



**La atención a la salud mental desde el
paradigma comunitario enfocado en la recuperación.
Un acercamiento al Movimiento internacional
de Escuchadores de Voces.**

Universidad de la República
Facultad de Psicología
Trabajo Final de Grado (Monografía)

Estudiante:

Dahiana Espantoso

C.I.: 4.597.162-4

Docente tutor:

Asis. Andrea Gonella

Revisor:

Asis. Rossina Machiñena

Montevideo, Uruguay

Abril 2023

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	3
Atención a la salud mental.....	5
Atención a la salud mental en Latinoamérica.....	7
Atención a la salud mental en Uruguay.....	8
Abordaje interdisciplinario de la salud mental.....	12
Limitaciones y potenciales cambios.....	13
Recuperación.....	14
Adopción del paradigma comunitario basado en la recuperación.....	17
Trabajar en salud mental desde un cambio de paradigma.....	18
Procesos de recuperación.....	19
Ciudadano, sujeto de derechos.....	21
Tratamiento clásico de las alucinaciones auditivas.....	23
Escucha de voces.....	24
Movimiento de Escuchadores de Voces.....	26
Generación de nuevos conocimientos.....	28
Grupos de escuchadores de voces.....	28
Conclusiones finales.....	30
Referencias bibliográficas.....	33

RESUMEN

Este trabajo se propone analizar la manera en que se brinda atención a la salud mental, tomando las directrices internacionales y la normativa vigente en Uruguay, teniendo en cuenta algunos abordajes/enfoques novedosos y el cambio de paradigma que esto supone. Se entiende que la importancia de la salud mental radica en su valor intrínseco como parte integral del bienestar de la persona y como tal es un derecho humano fundamental y un elemento, que además de permitir el desarrollo personal, es de gran relevancia para el desarrollo comunitario y socioeconómico de la sociedad en general. De esta manera se analiza el modelo imperante de atención a la salud mental basado en el paradigma médico biologicista, mientras que se abre camino a diferentes complementos y/o alternativas planteadas por el paradigma comunitario enfocado en la recuperación de la salud mental. En relación a esto se tomará como ejemplo el Movimiento internacional de Escuchadores de voces, el cual se basa en la crítica a los modelos de atención psiquiátricos reduccionistas, de relación asimétrica entre médico experto dominante y usuario pasivo (paciente), en la búsqueda de otorgar a este último el rol de protagonista en los procesos de atención.

Las ideas y maneras de trabajar previamente expuestas pueden tornarse polémicas para el modelo médico biologicista, pero parecen encontrarse más alineadas a las necesidades de los usuarios de salud mental y sus familiares, así como a las prácticas de salud mental enfocadas en la recuperación. En busca de que la persona con trastorno mental pueda vivir una vida, que tanto ella como sus seres queridos valoren de manera positiva.

Palabras clave: atención, salud mental, paradigma comunitario, recuperación, escuchadores de voces.

INTRODUCCIÓN

La importancia de la salud mental radica en su valor intrínseco como parte integral del bienestar de la persona. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022a) plantea que la misma está determinada por una interacción compleja de factores, entre los cuales podemos destacar el estrés y las vulnerabilidades sociales e individuales como detrimento de la misma. Decir que una persona posee salud mental implica que tiene habilidades que le permiten hacer frente a los momentos difíciles de su vida; que tiene la

capacidad de aprender, trabajar y contribuir a la sociedad en la que vive, estableciendo relaciones y tomando decisiones por sí misma. Como tal es un derecho humano fundamental y un elemento, que además de permitir el desarrollo personal, es de gran relevancia para el desarrollo comunitario y socioeconómico de la sociedad en general.

El Plan Nacional de Salud Mental de nuestro país (2020), al cual haremos referencia en varias oportunidades, plantea que la salud mental se basa en conseguir aceptar y buscar controlar de la mejor manera posible la propia experiencia mental, enriqueciendo la subjetividad mediante el afrontamiento de las diferentes crisis que necesariamente se dan en la vida de las personas, de una u otra forma, en uno u otro momento (MSP, 2020).

Mientras que plantea a los trastornos mentales como los síntomas o conductas que en clínica se pueden relacionar con el malestar, y que, además, interfieren en el normal funcionamiento de la persona (MSP, 2020). Dejaremos, en este trabajo, el término de trastorno mental severo (TMS) para el caso de que estos trastornos definidos anteriormente se den por un periodo prolongado de tiempo y conlleven aparejada una discapacidad psicosocial (Arias, et al., 2002).

Según datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), casi mil millones de personas tenían en el 2019 un trastorno mental, siendo una de las principales causas de discapacidad (OMS, 2022a).

Esto se relaciona con la existencia de diferentes determinantes individuales, estructurales y sociales, que protegen o debilitan la salud mental. Entre los individuales encontramos los factores biológicos y psicológicos y las habilidades emocionales (OMS, 2022c).

Las circunstancias sociales también actúan como determinantes pudiendo ser de índole económica, geopolítica, ambiental, etc. Por ejemplo, el estar inmerso en situaciones de vulnerabilidad aumentaría el riesgo de sufrir problemas de salud mental, o a la inversa, el mantener relaciones positivas o una educación de calidad, serían factores protectores de la salud mental (OMS, 2022c).

Es importante aclarar que dichos factores no establecen estrictamente que una persona desarrolle o no problemas de salud mental, sino que aumentan o disminuyen las posibilidades. De todas formas, la identificación de dichos determinantes favorece las intervenciones de promoción y prevención en beneficio de la salud mental, por lo cual su estudio debería ser de especial interés (OMS, 2022c).

ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

El 12 de septiembre de 1978 se realizaba la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS) en Alma Ata, para discutir la necesidad de un accionar urgente en cuanto a la promoción y protección de la salud mundial, por parte de todos los actores (gobiernos, personal sanitario, comunidad). En la misma se planteaba a la salud como el completo bienestar biopsicosocial, más allá de la mera ausencia de enfermedades (PAHO, 1978).

Es importante destacar que se mencionaba que las personas tienen el derecho y el deber de participar de manera personal y colectiva de la atención de su salud. Y es obligación del Estado, de los gobiernos en sí, en coordinación con otros sectores, el cuidar de la salud de su población mediante la implementación de medidas sociales y sanitarias, que promuevan y mantengan la APS como parte de un Sistema Nacional Integrado de Salud (PAHO, 1978).

También se expresa en el artículo 5 de la declaración de Alma Ata que la APS es la mejor manera de lograr los objetivos propuestos con base en la justicia social. Se define a la APS como la función central de los sistemas nacionales de atención de la salud, mediante la cual se trabaja en base a métodos y prácticas científicas aceptables socialmente, al alcance y con la participación de las comunidades. Se plantea también que esto debe estar a un costo accesible para la comunidad y el país en cada una de las etapas de su desarrollo, siendo así parte integral del desarrollo social y económico de las diferentes comunidades (PAHO, 1978). La APS es entonces, el primer nivel de contacto de los usuarios con la atención en salud, en un proceso atencional permanente que se desarrolla en los lugares comunitarios cotidianos de la población. Las intervenciones se basan en resultados de investigaciones sociales, biomédicas y sanitarias, así como en la experiencia acumulada en la atención a la salud pública del país siendo consecuencia de sus condiciones socioculturales, políticas y económicas. De esta manera busca orientarse a los principales problemas de salud que se presentan en un contexto determinado, mediante estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (PAHO, 1978), en pro de generar las condiciones necesarias para la protección de la salud y el ejercicio del derecho a vivir una vida digna. Además del sector sanitario, se busca la participación y coordinación de todos los sectores conexos a la salud, incluida la comunidad, de la cual se fomentará la autorresponsabilidad en cuanto a la planificación, organización, funcionamiento y control de la APS (PAHO, 1978).

Entonces la salud mental se caracteriza como derecho humano, por lo cual su alcance es un objetivo social mundial. Todo esto se considera indispensable para mejorar la calidad de vida de la población mundial, alcanzar la paz en el mundo y favorecer así el desarrollo social y económico de manera sostenida (PAHO, 1978).

Esto es lo que actualmente plantea el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (2022a), cuando afirma que la inversión en salud mental es, una inversión de mejora de futuro para todos, ya que esta se encuentra íntimamente relacionada con la salud pública, los derechos humanos y el desarrollo socioeconómico. En resumen el mejoramiento de las políticas y prácticas con relación a la salud mental, brinda beneficios sociales y comunitarios (OMS, 2022a).

Podemos agregar las palabras de Dévora Kestel, Directora del Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (2022a), quien afirma que esto es posible no sólo a partir de la formulación de políticas y leyes, sino también mediante la introducción de la salud mental en los servicios de salud, las escuelas; fortaleciendo los servicios comunitarios orientados al trabajo con la salud mental; etc. (OMS, 2022a).

Hace ya varios años y cada 3 años la OMS publica su Atlas de Salud Mental el cual recaba información de calidad, recopilando y difundiendo datos en relación a la salud mental mundial, ya sea sobre políticas, legislación, prestaciones al respecto, etc. Esta se utiliza en la toma de decisiones mundiales, regionales y estatales, para mejorar la atención brindada en los servicios de salud mental, proponiendo en su última edición objetivos para el 2030 (OMS, 2021).

Cabe mencionar que en relación a los valores de progreso analizados en el Atlas de Salud Mental 2020 (OMS, 2021), los objetivos propuestos por la OMS para los Estados Miembros para el año 2020, no se han alcanzado. Por lo cual, para lograr los objetivos propuestos para el 2030, debería haber un compromiso global y colectivo, y un esfuerzo a nivel nacional para el mejoramiento de las políticas, leyes y servicios de salud mental. Esto conlleva grandes inversiones económicas, observando que los datos aportados por la OMS en este atlas arrojan que a nivel mundial, la mediana es que apenas el 2.1% del gasto público en salud es destinado a la salud mental (OMS, 2021).

En el Atlas también se agrupan una serie de normas basadas en derechos humanos las cuales deberían ser promovidas en las políticas y planes de salud mental. Estas son: la transición hacia servicios de salud mental comunitarios; la consideración como población de riesgo y el respeto por los derechos de las personas con discapacidad psicosocial; el apoyo en la rehabilitación y la implementación de servicios para que dichas personas vivan de manera independiente y sean incluidos en la comunidad. También se plantea que las políticas deben estar enfocadas en la recuperación, impulsando a las

personas con enfermedades mentales a tener una vida autónoma, apoyando el alcance de sus objetivos y metas. De la mano con lo anterior, se impulsará la participación de dichas personas en la toma de decisiones que las implican, en tanto leyes, prestación de servicios, etc. (OMS, 2021).

Conforme a estas normas se ve un aumento en la aplicación de las mismas por parte de los Estados miembro de la OMS respecto de los valores obtenidos anteriormente. Pero esto no es así para las normas enfocadas en la recuperación (que son las que interesan en este trabajo), en las cuales se ve un leve descenso en relación a lo observado en el año 2017 (OMS, 2021).

En consonancia con todo lo mencionado el Atlas de Salud Mental de la OMS tiene como objetivo de su acción integral que el 80% de los países miembros integren la salud mental en APS, desde servicios integrales con un enfoque comunitario para el 2030 (OMS, 2021).

Por otra parte en el Plan de Acción Integral de Salud Mental de la OMS (2022) se plantea que para el mejoramiento de la atención a la salud mental mundial son factores cruciales, una buena gobernanza y un liderazgo sólido, para el desarrollo de políticas y planes eficaces. Se entiende como política de salud mental una declaración oficial dictada por un gobierno, y aprobada por el Ministerio competente o el parlamento del país, donde se define una visión para el mejoramiento de la salud mental de la población. La misma está integrada por valores, principios y objetivos, así como por un plan de acción con estrategias y actividades concretas, mencionando los recursos necesarios para alcanzar dicha visión en un plazo determinado (OMS, 2022b).

Entendiendo que OMS plantea reforzar la atención de la salud mental, a partir de un cambio paradigmático que se centre en brindar atención desde un enfoque comunitario, para que la misma sea accesible y de calidad es necesario un establecimiento de redes comunitarias, donde sean atendidas diversas problemáticas, mediante diferentes mecanismos de atención y apoyo, dentro y fuera de los servicios de salud generales. Los cuales deberían estar interconectados y alejados de la atención que se brinda en hospitales psiquiátricos (OMS, 2022a).

ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LATINOAMÉRICA

Aunque en las últimas décadas, en Latinoamérica se ve un marcado desarrollo del enfoque comunitario en cuanto a la atención a la salud mental (Cea, 2019); analizándolo críticamente, como señalan diversos autores, vemos que es meramente una reorganización de los servicios que siguen reproduciendo lógicas ortodoxas y

manicomiales. Se sigue sin dar lugar a los espacios participativos, anulando el diálogo colaborativo con la ciudadanía para la elaboración de políticas públicas. Entonces, en los países en los que se intenta implementar el enfoque comunitario se sigue dando desde un Estado que no dialoga con la sociedad (Cea, 2019). Desde este, justamente, se debería fomentar el proceso participativo, las investigaciones reflexivas ya que se entiende que brindan espacio a la producción de conocimiento por parte de los colectivos sociales invisibilizados, estigmatizados, marginados, silenciados por las estructuras de poder, como lo son los grupos escuchadores de voces (los cuales abordará este trabajo), entendiendo que estos colectivos, tienen un saber importante para aportar. Se fomenta así la escucha, y la reciprocidad para que desde las comunidades se generen alternativas de emancipación. De esta manera las personas de dichos colectivos pasan a ser las protagonistas en la defensa de sus derechos, transformando estas relaciones injustas, y desiguales en virtud de la generación de cambios sociales (Cea, 2019).

ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN URUGUAY

Como en muchos países, en Uruguay no se brinda la misma importancia a los problemas de salud mental que a los de salud física, por lo cual, son abordados de manera disímil desde la salud pública (MSP, 2020).

Así, sin tener en cuenta la relación existente y transversal de la salud mental y la salud en general en un contexto determinado, se reprodujeron (principalmente en salud mental), modelos de atención asilar de tratamiento psiquiátrico en instituciones cerradas donde se buscan reeducar al paciente mediante el aislamiento. También se reprodujeron modelos de atención hospitalocentricos, primando la medicalización en tratamientos orientados a la enfermedad y la búsqueda de erradicación de síntomas; o modelos de atención monovalentes, caracterizados por brindar atención de una sola especialidad (MSP, 2020).

En nuestro país la salud mental entra en el plano de las políticas públicas con la aprobación de la Ley N° 9.581 de Asistencia al Psicópata de 1936 y la Ley N° 11.139 de 1948 de creación del Patronato del Psicópata. Luego, en la década de 1980, se crea el primer Programa Nacional de Salud Mental en el Ministerio de Salud Pública y se conforma una Comisión Nacional de Salud Mental lo cual da lugar en 1986 al primer Plan Nacional de Salud Mental del cual data el desarrollo de la atención en el primer nivel, la puesta en marcha de equipos de salud mental en los centros de salud, descentralización los servicios de la capital del país y la creación de diferentes centros de rehabilitación (MSP, 1986).

En el año 2007 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), integrado por los servicios públicos y privados de atención a la salud mental y financiado por un seguro nacional (Ley N°18.211, 2007).

Por otro lado en el año 2017 se promulga en Uruguay la Ley de Salud Mental N° 19.529, teniendo como objetivo garantizar el derecho a la protección de la salud mental de la población uruguaya. Dicha ley refuerza el hecho de que la protección integral de la salud es inseparable de la salud mental, la cual en su artículo 2 plantea como:

un estado de bienestar en el cual la persona, consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. (Artículo 2. Ley N°19.529, 2017)

Agregando que los usuarios tienen el derecho a ser atendidos con dignidad y respeto, desde su singularidad y diversidad, por parte de los prestadores de salud tanto públicos como privados. La ley también establece el derecho del usuario a recibir información clara y comprensible de su estado de salud, sus derechos, así como los procesos terapéuticos convenientes y las alternativas para su atención. Se le debe comunicar los posibles riesgos o beneficios, pudiendo tomar él mismo, o con sus allegados, las decisiones en lo que respecta al tratamiento, incluso en caso de estar hospitalizado. También tiene derecho al cambio de profesional o equipo de profesionales, así como el trato reservado de su identidad, en lo que respecta a la identificación o discriminación por un diagnóstico de salud mental (Ley N°19.529, 2017).

Establece que la atención en salud mental será organizada por niveles de complejidad, los cuales deberán ser integrales y garantizar la continuidad del proceso asistencial a lo largo de la vida de la persona. Tal como se estableció en Alma Ata (1978), la atención a la salud mental se brindará por intermedio de una estrategia de APS, priorizando el primer nivel de atención, donde los equipos de atención que allí trabajen serán referentes del proceso. Se atenderá entonces, preferentemente en el ámbito comunitario, procurando la participación de los usuarios, así como de sus familiares y, de manera coordinada con los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario (Ley N°19.529, 2017).

Según los principios rectores de la Ley la atención se brindará de manera integral y con un enfoque intersectorial e interdisciplinario, en todos los niveles de atención (siempre que se cuente con los recursos necesarios), tratando de garantizar la continuidad en la atención. Se abogará por el respeto de los principios bioéticos, de

acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención; en pro de que los usuarios alcancen las mejores condiciones posibles para preservar o mejorar su salud, así como para insertarse socialmente. Las estrategias utilizadas se orientarán a mejorar la calidad de vida de la persona en sus diferentes etapas y según sus propias necesidades, a lo largo del ciclo vital (MSP, 2020).

Para poner en práctica las políticas públicas que en Uruguay garantizan a toda la población el derecho a la salud de manera integral, y en especial para dar cumplimiento a lo que establece la Ley 19.529 en nuestro país, se crea una nueva versión del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM). Este propone, en consonancia con lo planteado en el Plan de Acción sobre salud mental del 2013-2020 en la 66° Asamblea Mundial de la Salud realizada el 27 de mayo de 2013, que “No hay salud, sin salud mental”, y que la salud es un bien público, y como tal indisociable de la justicia e inclusión social, determinado socialmente, debiendo ser sostenido por todos los integrantes de la sociedad y garantizado por el Estado (MSP, 2020).

Este plan se basa en los principios de entender a la persona de manera integral, determinada en su singularidad por medio de sus aspectos biopsicosocioculturales. Se la reconoce como sujeto de derecho, en respeto de su dignidad, su vida privada y su libertad de decisión en todos los aspectos. La atención se brindará desde el entendimiento de que el estado en el cual se encuentra el usuario es modificable, brindándole la posibilidad de autodeterminarse (MSP, 2020). Se centra en la promoción de la salud, enfatizando los determinantes culturales y del entorno, en relación con el estilo de vida de la población. Así la promoción y prevención en salud mental debe prestar especial atención a los factores biopsicosocioculturales, para que las políticas intersectoriales puedan hacer eco de ellos (MSP, 2020).

En relación a su función transformadora, el PNSM se crea a partir de la participación y de los aportes de los diferentes actores involucrados. Con un enfoque intersectorial e interdisciplinario, que acentúa la necesidad de la participación social, a favor de visibilizar y así plasmar las prioridades y líneas de acción de acuerdo a las necesidades de los usuarios de la salud mental, siendo este un punto clave en la gobernanza. Es de destacar que desde este plan se incentiva y fortalece que en la planificación y toma de decisiones participen tanto los usuarios como sus familiares (MSP, 2020).

Se debe reconocer que Uruguay es un país en el que se da prioridad a las políticas sociales y la protección de los derechos humanos, y como tal, se ha conseguido el involucramiento de los sectores sociales en los proyectos de interés público, especialmente en los que trabajan con poblaciones vulnerables (Instituto Nacional de Estadística, 2018). Así, a partir de un profundo cambio paradigmático, como plantea la

OMS, y en cuanto a los servicios y prácticas de atención a la salud mental el PNSM vigente presta especial interés a la protección de los derechos humanos, desde una lógica de recuperación. Busca que la atención a la salud mental sea accesible a toda la población, con cobertura universal y con servicios, que favorezcan la equidad e igualdad de oportunidades, así como la continuidad de la atención sanitaria, la cual deberá ser de calidad y humanizada, eliminando toda forma de discriminación, ajustada a conocimientos científicos y principios éticos (MSP, 2020).

En resumen esta reforma plantea un cambio en el modelo asistencial, basado en la APS, y en complementación de los servicios públicos y privados buscando disminuir las diferencias entre los diferentes sectores (MSP, 2020).

En relación a lo mencionado anteriormente, la Ley 19.529 en su artículo 38 establece, desde su entrada en vigencia, la prohibición de crear nuevos establecimientos monovalentes o asilares. Aclarando que los ya existentes deberán adaptarse a lo prescripto en la misma hasta su cierre definitivo y sustitución por servicios alternativos, lo cual no podrá exceder el año 2025 (Ley N°19.529, 2017).

Así, según la presente ley la hospitalización será considerada terapéuticamente sólo en situaciones agudas y en los casos en que sea la intervención más beneficiosa para la persona, procurando que sea lo más breve posible (Ley N°19.529, 2017).

Entonces para lograr la inclusión de las personas con trastornos mentales en la comunidad se deben articular sistemas de atención con soporte comunitario, implementando a su vez acciones de inclusión social por parte de los organismos competentes para que las personas con trastorno mental recuperen sus vínculos sociales y accedan a dispositivos que aseguren su derecho a la vivienda, educación, trabajo, etc., garantizando así su derecho a una vida digna (MSP, 2020).

Actualmente, según datos aportados por el PNSM, en nuestro país se encuentran operando modelos de atención a la salud mental asilares, hospitalocéntricos y comunitarios. En estos últimos, como ya mencionamos anteriormente, la atención debe estar inmersa en la realidad comunitaria, participando de sus complejidades, dando un lugar de relevancia al contexto de vida de los usuarios, brindando prácticas acordes a sus necesidades, en búsqueda de una mejor calidad de vida y en pro de la recuperación e inclusión social de los mismos (MSP, 2020). Favorecer su empoderamiento, es considerado esencial desde esta mirada integral, siendo los usuarios sujetos activos en sus procesos de recuperación, mediante el ejercicio de sus derechos. Se trata entonces de lograr su inclusión sociocomunitaria, a favor de su bienestar socioemocional, ya que se reconoce a las personas como parte de una comunidad, y en particular como parte de diferentes grupos de pertenencia (MSP, 2020).

Según datos del PNSM (2020), a pesar de todo, el enfoque comunitario aún no se encuentra muy desarrollado en nuestro país. Aunque podemos decir que, su escaso desarrollo data más que nada en el sector público de atención a la salud, las diferentes experiencias que coexisten no se ven articuladas, ni complementadas entre sí (MSP, 2020). Lo que se encuentra funcionando a nivel comunitario son los equipos especializados, los psicólogos de área, los comité de recepción y derivación y algunos pocos servicios alternativos a la internación médico biologicista aunque aún con baja eficiencia, ya que en general el personal sanitario que se encuentra desarrollando estas tareas no recibió una capacitación y formación alineada con la atención a la salud basada en un modelo comunitario. En relación a esto, en el artículo 9 de la Ley 19.529 se establece que el Ministerio de Salud Pública brindará recomendaciones para la formación de los profesionales que brinden atención a la salud mental (MSP, 2020).

Como ejemplo de la formación de los psicólogos que realizarán sus tareas en el ámbito sanitario (sin agotar las diferentes intervenciones que puede realizar la psicología tanto desde el plano clínico, social o comunitario), desde la mirada impartida por la cátedra de Psicología de la salud de la Universidad de la República y a partir de un cuestionamiento de los saberes y prácticas que se despliegan en este campo, Cortazar y Gandolfi (2006) retoman lo planteado por la ley 19.529 y el PNSM resaltando la importancia de formar profesionales con una mirada antropológica, de concepción integradora y holística de la salud, centrada en el proceso de salud-enfermedad-atención, y acoplada a la estrategia de APS, en pro de una equidad en el acceso a la salud, y una comunidad autodeterminada y autorresponsable en el cuidado de la misma (Cortazar & Gandolfi, 2006).

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DE LA SALUD MENTAL

Dada la complejidad y la multideterminación de las problemáticas en el campo sanitario, en este trabajo se entiende que es necesario un abordaje interdisciplinario, desde la definición del problema, el diseño de las intervenciones y las intervenciones en sí mismas, a partir de enfoques que favorezcan la integración del conocimiento, para así superar las limitaciones metodológicas y las visiones fragmentadas de las diferentes disciplinas. Estas intervenciones deberían surgir de las necesidades particulares de la persona o grupo con el que se trabaje, no desde la decisión unilateral de un profesional (Cortazar & Gandolfi, 2006).

Esto es posible si desde las diferentes disciplinas, más allá de sus diferentes marcos conceptuales, se crea un espacio consensuado en relación a determinados

principios. Por ejemplo, como se plantea en la Ley 19.529 (2017), concebir a la salud integralmente, desde un posicionamiento ético ideológico que actúe mediante una perspectiva de derechos, en pro de llegar a la equidad en salud, y donde la atención se base en el respeto por los usuarios. Lo cual se debería enmarcar en ideas de diálogo con los diferentes saberes que se producen y transmiten en las comunidades de las cuales son parte los usuarios. Para esto es importante estar atentos a los puntos ciegos, a las zonas de no visibilidad que se tornan obstaculizantes en el relacionamiento entre profesionales o con los usuarios de la salud (Cortazar & Gandolfi, 2006).

Este abordaje integral, también de la atención, ubicaría al usuario en el centro del sistema, fomentando la implicación de los trabajadores de la salud, proponiendo que el plan de tratamiento sea individualizado y diseñado de manera co-creada entre el equipo interdisciplinario y el usuario (Cortazar & Gandolfi, 2006).

LIMITACIONES Y POTENCIALES CAMBIOS

Siguen existiendo diversas trabas que lentifican que estos cambios, como el abordaje integral de la atención a la salud mental, puedan hacerse posibles. Entre ellas la persistencia de hospitales psiquiátricos o asilares de internaciones prolongadas, con lógicas manicomiales, que continúan reproduciendo concepciones estigmatizantes, medicalizando, psicologizando y patologizando a los usuarios de salud mental (Cortazar & Gandolfi, 2005).

Aún es débil la articulación entre el Estado, los usuarios y demás actores, en relación a la búsqueda de criterios esenciales para el abordaje de la salud mental. A su vez se ve una centralización de los servicios en la capital del país o en las capitales departamentales, y es escasa la inserción de la salud mental en el SNIS lo cual dificulta la accesibilidad a la atención, multiplicando los tiempos de espera y costos monetarios. También se debe mencionar que es débil y fragmentada la red existente entre los diferentes servicios que atienden estas problemáticas, dentro y fuera de las instituciones sanitarias (MSP, 2020).

A esto debería sumarse lo planteado por el PNSM en cuanto a la inadecuación de los servicios existentes para alcanzar y atender a las poblaciones más vulnerables. Agregando que aún son pocas las acciones de promoción, prevención y detección precoz de trastornos mentales, y las diferentes brechas en la cobertura, los mecanismos administrativos poco eficientes, etc., acarrear complicaciones para la atención oportuna y la continuidad en la asistencia (MSP, 2020).

En cuanto a la efectividad de los servicios no se ve un claro análisis de las necesidades de recursos del sistema sanitario, ni una buena distribución de los mismos de acuerdo a las necesidades territoriales; tampoco hay estudios de la calidad de los servicios, ni de la satisfacción de los usuarios en cuanto a la atención en los mismos. Existen dificultades para la investigación del primer nivel de atención que nos permita conocer los factores que influyen en la efectividad de la atención (MSP, 2020).

Es escaso el desarrollo de una psiquiatría que sirva de enlace y cumpla con protocolos de uso de psicofármacos, esto puede relacionarse con que los recursos humanos se encuentran poco capacitados en el modelo de atención comunitario, siendo diferenciado el acceso a las capacitaciones dependiendo del lugar de residencia del profesional, ya que casi todos los centros de formación se encuentran en la capital del país. También se debe destacar el hecho de que no se brinda la valoración necesaria a la salud mental de los trabajadores sanitarios (MSP, 2020).

Para subsanar esto el PNSM propone diferentes líneas de trabajo. En principio plantea que es necesaria la integración en red de las administraciones públicas con las demás organizaciones (privadas, públicas o civiles). De igual forma, como la intersectorialidad e interinstitucionalidad transversalizan todo el plan, el Estado deberá fomentar la construcción de políticas de salud mental a partir de acciones conjuntas entre los Ministerios, diferentes organismos y las organizaciones de la sociedad civil, incluyendo los aportes de la sociedad civil y la academia en el diseño y seguimientos de las mismas (MSP, 2020).

De igual importancia para la construcción de políticas públicas, es el hecho de contar con información de calidad, que se mantenga actualizada en cuanto las características de la población, las problemáticas de salud mental y la respuesta sanitaria (MSP, 2020).

Para que todo esto sea posible, y a partir del análisis actual de los gastos, es imprescindible la reasignación y destinación de nuevos recursos, para lo cual se establece el objetivo de crear un plan de soporte financiero, con recursos suficientes (MSP, 2020).

RECUPERACIÓN

En este trabajo se considera que el paradigma de la recuperación es la manera más efectiva de lograr los objetivos planteados por la OMS (2021). Se entiende por recuperación, a partir de lo planteado por Davidson y González (2017), la forma en que la persona desarrolla un sentido positivo de su identidad independientemente del problema

de salud mental. Lo cual favorece su bienestar y beneficia su salud, en búsqueda de su máximo potencial. Esto se da mediante un proceso social que desarrolla su sentido de pertenencia, de manera significativa en los diferentes grupos sociales de los que forma parte. Así la atención de los servicios de salud orientada a la recuperación debe apoyar los esfuerzos personales que realiza quien tiene una enfermedad mental, en virtud de la recuperación a largo plazo, siendo la persona el centro del proceso, no sólo como la protagonista de su cuidado, sino también participando del desarrollo y evaluación de los programas de atención utilizados (Davidson & González, 2017).

Se torna necesario aclarar que la explicación de la medicina tradicional a las enfermedades mentales severas como un desequilibrio bioquímico, ayuda muchas veces a la persona que la padece y a su familia a liberarse de sentimientos de culpa. Pero esto no los libera de la estigmatización, y podría conllevar a que la persona que la padece se ubicara en un rol de incapaz de intervenir en su propia vida y problemas lo cual sería contraproducente (Saavedra, 2011). Por esto la persona deberá trabajar en su empoderamiento para alcanzar el mayor grado de recuperación que le sea posible.

En relación a esto en la Conferencia de Consenso Nacional sobre la Recuperación de Salud Mental de Estados Unidos y la Transformación de los Sistemas de Salud Mental del año 2004 (SAMHSA, 2004) se plantea que en los procesos de recuperación la autodirección es un componente fundamental, que favorece la autonomía, la independencia y el control de los recursos con los cuales la persona es quien determina sus elecciones y su vida. Otro componente planteado como fundamental es la integralidad, lo que significa que el proceso de recuperación abarca todos los aspectos que componen a la persona, entendiendo a la misma como mente, cuerpo y espíritu y como parte de una comunidad (vivienda, empleo, educación, atención de la salud, cultura, etc.) También es un proceso individualizado y centrado en la persona, por lo cual se basa en sus necesidades, preferencias, experiencias, etc. De esta manera se busca poner el foco en las fortalezas de la persona y no tanto en sus limitaciones (SAMHSA, 2004).

Se argumenta a su vez, que es un proceso continuo pero no lineal, en el cual se presentan obstáculos y dificultades, también recaídas, pero se entiende que componen un aprendizaje en sí mismo. Para esto es necesario que el acompañamiento en el proceso sea a través de relaciones interpersonales de respeto y responsabilidad, donde prime la esperanza de una recuperación exitosa (SAMHSA, 2004).

El paradigma de la recuperación se fue construyendo procesualmente dejando entrever algunos hitos que Rosillo, et al., (2013) manifiestan fueron arraigando este término en la atención a la salud mental. Por ejemplo, pioneras fueron diferentes formas

de autoayuda, movimientos en pro de la desmanicomialización, el movimiento de Vida independiente de personas en situación de discapacidad, entre otros (Rosillo, et al. 2013).

También se comprobó mediante diferentes estudios e investigaciones la eficacia de prácticas alternativas a la hospitalización psiquiátrica. Por ejemplo el Proyecto Soteria (Nischk & Rusch, 2018), que se desarrolló durante más de 30 años, en el cual en un pequeño entorno terapéutico se trabajaba en el tratamiento de personas con trastorno del espectro de la esquizofrenia, las cuales residían allí durante un tiempo. Se buscaba crear una atmósfera en que primaran las relaciones personales y las actividades cotidianas compartidas, promoviendo la distensión emocional y la comprensión interpersonal. No se utilizaban medidas coercitivas y la medicalización psiquiátrica se utilizaba mínimamente (Nischk & Rusch, 2018). En la década del 70, el psiquiatra norteamericano experto en esquizofrenia Loren Mosher (Bola y Mosher, 2003), realiza un experimento, en el cual luego de 2 años de tratamiento los pacientes de Soteria puntuaron significativamente más bajo psicopatológicamente y tuvieron menos reingresos al hospital que las personas tratadas con antipsicóticos.

También fueron antecedentes de este paradigma los movimientos de antipsiquiatría y anti institucionalización de las décadas del 60 y 70, los cuales son un claro eco de la filosofía en la cual se asienta el paradigma de la recuperación, en relación a la lucha por los derechos de los usuarios y la promoción de su participación activa y directa en la toma de decisiones sobre los temas en que se ven afectados (Rosillo, et al. 2013).

En cuanto a la eficacia de la utilización de este paradigma existen, por ejemplo, relatos en primera persona (en revistas y páginas prestigiosas, como ser "*Schizophrenia Bulletin*"), de usuarios que se encuentran en procesos de recuperación o que han tenido un proceso de recuperación que les permite tener una vida lo más autónoma posible, que dan cuenta de la importancia de la perspectiva con la cual la persona y sus vínculos afrontan el trastorno mental (Rosillo, et al., 2013). Dejando ver que las personas con trastorno mental pueden seguir experimentando sintomatología pero, en el proceso de recuperación haber recuperado cierto grado de autonomía, por lo que logran reinsertarse en la comunidad. Lo cual muestra que la cura no es indispensable para que la recuperación sea exitosa; de hecho las mismas son independientes (Agrest & Druetta, 2011). De esta manera, una de las características de la recuperación es la reivindicación de la esperanza, privilegiando el concepto de sanación por sobre el de cura. Ya que hablar de recuperación en salud mental no implica necesariamente que la persona vuelva al estado en el cual se encontraba antes del inicio de los síntomas, sino que implica que la misma integre a la enfermedad en su constructo identitario, pero sin ser el eje central del mismo. Es decir que permite a la persona reconocer otras dimensiones de su identidad más allá de la enfermedad (Saavedra, 2011). Esto implica correrse del

pensamiento médico biologicista donde el proceso de recuperación está ligado a la curación (desaparición de los síntomas) y así, y solo así, es que la persona con algún trastorno mental puede reinsertarse en la comunidad y recuperar su calidad de ciudadano y de sujeto de derecho.

Al respecto, el Psicólogo Clínico Rufus May (2005, como se citó en Freund & Moreno, s.f.), quien tiene un diagnóstico de esquizofrenia y es conocido como “el doctor que escucha voces” resalta, a partir de su propia experiencia de recuperación, como de gran utilidad las narrativas posibilitantes, es decir las historias de éxito de personas que habían pasado por experiencias similares . Así existen redes, como la Red de Escuchadores de Voces (la cual abordaremos más adelante) que, mediante la colaboración de usuarios y profesionales, facilitan la recopilación de dichos relatos y estudios. En la misma línea la Red de trabajo de Recuperación de Escocia está generando la recopilación de investigaciones y evidencia a favor de la recuperación y la creación de redes de apoyo mutuo (Rosillo, et al., 2013).

Otra literatura al respecto nos trae a los grupos de ayuda mutua para personas con consumo problemático de alcohol, como precursora del concepto de recuperación (Agrest & Druetta, 2011).

También se menciona que el mismo cobra relevancia, en la década de 1980, en base a estudios longitudinales en los cuales se planteaba que un alto porcentaje de personas con trastornos mentales severos podía recuperarse (Harding & Zahniser, 1994). Saavedra (2011), por su parte argumenta que el concepto de recuperación comienza a ser utilizado en el ámbito de la salud mental en la década del 1990 a partir de las experiencias subjetivas de personas con enfermedades mentales severas, que se encontraban en procesos de recuperación, viviendo una vida socialmente activa y llena de sentido. Estas, muchas veces, formaban parte de grupos que se denominaban a sí mismos como “supervivientes del sistema basado en el modelo médico biologicista” (Saavedra, 2011).

En resumen, la recuperación se presenta conceptualmente y pragmáticamente como un modelo alternativo a los tratamientos implementados por la psiquiatría biologicista (Rosillo, et al., 2013).

ADOPCIÓN DEL PARADIGMA COMUNITARIO BASADO EN LA RECUPERACIÓN

Siguiendo a Rosillo, et al. (2013) se verán cambios positivos en la adopción de este paradigma en cuanto a la relación de los profesionales con los usuarios del sistema, invitando a la reflexión de los mismos. Habrá un mayor respeto por las opiniones de los

usuarios en cuanto a su tratamiento y una mayor cooperación entre ambos. Lo que iría acompañado por cambios en el modo atencional de los profesionales y reconsideraciones en tanto al entendimiento de las psicopatologías como tales. Todo esto pone a prueba las herramientas y técnicas que se utilizan actualmente y la metodología que las enmarca (Rosillo, et al., 2013).

Como mencionamos existe importante evidencia empírica que demuestra la eficacia de los tratamientos basados en el modelo de la recuperación (Bola y Mosher, 2003; Nischk & Rusch, 2018; Andersen, et al., 2003), como contrapunto a la psiquiatría y psicología ortodoxas que ofrecen una práctica profesional con modelos basados en los síntomas y déficit en torno a la enfermedad, dejando muy poco espacio a la subjetividad del afectado. En estudios longitudinales promovidos por la OMS, como el de Ciompi “La historia natural de la esquizofrenia a largo plazo” en 1980, Rosillo y colaboradores (2013), concluyen que al menos un 40% de las personas con trastorno mental severo muestran ñ y las probabilidades se van incrementando con el tiempo si su tratamiento es basado en un enfoque de recuperación; focalizando la atención en el cuidado y la promoción de la salud mental, más allá de la enfermedad, acentuando el valor otorgado a las posibilidades y el desarrollo de capacidades, en búsqueda del bienestar de la persona, propiciando la construcción de un proyecto vital (Rosillo, et al., 2013).

Concebir al usuario como persona más allá de su enfermedad constituye un accionar ético en sí mismo, que busca revertir la tradicional devaluación en cuanto a la autoridad y confiabilidad otorgada a los usuarios de salud mental en sus propios procesos de recuperación. En relación a esto, “Nada de nosotros, sin nosotros” es un principio que encabeza los movimientos de los supervivientes de la psiquiatría, los cuales resaltan su papel de usuarios como protagonistas en los procesos de atención, basándose en que sus necesidades no deben estar determinadas por personas que no hayan vivido la experiencia de la enfermedad mental (Agrest & Druetta, 2011).

Entonces desde las diferentes asociaciones de usuarios de salud mental y/o familiares de los mismos, y en especial por lo que respecta a este trabajo, desde los grupos de ayuda mutua, los usuarios forman parte de esta nueva concepción en torno a la atención en salud mental y en relación a la salud mental misma. Por lo que son de especial aportación sus narrativas personales, las evaluaciones de los servicios que utilizan, etc (Agrest & Druetta, 2011).

TRABAJAR EN SALUD MENTAL DESDE UN CAMBIO DE PARADIGMA

Trabajar con la salud tiene un gran componente relacional que se juega en la constitución de los equipos, pero también en el tipo de estrategia a utilizar. La intervención se abordará a partir de los componentes de las relaciones interpersonales entre los integrantes de los equipos, entre ellos y los usuarios y entre los usuarios en sí. Así los equipos interdisciplinarios deben elaborar un marco conceptual compartido, moldeable, a partir de la comunicación, complementariedad y cooperación de sus miembros (Bianchi, 2013).

Siguiendo los aportes de Bronfenbrenner, que estos equipos trabajen desde una perspectiva comunitaria implica una posición y enfoque específicos, así como una metodología de intervención determinada, pudiendo acompañarse de un pensamiento y acción ecológicos (Bronfenbrenner, 1987). A Partir de aquí, desde una estrategia de APS, podríamos conceptualizar también el primer nivel de atención en salud como ambiente ecológico. Lo cual significa que las estrategias de atención ponen especial énfasis en el entorno y el contexto, acentuando el valor relacional de estas intervenciones, a partir de la identificación y el diseño de planes de apoyo, aprendizaje y acompañamiento para las personas en sus espacios cotidianos (Bianchi, 2013).

Esto permitirá considerar a la persona y al ambiente, desde su identidad construida procesualmente a partir de factores como el territorio donde vive, la clase social, género, etc., los cuales son atravesados por los aspectos específicos de la enfermedad mental, y se singularizan y significan personalmente y en comunidad. Tener en cuenta esto da la posibilidad de ser cuidadosos a la hora de trazar estrategias de intervención en la salud mental, que respondan a las singularidades de las personas, ya que las mismas no tienen ni la misma trayectoria, ni la misma vivencia de la enfermedad (Bianchi, 2013).

En resumen los profesionales en salud mental que trabajan desde este enfoque deben, conocer el entorno social en el que vive la persona, así como el rol que ocupa la misma dentro de los grupos que integra. Ya que este es el contexto en el cual se planificará y tendrá lugar su tratamiento (Davidson & González, 2017), así como su recuperación.

PROCESOS DE RECUPERACIÓN

Es importante volver a mencionar que el proceso de recuperación no es lineal, sino que es diacrónico, continuo y evolutivo. Tiende a variar en los diferentes períodos, viéndose avances y retrocesos, por lo cual para la persona, hay momentos en que una intervención es más beneficiosa que otra. Como profesionales de la salud mental trabajando desde este paradigma, es necesario adoptar una actitud y postura centrada en

valores, para que nuestras intervenciones sean además de eficaces, significativas para la persona con la cual trabajamos, respetando sus perspectivas, decisiones y elecciones (Rosillo, et al., 2013).

Estudios subjetivos dan cuenta que una de las principales razones que los usuarios consideran de importancia para un proceso de recuperación exitoso es el hecho de que haya profesionales y allegados que confíen en ellos (Rosillo, et al., 2013). Así la autopercepción que tenga el usuario en tanto a cómo fue la atención recibida, tendrá importantes efectos en su pensar, sentir y actuar. Por esto la confianza que los profesionales depositen en el camino de recuperación del usuario será importante, en principio para poder alejarse de la etiqueta de enfermo mental, lo cual lo acercará a un proceso de recuperación exitoso (Bianchi, 2013).

De todas formas, se debe mencionar que muchos de estos procesos de recuperación, se han producido de manera más o menos independiente de un tratamiento profesional, por lo cual la implicación y la esperanza de la persona en su propio proceso es de suma importancia (Rosillo, et al., 2013). Así autores como William Anthony aseguran, que puede haber recuperación sin profesionales, pero no sin la participación del usuario (Anthony, 1993).

Para definir un proceso de recuperación como exitoso podemos basarnos en criterios funcionales y psicosociales planteados por Liberman, et al. (2002), en los cuales, para los profesionales de la salud, la recuperación puede verse como un resultado medible a partir del desarrollo de la autonomía de la persona, la asunción de roles valorados socialmente, el mantenimiento de relaciones socioafectivas valiosas, dándose en compatibilidad y coexistencia con los síntomas de la enfermedad (Liberman, et al., 2002).

Mientras que la persona implicada en dicho proceso puede catalogar el mismo como exitoso al lograr desarrollar roles valiosos con los que se siente satisfecho, y al ver menguado su malestar o sufrimiento en relación a la remisión y control de los síntomas, aumentando así su sensación de autonomía y autoeficacia (Rosillo, et al., 2013). Así, autores como Slade y colaboradores (2008) hablan de dos tipos diferentes de recuperación. La recuperación clínica que implica la dimensión sintomática y la de la inclusión social; y la recuperación personal que implica mejoras en cuanto a actitudes, roles sociales y relaciones interpersonales (Slade, et al., 2008). Esto se ve relacionado con lo que los autores Jacobson y Greenley (2001) plantean en relación a las condiciones internas y externas que tiene la recuperación, entendiendo a estas últimas como las circunstancias, justamente externas al sujeto, que tienen que ver con la comunidad, las cuales facilitan o entorpecen los procesos de recuperación en salud mental (Jacobson &

Greenley, 2001). Abriendo la posibilidad de romper con la unidireccionalidad de pensar que son las personas las que se deben adaptar a la realidad y esta permanecer estática, sin tener en cuenta las necesidades de los grupos vulnerados (Sarraceno, 2003). Ahora bien, siguiendo con los aportes de Jacobson y Greenley (2001), por condiciones internas de la recuperación se entienden las actitudes y experiencias de la persona que se encuentra en dicho proceso (Jacobson & Greenley, 2001). Entonces la recuperación implica un compromiso en el afrontamiento activo de los síntomas y la estigmatización que acompañan a la enfermedad, más que una adaptación pasiva a la misma (Dillon & Longden, 2013).

CIUDADANO. SUJETO DE DERECHOS

Observando la gran labor de la atención comunitaria a la salud mental en el reconocimiento del estatus de ciudadano para las personas con trastornos mentales, se hace pertinente hacer referencia al concepto de ciudadanía; ya que todo lo mencionado es necesario para el reconocimiento de instancias superiores a nosotros mismos, que existen en tanto pertenecemos a determinada comunidad y que son co responsables de nuestras situaciones y como tales, son a las que podemos reclamar nuestros derechos. Resaltando que en grupo, los intereses y esfuerzos de las personas, se vuelven intereses colectivos que ejercen más presión en sus reclamos (Saavedra, 2011).

Desde el enfoque de la recuperación, la persona debería mantener todos sus derechos y responsabilidades ciudadanas, permitiéndole la vida en comunidad e intentando proporcionar las adaptaciones que se requieran, para poder manejarse con la mayor autonomía posible. Es decir, como mencionamos anteriormente, las personas no deben de estar curadas, en el sentido médico biologicista, para llevar una vida plena como ciudadanos. Esto rompe con la lógica manicomial, en el que las personas adoptan el rol de “paciente”, “enfermo”, perdiendo autonomía, control y poder sobre su propia vida, y recién después de los tratamientos de internación son devueltas a la vida en comunidad. Con esto no se quiere decir que no se requieran internaciones en momentos severos o agudos por los cuales transita la persona, pero se entiende que el hacerlo como primera opción (también puede pensarse en torno a la medicalización) disminuye la potencialidad del proceso de recuperación, ya que menoscaba los recursos internos y externos de la persona, dejándolo en un rol sumamente pasivo en el cual otros deciden y hacen por él (Davidson & González, 2017). Así, las necesidades de estos grupos se ven acalladas y su sintomatología provoca que los mismos sean estigmatizados, siendo ésta una de las principales barreras para la inserción social. La salud debe estar alejada de la

discriminación, la marginación y el estigma, ya que, acompañados con la falta de vínculos que esto acarrea obstaculizan los procesos de recuperación personales (ASSE; MSP; UdelaR, 2018).

Basándonos en los aportes de Stafford y Scott (1986, como se citó en Link y Phelan, 2001) entendemos el estigma como las características personales contrarias a las creencias compartidas de comportamiento en una sociedad y momento dado, sumado a que las mismas son devaluadas por la sociedad en general o por un grupo de la misma. Link y Phelan (2001) agregan que en la estigmatización convergen el etiquetamiento de la diferencia, la esteriotipación de la característica mencionada como indeseable, la separación, pérdida del status, discriminación, desigualdad; todo esto en situaciones de poder social, político y económico que lo permiten (Link & Phelan 2001).

Entonces, teniendo en cuenta, la estigmatización que sufren las personas con trastornos mentales, acompañada de los obstáculos que interponen las sociedades en cuanto a su inclusión social y su participación como ciudadano; se debe priorizar, desde un enfoque basado en los derechos, el hecho de que las necesidades de todas las personas tienen igual importancia, y a partir de estas es que se deben planificar las estructuras, normas y políticas sociales. Tanto así que, dentro del paradigma de la recuperación, y pensando más precisamente en la inclusión social, se busca reconstruir, junto con las personas con trastornos mentales, su identidad integral; lo cual, en las sociedades contemporáneas, se logra a partir de la restitución de su calidad de ciudadano (Agrest & Druetta, 2011).

Uno de los trabajos que resalta la importancia de escuchar la voz de los usuarios de la salud mental en torno a su experiencia de recuperación, es el artículo de la psicóloga clínica Patricia Deegan: "Recuperación: La experiencia vivida de rehabilitación", publicado en 1988 (Dillon & Longden, 2013). En el mismo, la autora plantea el hecho de que el cambio en el sentido de uno mismo y el encontrar el propósito de la vida más allá de la enfermedad, son componentes implícitos de la recuperación que no pueden darse sin el accionar y el compromiso del usuario (Deegan, 1988).

Así cobra vital importancia la perspectiva de los usuarios, en tanto ellos también tienen conocimientos que aportar y mucho por hacer en relación a la atención de la salud mental y sobre todo en su proceso de recuperación y búsqueda de bienestar. Ellos son expertos a raíz de su experiencia, por tanto su participación es imprescindible facilitando una colaboración activa con el profesional, la cual será de gran ventaja para el éxito del tratamiento (Dillon & Longden, 2013).

Entendiendo la importancia de la perspectiva de los usuarios no podemos pasar por alto la revisión bibliográfica hecha por Andersen et al. (2003), a partir de relatos experienciales, artículos e investigaciones sobre recuperación, en la cual los propios

usuarios mencionan que las características internas más importantes para el éxito de sus procesos de recuperación son la esperanza sostenida en el proceso, la redefinición de su identidad, con esto del sentido de su vida, y la toma de responsabilidad. Mencionando la capacidad de reflexión y el accionar mediante la consciencia como características complementarias que facilitan el mismo (Andersen, et al. 2003).

Por su parte, Mezinna, et al. (2006) en sus investigaciones donde entrevistaron a personas con trastorno mental severo, expresan que las mismas manifestaron que el control del tiempo y espacio en la vida cotidiana favorece su estabilidad emocional y nivel de funcionamiento, pudiendo tomar decisiones básicas, lo cual repercute muy positivamente en su proceso de recuperación (Mezzina, et al. 2006).

A su vez, generalmente el proceso de recuperación conlleva que la persona se mueva desde una situación de aislamiento, hacia una participación activa en la sociedad, por lo cual es de suma importancia la búsqueda de espacios sociales seguros, que se ajusten a la situación, para que la persona pueda desarrollar su competencia y agencia (Saavedra, 2011). Así, en el estudio de Mezzina, et al. (2006), los participantes dejan clara la importancia que tuvo en sus procesos de recuperación el apoyo mutuo entre personas con trastornos mentales (Mezzina, et al. 2006). Estos son muy beneficiosos ya que permiten que las personas compartan experiencias que tienen en común. La identificación con un grupo brinda sentido de pertenencia, y a través del mismo la persona puede reconstruir su “yo” y ser responsable respecto a sus semejantes, lo cual brinda la sensación de seguridad y estabilidad (Saavedra, 2011). Más adelante retomaremos esto planteando el rol fundamental que cumplen los grupos de escuchadores de voces, en los procesos de recuperación de sus miembros.

TRATAMIENTO CLÁSICO DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS

La definición psiquiátrica de las alucinaciones como realidad alterada a raíz de percepciones vividas sin aparente causa externa, tiene sus orígenes a principios del siglo XIX de la mano de autores como Ball, Esquirol o Baillarger. Los mismos que, a su vez, dejaban en claro, la dificultad para generar una definición conceptual respecto a estas experiencias (San Martín, s.f.).

Actualmente en el DSM V (2014), el manual que se utiliza en psiquiatría para la codificación, clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, encontramos a las alucinaciones descritas como percepciones vívidas que se dan sin un estímulo externo que las genere, y sin estar sujetas al control voluntario de la persona que las experimenta. En particular se plantea que las alucinaciones auditivas, suelen presentarse

como voces que la persona diferencia de su propio pensamiento, aunque no siempre haga esta distinción. (DSM V, 2014).

Desde la mirada médica el contenido alucinatorio es considerado, únicamente, para el diagnóstico de la persona y hablar sobre el mismo se plantea como contraproducente, ya que podría aumentar estas experiencias que la psiquiatría busca eliminar mediante la medicación neuroléptica y a través de la internación psiquiátrica, considerando que detrás de estas experiencias hay disfunciones biológicas, como alteraciones genéticas, bioquímicas o neurofisiológicas (San Martín, s.f.).

Pero muchos estudios demuestran que la explicación que brinda la medicina basada en el paradigma biologicista no es del todo útil en el afrontamiento de la escucha de voces ya que, sitúa a dichas experiencias fuera de la comprensión y alcance de la persona (Romme & Escher, s.f.), siendo la medicación el eje principal del tratamiento. De esta manera Leucht, et al. (2009), presentan un metanálisis de 38 ensayos de antipsicóticos de segunda generación (para trastornos mentales severos), y a partir de los resultados obtenidos concluyen, entre otras cosas, que las personas con trastornos mentales que estaban bajo tratamiento con antipsicótico en su gran mayoría no obtenían beneficios, y se veían expuestas a los efectos adversos de la medicación (Leucht, et al., 2009). Estos antipsicóticos de segunda generación actúan sobre diferentes vías neurotransmisoras, pero tienen diversos efectos adversos que pueden causar problemas físicos, cognitivos y emocionales, entre ellos disfunciones metabólicas, endocrinas, sexuales, problemas cardiacos, hasta atrofia cerebral (Locos en América, s.f.a).

Bjornestad, et al. (2019), por su parte realizan una revisión sistemática y metanálisis de estudios cualitativos basados en la perspectiva de los usuarios de la salud mental (es decir sobre las experiencias subjetivas de los usuarios en cuanto los efectos obtenidos de la toma de medicación), en la cual se concluye que el uso prolongado de los antipsicóticos es catalogado por los mismos como una barrera para la recuperación ya que no se adaptan a los síntomas, funcionamiento y experiencia personal del usuario (Bjornestad, et al., 2019).

Entonces, se debe reconocer que las formas actuales desde las cuales la psiquiatría busca ayudar a los escuchadores de voces son de alcance limitado y se conocen muchos efectos secundarios negativos en torno al consumo de estos psicofármacos (Corstens, et al., 2014).

ESCUCHA DE VOCES

Autores como Chadwick y Birchwood (1994) señalan que, la interpretación que la persona haga de las voces que escucha, está estrechamente relacionada con sus

esquemas cognitivos biográficos, en relación a experiencias pasadas y actuales, y en relación a su sentimiento para consigo mismo (Chadwick y Birchwood, 1994). En este sentido Corstens, et al. (2014), siguiendo a Romme y Escher plantean que: “las voces son tanto “el problema” como “la solución”: un ataque a la identidad y también un intento de preservarla, puesto que articulan y encarnan el dolor emocional” (p. 288).

Entonces silenciar las voces solo traería un beneficio a corto plazo, pero sería una barrera en el proceso de recuperación. Desde esta perspectiva se entiende que el contenido de las mismas brinda importante información, que permite la exploración de aspectos sociales y emocionales de la persona, lo cual puede utilizarse como oportunidades de autoconocimiento y crecimiento personal en pro de su recuperación (Corstens, et al., 2014).

También en el VII congreso Mundial de Escuchadores de Voces (Movimiento del cual hablaremos a posterior) celebrado en Madrid en el año 2015 se ponen de manifiesto, las dificultades que acarrea el modelo biomédico imperante en la atención a la salud mental, el cual se basa en la tríada diagnóstico - tratamiento - hospitalización (Mad in Spain, 2017). Así existen propuestas alternativas al mismo para el tratamiento de la escucha de voces, inspiradas en proporcionar refugio, un lugar seguro y una práctica esperanzadora para estas personas, entendiendo que dichas experiencias tienen al trauma como riesgo preponderante (Locos en América, s. f.b).

En relación a esto existe validación empírica, meta-análisis, como por ejemplo la presentada por Varese, et al. (2012) que afirma que las secuelas de acontecimientos adversos, como la exposición al estrés, sobre todo en etapas tempranas de desarrollo, están fuertemente asociados a la experiencia de escuchar voces (Varese, et al. 2012), ya que implicaron una fuerte represión emocional en la persona. Por tanto es necesario dar importancia a la gran prevalencia de situaciones traumáticas vividas por las personas que escuchan voces, para así desarrollar una práctica de atención a la salud mental que tenga conocimiento al respecto (Corstens, et al., 2014).

Jacqui Dillon escuchadora de voces, es actualmente presidenta de Hearing Voices Network en Inglaterra, con amplia formación y experiencia en salud mental y en especial en escucha de voces, psicosis, trauma, disociación y recuperación (AMSM, 2015b). La misma manifiesta que existen mayores probabilidades de que una persona experimente experiencias inusuales enmarcadas en cuadros de psicosis cuanto mayor gravedad, frecuencia y tipos de eventos traumáticos haya vivido en su niñez (AMSM, 2015a.1 hora 0min 0seg). Agrega que los diagnósticos psiquiátricos no ayudan a la persona a entender lo que le pasa, ni a afrontarlo, por lo cual plantea la existencia de maneras alternativas de trabajar con la experiencia de escucha de voces, por intermedio de relaciones de ayuda

horizontales, donde el profesional cumpla el rol de facilitador, resaltando la importancia del apoyo entre pares. Así lo que se debe hacer es generar hipótesis compartidas a partir de las dificultades que experimenta la persona, analizando los posibles desencadenantes de dichas experiencias, en relación al sentido y significado que le ha dado a sus circunstancias vitales (AMSM, 2015b).

En una entrevista a Tamasin Knight (2010) (también escuchadora de voces), a raíz de su libro “Más allá de las creencias: Maneras alternativas de trabajar con delirios, ideas obsesivas y experiencias inusuales”, expresa -por su experiencia- la inoperancia y falta de resultado de las estrategias clínicas de la psiquiatría y psicología hegemónicas. Planteando que la erradicación sintomática, más que un interés de la persona, es un interés de determinadas sociedades, no permitiendo la construcción de relaciones horizontales (ENUSP, 2010).

De esta manera Knight nos invita a pensar la importancia de conocer sobre salud mental, no meramente mediante información patrocinada por el poder establecido, como la industria farmacéutica, sino también a partir de las narrativas de las propias personas implicadas, así como de lecturas alternativas. Plantea en su libro, una serie de herramientas clínicas centradas en el trabajo con el sufrimiento, para afrontar estas experiencias y poder convivir con ellas. Manifestando que este sufrimiento se ve multiplicado, cuando las personas del entorno e incluso los profesionales niegan las experiencias vividas por estas personas, como reales (ENUSP, 2010). De esta manera podemos decir que lo que genera mucho de ese sufrimiento, en diferentes ocasiones, no es necesariamente lo experimentado sino, la estigmatización, que mencionamos anteriormente, y con esto la manera de afrontarlo.

MOVIMIENTO DE ESCUCHADORES DE VOCES

En la década de 1980 se origina en Holanda el Movimiento de escuchadores de voces (HVM por su nombre en inglés), a raíz de la colaboración del psiquiatra social Marius Romme, la investigadora Sandra Escher y la escuchadora de voces Patsy Hage con la cual el psiquiatra trabajaba (Corstens, et al., 2014).

Este Movimiento se basa en una mirada crítica, la cual cuestiona y busca la reformulación del paradigma que utilizan la medicina y psicología imperantes, que mencionamos anteriormente, en torno a la escucha de voces, repensando también el lugar de poder que ocupan los profesionales. Así se proponen diferentes maneras de afrontar esas experiencias, en beneficio de la recuperación de la persona, promoviendo la

defensa de los derechos de la misma. Aunque este movimiento parte de las investigaciones de Romme y Escher, se desarrolla por supervivientes de la psiquiatría en búsqueda de la reformulación de la atención a la salud mental. Honra la realidad subjetiva de las personas, incitando a la aceptación y valoración de las voces como una experiencia real, dando así lugar a que las personas se empoderen y puedan, con ayuda, manejarlas con éxito (Corstens, et al., 2014).

El síntoma planteado por la psiquiatría como sin significado, es visto desde este Movimiento como significativo y posible de descifrar a partir de la historia de vida de la persona. Favoreciendo así soluciones holísticas que ven al afrontamiento mediante la comprensión, aceptación e integración del significado emocional de estas experiencias como la mejor manera de alcanzar la recuperación (Dillon & Longden, 2013).

Así Romme plantea que aunque inusual, el escuchar voces es una experiencia normal en el ser humano, y no es allí donde radica el problema, sino, en la incapacidad de hacer frente a la experiencia. Resalta la importancia de la educación en relación al tema, tanto de las personas que escuchan voces y sus familiares, como de los profesionales que trabajan con ellas y la población en general, para así reducir la ignorancia y evitar la exclusión social. Agregando que el sentir y el punto de vista de las personas que escuchan voces es lo que debe primar a la hora de trabajar con los mismos, por sobre cualquier teoría psiquiátrica (Freund & Moreno, s.f.).

De todas formas, es importante aclarar que desde este movimiento se respeta la decisión personal de estar bajo tratamiento psiquiátrico con medicación neuroléptica, ya que para muchas personas el mismo es útil para manejar la intensidad emocional que puede acarrear la escucha de voces. Pero esto es una estrategia, dentro de la diversidad de posibilidades y si se utiliza se entiende como parte de un tratamiento integral que incluye otras maneras de trabajar con la persona. Entendiendo esto a partir de la comprensión de la importancia de que las personas tengan la información necesaria para así tomar sus propias decisiones utilizando su capacidad de elección (Corstens, et al., 2014).

Como valor primordial del HVM está el hecho de que la multiplicidad de explicaciones que las personas utilizan para dar sentido a la escucha de voces son aceptadas y validadas de igual forma, animando a los afectados a apropiarse de su experiencia y definirla por sí mismos (Corstens, et al., 2014). Siendo que los principales valores del HVM parten del entendimiento de la escucha de voces como experiencia humana, la cual posee significado que podría interpretarse a partir de los acontecimientos pasados y presentes de la persona. Se reconoce así el impacto que ejercen los factores emocionales e interpersonales y los factores sociales. Así se manifiesta a las voces como

intrusivas y con contenido, entendiendo que ciertas circunstancias han sobrepasado y desautorizado a la persona (Corstens, et al., 2014).

En resumen es un movimiento auto considerado como post psiquiátrico, que se basa en la crítica a los modelos de atención psiquiátricos reduccionistas de relación asimétrica entre médico experto dominante y usuario pasivo (paciente) que resume en gran medida la manera de trabajo impartida por el paradigma comunitario enfocado en la recuperación.

GENERACIÓN DE NUEVOS CONOCIMIENTOS

En la generación de nuevos conocimientos, los investigadores deberían, desde una mirada despatologizante y a partir de diferentes marcos de referencia, generar relaciones de colaboración con los escuchadores de voces, para que estos tuvieran una implicación activa. Para esto debería invertirse recursos en el entrenamiento de estas personas, tanto en cuanto a la metodología como a la práctica de investigación (Corstens, et al., 2014).

Con el éxito de HVM comenzó a desarrollarse literatura al respecto, basada en diferentes investigaciones. Así Romme y Escher en su libro "*Dando Sentido a las Voces*" presentan la Entrevista de Maastricht (Romme & Escher, 1999), que se utiliza en conjunto con el mismo, en donde se evalúan estas experiencias para intentar determinar lo que la voz representa. Se debe utilizar como herramienta de investigación y para desarrollar a posterior, estrategias de afrontamiento, y ayudar a las personas que viven estas experiencias (Corstens, et al., 2014). Es menester mencionar que la misma fue co creada con personas que escuchan voces, reconociendo su saber en torno al tema.

A raíz de su uso, demostró ser una herramienta beneficiosa para los trabajadores de salud mental, aumentando su confianza para comenzar la exploración de las voces de la persona (Corstens, et al., 2014), que también se vió muy beneficiada, aumentando su concientización en torno a su experiencia al hacerse preguntas que quizá no se había hecho antes. Esta puede ser la primera vez que tiene la oportunidad de hablar de su experiencia de manera estructurada y se toma en consideración su sentir. En sí, podemos decir que la entrevista puede ser generadora de una buena alianza entre el escuchador de voces y el profesional, en donde se ve favorecida la discusión en pro de un mayor autoconocimiento del primero (Corstens, et al., 2014), buscando localizar los conflictos latentes que pueden subyacer a las voces. Así al dotar a las voces de sentido, la persona que las escucha puede atribuirles un significado diferente y reconstruir la experiencia desde un lugar más beneficioso para él (Freund & Moreno, s.f.).

GRUPOS DE ESCUCHADORES DE VOCES

Inspirados por conocer las estrategias utilizadas por personas que afrontaban exitosamente (sin estar bajo tratamiento psiquiátrico) la escucha de voces, Romme y Escher invitaron a 20 personas a compartir sus experiencias en el Primer Congreso de Escuchadores de Voces en 1987, entrevistando a más personas a posteriori. A partir de esto surgen los "Grupos de Escuchadores de Voces" (HVGs también por sus siglas en inglés) que basados en una estructura de apoyo mutuo se organizan en redes locales y nacionales (Corstens, et al., 2014), entendiendo que la más poderosa herramienta para el cambio es el ejemplo de otras personas que hayan atravesado lo mismo y lo hayan afrontado de manera exitosa. Así, Romme y Escher, plantean un modelo de tres fases para el afrontamiento de estas experiencias, donde cada fase requiere de estrategias específicas (Romme & Escher, s.f.):

1°- Alarma: La aparición de las voces es repentina por lo cual causa ansiedad y miedo en las personas. Los autores realizaron entrevistas donde preguntaron a los escuchadores de voces sobre el tema, llegando a que generalmente se daba luego de un evento particular con mucha carga emocional (Romme & Escher, s.f.) Es importante resaltar el hecho de que, por lo general, la persona afectada así como su entorno cercano, no tienen conocimientos al respecto, por lo cual se genera mucha angustia, que puede verse multiplicada, si la respuesta social es estigmatizar la situación. El miedo a perder el control hace que la persona y sus allegados solo quieran que las voces se vayan. El acudir a un grupo de escuchadores de voces, mientras se transita por esta primera etapa, puede ayudar a la persona a reducir el miedo, la angustia y el estigma, ya que puede ver que a otras personas también les pasa, y así ganar control (Red de escucha de voces, s.f.).

2°- Organización: En esta fase suele observarse sentimientos de ira hacia las voces (Romme & Escher, s.f.). El acudir a un grupo en esta etapa, ayuda a la persona a aceptar estas experiencias como parte de su vida. Y por medio de un intercambio libre, sin restricciones, ni prejuicios los miembros del grupo pueden buscar, basándose en sus diferentes experiencias, maneras efectivas de afrontamiento (Red de escucha de voces, s.f.).

3°- Estabilización: En esta fase la persona logra cierto equilibrio a través del desarrollo de técnicas de afrontamiento que le permiten manejar las voces de una mejor manera. Asume la escucha de voces como una parte de sí, de su vida, de las cuales en ocasiones podría sacar provecho (Romme & Escher, s.f.). Acudir a un grupo durante esta fase disminuye el aislamiento (Red de escucha de voces, s.f.).

La diferencia de los HVGs y los grupos de ayuda mutua desde una perspectiva clínica, es que estos últimos parten del diagnóstico de las personas, basándose en un enfoque y lenguaje científicas, donde el profesional tiene el saber, mientras que los miembros del grupo ocupan el rol pasivo de paciente. En contraposición a estos, los HVGs parten de la experiencia compartida, manejando información de diferentes fuentes alternativas al modelo médico, con personas que buscan soluciones dentro de su propio marco referencial y que no necesariamente están en tratamiento médico (Romme & Escher, 1999). Los HVGs son espacios seguros donde los escuchadores de voces configuran su identidad a partir de un lenguaje nuevo, entendiendo que términos como “alucinaciones”, pueden sonar incapacitantes, y obstaculizar el marco referencial por el cual la persona explica sus experiencias (Corstens, et al., 2014).

No obstante, la ventaja de disponer de ambos enfoques es que las personas pueden escoger lo que quieren, cómo se ven a sí mismas y la forma en que les gustaría resolver sus problemas (Romme & Escher, 1999).

Escher (1993) a partir de una gran cantidad de entrevistas realizadas plantea que las ventajas de hablar sobre estas experiencias radica en que las personas comienzan a pensar de manera más positiva al respecto. Pierden el miedo y así la impotencia y ansiedad que provoca la próxima aparición. Identifican patrones, reconociendo por ejemplo en qué momento suelen aparecer estas voces. El participar de estos grupos, ayuda a las personas a reconocer que no son los únicos que transitan por estas experiencias, y por medio de la escucha de los otros pueden llegar a reconocer el significado latente de su propia experiencia (Escher, 1993).

La ayuda mutua entonces, no brinda un efecto inmediato, sino que incita a que la persona se reconozca, pueda ser ella misma y de esa manera se favorece su inclusión social (Coleman y Smith, 1997). Así, se concluye que para apoyar a estas personas efectivamente, es necesario intentar entender el marco de referencia que utiliza cada una, para ayudar a cambiar su relación con ellas, agregando al apoyo mutuo como importantísimo para superar el aislamiento social y el estigma (Corstens, 2014).

CONCLUSIONES FINALES

En conclusión, este trabajo es una invitación a revisar los paradigmas utilizados a la hora de trabajar con la salud mental, particularmente en las sociedades occidentales. Entendiendo que el paradigma médico biologicista que se utiliza actualmente da un lugar preponderante a la patología, lo cual reduce el autoestima de la persona e induce a la estigmatización .

Así tomando en cuenta el ejemplo propuesto en este trabajo y en consonancia con el paradigma comunitario y la recuperación en salud mental, se entiende que desestigmatizar la escucha de voces, a partir de la difusión de información, para lograr una mayor tolerancia y comprensión de dichas experiencias es un propósito fundamental del surgimiento de La Red de Escucha de Voces (Red de Escucha de Voces, s.f.). De esta manera se trabaja en un nivel de apoyo y en un nivel de acción. Por un lado con los grupos, promueve la ayuda mutua, y por otro, da pie a la conciencia y tolerancia, mediante explicaciones positivas de lo que es la experiencia de escuchar voces. Así brinda información por intermedio de conferencias, cursos, estableciendo favorezcan a sus miembros (Dillon & Longden, 2013). Es importante destacar el rol que hoy en día tiene el internet y los medios de comunicación, por lo que sería de gran utilidad que los mismos afectados pudieran participar en proyectos de esta índole.

Por otro lado y en relación a lo planteado, el paradigma comunitario en el cual se enmarcarían los procesos de recuperación implica que la persona tome acción. Busca educar y empoderar a las personas con trastornos mentales severos para que asuman un papel activo y significativo, más allá del rol de “enfermo mental”, partiendo de la experiencia personal, no desde la enfermedad, relevando la comprensión personal por sobre el conocimiento médico. Y aunque se entiende que un profesional de la salud, es diferente a un experto por experiencia (personas con trastorno mental), se deben reconocer ambos saberes desde una relación horizontal. Por lo cual buscar un lenguaje neutral, no basado en la enfermedad, es un desafío necesario, para continuar en la línea de recuperación que se viene trabajando así como para la generación de nuevos conocimientos (Corstens, et al., 2014).

A lo expuesto se agrega que los procesos de recuperación implican también el compromiso de la comunidad. Ya que es a partir de las relaciones interpersonales que la persona se percibe a sí misma, y por intermedio de la mirada de los otros construye una identidad compartida.

De esta manera se torna necesario trabajar con los prejuicios y las injusticias, con los valores y las creencias, así como con el sistema socioeconómico de las comunidades, siendo que los procesos de recuperación dependen también de este contexto (Dillon & Longden, 2013), no únicamente de la persona, sus allegados y los profesionales.

En conclusión estas ideas y maneras de trabajar pueden tornarse polémicas para el modelo médico biologicista, pero parecen encontrarse más alineadas a las necesidades de los usuarios de salud mental y sus familiares, así como a las prácticas de salud mental enfocadas en la recuperación (Corstens, et al., 2014). Todo esto busca que la persona con trastorno mental pueda vivir una vida, que tanto ella como sus seres queridos valoren

de manera positiva; por lo cual desde esta perspectiva se deberían de brindar los servicios y apoyos necesarios para conseguirlo.

Para esto en la actualidad existen muchos defensores de la idea de que las personas con trastornos mentales, puedan comprometerse en el diseño y gestión de las políticas públicas, evaluando esto como necesario, ya que son ellos los verdaderos experientes. Entonces este enfoque deja de lado las relaciones verticales, de jerarquía médico-paciente y los profesionales pasan a formar parte de una red mucho más amplia, donde el objetivo central es el bienestar de la persona. Esto no quiere decir que se deben descartar todos los modelos o tratamientos utilizados, que puedan haber demostrado su eficacia, sino que es una invitación a incorporar las ventajas de trabajar con la persona en su contexto. (Davidson & González, 2017) .

En conclusión se deben hacer grandes cambios a nivel político y social en el diseño y gestión de las políticas públicas en relación a la salud mental, así como a la interna de los servicios de salud, para la implementación de un enfoque basado en la recuperación entendiendo que esto dependerá también de las circunstancias socioeconómicas y político culturales del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrest, M., & Druetta, I. (2011) El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. XXII: pp.56 - 64
https://www.researchgate.net/publication/51063256_The_concept_of_recovery_the_importance_of_users%27_perspective_and_their_participation
- American Psychiatric Association (2014) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V. 5ta edición.
- Andersen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003) *The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model*. Department of Psychology, University of Wollongong, Australia.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.
<https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Arias, P., Camps, C., Cifre, A., Chicharro, F., Fernández, J., Gisbert, C., González, J., Mayoral, F., Moro, J., Pérez, F., Rodríguez, A. & Uriarte, J. (2002) *Rehabilitación psicossocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos técnicos 6.
- Asociación Madrileña de Salud Mental (12 y 13 de Marzo de 2015a) *Jacqui Dillon. Trauma y disociación: un paradigma alternativo*. [Archivo de Vídeo].
<https://www.youtube.com/watch?v=fHyu2F6QZKY>
- Asociación Madrileña de Salud Mental - AMSM (12 de Octubre de 2015b) *Jacqui Dillon. Trauma y disociación: un paradigma alternativo. Video de la conferencia de clausura en el X Congreso de la AMSM*.

<https://amsm.es/2015/10/12/jacqui-dillon-trauma-un-disociacion-un-paradigma-alter-nativo-video-de-la-conferencia-de-clausura-en-el-x-congreso-de-la-amsm/>

ASSE; MSP; UdelaR. (2018). Propuesta para la implementación de la nueva Ley de Salud Mental en ASSE. 1ª. Etapa - 2019-2020 (Resumen). Montevideo.

Bianchi (2013) Los equipos, las disciplinas y las concepciones de salud y enfermedad. En: De León, N. (2013) *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas en Salud Mental*. Udelar, Csic. Colección Art. 2.

Bjornestad, J., Lavik, K., Davidson, L., Hjeltnes, A., Moltu, C. & Veseth, M. (2020) Antipsychotic treatment – a systematic literature review and meta-analysis of qualitative studies. *Journal of Mental Health*. 29:5, 513-523.
https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2019.1581352?fbclid=IwAR1cRd6kPYgK_DUvI-rf65hLmZim6R4G3NoDaYMaCcH_x6A39ZTR9G14408&

Bola, J. (2003) Tratamiento de la psicosis aguda sin neurolépticos. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 191:pp. 219-229.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
(researchgate.net)

Cea, J.C., (2019) “Locos por nuestros derechos”: Comunidad, salud mental y ciudadanía en el Chile contemporáneo. *Quaderns de Psicologia*. Vol 21 N°2.
https://www.researchgate.net/publication/335626240_Locos_por_nuestros_derechos_Comunidad_salud_mental_y_ciudadania_en_el_Chile_contemporaneo

Chadwick, P., & Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 164(2), pp.190–201. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.2.190>

Ciampi, L. (1980). *The natural history of schizophrenia in the long term. The British Journal of Psychiatry*. pp. 413–420. doi:10.1192/bjp.136.5.413

Coleman, R. & Smith, M. (1997) *Working with Voices, Victim to Victor*. Handsell Publishing.

Cortazar, M., & Gandolfi, A. (2006) *El desafío de la Interdisciplina en la formación de los Profesionales de la Salud*.
<https://docplayer.es/17248258-El-desafio-de-la-interdisciplina-en-la-formacion-de-los-profesionales-de-la-salud.html>

Corstens, D., Longden, E., & May, R. (2012) Talking with voices: Exploring what is expressed by the voices people hear. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 4:2, 95-104, DOI: 10.1080/17522439.2011.571705

Corstens, D., Longden, E., Rydinger, B., Bental, R. & Os J. (2013): “El tratamiento de las alucinaciones: un comentario”. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 5:1, pp. 98-102

Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., Thomas, N. (2014) Emerging Perspectives From the Hearing Voices Movement: Implications for Research and Practice *Schizophrenia Bulletin*, Volume 40, pp. 285 – 294.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbu007>

Davidson, L., & González, A. (2017) La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 37(131): 189-205 doi: 10.4321/S0211-57352017000100011

Deegan P. (2009) Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. En: *Mental Health Still Matters* (pp.58-65)

Dillon, J. y Longden, E. (2013) Grupos de escucha de voces. Creación de espacios seguros para compartir experiencias tabú. En Romme, M & Escher, S. (Edit) (2013) *La psicosis como crisis personal. Un abordaje basado en la experiencia*. Madrid:

ENUSP Bulletin – *Newsletter of the European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry*, 2010, No. 1.

https://www.atopos.es/pdf_11/18-22_Escuchar%20voces.%20y%20contarlo%20en%20la%20red.pdf

Escher, S., y Romme, M. (s.f.) “*Escuchar voces.*” Recuperado de:

https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2011/04/Sobre-la-escucha-de-voces_ anterior1.pdf

Escher, A. (1993) Talking about voices. En: Romme, M. & Escher, A. (ed) *Accepting Voices*. pp. 50-59.

Escher, S., y Romme, M. (1999) Autoayuda. En Escher, S., y Romme, M. (1999) *Dando sentido a las voces. Guía práctica para los profesionales de la salud que trabajan con personas que escuchan voces.* (pp. 181 - 195) Actualizado al español (2015).

Freund, N. y Moreno, A. (s.f) *Escuchar voces... y contarlo en la red.*

https://www.atopos.es/pdf_09/pdf_11/18-22_Escuchar%20voces.%20y%20contarlo%20en%20la%20red.pdf

Harding, C. & Zahniser, F.. (1994) Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 90 (suppl. 384) : pp. 140-146. DOI: [10.1111/j.1600-0447.1994.tb05903.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05903.x)

Instituto Nacional de Estadística (2018). Anuario Estadístico 2018 95° versión. Montevideo.

Jacobson N. & Greenley D. (2001) What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*. 52: pp. 482- 485.

Leucht, S., Arbter, D., Engel R., Kissling W., & Davis J. (2009) How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Molecular Psychiatry*. 14, pp. 429–447

Ley N°18.211 (2007) Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, Uruguay.

Ley N° 19.529 (2017) Ley de Salud Mental. Montevideo, Uruguay.

Lieberman, R., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002) Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*. 14, pp. 256–272

Link, B., & Phelan, J. (2001) Conceptualizing stigma. *Annu. Rev. Sociol.* 27: pp. 363–385

Locos en América. Ciencia, psiquiatría y justicia social. (s.f.a) *Drug info: Adults. Antipsychotics*.
<https://www.madinamerica.com/drug-info-antipsychotics-schizophrenia/>

Locos en América. Ciencia, psiquiatría y justicia social. (s.f.b) *Non-drug Therapies: Adults. Psychotics Disorders*.
<https://www.madinamerica.com/non-drug-therapies-adult-psychotic-disorders/>

Mad in Spain. Locura, comunidad y derechos humanos. (12 de marzo de 2017).
Construyendo en común, construyendo lo común. El congreso de Hearing Voices de Alcalá de Henares (Madrid) al completo. 7° Congreso Mundial de Intervoices.
<https://madinspain.org/congresohearingvoices/>

Ministerio de Salud Pública (1986). Plan Nacional de Salud Mental. Montevideo, Uruguay.

Ministerio de Salud Pública - MSP (2020). Plan Nacional de Salud Mental. Montevideo, Uruguay.

Mezzina, R., Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., & Sells, D. (2006) The Social Nature of Recovery: Discussion and Implications for Practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9:1, pp. 63-80.
<http://dx.doi.org/10.1080/15487760500339436>

Nischk, D., & Rusch, J. (2019) What Makes Soteria Work? On the Effect of a Therapeutic Milieu on Self-Disturbances in the Schizophrenia Syndrome. *Psychopathology*. 52: pp.213–220. <https://www.karger.com/Article/Abstract/501816>

Organización Mundial de la Salud-OMS (27 de mayo de 2013) Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud-OMS (2021) Atlas de Salud Mental 2020. Ginebra. <https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2022/05/03-Atlas-Mental-Health-eng.pdf>

Organización Mundial de la Salud- OMS (17 de junio de 2022a) *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos*. Ginebra. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

Organización Mundial de la Salud-OMS (2022b) Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud-OMS (17 de junio de 2022c) *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud- OMS (2022) Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. Ginebra.

Pan American Health Organization-PAHO. Promoting Health in the Americas. (6 al 12 de septiembre de 1978) *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. URSS.

Poremski, D., Kuek, J., Yuan, Q., Yow, K., Eu, P. & Chua, H. (2022) The impact of peer support work on the mental health of peer support specialists. *Int J Ment Health Syst* 16, 51 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00561-8>

Red de escuchadores de voces (s.f.) *Creación y Apoyo de los Grupos de Escucha de Voces*.

Rosillo, M., Hernández, M. & Smith, S. (2013) La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 33. N°18.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352013000200003#:~:text=La%20recuperaci%C3%B3n%20es%20inicialmente%20un%20movimiento%20social%20que.%22ricos%20y%20densos%22%20en%20ingredientes%20de%20%22recuperaci%C3%B3n%22%20%286%29.

Saavedra Macías, F. (2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 18(1), pp.121-139.

SAMSHA. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental Centro de Salud Mental (16 y 17 de diciembre de 2004). Declaración Nacional de Consenso sobre la Recuperación de Salud Mental. <https://www.samhsa.gov/>

San Martín, C. (s.f.) *“Las alucinaciones auditivas vistas desde la psiquiatría y psicología “oficiales.”*” Recuperado de:
https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2011/04/Sobre-la-escucha-de-voces_in_terior1.pdf

Sarraceno, B. (2003) *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicossocial a la ciudadanía posible*. Recuperado de:
<https://archive.org/details/laliberaciondelo0000sara/page/n5/mode/2up>

Slade, M., Amering, M. & Oades, L. (2008). Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, pp 128-137
doi:10.1017/S1121189X00002827

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Os, J., & Bentall, R. (2012) Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin* vol. 38 no. 4 pp. 661–671. doi:10.1093/schbul/sbs050