

Relato de la experiencia en Argentina de la adaptación de un programa estandarizado guiado por la recuperación en salud mental

Adapting a standardized recovery-oriented program in Argentina : A narrative synthesis

Relato da experiência na Argentina de adaptação de um programa padronizado pautado pela recuperação da saúde mental



Norma Irene **Geffner**
Martín **Agrest**
Paula **Garber Epstein**

ID: 10.33881/2027-1786.RIP.14206

Title: Adapting a standardized recovery-oriented program in Argentina

Subtitle: A narrative synthesis

Título: Relato de la experiencia en Argentina de la adaptación de un programa estandarizado guiado por la recuperación en salud mental

Título: Relato da experiência na Argentina de adaptação de um programa padronizado pautado pela recuperação da saúde mental

Alt Title / Título alternativo / Título alternativo

[en]: Adapting a standardized recovery-oriented program in Argentina: A narrative synthesis

[es]: Relato de la experiencia en argentina de la adaptación de un programa estandarizado guiado por la recuperación en salud mental

[pt]: Relato da experiência na Argentina de adaptação de um programa padronizado pautado pela recuperação da saúde mental

Author (s) / Autor (es) / Autor (es)

Geffner, Agrest & Garber Epstein

Keywords / Palabras Clave / Palavras chave:

[en]: Mental Health, Illness management and Recovery (IMR), recovery, adaptation, implementation.

[es]: Salud Mental, Illness Management and Recovery (IMR), recuperación, adaptación, implementación

[pt]: Saude Mental, Illness Management and Recovery (IMR), recuperação, adaptação, implementação

Submitted: 2020-07-01

Accepted: 2020-11-09

Norma Irene **Geffner**, Psi.

ORCID: [0000-0003-2254-9136](https://orcid.org/0000-0003-2254-9136)

Source | Filiacion:

Área de pares de Proyecto Suma, Buenos aires, Argentina

BIO:

Licenciada en Psicología Universidad de Palermo, Proyecto Suma, forma parte su equipo clínico. Creadora y coordinadora del Programa Genera, Grupo de encuentro y reflexión sobre esperanza, recuperación y autoestigma.

City | Ciudad:

Buenos Aires [ar]

e-mail:

ngeffner@gmail.com

Martín **Agrest**, MA Psi.

Research ID: [V-3041-2019](https://orcid.org/V-3041-2019)

ORCID: [0000-0003-3756-2229](https://orcid.org/0000-0003-3756-2229)

Source | Filiacion:

Coordinador del equipo de Investigación de Proyecto Suma, Buenos Aires, Argentina

BIO:

Licenciado en Psicología en la Universidad de Buenos Aires (Argentina) Maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud en la Universidad Favaloro, fundador de Proyecto Suma,.

City | Ciudad:

Buenos Aires [ar]

e-mail:

magrest66@gmail.com

Paula **Garber Epstein**, Ts.

ORCID: [0000-0001-5353-4805](https://orcid.org/0000-0001-5353-4805)

Source | Filiacion:

The Bob Shapell School of Social Work. Tel Aviv University, Israel

BIO:

Trabajo Social en Universidad Hebrea de Jerusalem (BA), Universidad de Tel Aviv (SWM), PhD Universidad de Haifa, post doc University of Minnesota, School of Social Work. Director of Community mental health Kfar Izun. Supervisor in Rehab field Israel

City | Ciudad:

Kfar Saba [il]

e-mail:

paulagarbere@gmail.com

Resumen

El concepto de recuperación, su conceptualización y consideración para las prácticas en el campo de la salud mental, pese a su significativo desarrollo a nivel mundial, están pendientes en América Latina. Como consecuencia, se registran demoras para implementar cambios estructurales en la atención especializada y las personas usuarias del sistema de salud mental se ven privadas de prácticas basadas en la evidencia que podrían alentar sus procesos de recuperación. Una historia de violencia estatal y crisis económicas cíclicas atentaron contra la continuidad de invaluables prácticas comunitarias que, particularmente en Argentina, fueron borradas por mucho tiempo a partir del golpe de estado de 1976. Este artículo describe el proceso de adaptación cultural para Argentina del programa Illness Management and Recovery llevado a cabo por un equipo conformado por personas usuarias de servicios de salud mental, ex usuarios y profesionales. Esta adaptación se plantea como un puente entre el legado de prácticas comunitarias latinoamericanas en salud mental y las nuevas prácticas basadas en la evidencia que surgen con la incorporación de la voz y la experiencia de las personas usuarias al campo de la salud mental. Finalmente, se incluyen reflexiones sobre la experiencia de adaptación y recomendaciones para la futura implementación local del programa renombrado como "Programa Activo para la Recuperación".

Abstract

Despite its significant development worldwide, the concept of recovery and its conceptualization and consideration in the mental health field are still pending in Latin America. Consequently, delays in the implementation of structural changes in the training of future mental health workers are registered and service users are deprived from accessing evidence-based practices that could foster their recovery processes. The Latin American region has witnessed a history of state violence and cyclical economic crises that have hindered the continuation of invaluable community practices and, particularly in Argentina, the 1976 coup d'état disappeared such practices from many years. This article describes the process of cultural adaptation for Argentina of an international evidence-based practice, the Illness Management and Recovery program, undertaken by a team formed by mental health services users and mental health professionals. This adaptation is proposed as a bridge between the legacy of Latin American community practices in mental health and the new evidence-based practices that emerge with the incorporation of the voices and experiences of service users to the mental health field. Some considerations are put forward for the future local implementation of the program renamed "Active Program for Recovery".

Resumo

O conceito de recuperação, sua conceituação e consideração pelas práticas no campo da saúde mental, apesar de seu significativo desenvolvimento mundial, estão pendentes na América Latina. Como consequência, ocorrem atrasos na implementação de mudanças estruturais na atenção especializada e os usuários do sistema de saúde mental são privados de práticas baseadas em evidências que poderiam estimular seus processos de recuperação. Uma história de violência estatal e crises econômicas cíclicas ameaçaram a continuidade de práticas comunitárias inestimáveis que, particularmente na Argentina, foram apagadas por muito tempo após o golpe de 1976. Este artigo descreve o processo de adaptação cultural para a Argentina do programa Gerenciamento e Recuperação de Doenças, realizado por uma equipe formada por usuários de serviços de saúde mental, ex-usuários e profissionais. Essa adaptação é proposta como uma ponte entre o legado das práticas comunitárias latino-americanas em saúde mental e as novas práticas baseadas em evidências que surgem com a incorporação da voz e da experiência dos usuários no campo da saúde mental. Por fim, são incluídas reflexões sobre a experiência de adaptação e recomendações para a futura implementação local do programa nomeado "Programa de Recuperação Ativa".

Citar como:

Geffner, N. I., Agrest, M., & Garber Epstein, P. (2021). Relato de la experiencia en Argentina de la adaptación de un programa estandarizado guiado por la recuperación en salud mental. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 14 (2), 59-70 <https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/saude>

Relato de la experiencia en Argentina de la adaptación de un programa estandarizado guiado por la recuperación en salud mental

Adapting a standardized recovery-oriented program in Argentina : A narrative synthesis

Relato da experiência na Argentina de adaptação de um programa padronizado pautado pela recuperação da saúde mental

Norma Irene **Geffner**

Martín **Agrest**

Paula **Garber Epstein**

Introducción

El concepto de recuperación, su conceptualización y consideración para las prácticas en el campo de la salud mental, pese a su significativo desarrollo a nivel mundial, están pendientes en Argentina y, en buena medida, también en el resto de América Latina (**Agrest et al 2017; Zalazar et al., 2017**). Algo similar sucede con el abordaje del estigma y sus consecuencias, más ligado a entusiasmos de equipos particulares que a políticas de Estado y organizaciones profesionales (**Mascayano et al., 2015**). Las organizaciones de personas usuarias y ex usuarias de servicios de salud mental de la región no representan todavía un factor capaz de imponer una agenda en relación a los temas que impactan en las vidas de quienes padecen y sus familiares (**Ardila-Gómez et al., 2019**). En este contexto, urge explorar e implementar iniciativas que apunten a incorporar estos aspectos y diversificar las opciones de las personas con trastornos mentales para avanzar en su autonomía e inclusión social.

Si bien los marcos legales internacionales y nacionales que suscribe Argentina exigen una práctica en irrestricta consideración de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, es poco lo que se ha hecho para dar cumplimiento efectivo a esos compromisos (**Hurley & Agrest, 2020**). Argentina promulgó (**en 2010**) y reglamentó (**en 2013**) la Ley de Salud mental y Adicciones, en la que se establecía el año 2020, como el límite para el cierre de los “manicomios”, centros de salud mental sin un enfoque guiado por la perspectiva de la recuperación (**Congreso de la Nación, 2010**). Aún hoy, sin embargo, es escaso el avance en la construcción de los recursos para dar cumplimiento a la ley y para preparar a la comunidad y a los/las profesionales como apoyo necesario para este gran cambio en el sistema, de acuerdo a como se ha hecho en otros países del mundo (**Garber-Epstein et al., 2014; Hurley & Agrest, 2020**).

En Argentina, como en algunos países de América Latina, el concepto de la recuperación va de la mano de la idea de una “ampliación de ciudadanía”, una cuestión de derechos asociados a la ampliación de ciudadanía de las personas usuarias, aunque, contradictoriamente, sin una modificación acorde en la organización de los servicios de salud mental (Acrest et al., 2017). Y, si bien el tema de los derechos es jerárquicamente superior a cualquier conceptualización de la recuperación, puede dejar pendientes las discusiones sobre los cambios necesarios que implica la perspectiva de la recuperación en la política de salud, en la asignación de recursos, la organización de los servicios, la formación profesional, las relaciones entre profesionales y personas usuarias, y el desarrollo de programas o dispositivos que se necesitan implementar para favorecer las posibilidades de inclusión de las personas afectadas.

La formación educativa de psiquiatras y psicólogos en Argentina, no tiende a estar enfocada en la recuperación en salud mental. En la actual formación educativa de los/las psiquiatras la atención psicofarmacológica es lo que prima (Vainer, 2014). En la formación de los/las psicólogos/as, existe un sesgo clínico, asistencial y monoteórico (Rodríguez, 2012) según el cual es determinante una formación lacaniana estructuralista. Siguiendo a Brisuela Blume y colaboradores (2017) los planes de estudio de la carrera de psicología han priorizado desde los años ‘60 y, aún más, desde la década del ‘70, un programa transversal de formación psicoanalítica, en desmedro de otras orientaciones que ya en esa época, contaban con mayor evidencia empírica sistemática. Esa formación “monoexplicativa y dogmática” ha resultado en un escaso pluralismo teórico-metodológico que afecta la producción investigativa (Brisuela Blume et al., 2017).

Esta fuerte tradición psicoanalítica, el abandono por años del trabajo en grupo y la reticencia a compartir colaborativamente las ideas clínicas con los/las pacientes han priorizado una forma de ejercer la práctica que enfatiza la disparidad entre profesionales y personas que los consultan (Acrest et al., 2017; Mascayano y Montenegro, 2017). Es así que los modelos sistematizados, basados en el entendimiento de la recuperación personal como meta del mejoramiento de la salud mental, que alientan la construcción de esperanza y el reconocimiento de las fortalezas personales, deben navegar contra la corriente profesional dominante.

Es un desafío a abordar en el contexto local poder determinar hasta qué punto los principios de la recuperación podrían articularse en la sociedad argentina. Estos principios incluyen: promover el empoderamiento de las personas usuarias, la auto-dirección, el «hablar y hacer con» en vez de «hablar de» la persona o el entendimiento de que gran parte del trabajo es en la comunidad (Acrest et al., 2017). Es también un desafío, volver a implicar la potencialidad de la comunidad como una fuente de oportunidades para la recuperación.

En este contexto, es una tarea pendiente sumar dispositivos que promuevan la inclusión de las personas usuarias en acuerdo con los marcos legales nacionales e internacionales que Argentina ha suscripto. Este trabajo tiene por objetivo, por una parte, describir el proceso de adaptación cultural de una Práctica Basada en Evidencia (PBE), el programa Illness Management and Recovery (IMR) para su futura implementación en Argentina. Este programa acompaña a personas usuarias de servicios de salud mental en la determinación y logro de objetivos personales a través de estrategias de probada eficacia (Mueser et al., 2006). Por otra parte, se analizan las condiciones particulares del contexto y de los antecedentes locales de abordajes comunitarios que sostenemos que comparten muchos valores con la actual perspectiva de la recuperación personal en salud mental. Finalmente, se discuten en conexión con la literatura, barreras y facilitadores detectados para una futura implementación de este programa en Argentina.

Illness management and Recovery: Breve descripción

IMR es una PBE desarrollada por un equipo formado por investigadores, proveedores de servicios, administradores, formuladores de políticas, personas usuarias y familiares, y apoyados por la Administración de Servicios de Salud Mental por Abuso de Sustancias de los Estados Unidos (SAMHSA) y la Fundación Robert Wood Johnson (RWJF). IMR es un programa de tratamiento manualizado destinado a ayudar a las personas usuarias a establecer y perseguir objetivos personales e implementar acciones y estrategias para la recuperación. El programa se realiza en formatos grupales o individuales y consta de entre 30 y 40 encuentros (Mueser et al., 2006).

La investigación señala que la educación básica sobre los trastornos mentales facilita la capacidad de las personas usuarias para recuperar el control sobre sus vidas y establecer relaciones más colaborativas y menos jerárquicas con los profesionales (Mueser et al., 2002). Asimismo, se indica que es importante incluir en prácticas y dispositivos una concepción de los participantes como sujetos activos y expertos personales en su propio proceso de recuperación, en vez de tratarse de receptores pasivos de servicios de salud mental (Gingerich & Mueser, 2005).

El programa IMR articula estrategias que han mostrado su efectividad en una revisión de 40 estudios (Daass Iraqi et al., 2020) e incluye: estrategias de recuperación, datos prácticos sobre los trastornos mentales, el modelo de vulnerabilidad al estrés y estrategias de tratamiento, construcción de apoyo social, reducción de recaídas, uso eficaz de medicamentos, afrontamiento del estrés, afrontamiento de problemas y síntomas, y la satisfacción de las necesidades en el sistema de salud mental (Meyer et al., 2010; Mueser et al., 2006).

El programa se ha traducido a 20 idiomas y se ha adaptado a distintos contextos culturales (Daass-Iraqi et al., 2020; Garber-Epstein et al., 2013; Samuels et al., 2009). Si bien ha sido diseñado para ser facilitado por profesionales del área de la salud, investigaciones recientes muestran su efectividad tanto al ser facilitado por profesionales, como por pares o personas de la comunidad con interés en formarse en el programa (Garber-Epstein et al., 2013; Salyers, 2010).

Psicología comunitaria en América Latina y la recuperación en salud mental: Una articulación posible

La historia de las prácticas comunitarias en América Latina es de una enorme riqueza. Sostenemos que es ético y necesario, reconocer el legado de esa historia que, en gran medida, consideramos que contiene elementos compatibles con los valores de la actual perspectiva de la recuperación en salud mental. Si bien esta perspectiva nace en el mundo

anglosajón, surge de la perspectiva, voz, experiencia y fortalecimiento de las personas usuarias. El apoyo en valores como empoderamiento y la participación social son puntos compartidos entre la historia y el legado en Argentina y América Latina y la perspectiva del “recovery” del mundo anglosajón. Por lo tanto, existe la posibilidad de incluir en nuestra práctica, programas de probada eficacia en otros contextos que, a partir de una adaptación culturalmente sensible, podrían ampliar los recorridos de las personas usuarias locales, sumándose a las prácticas habituales.

El legado de estas experiencias regionales, su concepción dialógica, la dinámica y la dialéctica que propone entre el hacer y el pensar sobre el hacer (Freire, 1997) son conceptos y acciones de enorme actualidad. Por ejemplo, esperanza, autonomía, participación, curiosidad y creatividad son valores de esta forma de ejercer una práctica que se aleja del “transferir, depositar, ofrecer, dar al otro, tomado como paciente de su pensar, el entendimiento de las cosas, de los hechos, de los conceptos” (Freire, 1997, p. 38).

Maritza Montero (2004) afirmaba que en Latinoamérica se hacía psicología comunitaria, sin saberlo, durante la década del ‘70. Esa ausencia de un nombre propio de la disciplina no impidió que se fueran construyendo ciertas características particulares. Fundamentalmente, su capacidad transformadora con parámetros que para una comunidad significan “mejor calidad de vida, mayor satisfacción vital, más posibilidades de expresión y control sobre sus circunstancias de vida” (Montero, 2004, p.22). Mucho antes de que se hablase de recuperación, Montero (1984) relacionaba la potencialidad de cambio de la psicología comunitaria con aspectos de “detección de potencialidades, de auspicio de las mismas y de cambio en los modos de enfrentar la realidad, de interpretarla y de reaccionar ante ella” (p. 390).

Numerosas experiencias latinoamericanas, desde comienzo de la década del 60, conforman un legado (Ussher & Di Iorio, 2014) que cualquier intento de adaptar el concepto de recuperación en la región no debería desconocer. Éstas representan prácticas de intervención psicosocial que podrían definirse como comunitarias, aún antes de que se institucionalizara académicamente una psicología comunitaria. Estas prácticas trataban de dar respuesta a la realidad problemática de los países latinoamericanos (Montero, 1994), siempre desde la perspectiva de un sujeto activo y participante ((Ussher & Di Iorio, 2014).

En Argentina, la violencia estatal, los golpes de estado y las crisis económicas cíclicas cercenaron y “desaparecieron” (Vainer, 2005) una historia de prácticas grupales y comunitarias importantes (Vainer, 2000; Visacovsky, 2003) que, si bien en la última década han empezado a recuperarse, tienen aún un lugar simbólico devaluado. Más aún, hay pocos referentes con formación comunitaria en servicios y activi-

dades y, cuando los hay, muchos de estos servicios apelan al voluntarismo del trabajo comunitario (Vainer, 2014).

Con base en estas articulaciones, desarrollamos a continuación el proceso de adaptación cultural realizado en el programa IMR para facilitar y promover su utilización en un contexto latinoamericano.

Adaptación cultural

En primer lugar, la adaptación local del IMR, incluye elementos que permitirían a las personas usuarias, muchas de ellas cursando tratamientos con profesionales de salud mental que se rigen por el psicoanálisis, dialogar con otras formas de comprender su padecimiento. Así, la versión adaptada localmente del programa se propone como una forma de conexión entre las prácticas habituales en salud mental y las nuevas perspectivas de la recuperación que incluyen la “voz autodeterminante de la persona en su red natural” (León, 2017, p. 358).

Asimismo, el programa IMR se plantea como un puente que recupera y articula nuestra historia de prácticas comunitarias en salud mental (Vainer, 2014), la histórica preocupación en América Latina por las diferentes formas de la expresión del padecimiento mental en las distintas culturas (Villaseñor Bayardo, 2009) y las nuevas perspectivas que se abren a partir de la inclusión de la experiencia vivida de recuperación en los testimonios en primera persona de usuarios de servicios de salud mental.

La adaptación del programa busca, a partir de la sistematización de temas y estrategias que el IMR propone, abrir un espacio de trabajo conjunto, colaborativo y flexible que permita a los/las participantes, personas usuarias y profesionales, crear un marco para desarrollar la idea de la posibilidad de avanzar en la propia gestión del padecimiento mental. Busca repartir de otra manera el control y el conocimiento de la enfermedad mental y los modos de sobrellevar los síntomas y, fundamentalmente, abre la posibilidad de acompañar a la persona en su propia elección de objetivos de vida, como integrante pleno de la comunidad (Anthony, 1993).

Queremos recalcar que no se trata de reemplazar una práctica por otra, sino que se trata de dialogar y articular, teniendo en cuenta las particularidades locales, la historia y los valores.

En resumen, el proceso de adaptación del IMR en Argentina implicó los siguientes pasos (Samuels et al., 2009). (ver Tabla 1)

Tabla 1:
Pasos en la adaptación del IMR en Argentina

Primer paso	Detección de necesidades y potencialidades del colectivo de personas usuarias y familiares
Segundo paso	Elección de una práctica basada en la evidencia (PBE): IMR
Tercer paso	Adaptación de la PBE <ul style="list-style-type: none"> Fase 1: Traducción y adaptación cultural de la PBE Fase 2: Adaptación de la implementación de la PBE
Cuarto paso	Revisión con profesionales y pares expertos
Quinto paso	Análisis de barreras y facilitadores para la implementación

Fuente: Elaboración Propia

Primer paso: Detección de necesidades y potencialidades del colectivo de usuarios y familiares

El equipo que realiza la adaptación cultural del IMR ha desarrollado tareas de trabajo e investigación en relación a temas de estigma, implicancias de la perspectiva de la recuperación en los programas de rehabilitación e inclusión de pares (personas con historia de padecimiento mental que se forman y trabajan o han trabajado en apoyo mutuo) en equipos de salud desde 2009 en Proyecto Suma, Organización no gubernamental que brinda asistencia y tratamiento a personas con trastorno mental grave (TMG) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tabla 2:
Acciones realizadas

Formación, supervisión e inclusión de pares en equipos de salud mental y coordinación del área de pares desde 2012 (Agrest et al, 2019).
Diseño y coordinación del Programa GENERA (Geffner et al, 2017; Geffner y Agrest, 2019) para abordar el autoestigma con personas usuarias, desde 2014 y realizado hasta la fecha en 12 oportunidades.
Talleres de estigma para familias coordinado por profesionales, usuarios y pares.
Coordinación del Grupo de Acompañamiento de Proyectos (GAP) entre 2015 y 2018, dentro del dispositivo Recuperación en Comunidad, de Proyecto Suma
Organización y realización del primer curso sobre “Formación de agentes de apoyo mutuo” coordinado por pares y profesionales para usuarios y profesionales en 2019 en Proyecto Suma
Redacción de un manual para formación de agentes de apoyo mutuo (trabajo conjunto de profesionales y usuarios expertos en 2018).
Encuentros comunitarios mensuales realizados en Proyecto Suma, entre 2017 y 2018 con usuarios, profesionales, referentes de derechos humanos, vecinos de la comunidad para realizar acciones conjuntas en relación a satisfacer las demandas del colectivo de personas usuarias

Fuente: Elaboración Propia

A partir de las actividades realizadas, sintetizadas en la tabla 2, se detectaron las siguientes necesidades y demandas de las personas usuarias y sus familiares agrupadas según las siguientes categorías: falta de información específica referida a diferentes tópicos (por ejemplo, qué y cuáles son los trastornos mentales, cuáles son sus tratamientos, etc.), necesidades insatisfechas (por ejemplo, participar más en los tratamientos que reciben), dificultades no abordadas en los tratamientos (por ejemplo, cómo poder hablar de dificultades con la medicación, etc.). (Ver Tabla 3)

Tabla 3:
Necesidades y demandas detectadas

Falta de información acerca de	<ul style="list-style-type: none"> • Los trastornos mentales. • Medicación y opciones de tratamiento. • Estigma, autoestigma y sus consecuencias. • Programas de inclusión y programas de formación laboral. • Perspectiva de recuperación personal así como, también, falta de contacto con usuarios avanzados en su proceso de recuperación.
Necesidades insatisfechas	<ul style="list-style-type: none"> • Habilitación de los usuarios para participar más activamente en los tratamientos. • Apoyo percibido por los usuarios en relación a asumir riesgos necesarios en sus procesos. • Abordaje en los tratamientos de las fortalezas y capacidades. • Estrategias para el manejo del estrés y los síntomas (ej.: “las voces”)
Dificultades no abordadas en los tratamientos habituales	<p>Dificultad de los usuarios en hablar con los profesionales en relación a los tratamientos.</p> <p>Dificultad de los usuarios en organizarse en relación a metas personales.</p> <p>De acuerdo a los modelos teóricos hegemónicos, hay una cierta culpabilización a las familias por la “enfermedad” del familiar y, consecuentemente, hay una incorporación de las familias al tratamiento desde un lugar de permanente cuestionamiento.</p>

Fuente: Elaboración Propia

Al mismo tiempo, se detectaron potencialidades de las personas usuarias que se resumen en su compromiso y disposición a la participación (ver Tabla 4):

Tabla 4.
Potencialidades de las personas usuarias

Compromiso con las actividades propuestas.
Compromiso de los usuarios en participar de campañas anti estigma.
Aporte de testimonios en primera persona.
Participación de los usuarios en generar propuestas de actividades.

Fuente: Elaboración Propia

Segundo paso: Elección de una práctica basada en la evidencia (PBE): IMR

La elección de esta PBE, IMR, se realizó luego de un estudio sistemático de diferentes intervenciones anti-estigma y promotoras de la recuperación (Geffner y otros, 2017). Asimismo, su elección se basó en sus antecedentes de adaptación en diferentes contextos (Daas-Iraqi et al., 2020), en los resultados demostrados (Hasson-Ohayon et al., 2007), y en que provee respuestas a muchas de las preguntas e inquietudes planteadas por las personas usuarias y familiares. Por otra parte, este programa provee con facilidad el acceso a los materiales para la implementación del programa.

Tercer paso: Adaptación cultural de la PBE

El programa IMR ha sido creado en los Estados Unidos y es necesario señalar que la cultura sajona, caracterizada por el privilegio de metas individuales por sobre las grupales o comunitarias, se contrapone a valores sostenidos por la cultura latina referidos al familismo (Larrain, 2001) y a los esfuerzos y productos colectivos. En este sentido, por lo tanto, no es posible importar de manera acrítica, dispositivos que no tengan en cuenta las condiciones particulares del lugar en donde se espera desarrollarlos (Daass-Iraqi et al., 2020; Escoffery, 2018; Mascayano & Montenegro, 2017).

Fase 1: Proceso de traducción y adaptación cultural

Se ha respetado el temario y las estrategias propuestas en el programa IMR y la estructura y número de las sesiones atentos a sostener la fidelidad a la práctica original, entendiendo que una mayor fidelidad al modelo de práctica definido tiende a producir resultados superiores (Drake et al. 2001). La adaptación cultural incluyó, como primera medida, un cambio en el nombre. Se puso un mayor énfasis en “la recuperación” que en el “manejo de la enfermedad”, proponiéndose la denominación de “Programa Activo para la Recuperación (PAR)”. En la Tabla 5 se sintetizan los distintos cambios efectuados en el marco de la adaptación.

Tabla 5.
Cambios realizados en el programa IMR como parte de la adaptación

Se cambió el nombre del programa para adecuarlo de manera más cercana a aquello que busca estimular, el bienestar y la recuperación: Programa Activo para la Recuperación (PAR) de manera de generar más empatía e interés en las personas usuarias y familiares con el programa.
Se cambió el término de “enfermedad mental” de la versión original del programa por el de “padecimiento mental”. En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental ha dejado de lado el término “enfermedad mental” y lo ha reemplazado por el de “padecimiento mental”. A su vez, dado el marco teórico más frecuente con que se aborda el tratamiento, no es habitual decirle al paciente su diagnóstico (Druetta et al., 2013) y, muchas personas usuarias no nombran aquello que les pasa como una “enfermedad mental” sino como un “padecimiento”, “crisis”, o “problema de relaciones familiares” (Geffner y Agrest, 2021).
Se utilizaron dichos textuales provenientes de personas usuarias participantes del programa GENERA y ejemplos provenientes de los grupos y actividades señaladas en la tabla 2: Actividades realizadas.
El módulo sobre consumo problemático de sustancias se fusionó con el módulo de información sobre padecimientos mentales.
Se sumó un módulo independiente para profundizar algunos aspectos vinculados al estigma que suelen padecer quienes tienen un trastorno mental ya que, en Argentina, no es un tema que se aborde en los tratamientos habituales (Geffner y Agrest, 2021).

En relación a la profundización del tema del estigma, se sumó un módulo para abordar el tema de la reestructuración cognitiva y pensamientos negativos tomado del Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) (Roe et al., 2014; Roe et al., 2017; Yanos et al., 2011).
En el módulo de recuperación se incluyó un apartado nuevo sobre fortalezas personales tomado del Programa Navigate (Mueser et al., 2015)
Se incluyeron autores latinoamericanos que refieren al carácter de construcción colectiva de los procesos de salud.
En el cierre de cada módulo, se incluyeron textos, fábulas, frases o cuentos cortos con el objetivo de promover el diálogo y favorecer el intercambio grupal y alentar el interés por otras formas de narrar sensaciones y sentimientos (Saavedra-Macías et al., 2016).
Se incluyeron aspectos vinculados a la Ley Nacional de Salud Mental de la Argentina (# 26.657) y temas vinculados al “derecho a tener obligaciones” y las “decisiones compartidas”.
En términos de género, se decidió utilizar la forma convenida más comúnmente hasta la actualidad de terminar las palabras con “o/a” (por ejemplo, novio/a, satisfecho/a).
En términos de los pronombres personales y conjugaciones verbales, se decidió utilizar la segunda persona del singular (“vos”) y la forma más común utilizada para Argentina (por ejemplo, “vos tenés”) por más que en otras regiones de América Latina se utiliza el “tu”.

Fuente: Elaboración Propia

Fase 2: Adaptación de la implementación

Si bien el programa no se ha podido realizar en el 2020, sí hay decisiones en relación a la forma de trabajo de su futura implementación. Trabajar en grupos orientados por la tarea de la recuperación implica siempre la participación activa de las personas usuarias. Partimos del concepto de Paulo Freire (1967, 1970) de “educación problematizadora”, que se define como antagónica a la educación “bancaria” o tradicional. En esta última, se trabaja en la oposición entre el que sabe y el que no sabe, y el que tiene y da a alguien el saber que ese otro no tiene. Desde nuestra mirada crítica, el “diálogo” entre el conocimiento profesional y el experiencial opera en el contexto social de una jerarquía de poder implícita (León, 2017; Ortiz Lobo, 2011) que el programa se propone sortear. El programa prioriza su carácter de experiencia, grupal, dialógica y transformadora, entendiendo que no se trata de impartir contenidos e información sino de alentar la reflexión, la participación y la recuperación. Se detallan a continuación los cambios sugeridos (ver tabla 6):

Tabla 6. Cambios introducidos en el IMR para facilitar su implementación

Inclusión de pares	Se incluyen pares en la facilitación del programa ya que aportan una voz única e indispensable. La presencia del par cuestiona el estigma y alienta la esperanza en tanto provee una narrativa de la recuperación que no puede aportar el saber profesional.
--------------------	--

Formato grupal	Si bien el programa podría realizarse en forma individual, el formato grupal se privilegia como forma de implementación. El grupo funciona como un posible “campo de entrenamiento para la vida cotidiana” y un laboratorio de cambio de los patrones de relación del usuario (Tarí García & Ferrer Dufol, 2017).
Inclusión de la familia en el proceso	Atendiendo a la importancia de la familia en América Latina, se incluyó un folleto para las familias con las temáticas a abordar en el programa, de manera de incluirlas en los procesos, entendiendo que el proceso de recuperación requiere que la familia no sólo esté informada, sino que participe del cambio que el proceso supone. Se sumaron al programa dos reuniones con las familias. La primera antes de comenzar el programa, para informar y repartir el manual para familiares y dar lugar a inquietudes y preguntas. La segunda, luego del Módulo 6 del programa, para evaluar los cambios percibidos por la familia y, nuevamente, dar lugar a inquietudes de los familiares. Se agregó una jornada de cierre al programa del que participa la familia con el objetivo de realizar una evaluación colectiva del programa, celebrar el cierre de esta etapa y entregar certificados a los usuarios participantes
Articulación entre el equipo profesional de atención y el programa	Al inicio del programa se provee a los/las profesionales de las personas usuarias participantes de información sobre el programa, organización de los encuentros, temas a tratar. Se suma una breve guía a los/las usuarios/as participantes para que, al finalizar el programa, ellos puedan sintetizar y compartir la evaluación de su propio proceso con su equipo tratante.

Cuarto paso: Revisión con profesionales y personas usuarias expertas (pares)

La elección del programa y la adaptación del manual para personas usuarias se ha discutido en 12 reuniones semanales con personas usuarias expertas a lo largo del proceso. Asimismo, estas reuniones han permitido pensar la futura implementación del programa en el contexto local, duración de las sesiones, cantidad de sesiones por cada módulo y conformación del equipo integrado por pares y profesionales que serían los facilitadores.

Se partirá de una experiencia piloto, con 12 participantes y la coordinación de un/a profesional y dos pares que ya han recibido formación para acompañar el programa.

Durante todo el proceso se ha contado con la supervisión de una profesional experta, con experiencia en la capacitación de facilitadores para este programa y con experiencia en la adaptación del IMR a distintas culturas (PG). Esta profesional supervisará la prueba piloto del programa.

Quinto paso: Obstáculos y facilitadores para la implementación local

La ciencia de la implementación comprende el estudio de procesos y estrategias que integran tratamientos efectivos basados en la evidencia en el uso rutinario, en entornos de atención habitual (Proctor, 2009).

La literatura apunta a una serie de factores que constituyen barreras en las distintas etapas de implementación, como las limitaciones en el acceso a la información y el conocimiento sobre la efectividad de las diversas intervenciones; dificultad para acceder a las mismas intervenciones; la creencia de que la EBP hace que el sistema sea rígido; falta de programas de implementación ordenados e infraestructura de apoyo para el proceso de implementación (Drake, 2005). Otras barreras se relacionan con la propia organización: como la falta de una mirada a largo plazo, restricciones presupuestarias, falta de incentivos para la integración de EBP; desacuerdo sobre el resultado de las intervenciones (Azrin y Goldman, 2005); oposición o escepticismo de los profesionales con respecto a la visión de recuperación y con respecto a las nuevas intervenciones; falta de cooperación de otros miembros del personal en entornos (como psiquiatras y coordinadores de atención); dificultades en la cooperación de los facilitadores de la intervención con respecto a la retroalimentación e informes sobre la implementación (Rapp et al., 2010).

Además de los factores inhibidores, existen factores auxiliares y estrategias para hacer avanzar los procesos y hacer frente a estas barreras. Los factores auxiliares incluyen factores relacionados con la intervención en sí y las formas en que se transmite: características del cuadernillo de trabajo (guía), calidad de la capacitación, supervisión y orientación a largo plazo (Azrin & Goldman, 2005), y seguimiento sistemático del proceso de implementación examinando la fidelidad de la intervención al modelo. En relación a los factores relacionados con el servicio en sí, son importantes los estándares profesionales de los servicios involucrados en el proyecto, liderazgo de la organización, las características de los coordinadores, los usuarios (paciente), el equipo, actitudes sobre la recuperación y las intervenciones basadas en evidencia, el contexto organizacional y la cultura: actitudes frente al cambio y experiencias previas (Bhattacharyya et al., 2009; Rapp, et al., 2010; Torrey & Gorman, 2005).

En la actual etapa del proceso, el programa “PAR”, la versión local desarrollada en base al programa IMR, no se ha realizado todavía. Pero, se ha avanzado en la sugerencia de las barreras y facilitadores de su implementación en distintos niveles a partir de la discusión interna del equipo involucrado en la adaptación (Grinspun, 2018) (ver tabla 7 y tabla 8).

Tabla 7
Facilitadores detectados en el proceso

Facilitadores
Nivel Macro-Sistema de salud
Herencia de una historia rica en experiencias comunitarias y grupales.
Experiencias latinoamericanas compartidas.
En contextos de pobreza y falta de acceso a los sistemas de salud, los formatos grupales sistematizados y de sencilla implementación en forma remota, pueden ser recursos muy importantes.
Creciente interés en Latinoamérica por generar acciones desde la perspectiva de la recuperación.

Facilitadores
Nivel Meso: Organizacional
Un equipo que trabaja e investiga en áreas de pares, estigma y recuperación desde el año 2009.
Un equipo de pares, usuarios expertos, que ha trabajado en numerosas actividades comunitarias, campañas antiestigma, talleres con familias, actividades abiertas a la comunidad desde 2012.
Experiencia del equipo en armado de programas, material informativo, cursos, campañas.
Trabajo en red con otras instituciones interesadas.
Asesoramiento de una experta en el programa durante todo el proceso.
Facilidad de acceso a los materiales de formación que provee la PBE.
Nivel Micro: Individual
Equipo de usuarios y profesionales que han compartido el proceso de adaptación y tienen formación como para implementar el programa
Disponibilidad y compromiso de los usuarios.

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 8:
Barreras detectadas

Barreras:
Nivel Macro: Sistema de salud
Falta de apoyo o estímulo económico, formulación de políticas y curso de acción, creación de procedimientos en cuanto a la selección de intervenciones requeridas en los distintos servicios.
Poco conocimiento y oposición o escepticismo de los profesionales a nivel global con respecto a la visión de recuperación.
Falta de acuerdo en la importancia de la participación de los usuarios.
No hay estímulo a la formación de profesionales en el área comunitaria.
Las prácticas habituales no incluyen el trabajo con programas estandarizados.
Escasa investigación y conocimiento local en relación al estigma.
Falta de instrumentos para medir variables locales.
Prejuicio contra lo que viene del mundo anglosajón entendiendo que siempre detrás de lo importado hay un efecto colonizador implícito que perjudicaría la identidad del colonizado (Ussher y Di Iorio, 2014).
Medición de eficacia de los tratamientos desde la mirada profesional/clínica, con variables que abordan la dimensión funcional y clínica de la recuperación y no la variable personal de la recuperación.
Organizaciones de usuarios y familiares muy débiles.
Poco desarrollo local de la ciencia de la implementación.
Representación social del psicólogo como profesional independiente que atiende en un consultorio privado.
Mayor prestigio entre profesionales del trabajo clínico habitual en consultorio.
No hay experiencia en trabajar en intervenciones sistematizadas, medibles y evaluables.
Falta de experiencia en trabajar con usuarios en grupos horizontales y no jerárquicos.
Falta de formación para el trabajo en equipo.
Resistencia de los profesionales a medir y evaluar resultados.

Barreras:
Nivel Meso: Organizaciones
Estigma profesional que se manifiesta en muchos casos como falta de expectativas.
Saturación de los profesionales de salud mental con las tareas habituales.
Inercia que sostiene una forma de funcionamiento, resistencia al cambio.
Falta de remuneración acorde al trabajo que implicaría el cambio.
Nivel Micro: Individual (direccionamiento del comportamiento individual en la implementación).
Falta de experiencia de los usuarios en participar en programas sistematizados

Fuente: Elaboración Propia

Reflexiones finales

Las adaptaciones culturales de las PBE en salud mental están atrayendo un interés creciente (Daass-Iraqi et al., 2020). Este artículo ha desarrollado el proceso de adaptación de una EBP orientada por la perspectiva de la recuperación en un contexto con características particulares en lo económico, social e ideológico que tienen repercusiones en la forma de ejercer la práctica en salud mental. En Argentina en particular y América Latina en general, la inercia del sistema sigue replicando planes y programas que sostienen el paradigma tradicional en psiquiatría y salud mental, que aún prevalece (Mascayano y Montenegro, 2017). Entendemos que desarrollar servicios y programas orientados por la recuperación implica atender a la cultura local (Daass-Iraqi et al., 2020), incluir la contribución y perspectiva de las personas usuarias (Davidson, 2012), trabajar el estigma (Anthony, 1993) y, también, considerar la perspectiva de derechos. Esto significa, por una parte, un reparto del poder más equitativo y relaciones más horizontales y colaborativas entre personas usuarias, familiares y profesionales (Slade, 2017). Por otra parte, esta perspectiva, pone en cuestión las limitaciones de categorías diagnósticas estáticas y generalizadas para describir el malestar (Ortiz Lobo, 2020), muchas veces caracterizado por la pobreza, la violencia y la falta de oportunidades de educación y empleo (Vera-San Juan, 2017).

No se trata de sólo de hablar de la recuperación, que hoy en Argentina aún no forma parte de la formación educativa de los/las profesionales de la salud, sino de generar acciones que efectivamente den cumplimiento a las leyes que garantizan los derechos de las personas usuarias y reorientar los servicios y programas según dicha concepción.

El programa "PAR", resultante de la adaptación del IMR, ofrece posibilidades que podrían ser de gran valor y utilidad para avanzar e en el desarrollo del concepto de recuperación en América Latina. La adaptación ha integrado testimonios de personas usuarias locales, ha sumado textos de autores latinoamericanos, actividades de "prácticas creativas" para promover el diálogo, el juego, la reflexión y el cambio en las narrativas personales en relación a la propia identidad. Se ha incorporado al proceso a las familias y equipos tratantes de manera de operar como puente entre lo habitual y establecido y lo novedoso que ha traído al campo de la salud mental la voz y experiencia de las personas usuarias. Entendiendo la recuperación como un proceso personal

y, también, relacional y social, el programa, si bien puede hacerse en formato individual, privilegia un acompañamiento grupal a los procesos de recuperación personal.

El programa “PAR” trata de tender un puente sosteniendo que la perspectiva de la recuperación y la historia de prácticas comunitarias en América Latina tienen puntos en común. Ambas comparten valores como la autodeterminación, la esperanza, el fortalecimiento de los actores involucrados en los procesos, la valoración de los saberes de las comunidades, la riqueza del entrelazamiento de saberes y su capacidad transformadora, la lucha contra el estigma y las identidades devaluadas desde lugares de poder.

El programa “PAR” puede ser pensado como complemento de la psicoterapia que realice la persona y es probable que en una ciudad como Buenos Aires esa persona esté realizando o haya realizado consultas con especialistas de la salud mental. Así también, podría realizarse en el resto del país, incluso en regiones con poco personal en el área de salud mental, capacitando personas que pudieran facilitar el programa como trabajadores del campo de salud, agentes comunitarios y otros usuarios que estén transitando sus procesos de recuperación (Garber Epstein et al., 2013). La sistematización de este programa, permitiría, incluso, poder realizarlo de forma remota a través de tecnologías digitales, aunque estos desarrollos son aún incipientes (Beentjes, 2018). Dada la actual situación de pandemia por COVID-19, en un momento en que será prioritario incorporar nuevas estrategias para el abordaje de la salud mental, este podría ser un recurso al cual podría acceder una población que por lo general se encuentra impedida de beneficiarse del conocimiento de estas perspectivas.

Sin embargo, algunos aspectos requieren particular consideración para que su adopción pueda servir localmente a la vez que permita ampliar el concepto mismo para su uso en otras regiones o poblaciones. A pesar del rico legado de las prácticas comunitarias en América Latina, aún hoy se verifica, por un lado, una ruptura y una falta de continuidad con esa historia. Por otro lado, ciertos prejuicios y lealtades dogmáticas privan a las personas usuarias de salud mental de prácticas basadas en evidencia que podrían alentar y potenciar sus procesos de recuperación.

La adaptación de una PBE en contextos signados por la pobreza, la inequidad, la exclusión, y las limitaciones en el acceso a servicios especializados, podría ser una opción que, articulando con otros apoyos y abordajes, tendería puentes y fomentaría los recursos personales y colectivos de las personas usuarias y también de sus familiares.

Agradecimientos

Agradecemos a Proyecto Suma y, en particular, a Carmen Cáceres, Gabriela Lachowicz, Andrea Medina, Eugenia Toriggia, a las autoridades de la institución y a los trabajadores de apoyo mutuo de Proyecto Suma sin los cuales no hubiera sido posible esta experiencia.

Referencias bibliográficas

Agrest, M., Geffner, N. y Garber-Epstein, P. (2017). Recuperación, un concepto de frontera (Parte I). Perspectivas internacionales. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 28, 338-343.

- Agrest, M., Geffner, N., Neistadt, A., Iconicoff, A., Pérez del Cerro, F., Minvielle, M., Debarbieri, G. y Cáceres, C. (2019). La incorporación de pares en los equipos de salud mental. *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001617cnt-2019-10_haceres-colectivos.pdf.
- Alonso, M., y Klinar, D. (2015). Los psicólogos en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2014. Poster presentado en el VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica en Psicología, XXII Jornada de Investigación y 11o Encuentro de Investigadores de Psicología del Mercosur. Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, Univ. de Buenos Aires – Buenos Aires, nov 25-28.10.13140/RG.2.2.29848.80647
- Anthony, W. A. (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>
- Ardila-Gómez, S., Agrest, M., Fernández, M., Rosales, M., López, L., Velzi-Díaz, A., Vivas, S. J., Ares Lavalle, G., Basz, E., Scorza, P., y Stolkiner, A. (2019). The mental health users’ movement in Argentina from the perspective of Latin American Collective Health. *Global Public Health*. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1514063>
- Azrin, S. & Goldman, H. (2005). Feasibility Study for Evaluating Research Training in NIMH, NIDA, and NINDS. Final Report. WESTAT National Institute of Mental Health Rockville, Maryland. Recuperado de https://dpcpsi.nih.gov/sites/default/files/oeped/document/Final_Report_%2804-115-NIMH-NIDA%29%202008.pdf
- Beentjes, T.A.A., Goossens, P.J.J., Vermeulen, H., Teerenstra, S., Nijhuis-van der Sanden, M.W.G., van Gaal, B.. (2018). E-IMR: e-health added to face-to-face delivery of Illness Management & Recovery program for people with severe mental illness, an exploratory clustered randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*, 18, 962. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3767-5>
- Bhattacharyya O, Reeves S y Zwarenstein M. (2009). What Is Implementation Research? Rationale, Concepts, and Practices. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 491-502. <https://doi.org/10.1177%2F1049731509335528>
- Brisuela Blume, L, Bruna, O, Biglieri, Franco J y Fierro, C (2017). Problemas actuales en la formación psicoclínica de grado en carreras de psicología en Argentina: un análisis socio-bibliométrico de la enseñanza de asignaturas clínicas en las universidades nacionales de Rosario, Mar del Plata y La Plata. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Congreso de la Nación Argentina (2010) Ley Nacional de Salud Mental (#26.657). República Argentina: Boletín oficial.
- Daass-Iraqi, S., Mashiach-Eizenberg, M., Garber-Epstein, P. y Roe, D. (2020). Impact of a Culturally Adapted Version of Illness Management and Recovery on Israeli Arabs With Serious Mental Illness [published online ahead of print, 2020 Jul 15]. *Psychiatric Services*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900424>
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. y Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- Drake, R. E., Goldman, H. H., Leff, H. S., Lehman, A. F., Dixon, L., Mueser, K. T., y Torrey, W. C. (2001). Implementing Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Service Settings. *Psychiatric Services*, 52(2), 179–182. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.2.179>
- Drake, R. E., Murrain, M. R., y Lynde, D. W. (Eds.). (2005). A Norton professional book. Evidence-based mental health practice: A textbook. W. W. Norton & Company. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2005-04045-000>

- Druetta, I., Ceresa, M.F. y Leiderman, E. A. (2013). Attitudes of mental health workers toward people with schizophrenia. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 24(110), 245-252. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24260748/>
- Escoffery, C., Lebow-Skelley, E., Haardoefer, R., Boing, E., Udelson, H., Wood, R., Hartman, M., Fernández, M. E. y Mullen, P. D. (2018). A systematic review of adaptations of evidence-based public health interventions globally. *Implementation Science*, 13, 125. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0815-9>
- Freire, P. (1967). *La educación como práctica de la libertad*. Río de Janeiro, Brasil: Paz e Terra.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Montevideo, Uruguay: Tierra Nueva
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Garber Epstein, P., Zisman-Ilani, Y., Levine, S. y Roe, D. (2013). Comparative Impact of Professional Mental Health Background on Ratings of Consumer Outcome and Fidelity in an Illness Management and Recovery Program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(4), 236. <https://doi.org/10.1037/prj0000026>
- Garber Epstein, P., Finaret, A. y Roe, D. (2014). Cambios significativos en el sistema comunitario de rehabilitación psiquiátrica: Una perspectiva de la sociedad Israeli. En P. M. Gabay y M. D. Fernandez Bruno (eds), *Rehabilitación psiquiátrica, asignatura pendiente* (pp. 193-216). Buenos Aires: Polemos.
- Geffner, N y Agrest, M. (2021). Estudio sobre el estigma percibido y el estigma experimentado según los usuarios de servicios de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires: su impacto en la recuperación. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 14(2) (en prensa).
- Geffner, N., Zalazar, V., Castro Valdez, J., Mascayano F y Agrest, M. (2017). Revisión de programas anti-estigma y a favor de la recuperación. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 63(3), 189-202
- Gingerich, S., y Mueser, K. T. (2005). Illness Management and Recovery. In R. E. Drake, M. R. Merrens, y D. W. Lynde (Eds.), *A Norton professional book. Evidence-based mental health practice: A textbook* (p. 395–424). W. W. Norton & Company. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2005-04045-017>
- Grinspun, D, Belmar, A y Güell, M (2018). Principal implementation of good practices in nursing: BPSO Program, as the main tool. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300579>.
- Hasson-Ohayon, I., Roe, D., Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatr Serv*. 58(11):1461-6. Recuperado de: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2007.58.11.1461>
- Hurley, D. y Agrest, M. (2020). Argentina: A mental health system caught in transition. *International Journal of mental health*. <https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1777375>
- León, C. (2017). El pleno restablecimiento psíquico parece posible y dependería del tratamiento. La revolucionaria promesa de “Diálogo abierto”. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 28, 353-359.
- Lodieu, M. T. y Scaglia, H. (2019). La identidad profesional del psicólogo. *Diagnosis*, 3, 55-62. Buenos Aires: PROSAM.
- Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W., Mena Poblete, C. y Manchego Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008&lng=es&tng=es. doi: <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.007>
- Mascayano, F. y Montenegro, C. (2017). El “modelo de la recuperación” y la reforma de la atención en salud mental: evidencias, diferencias y elementos para una agenda latinoamericana. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 28, 460-467. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/322100524_El_modelo_de_la_recuperacion_y_la_reforma_de_la_atencion_en_salud_mental_evidencias_diferencias_y_elementos_para_una_agenda_latinoamericana
- Montero, M. (1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16(3), 387-400. ISSN: 0120-0534. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80516303>
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos* (Primera ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós. Recuperado de: <http://www.catedralibremartinbaro.org/pdfs/libro-montero-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria.pdf>
- Meyer, P. S., Gingerich, S., y Mueser, K. T. (2010). A guide to implementation and clinical practice of illness management and recovery for people with schizophrenia. En R. Rubin & D. W. Springer & K. R. Trawver (Eds.), *Psychosocial Treatment of Schizophrenia* (pp. 23-87). New York: Wiley.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S. M., Tarrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S. y Herz, M. I. (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53(10), 1272–1284. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.10.1272>
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M. y Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia bulletin*, 32(Suppl 1), S32–S43. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl022>
- Mueser, K. T., Penn, D. L., Addington, J., Brunette, M. F., Gingerich, S., Glynn, S. M., Lynde, D. W., Gottlieb, J. D., Meyer-Kalos, P., McGurk, S. R., Cather, C., Saade, S., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Rosenheck, R. A., y Kane, J. M. (2015). The NAVIGATE Program for First-Episode Psychosis: Rationale, Overview, and Description of Psychosocial Components. *Psychiatric Services*, 66(7), 680–690. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400413>
- Ortiz Lobo, A., Ibáñez Rojo, V. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Revista Española de Salud Pública*, 85(6), 513-525. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000600002&lng=es&tng=es.
- Ortiz Lobo, A., (2020) ‘Primum non nocere’: Aplicando la prevención cuaternaria durante y después de la epidemia por SARS-CoV-2. Recuperado de <https://www.clinica-galatea.com/es/bloc/prevencion-cuaternaria-coronavirus/>
- Panzano, P., & Herman, L. (2005). Developing and Sustaining Evidence-Based Systems of Mental Health Services. En R. E. Drake, M. R. Merrens y D. W. Lynde (Eds.), *A Norton professional book. Evidence-based mental health practice: A textbook* (p. 243–272). W. W. Norton & Company. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2005-04045-011>
- Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C. y Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Ment Health*, 36(1), 24-34. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R. y Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Rapp, C. A., Etzel-Wise, D., Marty, D., Coffman, M., Carlson, L., Asher, D. y Holter, M. (2009). Barriers to Evidence-Based Practice Implementation: Results of a Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*, 46(2), 112–118. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9238-z>
- Rodriguez, D. J. (2012). Formación profesional en psicología: “auto-percepción de competencias prácticas para el ámbito clínico en estudiantes de grado”. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.academica.org/000-072/150.pdf>.

- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Derhy, O., Lysaker, P. H., y Yanos, P. T. (2014). Narrative enhancement and cognitive therapy (NECT) effectiveness: a quasi-experimental study. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 303–312. <https://doi.org/10.1002/jclp.22050>
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Yamin, A., y Lysaker, P. H. (2017). Different roads lead to Rome: Exploring patterns of change among narrative enhancement and cognitive therapy (NECT) participants. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51(1), 62–70. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/320799817_Different_Roads_Lead_to_Rome_Exploring_Patterns_of_Change_among_Narrative_Enhancement_and_Cognitive_Therapy_NECT_Participants
- Saavedra-Macías, F. J., Arias-Sánchez, S., De la Cruz, E., Galán, M., Galván, B., Murvartian, L., y Vallecillo, N. (2016). La recuperación mutua en personas con trastornos psicológicos o diversidad funcional a través de la práctica creativa. *Arte, Individuo y Sociedad*, 28(2), 339-354. ISSN: 1131-5598. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5135/513554409010>
- Salyers, M. P., McGuire, A. B., Rollins, A. L., Bond, G. R., Mueser, K. T., y Macy, V. (2010). Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 46, 319-329. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9284-6>
- Samuels, J., Schudrich, W., y Altschul, D. (2009). Toolkit for modifying evidence-based practices to increase cultural competence. Orangeburg, NY: Research Foundation for Mental Health.
- Slade, M. (2017). Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry*, 16(2), 146–153. <https://doi.org/10.1002/wps.20412>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Illness Management and Recovery: Practitioner Guides and Handouts*. HHS Pub. No. SMA-09-4462, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2009.
- Tarí García, A., y Ferrer Dufol, C. (2017). El grupo y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 227-240. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100013&lng=es&tlng=es.
- Torrey, W. C., y Gorman, P. G. (2005). Closing the Gap between What Services Are and What They Could Be. In R. E. Drake, M. R. Merrens, & D. W. Lynde (Eds.), *A Norton professional book. Evidence-based mental health practice: A textbook* (p. 167–187). W. W. Norton & Company. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2005-04045-008>
- Ussher, M. & Di Iorio, J. (2014). Historia de los desarrollos latinoamericanos en Psicología Social. Cátedra de Psicología Social 1 de Martín Wainstein. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Ficha de Cátedra Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/035_psicologia_social1/material/descargas/historia_de_los_desarrollos_latinoamericanos_en_psocial2014.pdf
- Vainer, A. (2000). Memorias del futuro 8: El residente y la comunidad terapéutica. *Clepios, una revista para residentes de salud mental*, 6(2), 73-78.
- Vainer, A. (2005). Los desaparecidos de la Salud mental. Recuperado en <https://www.topia.com.ar/articulos/los-desaparecidos-de-la-salud-mental>
- Vainer, A. (2014). Psicoanálisis y Salud Mental: Definiciones, experiencias y perspectivas texto del IV Encuentro Nacional de Prácticas Comunitarias en Salud. Recuperado: <https://www.topia.com.ar/articulos/psicoan%C3%A1lisis-y-salud-mental>
- Vera San Juan, N. (2017). Desafíos en el camino a la recuperación personal en América Latina. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 28: 434-438. Editorial Polemos.
- Villaseñor Bayardo, S. J. (2009). La Psiquiatría Cultural en América Latina. ISSN: 1316-7138. Recuperado de : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3759/375939011003>
- Visacovsky, S. (2003). Pensar El Lanús, pensar la Argentina. *Revista de Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXV*, 441-454. Recuperado de <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/11/Visacovsky.pdf>
- Whitley, R. & Gingerich, S., Lutz, W. y Mueser, K. (2009). Implementing the Illness Management and Recovery Program in Community Mental Health Settings: Facilitators and Barriers. *Psychiatric services*, 60, 202-9. 10.1176/appi.ps.60.2.202. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.2.202>
- Yanos, P. T., Roe, D. y Lysaker, P. H. (2011). Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *International Journal of Group Psychotherapy*. 61(4):577-595. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2011.61.4.576>
- Zalazar, V., Castro Valdez, J., Mascayano, F., Vera, N., Scorza, P. y Agrest, M. (2017). Feasibility and Psychometric Properties of the Recovery Assessment Scale (RAS) in People with Mental Illness for Its Use in Argentina. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*. 1-10. <https://doi.org/10.1007/s40737-017-0098-5>