos a expensas de aprender, presiones financieras, la burocracia de las fundaciones

públicas, etc., han conspirado para producir sistemas que parecen haber perdido el contacto con las necesidades claramente expresadas por los usuarios de los servicios y sus familias (Healthcare Commission, 2007). La experiencia de META muestra que estas organizaciones podrían ser transformadas (¡y en tan sólo diez años!) pero para ello se requiere visión, valores, liderazgo - y trabajar muy duro.

Cambiar los servicios al cambiar los sistemas de contratación

Para META, la transformación comenzó con un cambio fundamental en los sistemas de contratación de personal. Tenemos un compromiso, hemos de contratar personas con problemas de salud mental en servicios de salud mental en este país (Inglaterra) (Department of Health, 2002) y hay suficientes guías útiles para hacerlo (e.g. Seebohm & Grove, 2006). La iniciativa “STR” “Support, Time Recovery” (‘Apoyo, Tiempo de recuperación para trabajadores, Department of Health, 2003) ha sido también muy valiosa, pero nos hace falta recorrer un largo camino hasta conseguir los logros de organizaciones como META.

Un buen ejemplo de contratación de personas con problemas de salud mental en el cuerpo de trabajadores de una Fundación Pública del Sistema de Salud (NHS en Inglaterra) es el centro South West London y St George’s (www.swlstg-tr.nhs.uk). La fundación estableció un ‘Programa de Empleo para Usuarios’ en 1995 diseñado para aumentar el acceso a trabajos corrientes dentro de los servicios de salud mental para personas que hayan experimentado ellos mismos estos problemas. Entre 1995 y 2007 se apoyó a 42 personas en 63 puestos de trabajo

dentro de la fundación y aún a 1 de Enero de 2007 el 86% de estas personas continuaban trabajando dentro o fuera de la organización o estaban en proceso de formación (Perkins, Rinaldi & Hardisty, 2008, todavía no publicado).

Además de esto, al menos el 5% de nuevos empleados contratados cada año entre 1999 y 2006 en dicha fundación, habían sufrido personalmente problemas de salud mental e incluso análisis más detallados en 2005/06, nos muestran que había mayor número de puestos de trabajo de alto nivel profesional ocupado por los nuevos contratos a profesionales con problemas de salud mental

Estos datos son muy alentadores, pero la fundación South West London y St. George's sigue siendo una excepción en lugar de ser lo habitual. Hasta que no empecemos a pensar de forma más radical en cómo diseñar el cuerpo de empleados del sistema de salud mental, la cultura de las distintas organizaciones permanecerá siendo casi inevitablemente centrada en los profesionales.

Observaciones finales

“Parece difícil no estar de acuerdo con la propuesta de que futuros servicios de salud mental deberían estar centrados en la recuperación. ¿Para qué servimos nosotros y nuestros servicios si no estamos apoyando a individuos y sus familias en el proceso de recuperación personal? Está igualmente claro que, de ninguna manera, estamos todos de acuerdo con asumir el ‘proceso de recuperación’, y profesionales, usuarios de servicios y cuidadores indistintamente han expresado reservas que deben ser cuidadosamente tenidas en consideración.” (Roberts & Hollins, 2007, p.397)

La recuperación es una idea nueva, importante, que tiene implicaciones radicales para el diseño y la gestión de servicios de salud mental. En su implementación, hay claramente un número de obstáculos; para ayudar a superarlos, podría ser muy útil pensar en una “Guía de procedimientos de intervención” orientada a la recuperación para ofrecer sencillas líneas a seguir tanto a nivel individual, como de equipo o de servicios.

Esta guía podría ser usada como herramienta de desarrollo, para realizar auditorías locales siguiendo estándares acordados y para llevar el servicio adelante encaminado a una orientación mas enfocada en la recuperación, repitiendo auditorias durante el proceso. Es muy similar al paradigma de “investigación-acción”, que ha demostrado ser una de las maneras más eficaces de lograr cambios organizativos de gran envergadura (Iles & Sutherland, 2001).

Una manera más radical de transformar los servicios de salud mental sería cambiar las prácticas de contratación, de manera que muchas más personas con “experiencias personales” sean contratadas, incluyendo tanto directivos como facultativos.

De cualquier modo, conseguir “prácticas orientadas a la recuperación” significaría conseguir un cambio en la *cultura*, además de en la *organización* de los servicios. Significa que todo el sistema está aceptando la realidad de que la “enfermedad mental” existe en todas partes y nos rodea y que las personas con “problemas de salud mental” ya están involucradas en ofrecer servicios de salud mental (en la actualidad se les anima a conservar esta identidad en secreto).

Todo esto implica algunos cambios radicales en las relaciones tradicionales de poder y, posiblemente, en las prácticas tradicionales de

contratación de profesionales. Esto es de cara al futuro. Mientras tanto, esperamos que este documento ayude a reactivar un compromiso nacional para hacer que la práctica orientada a la recuperación sea la norma en todos los servicios de salud mental del Reino Unido.

Este documento marca el comienzo del trabajo en el Sainsbury Centre para redefinir esta visión y concretar los pasos que hay que seguir. Esperamos trabajar con otras personas para apoyar los cambios que harán que la recuperación sea una realidad para todos.

Bibliografía

- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006) Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **40**, 972–980.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **37**, 586–594.
- Anthony, W.A. (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, **16**, 11–23.
- Appleby, L. (2007a) *Breaking down barriers: the clinical case for change*. Department of Health: London. (www.dh.gov.uk)
- Appleby, L. (2007b) *Mental health ten years on: progress on mental health care reform*. Department of Health: London. (www.dh.gov.uk)
- Ashcraft, L. & Anthony, W.A. (2005) A Story of Transformation: An Agency Fully Embraces Recovery. *Behavioural Healthcare Tomorrow*, **14**, 12–22.
- Australian Government (2003) *Australian Health Ministers National Mental Health Plan 2003 – 2008*. Australian Government: Canberra. (www.mentalhealth.gov.au)
- Bennett, D. (1978) Social forms of psychiatric treatment. In J.K. Wing (ed.) *Schizophrenia: Towards a new Synthesis*. Academic Press: London.
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2004) Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, **13**, 493–505.
- British Psychological Society Division of Clinical Psychology (2000) *Recent advances in understanding mental illness and psychotic experiences*. British Psychological Society: Leicester.
- Brown, W. & Kandirikirira, N. (2007) *Recovering Mental Health in Scotland*, Scottish Recovery Network, Baltic Chambers, Suites 320–321, 50 Wellington Street, Glasgow G2 6HJ.
- Campbell–Orde, T., Chamberlin, J., Carpenter, J. & Leff, H.S. (2005) *Measuring the Promise: A compendium of recovery measures, Volume II: The Evaluation Centre at HSRI*. (www.tecathsri.org)
- Clark, D. (1974) *Social Therapy in Psychiatry*. Penguin Books: Harmondsworth, London.
- College of Occupational Therapists (2006) *Recovering ordinary lives: The strategy for occupational therapy in mental health services 2007–2017*. College of Occupational Therapists: London.
- Copeland, M.E. (2000) *Guide to Developing a WRAP – Wellness Recovery Action Plan*. (www.mentalhealthrecovery.com)
- Davidson, L. (2008) *Recovery – Concepts and Application*. Devon Recovery Group (www.scmh.org.uk)
- Davidson, L. & McGlashan, T.H. (1997) The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, **42**, 34–43.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J. et al. (2006) The ten top concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, **57**, 640–645.
- 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.
- De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T. & Huttly, S.R.A. (2005) Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health*, **59**, 619–627.
- Deegan, P. (1996) Recovery as a journey of the heart, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, **11**, 11–19.
- Department of Health (2001) *The Expert Patient*. Department of Health: London.
- Department of Health (2002) *Mental health and employment in the NHS*. Department of Health: London

- Department of Health (2003) *Mental health policy implementation guide: Support, Time and Recovery (STR) workers*. Department of Health: London.
- Department of Health (2006a) *Our Health, Our Care, Our Say*. Department of Health: London.(www.dh.gov.uk/en/index.htm)
- Department of Health (2006b) *From Values to Action: The CNO's Review of Mental Health Nursing*. Department of Health: London. (http://www.dh.gov.uk/en/index.htm)
- Department of Health (2007a) *Commissioning framework for health and well-being*. Department of Health: London. (www.dh.gov.uk/en/index.htm)
- Department of Health (2007b) *Mental Health: New ways of working for everyone, Progress report*. Department of Health: London. (www.dh.gov.uk)
- Department of Health (2007c) *Capabilities for inclusive practice*. NSIP / CSIP : London. (www.socialinclusion.org.uk)
- Department of Health and Human Services (2003) *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. President's New Freedom Commission on Mental Health*, pub no. SMA-03-3832. Department of Health and Human Services: Rockville, Maryland, USA.
- Devon Partnership NHS Trust (2007) *Our Values*. (www.devonpartnership.nhs.uk/index.php?id=14)
- Digby, A. (1985) *Madness, Morality and Medicine – A study of the York Retreat, 1796–1914*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Dinniss, S., Roberts, G., Hubbard, C., Hounsell, J. & Webb, R. (2007) User-led assessment of a recovery service using DRE M. *Psychiatric Bulletin*, **31**, 124–127.
- Falzer, P.R. (2007) Developing and Using Social Capital in Public Mental Health. *Mental Health Review Journal*, **12**, 34–42.
- Gillespie, S. (2007) *Recovery in Action: Evaluating Strategic Networks for Mental Health Services in the early implementation stage of their pilot recover projects*. Paper presented at CSIP conference on 'Recovery Outcome Measures', 7th December, 2007. Available from Mental Health Foundation, London Office, 9th Floor, Sea Containers House, 20 Upper Ground, London, SE1 9QB. (mhf@mhf.org.uk)
- Glover, H. (2002) *Developing a recovery platform for mental health service delivery for people with mental illness/distress in England*. NIMHE: London.
- Healthcare Commission (2007) *Community mental health services – The views of mental health service users. Key findings from the 2007 survey*. Healthcare Commission: London. (www.healthcarecommission.org.uk)
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. & Szukler, G. (2004) Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ*, **329**, 136– 140.
- Hutchinson, D.S., Anthony, W.A., Ashcraft, L., Johnson, E., Dunn, E.C., Lyass, A., & Rogers, S.A. (2006) The personal and vocational impact of training and employing people with psychiatric disabilities as providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, **29**, 205–213.
- Huxley, P., Evans, S., Munroe, M., Webber, M., Burchardt, T., Knapp, M. & McDaid, D. (2006) *Development of a 'Social Inclusion Index' to capture subjective and objective domains (Phase I). Final report to NCCRM*. Unpublished. Available from Social Care Workforce Research Unit, Melbourne House, 5th Floor, King's College London, Strand, London WC2R 2LS. (peter.huxley@iop.kcl.ac.uk)
- Iles, V. & Sutherland, K. (2001) *Organisational Change – A Review for Health Care Managers, Professionals and Researchers*. National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO), London School of Hygiene and Tropical Medicine, 99 Gower Street, London WC1E 6AZ.
- Larsen, J.A. (2004) Finding meaning in first episode psychosis: experience, agency and the cultural repertoire. *Medical Anthropology Quarterly*, **18**, 447–471.
- Leete, E. (1987) The Treatment of Schizophrenia: A Patient's Perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, **38**, 486–491.
- Mental Health Commission (1998) *Blueprint for mental health services in New Zealand*. Mental Health Commission: Wellington NZ.
- Mental Health Commission (2005) *A vision for a recovery model in Irish mental health services*. Mental Health Commission: Dublin
- National Institute for Mental Health in England (2004) *The Ten Essential Shared Capabilities: A Framework for the Whole of the Mental Health Workforce*. Department of Health: London.
- National Social Inclusion Programme / CSIP (2007) *Capabilities for Inclusive Practice*. National Social Inclusion Programme / CSIP : London. (www.socialinclusion.org.uk)
- Perkins, R. (2006) First person: 'you need hope to cope'. In Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F. & Tattan, T. (eds.) *Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. Gaskell: London.
- Perkins, R. (2007) *Making It! An introduction to ideas about recovery for people with mental*

health problems. London: South West London & St. George's Mental Health NHS Trust. (www.swlstg-tr.nhs.uk)

Perkins, R., Rinaldi, M. & Hardisty, J. (2008, forthcoming) *Harnessing the expertise of experience: Increasing access to employment within mental health services for people who have themselves experienced mental health problems*. In preparation. London: South West London & St George's Mental Health NHS Trust.

Rapp, C. & Goscha, R.J. (2006) *The Strengths Model Case Management with People with Psychiatric Disabilities*, 2nd Edition. Oxford University Press: New York.

Repper, J., Nolan, M., Grant, G., Curran, M. & Enderby, P. (2007) *Family Carers on the Margin: Experiences of Assessment in Mental Health*. Report to the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO), London School of Hygiene and Tropical Medicine, 99 Gower Street, London WC1E 6AZ.

Repper, J. & Perkins, R. (2003) *Social Inclusion and Recovery*. Balliere Tindall: London.

Rethink (2008) *A brief introduction to the recovery approach*. (www.rethink.org/living_with_mental_illness/recovery_and_self_management/recovery) [Accessed February 2008]

Ridgeway, P.A. & Press, A. (2004) *Assessing the recovery commitment of your mental health services: A user's guide for the Developing Recovery Enhancing Environments Measure (DREEM) – UK version 1 December, 2004*, Allott, P. & Higginson, P. (eds.) (www.recoverydevon.co.uk)

Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F. & Tattan, T. (2006) *Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. Gaskell: London.

Roberts, G. & Hollins, S. (2007) Recovery: our common purpose? *Advances in Psychiatric Treatment*, **13**,397–399.

Roberts, G. & Wolfson, P. (2004) The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment* **10**, 37–49.

Royal College of Psychiatrists / Social Care Institute for Excellence / Care Services Improvement Partnership (2007) *A common purpose: Recovery in future mental health services*. Social Care Institute for Excellence: London. (www.scie.org.uk)

Sainsbury Centre for Mental Health (2007) *Briefing 33: Mental Health and Employment*. Sainsbury Centre for Mental Health: London. (www.scmh.org.uk).

Scotland Government (2006) *Rights, Relationships and Recovery: The Report of the National Review of Mental Health Nursing in Scotland*. (www.scotland.gov.uk/Publications/2006/04/18164814/0)

Seebohm, P. & Grove, B. (2006) *Leading by Example: Making the NHS an exemplar employer of people with mental health problems*. Sainsbury Centre for Mental Health: London.

Seebohm, P. & Secker, J. (2005) What do serviceusers want? In Grove, B., Secker, J. & Seebohm, P. *New Thinking about Mental Health and Employment* Radcliffe: Oxford.

Shepherd, G. (1984) *Institutional Care and Rehabilitation*. Longmans: London.

Shepherd, G. (1991) Psychiatric Rehabilitation for the 1990s. Foreword to Watts, F.N. & Bennett, D.H. (eds.) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Wileys: Chichester.

Shepherd, G. (2007) *Specification for a comprehensive 'Rehabilitation and Recovery' service in Herefordshire*. Hereford PCT Mental Health Services. (www.herefordshire.nhs.uk)

Slade, M. & Hayward, P. (2007) Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric. *Acta Psychiatrica Scandanavica*, **116**, 81–83.

Social Exclusion Unit (2004) *Mental Health and Social Exclusion*. Office of the Deputy Prime Minister: London

South London and Maudsley NHS Foundation Trust (2007) *Social Inclusion, Rehabilitation and Recovery Strategy 2007–2010 (SIR) v2.0*. April 2007.

South West London and St George's Mental Health NHS Trust (2007) *Promoting Recovery and Facilitating Social Inclusion: A strategy for practice and implementation*, Paper accepted by the Board, 31st May 2007.

Tondora, G. & Davidson, L. (2006) *Practice Guidelines for Recovery–Oriented Behavioural Health Care*. Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services. (www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/practicguidelines.pdf)

Reconocimientos

Este documento ha sido elaborado gracias a la ayuda del Grupo Director del Proyecto "Implementación de la Práctica Orientada a la

Recuperación” (Implementig Recovery - Oriented Practice) del Sainsbury Centre. Lo componen:

- Sophie Corlett, Policy Director, Mind
- Laurie Davidson, Practice Development Manager, Devon Partnership NHS Trust
- Mark Hayward, Academic Tutor, Surrey University and Clinical Psychologist at Sussex Partnership NHS Trust
- Naomi Hankinson, Acting Director of Therapies, North East London Mental Health NHS Trust
- John Larsen, Head of Evaluation, Rethink
- Alison Moores, General Manager, Community Care Trust (South Devon) Ltd
- David Morris, Director, National Social Inclusion Programme
- Graham Munn, Head of Centre for Mental Health Recovery, University of Hertfordshire
- Paul O'Halloran, Director of Workforce and Service Development, NIMHE Eastern
- Rachel Perkins, Director of Quality Assurance and User / Carer Experience in South West London and St. George's Mental Health NHS Trust
- Julie Repper, Reader and Associate Professor of Mental Health Nursing and Social Care, Nottingham University
- Miles Rinaldi, Head of Recovery and Social Inclusion, South West London & St. George's Mental Health NHS Trust
- Gabrielle Richards, Professional Head of Occupational Therapy, South London and Maudsley NHS Foundation Trust
- Glenn Roberts, Lead on Recovery for the Royal College of Psychiatrists and Consultant in Rehabilitation Psychiatry, Devon Partnership NHS Trust

Acerca de los autores

Professor Geoff Shepherd. Asesor de políticas sanitarias del Sainsbury Centre. Psicólogo clínico.

Profesor en el Health Service and Population Research Department en el Institute of Psychiatry.

Dr Jed Boardman. Asesor de políticas sanitarias del Sainsbury Centre. Psiquiatra y Profesor en el South London and Maudsley Trust y en el Institute of Psychiatry. Miembro del Grupo de Inclusión Social del Royal College of Psychiatrists.

Dr Mike Slade. Profesor del Health Services Research en el Institute of Psychiatry. Jefe de Sección de Salud Mental Comunitaria y Psicólogo Clínico en el área de la rehabilitación.

Acerca de la traducción

Este documento ha sido traducido con el permiso del Sainsbury Centre for Mental Health, a iniciativa del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Esta iniciativa forma parte de la línea de trabajo contra el estigma y la discriminación cofinanciada por los fondos para la cohesión territorial 2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España.

Making Recovery a Reality

Autores:

Geoff Shepherd,
Jed Boardman y
Mike Slade

Publicado en Marzo de 2008

© Sainsbury Centre for Mental Health, 2008

Las personas destinatarias de este documento son libres de copiar o usar este material, siempre que la fuente sea mencionada de forma adecuada.

Sainsbury Centre for Mental Health
134-138 Borough High Street
London SE11LB
www.scmh.org.uk

De la edición en castellano

Traducción:

Cymbeline Núñez.

Revisión:

Águila Bono del Trigo, Gonzalo Fernández Regidor, Pablo García-Cubillana de la Cruz, Ángel Mena Jiménez, Esther Trillo Gallo y Evelia Vega Monclús.

© 2008 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

EDITA: Servicio Andaluz de Salud
Avda. de la Constitución, 18
41071 Sevilla
Tel. 955 01 80 00 Fax. 955 01 80 50.
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

D.L. SE-6337-08

SAINSBURY CENTRE
for MENTAL HEALTH
removing barriers achieving change



Sainsbury Centre for Mental Health
134-138 Borough High Street, London SE1 1LB

T 020 7827 8300

F 020 7827 8369

www.scmh.org.uk

Charity registration no. 109 1156. A Company limited by
guarantee registered in England and Wales no. 4373019.