

VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA
101



SALUD MENTAL
LA POLISEMIA DE UN CONCEPTO

*Agrest / Ardila Gómez / Bianco / Carballeda / Chamorro / Daneri
Goldchluk / Keegan / Pelatelli / Pérez / Romero / Spivacow / Stolkiner / Uño Carreño*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XXIII - Nº 101 Enero - Febrero 2012 - ISSN 0327-6139

Director:
Juan Carlos Stagnaro
 Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablon Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz **ESPAÑA:** V. Baremlit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Patricio Alba, Norberto Aldo Conti, Juan Costa, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusевич, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Hugo Pisa, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXIII Nro. 101 ENERO - FEBRERO 2012

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Moreno 1785, piso 5
 (1093), Buenos Aires, Argentina
 Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
 E-mail: editorial@polemos.com.ar
 www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia Informes y Suscripciones

Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
 (75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
 Fax.: (33-1) 43.43.24.64
 E.mail: wintreb@easy.net.fr

Diseño

Marisa G. Henry
 marisaghenry@gmail.com

Impreso en:

Sol Print SRL,
 Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
*"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud" (LILACS) y
MEDLINE.*

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com.ar

Ilustración de tapa

Artista: *Irina Sidorowicz*
Ilustradora

Técnica: *acrílico y collage*

Año: 2011

hi@irinasidorowicz.com.ar

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• **Revisión de los nuevos criterios
y recomendaciones para el diagnóstico
de Deterioro Cognitivo Leve debido
a Enfermedad de Alzheimer**

Ricardo F. Allegri, María Julieta Russo, Janus Kremer,
Fernando Taragano, Ignacio Brusco, Juan Alberto Ollari,
Cecilia M. Serrano, Diego Sarasola, Ignacio Demey,
Raúl L. Arizaga, Pablo Bagnati

pág. 5

DOSSIER

**Salud Mental,
la polisemia de un concepto**

pág. 16

• **La Salud Mental vista desde la perspectiva
de la Psiquiatría**

Aníbal Goldchluk

pág. 20

• **La concepción de Salud Mental
desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional**

Sara María Daneri, Laura Raquel Pérez

pág. 25

• **La Salud Mental desde la perspectiva
de la Enfermería.**

Entrevista a Angélica Barragán y Ana Pérez

Por Martín Agrest

pág. 31

• **El museo de las nostalgias de la Razón**

Jorge Chamorro

pág. 34

• **La intervención del Trabajo Social en el campo
de la Salud Mental. Algunos interrogantes
y perspectivas**

Alfredo Juan Manuel Carballada

pág. 38

• **La salud en los vínculos**

Miguel Alejo Spivacow

pág. 46

• **La Salud Mental en la perspectiva
cognitivo-conductual**

Eduardo Keegan

pág. 52

• **Conceptualizando la Salud Mental en
las prácticas: consideraciones
desde el pensamiento de la medicina
social/salud colectiva latinoamericanas**

Alicia Stolkiner, Sara Ardila Gómez

pág. 57

• **Nuevo paradigma de la Salud Mental
y su visión desde la Musicoterapia**

Mariela C. Bianco

pág. 68

• **El rol del Terapeuta Ocupacional en el
equipo interdisciplinario del Programa
de Rehabilitación y Externación Asistida**

Agustina Pelatelli, Celeste Romero,

Mercedes Uño Carreño

pág. 76

EDITORIAL

U

na adecuada atención en psiquiatría en la Argentina requiere un nivel de especialización asegurado de los profesionales médicos que prestan ese servicio al conjunto de la población. Se estima que la Argentina posee alrededor de 4000 a 4.500 médicos psiquiatras. Eso arroja un promedio, si se toma la cifra menor, de 1 especialista cada 10.000 habitantes. Teniendo en cuenta que países como Inglaterra, Francia, Italia, arrojan estadísticas similares, y, en algunos casos inferiores, se puede considerar que nuestro país cuenta con un número bastante adecuado de profesionales para cubrir las necesidades de su población en el tema.

Sin embargo, cuando se observa la distribución geográfica de esos recursos se verifica que la predominante concentración de especialistas en las grandes ciudades (área metropolitana, capitales provinciales y ciudades de entre 50.000 y 100.000 habitantes) deja descubierta la necesidad de los habitantes de las dilatadas y bajamente pobladas zonas rurales, de las áreas semi-rurales y de localidades pequeñas, de grandes porciones del país. Esa población representa un porcentaje significativo de los ciudadanos argentinos. Por ejemplo, cabe contrastar estos datos con cifras de las provincias de San Juan, Formosa, Santiago del Estero, Neuquén, San Luis, La Rioja, Catamarca, Río Negro, Chubut, La Pampa, Santa Cruz, Tierra del Fuego, que cuentan con una densidad de menos de 10 habitantes/km², y reúnen 6.852.583 habitantes, es decir 17% de la población general (según datos del INDEC correspondientes al censo 2010).

Tal fenómeno no es privativo de nuestro medio. Ocurre en muchos otros países cuyas dilatadas geografías hacen muy dificultosa la coincidencia entre las necesidades sanitarias de los habitantes de zonas con baja densidad de población y separadas por enormes distancias entre ellas y los centros que cuentan con recursos adecuados, y la demografía médica.

Se comprueba así que muchas personas necesitadas de asistencia especializada en psiquiatría son atendidas por médicos generalistas que se dedican con sus mejores esfuerzos a esa tarea pero cuya formación en la especialidad es insuficiente.

Tal situación se agrava a medida que descendemos en el nivel de ingresos económicos y disponibilidades materiales, ya que las personas con más recursos, en última instancia, cuentan con medios para desplazarse y concurrir a los centros urbanos alejados de sus domicilios que cuentan con instituciones de mayor complejidad. También se constata en algunas provincias que una precipitada e insuficientemente financiada política de atención comunitaria deja sin atención de internación adecuada a los pacientes más graves o los obliga -si tienen recursos como se dijo antes- a migrar y tratarse lejos de sus familias y ambiente habitual o a comprometer innecesariamente la evolución de sus cuadros de no hacerlo.

El problema sanitario que se desprende de esta situación es urgente y requiere una atención concertada de Universidades, Colegios Médicos, Ministerios de Salud, Asociaciones profesionales y demás actores del área para propender a mejorar esa realidad. Una iniciativa muy importante ha comenzado a desarrollarse en la región patagónica a partir del inicio del dictado de la carrera de médico especialista en psiquiatría, para lo que unieron esfuerzos en el marco de un convenio firmado a tal fin la Facultad de Medicina de la Universidad del Comahue y la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) y en la que cursan más de sesenta médicos generalistas y Residentes de psiquiatría de las provincias del sur. Según la información que se difundió en el evento otras zonas del país contarán entre este año y el próximo con un recurso similar. Es de esperar que se incrementen estas iniciativas ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2012

Vertex 101 / Enero - Febrero
**SALUD MENTAL, LA POLISEMIA
DE UN CONCEPTO**



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Revisión de los nuevos criterios y recomendaciones para el diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve debido a Enfermedad de Alzheimer

Ricardo F. Allegri

Servicio de Neurología Cognitiva, Neuropsiquiatría y Neuropsicología del Instituto Neurológico FLENI

María Julieta Russo

Servicio de Neurología Cognitiva, Neuropsiquiatría y Neuropsicología del Instituto Neurológico FLENI

Janus Kremer

Instituto de Neuropsiquiatría Kremer

Fernando E. Taragano

Servicio de Neurología Cognitiva (SIREN), CEMIC

Ignacio Brusco

Centro de Funciones Cognitivas y de Enfermedad de Alzheimer, Hospital de Clínicas

Juan Alberto Ollari

Servicio de Neurología Cognitiva, Hospital Británico

Cecilia M. Serrano

*Servicio de Neurología Cognitiva (SIREN), CEMIC
Laboratorio de Memoria, Hospital Zubizarreta*

Diego Sarasola

*Servicio de Neurología Cognitiva (SIREN), CEMIC
Instituto Alexander Luria*

Ignacio Demey

Servicio de Neurología Cognitiva, INEBA

Raúl L. Arizaga

Reserch group on Dementia, World Federation of Neurology

Pablo Bagnati

*Servicio de Neurología Cognitiva, Neuropsiquiatría y Neuropsicología del Instituto Neurológico FLENI
E-mail: pablo.bagnati@consultantsmedicina.com*

Introducción

En la actualidad, el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer (EA) se basa en los Criterios revisados de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (3) y los criterios clínicos de diagnóstico propuestos en 1984 por el Instituto Nacional para los Desórdenes Neurológicos y los Desórdenes Relacionados (NINCDS-ADRDA) de Estados Unidos. (26) Estos criterios determinan un proceso diagnóstico de dos etapas, donde inicialmente se identifica un síndrome demencial y luego se aplican los criterios basados en características clínicas del fenotipo de la EA. Estos criterios apoyan un diagnóstico probabilístico de EA dentro de un contexto clínico en ausencia de un biomarcador diagnóstico definitivo. (13) El diagnóstico definitivo solo es posible con la confirmación anatomopatológica. (26)

Si bien los criterios disponibles para el diagnóstico de la EA fueron adoptados ampliamente por toda la comunidad médica y científica, y sirvieron de base para el desarrollo de los conocimientos actuales de la enfermedad, tienen una vigencia de más de 25 años y tienen algunas limitaciones principalmente a causa del menor conocimiento que se tenía de la enfermedad cuando se publicaron. (9)

El progreso en el conocimiento científico en el campo de las demencias, particularmente en la EA, incluyen

do aspectos clínicos, neuropsicológicos y genéticos de la enfermedad; el desarrollo de biomarcadores específicos del proceso fisiopatológico y la aparición de propuestas para los criterios diagnósticos para fases tempranas de la enfermedad, como el deterioro cognitivo leve (33) o EA prodrómica (11) constituyeron las bases para la revisión de los criterios diagnósticos actualmente en uso y la publicación de nuevas recomendaciones.

El 19 de Abril del 2011 fueron publicados on line los nuevos criterios y recomendaciones para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer desarrollados por tres grupos de trabajo dirigidos por el Instituto Nacional del Envejecimiento y la Asociación de Alzheimer de los EE. UU. Los grupos de trabajo publicaron cuatro artículos (1, 22, 27, 39) incluyendo los criterios diagnósticos clínicos de la demencia por EA y el deterioro cognitivo leve debido a la EA; y una agenda de investigación para la fase preclínica de la enfermedad. También propusieron una agenda de investigación para la aplicación de biomarcadores tanto en la fase de demencia como en la fase sintomática predemencia conocida como deterioro cognitivo leve en el contexto clínico. A partir del 8 de julio del 2011, las recomendaciones preliminares para el diagnóstico neuropatológico de la Enfermedad de Alzheimer, se encuentran disponibles on line para la revisión y comentario. (31)

Los objetivos de este trabajo son revisar y analizar los nuevos criterios diagnósticos del deterioro cognitivo

Resumen

La fase sintomática predemencia de la Enfermedad de Alzheimer (EA), conocida como Deterioro Cognitivo Leve (DCL), es una entidad clínica y neuropsicológica que define la zona transicional entre el envejecimiento normal y la demencia, y se utiliza como una descripción clínica de personas con riesgo de desarrollar EA.

Una revisión de los criterios diagnósticos del DCL debido a EA fue publicada recientemente por el Instituto Nacional del Envejecimiento y la Asociación de Alzheimer de los EEUU con el objetivo de asegurar un diagnóstico temprano de la enfermedad, con utilidad tanto para la práctica clínica habitual como para los ensayos clínicos.

Los objetivos de este trabajo son revisar y analizar los nuevos criterios diagnósticos del DCL debido a EA recientemente propuestos; realizar una comparación descriptiva con los criterios de deterioro cognitivo leve hasta la fecha vigentes y establecer ventajas y limitaciones de la nueva propuesta en la práctica clínica habitual.

Los nuevos criterios diagnósticos para el DCL debido a EA tienen una importancia radical por su aplicación potencial en protocolos clínicos o de investigación y en todos los ámbitos clínicos donde dichos marcadores estén disponibles, ya que brindan una herramienta útil, uniforme y de gran valor para homogeneizar el subgrupo de pacientes con DCL que ya tiene EA en un estadio predemencia con una progresión inexorable a demencia por EA con los años.

Palabras claves: Enfermedad de Alzheimer - Deterioro Cognitivo Leve – Diagnostico - Biomarcadores.

REVIEW OF RECOMMENDATIONS AND NEW DIAGNOSIS CRITERIA FOR MILD COGNITIVE IMPAIRMENT DUE TO ALZHEIMER'S DISEASE

Summary

The symptomatic predementia phase of Alzheimer's disease (AD), known as mild cognitive impairment (MCI) is a clinical and neuropsychological condition which defines the transitional state between normal aging and dementia, and is used as a clinical description of people at risk of developing AD.

A review of the diagnostic criteria of MCI due to Alzheimer's disease was recently published by the Alzheimer's Association and the National Institute on Aging of the U.S. in order to ensure early diagnosis of the disease, useful for both clinical practice and clinical trials.

The objectives of this paper are to review and analyze the revised diagnostic criteria for MCI due to Alzheimer's disease recently proposed, to compare with criteria for MCI available and to establish current strengths and limitations of the new proposal in clinical practice.

The new diagnostic criteria for MCI due to AD have a radical importance since they are potentially applicable in the clinical or research protocols and in all clinical settings where such markers are available. They provide a useful, consistent and valuable tool to homogenize the subgroup of patients with MCI who already has AD in a predementia phase with inexorable progression to dementia by AD over the years.

Key words: Alzheimer's disease - Mild cognitive impairment – Diagnosis - Biomarker.

leve debido a Enfermedad de Alzheimer recientemente propuestos por la Asociación de Alzheimer y el Instituto Nacional del Envejecimiento de los EEUU; realizar una comparación descriptiva con los criterios de deterioro cognitivo leve hasta la fecha vigentes y establecer ventajas y limitaciones de la nueva propuesta en la práctica clínica habitual.

Desarrollo

Redefiniendo los estadios más tempranos de la Enfermedad de Alzheimer: fase preclínica (antes del DCL)

En los últimos años se consolidó evidencia convergente que sugiere que el proceso fisiopatológico de la EA comienza años, si no décadas, antes del diagnóstico de la demencia clínica. (4, 30) Los avances recientes en diferentes biomarcadores permiten detectar la evidencia del proceso patofisiológico de la EA *in vivo*. Con ellos, se pudo comprobar en adultos mayores normales (sin clínica de deterioro cognitivo) acumulación de beta amiloide, asociado ésta con patrones de alteraciones cerebrales funcionales y estructurales, como los hallados en pacientes con DCL y EA. Del mismo modo, se comprobó que sujetos con este mismo proceso fisiopatológico de EA, no desarrollan síntomas durante toda su vida. Así, *se torna esencial definir el perfil biomarcador/cognitivo que mejor pueda predecir la progresión desde estos estadios preclínicos hacia el DCL y la demencia*. Una hipotética intervención que retrase el comienzo de la EA en 5 años, podría resultar en una reducción del 57% en el número de pacientes con EA, y reducir los costos proyectados (Medicare) en EA desde u\$ 627 billones a \$344. (39) Es posible que, como sucede en otras enfermedades prevalentes de la medicina, como la osteoporosis, la enfermedad cardíaca o el cáncer, la EA pueda ser tratada antes de que se produzca un deterioro cognitivo relevante, en estadios preclínicos o pre sintomáticos de la enfermedad. Quizá el aporte más significativo del grupo de trabajo del NIA & AA en el estudio de estadios preclínicos, ha sido distinguir claramente un proceso de enfermedad cerebral subyacente conocido como *proceso fisiopatológico de EA (EA-P)*, y las fases clínicas de la enfermedad, conocido como *EA clínico (EA-C)*, el cual incluiría no sólo EA sino también sujetos con DCL debido al proceso fisiopatológico de la EA (EA-P). EA-P es pensado como comenzando años antes que la emergencia de EA-C. (14)

Un último dato evidencia la importancia de acceder a un estadio preclínico: el riesgo actual de padecer EA para los 65 años de edad se estima es del 10,5 %. Con biomarcadores del EA-P (90% sensibilidad y especificidad), y un tratamiento que retrase la progresión en un 50 %, se reduciría el riesgo de EA al 5,7 %, es decir, a la mitad.

Evolución histórica del constructo Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

Cuando los criterios de NINCDS – ADRDA (26) fueron desarrollados, no existía conocimiento de la etapa predemencia de la EA. Hasta la actualidad, los criterios

de NINCDS – ADRDA (26) permiten identificar personas con demencia clínicamente evidente y descartar otras causas de demencia no ocasionadas por la EA. Estos criterios pierden sensibilidad y especificidad para los estadios más leves de la enfermedad, ya que no definen los primeros síntomas de la enfermedad antes de que ya esté establecida la demencia. Por otro lado, presentan una heterogeneidad dentro de la categoría de demencia tipo Alzheimer posible, ya que uno de los criterios de NINCDS – ADRDA (26) para determinar la EA como posible, es la presencia del compromiso de un único dominio cognitivo en forma progresiva. Por lo tanto, incluye un grupo de pacientes que en la actualidad cumplen con los criterios de DCL. (33)

El intento de caracterizar las fases incipientes de la enfermedad generó el desarrollo de numerosos constructos con la intención de clasificar a aquellos pacientes que presentaban alteraciones cognitivas leves y que potencialmente pudieran evolucionar a una demencia. El más conocido de estos constructos diagnósticos, es el concepto de DCL, que fue descrito inicialmente por Flicker y col. (16) para clasificar a un grupo de pacientes con dificultades cognitivas, pero sin demencia. No obstante, el concepto de DCL más ampliamente aplicado es el que propusieron Petersen y col. (33) que permitió definir la zona transicional entre el envejecimiento normal y la demencia, y utilizarse como una descripción clínica de personas con riesgo de desarrollar EA. En el 2003, se reúne un grupo de expertos en Estocolmo, y modifica los criterios originales de Petersen, (33) para incluir no sólo memoria sino otros dominios cognitivos con el objetivo de mejorar la seguridad diagnóstica principalmente en la población general. (44)

En el año 2000, Bruno Dubois (11) propone en una editorial el término de EA prodrómica para definir aquel subgrupo de pacientes con DCL que tienen un proceso fisiopatológico subyacente de EA. Permite obtener un subgrupo más homogéneo dentro de los pacientes con deterioro cognitivo leve y ofreció una amplia descripción del perfil de memoria hipocampal (12) característico de estos pacientes. (42) En 2007, el mismo autor propone nuevos criterios de investigación, definiendo a la EA, *in vivo* con un algoritmo diagnóstico que comienza con un patrón específico de deterioro de la memoria episódica y que requiere luego el apoyo con biomarcadores que indiquen la fisiopatología o la topografía característica de la EA. (13) No se requiere la presencia de demencia para el diagnóstico, la cual representaría la fase más severa de la enfermedad, y si permiten un diagnóstico etiológico, al estar sustentado en marcadores biológicos objetivos.

En la tabla 1 se mencionan los criterios vigentes para el diagnóstico de DCL (12, 33, 44,) y en la tabla 2 los criterios diagnósticos de investigación de la fase prodrómica de la EA. (13)

Finalmente surgen las nuevas recomendaciones para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer en sus etapas preclínica, sintomática predemencia y demencia (1, 22, 27), las cuales serán analizadas en esta revisión. En la tabla 3 se mencionan los criterios clínicos centrales

de DCL y en la tabla 4 los criterios de investigación para DCL incorporando biomarcadores. Se realiza una comparación entre los diferentes criterios para el diagnóstico de DCL (tabla 5).

Tabla 1. Criterios Diagnósticos de Deterioro Cognitivo Leve.

Criterios diagnósticos originales de DCL (33)
1. Queja de pérdida de memoria corroborada por un informante.
2. Deterioro de memoria en relación con los sujetos de la misma edad y nivel educacional del paciente.
3. Función cognitiva global normal.
4. Normalidad en actividades de vida diaria.
5. Ausencia de demencia.
Criterios diagnósticos revisados de DCL de la Conferencia Internacional de DCL en Estocolmo (44)
1. Presencia de queja cognitiva del individuo y/o del informante.
2. Ausencia de demencia.
3. Cambio del funcionamiento normal.
4. Declinación en cualquier área del funcionamiento cognitivo.
5. Funcionalidad general preservada, pero posiblemente con alguna dificultad en algunas de las actividades de la vida diaria.
Criterios Diagnósticos de "DCL tipo Alzheimer o EA prodrómica"(12)
1. Quejas de memoria por parte del paciente o la familia.
2. Comienzo progresivo.
3. Actividades complejas de la vida diaria normales o ligeramente alteradas.
4. Síndrome amnésico de tipo "hipocampal", definido por: el recuerdo libre muy pobre a pesar de adecuada (y controladas) codificación, reconocimiento deteriorado; numerosas intrusiones.
5. Persistencia de los cambios de la memoria en una evaluación posterior.
6. Ausencia de síndrome de demencia completamente desarrollado. Exclusión de otros trastornos que pueden causar MCI, con las pruebas adecuadas, incluida las neuroimágenes y los biomarcadores.

Abreviaturas: DCL (Deterioro Cognitivo Leve).

Tabla 2. Criterios de investigación para el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer (EA) (13).

EA probable: criterio A más uno o más de uno de los criterios B, C, D o E que apoyan el diagnóstico. Criterio diagnóstico central
A. Presencia de alteración de memoria episódica significativa que incluya las siguientes características: – Cambio gradual y progresivo de la función mnésica referido por los pacientes o informadores de al menos seis meses de evolución – Evidencia objetiva de la alteración significativa de la memoria episódica medida mediante tests que evalúen principalmente el déficit de evocación que no mejore con pistas o en las pruebas de reconocimiento, controlando previamente que la fijación haya sido normal – La alteración de memoria episódica puede ser aislada o asociada a otros cambios cognitivos cuando la EA es inicial o conforme ésta avanza
Rasgos que apoyan el diagnóstico
B. Presencia de atrofia del lóbulo temporal medial – Pérdida de volumen hipocampal, córtex entorrinal y amígdala, evidenciada por cambios cualitativos visuales observados en la resonancia magnética (teniendo en cuenta las características de la población de la misma edad) o bien cambios cuantitativos evaluados mediante estudios de volumetría en las regiones de interés (teniendo en cuenta las normas de la población de la misma edad)
C. Biomarcador anormal en LCR – Concentraciones bajas de A β , concentraciones incrementadas de tau o concentraciones incrementadas de fosfo-tau, o bien una combinación de estas tres – Otros biomarcadores futuros si están bien validados

D. Patrón específico funcional cerebral mediante PET – Reducción del metabolismo en áreas temporoparietales bilaterales – Otros ligandos bien validados, incluyendo aquéllos que emergerán en un futuro inmediato, como el componente B de Pittsburgh o el FDG
E. Mutación autosómica dominante probada con un familiar de primer grado afecto.
Criterios de exclusión
Historia – Inicio agudo – Aparición temprana de los siguientes síntomas: alteración de la marcha, crisis epilépticas, cambios conductuales
Rasgos clínicos – Signos neurológicos focales, incluyendo hemiparesia, pérdida sensitiva, déficit en campos visuales – Signos extrapiramidales tempranos
Otros trastornos médicos que sean suficientes para causar la alteración de memoria o síntomas relacionados – No demencia tipo EA – Depresión mayor – Enfermedad cerebrovascular – Alteraciones tóxicas o metabólicas, que requerirán un estudio específico – Anormalidades detectadas en las secuencias de RMN FLAIR o T2 en el lóbulo temporal medial compatibles con procesos infecciosos o vasculares
Criterios definitivos para EA
La EA se considerará definitiva si los siguientes criterios están presentes: – Evidencia clínica e histopatológica de la enfermedad (mediante autopsia cerebral o biopsia), aplicando los criterios de la NIA-Reagan para el diagnóstico post mortem de EA; ambos criterios deben estar presentes – Evidencia de criterios clínicos y genéticos de EA (mutaciones en el cromosoma 1, 14 o 21); ambos criterios deben estar presentes

Abreviaturas: EA (Enfermedad de Alzheimer); A β (amyloide beta peptide); PET (Positron Emission Tomography); LCR (Líquido cefalorraquídeo); FDG (fluorodesoxiglucosa); RNM (Resonancia Nuclear Magnética)

Tabla 3. Criterios clínicos centrales para el diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve (1).

1. Queja cognitiva reflejando un cambio cognitivo en comparación con el nivel previo del individuo, informado por el paciente, o por un informante o por un médico (la declinación cognitiva con el tiempo puede documentarse mediante evaluaciones seriales, o en el caso de que se trate de una única evaluación, la información se infiere de la historia clínica).
2. Evidencia objetiva de deterioro en uno o más dominios cognitivos, incluyendo típicamente memoria (Por ejemplo, tests formales o bedside para establecer el nivel de funcionamiento cognitivo en múltiples dominios).
3. Preservación de la independencia en las habilidades funcionales de la vida diaria (excepto, manejo del dinero, preparación de una comida, shopping, que constituyen tareas complejas; sin embargo, las actividades básicas de la vida diaria están preservadas).
4. No demencia.

Tabla 4. Criterios de investigación para Deterioro Cognitivo Leve incorporando biomarcadores(1).

Categoría diagnóstica	Probabilidad biomarcador de patología EA subyacente	A β (PET o LCR)	Injuria neuronal (tau, FDG, RNM estructural)
DCL según criterios clínicos centrales	No informativo	resultados ambiguos/ indeterminados/no testeados	resultados ambiguos/ indeterminados/no testeados
DCL debido a EA – probabilidad intermedia	Intermedia	+ No testeados	No testeados +
DCL debido a EA – probabilidad alta	Alta	+	+
DCL – improbable debido a EA	Baja	-	-

Abreviaturas: DCL (Deterioro Cognitivo Leve); EA (Enfermedad de Alzheimer); A β (amyloide beta peptide); PET (Positron Emission Tomography); LCR (Líquido cefalorraquídeo); FDG (fluorodesoxiglucosa); RNM (Resonancia Nuclear Magnética)

Tabla 5. Comparación de los Criterios de Investigación para Deterioro Cognitivo Leve.

	Petersen y cols(33) (1999)	Dubois y cols (13) (2007)	Albert y col (1) (2011)
Tipo de DCL	Amnésico	Amnésico	Amnésico o multi-dominio
Clínica	Pérdida de memoria episódica	Pérdida de memoria episódica con un perfil hipocámpico (recuerdo libre pobre >1,5 DE que no mejora con claves semánticas)	Deterioro en pruebas cognitivas entre 1 y 1.5 DE debajo de la media.
Test Cognitivos Sugeridos	Test de Memoria, no especificado	Test de Memoria: FCRST	Memoria: FCSRT,RAVLT, CVLT Lenguaje: BNT, VF Ejecutivo: TMT Atención: Dígitos inversos Visuoespacial: Copia dibujos
Bio-marcadores	No	RNM: atrofia hipocámpica LCR: Aβ42, tau y tau-p PET: marcador amiloideo Mutación genética	Depósito Aβ: PET y LCR Injuria neuronal: tau-p, FDG, RNM
Nombre	Deterioro Cognitivo Leve	Alzheimer Prodrómico	Deterioro Cognitivo Leve debido a enfermedad de Alzheimer
Condición para el diagnóstico	Clínica	Clínica + 1 bio-marcador	<i>Alta probabilidad:</i> Clínica + 2 biomarcadores <i>Intermedia:</i> clínica + 1 biomarcador <i>Baja probabilidad:</i> falta de biomarcadores

Abreviaturas: DS (desvío standard); FCRST (Free and Cued Selective Recall Test); RAVLT (Rey Auditory Verbal Learning Test); CVLT (California Verbal Learning Test); BNT (Boston Naming Test), VF (Verbal Fluency); TMT (Trail Making Test); PET (Positron Emission Tomography); LCR (Líquido cefalorraquídeo); FDG (fluorodesoxiglucosa); RNM (Resonancia Nuclear Magnética).

Limitaciones de los criterios diagnósticos de DCL actuales

Los criterios originales del DCL (33) y los criterios revisados (44) establecen un diagnóstico sindrómico, permitiendo de este modo la identificación de personas con riesgo de declinación cognitiva sin ser capaz de especificar la naturaleza del desorden neurocognitivo subyacente.

Por lo tanto, hay que tener en cuenta que no todos los pacientes con DCL van a evolucionar a demencia, algunos de ellos se van a mantener estables e incluso algunos van a regresar a un estado de funcionamiento cognitivo normal. (38) No es sorprendente que la evolución clínica y el diagnóstico etiológico final sean diferentes dependiendo de la patología subyacente. (42)

La inclusión en los criterios revisados de DCL (44) de otros dominios cognitivos permitió dividir y clasificar al MCI en dos subtipos, el DCL amnésico y DCL no amnésico. Esto permite una mayor sensibilidad y predicción a demencia. Sin embargo, esta aproximación más actualizada, basada sólo en criterios sintomáticos, no permite realizar una diferenciación etiopatogénica, y no predice el subsecuente riesgo de conversión.

En los diferentes criterios de DCL propuestos a lo largo de las últimas décadas, no se han proporcionado datos específicos sobre que metodología aplicar para realizar el diagnóstico, ni se definen las pruebas neuropsi-

cológicas que se deberían administrar, ni qué punto de corte es el más apropiado para distinguir el rendimiento cognitivo normal del patológico. Tampoco se especifica el instrumento más apropiado para evaluar las actividades de la vida diaria, de manera que los criterios para determinar si la funcionalidad de los pacientes está preservada o alterada dependen en la mayoría de los casos de la valoración subjetiva del clínico. (42)

En los estudios epidemiológicos y en los ensayos clínicos farmacológicos existe gran variabilidad de los resultados debido a diferencias metodológicas en la definición de DCL. (25) Claramente, la variabilidad de los criterios utilizados para definir el deterioro cognitivo y la población elegida para el estudio hacen difícil la comparación de prevalencia, incidencia y tasas de conversión a demencia en sujetos con DCL en los estudios epidemiológicos disponibles. Por otro lado, en la actualidad, no se aprobó ninguna medicación para el tratamiento del DCL por la *Food and Drug Administration* (FDA). En varios ensayos clínicos controlados con placebo, no hubo una reducción significativa en las tasas de progresión a demencia en los pacientes con DCL que fueron tratados con agentes utilizados para tratar la EA (donepezilo, galantamina y rivastigmina, administradas a dosis estándar para la enfermedad de Alzheimer durante 2 a 4 años). (10, 15, 35). En un ensayo que evaluó los efectos de altas dosis de vitamina E (2000 UI al día) o donepe-

cilo en personas con DCL, el donepecilo redujo significativamente el riesgo de progresión de la EA para los primeros 12 meses del estudio (y de hasta 24 meses en el subgrupo de pacientes que eran portadores de APOE 4), pero no tuvo efecto significativo sobre el riesgo de EA a los 36 meses, teniendo en cuenta que este punto era el resultado principal del estudio. La vitamina E no redujo significativamente el riesgo de progresión en ningún momento del periodo del estudio. (35) Probablemente, la falta aparente de eficacia de las medicaciones se deba a la heterogeneidad de los sujetos incluidos. (37)

Los criterios diagnósticos de investigación para EA propuestos por Dubois (13) se basan en la presencia del compromiso de la memoria episódica con un perfil neuropsicológico hipocampal, junto con un resultado anormal en la RM, LCR, PET o la presencia de una mutación autosómica de EA. Estos criterios permiten hacer un diagnóstico específico debido a la presencia de un perfil de biomarcadores positivo indicador de un proceso neuropatológico subyacente de EA, y precoz, ya que incluye la fase prodrómica de la enfermedad.

Aunque algunas series han demostrado que la aplicación de estos criterios es viable (5, 17, 28), la mayoría de los estudios continúa focalizando su atención en la población definida como DCL33, y no se han podido validar los criterios propuestos por Dubois. (13, 14)

Nuevos Criterios de Deterioro Cognitivo Leve debido a EA

Las nuevas recomendaciones para los criterios diagnósticos de DCL debido a EA tienen su fundamento en el consenso creciente de que existe una fase de la EA en la cual los individuos experimentan una declinación cognitiva progresiva y gradual como resultado de la acumulación de la patología característica de la EA en el cerebro. El punto en el cual el individuo pasa de la fase asintomática a la fase predemencia sintomática de la enfermedad, o desde esta última a la fase de demencia propiamente dicha, es difícil de identificar. Por ello, es importante incorporar este continuo de alteración en la práctica clínica y en investigación. (1)

El DCL es un síndrome definido por criterios clínicos, cognitivos y funcionales, (33, 34) Los criterios propuestos en este reporte asumen que es posible identificar aquellos individuos con los procesos fisiopatológicos de la EA como la causa primaria de la disfunción cognitiva progresiva, y por eso utilizan el término de "DCL debido a EA". (1) Este punto también fue considerado con la propuesta de criterios diagnósticos por el Grupo de Trabajo internacional de Dubois et al. (13)

Para definir la presencia de un DCL se requiere la presencia de una queja cognitiva reflejando un cambio cognitivo en comparación con el nivel previo del individuo, informado por el paciente, o por un informante o por un médico (la declinación cognitiva con el tiempo puede documentarse mediante evaluaciones seriales, o en el caso de que se trate de una única evaluación, la información se infiere de la historia clínica); evidencia objetiva de deterioro en uno o más dominios cognitivos, incluyendo típicamente memoria (por ejemplo, tests forma-

les o bedside para establecer el nivel de funcionamiento cognitivo en múltiples dominios); la preservación de la independencia en las habilidades funcionales de la vida diaria (excepto, manejo del dinero, preparación de una comida, shopping, que constituyen tareas complejas; sin embargo, las actividades básicas de la vida diaria están preservadas) y la ausencia de demencia. (1) Estos criterios permiten un diagnóstico clínico, neuropsicológico y funcional del DCL, pero, con la incorporación de biomarcadores permite un diagnóstico etiológico con distintos niveles de certeza.

Si bien los nuevos criterios presentan la ventaja de la incorporación de los biomarcadores en el diagnóstico del DCL, lo cual permite, por un lado, establecer la etiología subyacente del síndrome clínico con implicancias diagnósticas y terapéuticas, y, por otro lado, determinar la probabilidad de progresión cognitiva y funcional, continúa evidenciando aspectos controvertidos en su definición clínica y neuropsicológica, y en su aplicabilidad en la práctica clínica habitual por la incorporación de los biomarcadores.

Tests neuropsicológicos

Aunque los tests cognitivos constituyen una herramienta óptima para la evaluación objetiva del grado de alteración cognitiva de un individuo, los nuevos criterios no definen recomendaciones en cuanto a qué test de memoria ni qué punto de corte debe utilizarse.

Los tests cognitivos sugeridos para la evaluación de la memoria episódica que han demostrado utilidad para detectar individuos con DCL con mayor riesgo de progresar a demencia son el Free and Cued Selective Recall Test (FCSRT), el Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT) y el California Verbal Learning Test (CVLT).

Puntuaciones de corte

Las puntuaciones en las pruebas cognitivas de las personas con DCL son típicamente de 1 a 1,5 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media para su edad y nivel educativo en comparación con datos normativos culturalmente apropiados (por ejemplo, para el o los dominios alterados, cuando estén disponibles).

En la definición original de Petersen de DCL, la alteración de la memoria fue por lo menos de 1,5 DE por debajo de la media ajustado para la edad y nivel educativo. (33) Sin embargo, este límite no fue un punto de corte estrictamente hablando, ya que casi la mitad de los pacientes tenían puntuaciones que caían un poco menos que 1,5 DE debajo de la media. (34) Según Petersen (35) algunos sujetos que caen dentro del rango normal en tests de memoria, han experimentado una declinación de su nivel previo de función, y podría ser diagnosticado como DCL. Por ejemplo, el punto de corte de 1,5 DE sería de poco valor para determinar alteración cognitiva en individuos de alto nivel educativo, donde la alteración puede reflejarse en una caída del rango superior al rango medio de funcionamiento. (25)

En la literatura se ha utilizado en algunos trabajos el punto de corte de 1 DE para definir el deterioro cognitivo, y en otros el de 1,5 DE. (7) Se plantea que si se requiere una definición de DCL de alta sensibilidad, se debería aplicar los criterios modificados de MCI (sin el ítem 1, de queja cognitiva) y el nivel de menor severidad (≥ 1 DE). Si se requiere una definición más específica y de mayor valor predictivo positivo, se deberían usar los criterios originales de Petersen, (33) y el nivel de mayor severidad ($\geq 1,5$ DE). (7)

Las nuevas recomendaciones sugieren considerar a las puntuaciones en las pruebas cognitivas de las personas con deterioro cognitivo leve de 1 a 1,5 DE por debajo de la media para su edad y nivel educativo en comparación con datos normativos culturalmente apropiados. Se hace hincapié en que estos intervalos son pautas y no las puntuaciones de corte.

Estas recomendaciones llevan a numerosas interpretaciones. En primer lugar, el rango de 1 a 1,5 DE por debajo de la media para la edad y el nivel educativo, permitiría aumentar la sensibilidad de los nuevos criterios para detectar aquellos individuos con un compromiso cognitivo de menor severidad, debido a una declinación de su nivel previo de función, como se explicó anteriormente. En segundo lugar, es importante destacar que el límite de por debajo de 1,5 DE de la media para la edad y el nivel educativo, estaría reflejando que el deterioro sólo puede ser detectado cuando el recuerdo es muy bajo, y el deterioro es tardío y severo. Por lo tanto, el deterioro de la memoria definido mediante un recuerdo bajo no permiten detectar una alteración de memoria temprana presintomática, cuando el rendimiento está disminuyendo aún en el rango normal. Por definición, el DCL no puede detectar una alteración temprana, y sólo puede detectar un deterioro tardío y severo. (2) Probablemente este es el motivo por el cual los nuevos criterios incluyen el rango de 1 a 1,5 DE para definir los pacientes con DCL.

Por último, no permite aclarar qué sucede con los individuos cuya puntuación en tests de memoria esté por debajo de 1,5 DE, es decir, si se trata de individuos con DCL de mayor severidad o si ya estamos considerando que estos individuos ya tienen una demencia leve que nos obligaría a afinar el verdadero impacto funcional que produce este compromiso cognitivo en un individuo en particular.

Perfil cognitivo

Los nuevos criterios diagnósticos de DCL debido a EA proponen incluir la evidencia objetiva de deterioro en uno o más dominios cognitivos, incluyendo típicamente memoria, (1), sin incluir el perfil hipocámpico característico de pacientes con EA prodrómica. (12)

Se conoce que los déficits de memoria episódica ocurren muy tempranamente en la enfermedad. Pueden incluso preceder al desarrollo de la atrofia en las estructuras temporales mediales (23, 43) y pueden ser tan severos como en la fase de demencia de la enfermedad (33, 41). El patrón típico del compromiso de la memoria episódica en la EA se caracteriza por la presencia de un

recuerdo libre y total disminuido que no se normaliza con claves o con tests de reconocimiento después de que se controló una codificación efectiva de la información; gran cantidad de intrusiones y falsos reconocimientos. (13) Este patrón característico se conoce como perfil hipocámpico, y se ha propuesto como parte integral de los criterios de investigación de EA, (13) ya que se ha demostrado su rol en distinguir el perfil cognitivo de la EA con respecto a otros tipos de demencia. Los tests que aseguran una codificación efectiva, son aquellos cuyo material se codifica con claves específicas, generalmente semánticas, lo cual permite una codificación de la información efectiva y luego se vuelve a presentar para maximizar el recuerdo. (6, 18, 19) Este tipo de tests permite diferenciar otros tipos de demencia no Alzheimer y controles, ya que éstos se benefician de este tipo de codificación con clave semántica.

La inclusión en los criterios del perfil cognitivo característico y de los tests apropiados y sensibles para su detección aumentaría la especificidad diagnóstica ya que revelaría las estructuras neuronales vulnerables en la EA.

Ausencia de valores normativos

Otro problema de los tests neuropsicológicos utilizados actualmente es la falta de buenos valores normativos para personas de edad avanzada, grupos culturales diversos y bajo nivel educativo. (24, 40)

A pesar de los puntos que acabamos de analizar y la vasta literatura publicada en los últimos años, no se ha logrado mejorar la sensibilidad y especificidad de los criterios clínicos para una selección adecuada de pacientes. Se necesitan guías para la selección de instrumentos neuropsicológicos validados que tengan una sensibilidad y especificidad en el rango apropiado de puntuaciones para evaluar los diferentes subtipos de DCL. (25)

Criterios funcionales

Los nuevos criterios carecen de criterios funcionales precisos, ya que el impacto funcional depende únicamente de la información dada por el familiar o la impresión subjetiva del médico tratante. Este es un punto de importante valor ya que el umbral para que un paciente deje de cumplir criterios de DCL y cumpla con criterios de demencia es justamente el compromiso funcional. Aún los nuevos criterios no especifican en profundidad como se debe determinar ni cómo se debe medir.

La falta de instrumentos estandarizados para evaluar el estado funcional, en particular, actividades de la vida diaria instrumentales complejas, pone de relieve la necesidad de desarrollar instrumentos alternativos y flexibles, capaces de evaluar el deterioro funcional en sus primeras etapas y la necesidad de un consenso sobre el grado de deterioro funcional permitido dentro del síndrome del DCL. Se necesitan medidas objetivas del estado funcional del individuo. (25) Mientras tanto, la información proveniente de un informante clave puede aportar la medida más segura de cambio en las habilidades funcionales. (37)

Inclusión de biomarcadores

Los biomarcadores constituyen parámetros, ya sea fisiológicos, bioquímicos y/o anatómicos, que pueden ser medidos *in vivo* y que reflejan características específicas de los procesos fisiopatológicos relacionados a la EA. Se incluyeron en las recomendaciones los cinco biomarcadores más estudiados basados en la literatura actual. (8)

Debido a que las elevaciones en $\text{A}\beta$ parecen ser más específicas que las alteraciones en la proteína tau, se dividió a los biomarcadores en dos grandes grupos (8): 1- Biomarcadores de depósito de $\text{A}\beta$ amiloide cerebral: marcación anormal del trazador en PET y bajos niveles de $\text{A}\beta_{42}$ en líquido cefalorraquídeo (LCR). Se sabe que representa el evento inicial y más dinámico antes de la aparición de los síntomas clínicos. La evidencia actual sugiere que son anormales hasta 10-20 años antes que los síntomas clínicos sean evidentes; 2- Biomarcadores de degeneración o injuria neuronal: elevación de tau (total e hiperfosforilada) en LCR, disminución de la captación de Fluorodesoxiglucosa en PET en un patrón topográfico específico en las regiones temporo-parietal, y desproporcionada atrofia en la RNM estructural con un patrón topográfico específico (corteza de lóbulo temporal basal, medial y lateral, y de lóbulo parietal lateral y medial). Estos eventos se hacen dinámicos más tardíamente. Se correlacionan con la progresión clínica. (20, 21, 29, 32)

En la fase de DCL debido a EA, los biomarcadores se incluyen como criterios complementarios en el diagnóstico, con el fin de establecer la etiología subyacente responsable del déficit clínico y determinar el riesgo de progresión de DCL a EA. Los biomarcadores son considerados equivalentes, sin tener en cuenta el patrón temporal. (8) Las recomendaciones para el diagnóstico de DCL debido a EA se dividen en dos categorías (1): 1- Criterios clínicos centrales, para ser utilizados en todos los ámbitos clínicos; 2- Criterios de investigación, con la incorporación de los biomarcadores, para ser utilizados en protocolos clínicos o centros académicos de investigación. Esta distinción se debe a que existen numerosas limitaciones a la hora de pretender incorporar estos biomarcadores en la práctica clínica habitual. En primer lugar, se necesitan más estudios para incluir los biomarcadores como criterios diagnósticos. Pocos biomarcadores han sido comparados entre sí en estudios multivariados y pocos han sido validados con estudios post-mortem. En segundo lugar, existe una limitada validación y estandarización de los biomarcadores de una región a otra, y limitada experiencia en los puntos de corte necesarios para establecer el diagnóstico. En tercer lugar, existe una limitación en el acceso a los biomarcadores en algunas regiones. En cuarto lugar, se necesitan validar con estudios postmortem. Por último, es necesario el uso de combinaciones de biomarcadores en estudios para determinar los que mejor predicen el proceso subyacente. (1, 8)

Conclusiones

Las características clínicas y el conocimiento disponible sobre la fisiopatología de la EA permitieron duran-

te muchos años hacer un diagnóstico clínico sólo por exclusión de la enfermedad, sin permitir una confirmación diagnóstica *in vivo*.

Los criterios clínicos de diagnóstico de la EA del NINCDS-ADRDA (26) establecen un diagnóstico de EA probable o posible dentro de un contexto clínico, siendo el diagnóstico definitivo solo posible con la confirmación anatomopatológica.

En la década del 90 (16) aparece el concepto de deterioro cognitivo leve con la intención de clasificar aquellos pacientes que presentan alteraciones cognitivas leves y que potencialmente pueden evolucionar a una demencia. Debido a que este constructo incluye pacientes que ya tienen EA posible, otros tipos de demencias e incluso al envejecimiento normal, y con el objetivo de lograr una mayor especificidad diagnóstica, en el año 2007 se propone definir a la EA *in vivo* con un algoritmo diagnóstico que comienza con un patrón específico de deterioro de la memoria episódica y que requiere luego el apoyo con biomarcadores característicos de la EA. (13) Así definida la enfermedad, en el 2010, Dubois (14) propone considerar a la EA prodrómica cuando el DCL amnésico se acompaña de biomarcadores positivos; dejando el término de DCL para cuando no se dispone de los mismos o éstos son negativos.

Las nuevas recomendaciones propuestas por el Instituto Nacional del Envejecimiento y la Asociación de Alzheimer de los EE.UU. (1, 27), aportan una revisión de los criterios diagnósticos vigentes, con dos aspectos de relevancia. En primer lugar, permiten la formalización de los diferentes estadios de la enfermedad, incluyendo el estadio de DCL, asegurando de esta manera una mayor sensibilidad y especificidad para la detección de la enfermedad en estadios más tempranos. En segundo lugar, permiten la inclusión de los biomarcadores como un requisito indispensable para brindar diferentes niveles de certeza indicativos de un proceso neuropatológico subyacente de EA. El objetivo primordial de incluir los biomarcadores dentro de los criterios diagnósticos de la enfermedad es identificar evidencia *in vivo* de la neuropatología específica de la EA, ya que se sabe que dichos biomarcadores tienen una alta correlación con las lesiones neuropatológicas de la enfermedad. En el caso de no disponer de los mismos, como sucede en la práctica clínica habitual, prima el criterio clínico de deterioro cognitivo leve.

Desde la perspectiva que acabamos de analizar, consideramos que la inclusión de los biomarcadores en el diagnóstico de la etapa inicial de la EA tiene un impacto diagnóstico, terapéutico y pronóstico. Por un lado, permiten incrementar la certeza de que el síndrome clínico es consecuencia de los procesos fisiopatológicos característicos de la EA, y de este modo evitan excluir del diagnóstico y del tratamiento individuos que tienen evidencia *in vivo* de la neuropatología de la enfermedad pero que no alcanzan el umbral de demencia. Por otro lado, a pesar de la necesidad de estudios prospectivos para la validación de estos criterios y la ausencia de medicaciones aprobadas en la fase predemencia de la enfermedad, el valor de su aplicación potencial se extiende no

sólo para ser utilizados en investigación, sino también en todos los ámbitos clínicos donde dichos marcadores estén disponibles. Los mismos constituyen una herramienta útil, uniforme y de gran valor para homogenei-

zar el subgrupo de pacientes con DCL que ya tiene EA en un estadio predemencia con una progresión inevitable a demencia por EA con los años ■

Referencias bibliográficas

1. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging- Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7:270-9.
2. Allegri RE, Glaser FB, Taragano FE, Buschke, H. "Mild cognitive impairment: Believe it or not?" *International Review of Psychiatry*, 2008; 20: 4,357-363.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV-TR), 4th edn—text revised. Washington, DC: 2000.
4. Blennow K, Winblad B & Andreasen N. Cerebrospinal fluid biomarkers as diagnostic tools in Alzheimer's disease. 2010; Alpha Plus Medical Comm. p: 5-6.
5. Bouwman FH, Verwey NA, Klein M, Kok A, Blankenstein MA, Sluimer JD, et al. New research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease applied in a memory clinic population. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 30: 1-7.
6. Buschke H, Sliwinski MJ, Kuslansky G, Lipton RB. Diagnosis of early dementia by the Double Memory Test: encoding specificity improves diagnostic sensitivity and specificity. *Neurology* 1997; 48: 989-97.
7. Busse A, Hensel A, Gühne U, Angermeyer MC, Riedel-Heller SG. Mild cognitive impairment. Long-term course of four clinical subtypes. *Neurology* 2006; 67:2176-2185.
8. Clifford R. J., et al. Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia* 2011; 7: 257-262.
9. DeKosky ST, Carrillo MC, Phelps C, Knopman D, Petersen RC, Frank R, et al. Revision of the criteria for Alzheimer's disease: A symposium. *Alzheimer's & Dementia* 2011; 7: e1-e12.
10. Doody RS, Ferris SH, Salloway S, et al. Donepezil treatment of patients with MCI: a 48-week randomized, placebo-controlled trial. *Neurology* 2009; 72: 1555-61.
11. Dubois B. 'Prodromal Alzheimer's disease': a more useful concept than mild cognitive impairment? *Current Opinion in Neurology* 2000, 13:367-369.
12. Dubois B; Albert ML. Amnesic MCI or prodromal Alzheimer's disease? *Lancet Neurol* 2004; 3: 246-48.
13. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, DeKosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J, et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol* 2007; 6:734-46.
14. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Cummings JL, DeKosky ST, Barberger-Gateau P, et al. Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet Neurol* 2010; 9: 1118-27.
15. Feldman HH, Ferris S, Winblad B, et al. Effect of rivastigmine on delay to diagnosis of Alzheimer's disease from mild cognitive impairment: the InDDEX study. *Lancet Neurol* 2007; 6: 501-12.
16. Flicker C, Ferris SH, Reisberg B. Mild cognitive impairment in the elderly: predictors of dementia. *Neurology* 1991; 41(7):1006-9.
17. Frisoni GB, Galluzzi S, Signorini M, Garibotto V, Paghera B, Binetti G, et al. Preliminary evidence of validity of the revised criteria for Alzheimer disease diagnosis: report of 2 cases. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2010; 24: 108-14.
18. Grober E, Buschke H. Genuine memory deficit in dementia. *Dev Neuropsychol* 2006; 3: 13-36.
19. Ivanoiu A, Adam S, Van der LM et al. Memory evaluation with a new cued recall test in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *J Neurol* 2005; 252: 47-55.
20. Jack CR, Lowe VJ, Weigand SD, Wiste HJ, Senjem ML, Knopman DS, et al. Serial PIB and MRI in normal, mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: implications for sequence of pathological events in Alzheimer's disease. *Brain* 2009; 132 (5):1355-65.
21. Jack CR, Knopman DS, Jagust WJ, Shaw LM, Aisen PS, Weiner MW, et al. Hypothetical model of dynamic biomarkers of the Alzheimer's pathological cascade. *Lancet Neurol* 2010; 9: 119-28.
22. Jack CR Jr, Albert MS, Knopman DS, McKhann GM, Sperling RA, Carrillo MC, et al. Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7: 257-62.
23. Laakso MP, Hallikainen M, Haenninen T, et al. Diagnosis of Alzheimer's disease: MRI of the hippocampus vs delayed recall. *Neuropsychologia* 2000; 38:579±584.
24. Loewenstein D, Arguelles T, Arguelles S, Linn-Fuentes P. Potential cultural bias in the neuropsychological assessment of the older adult. *J Clin Exp Neuropsychol* 1994; 16:623-629.
25. Luis CA, Loewenstein DA, Acevedo A, Barker WW, Duara R. Mild cognitive impairment. Directions for future research. *Neurology* 2003; 61:438-444.
26. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984; 34: 939-44.
27. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR Jr, Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging- Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7: 263-9.
28. Molinuevo JL, Gomez-Anson B, Monte GC, Bosch B, Sanchez-Valle R, Rami L. Neuropsychological profile of prodromal Alzheimer's disease (Prd-AD) and their radiological correlates. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; Apr 6. [Epub ahead of print].
29. Mormino EC, Kluth JT, Madison CM, Rabinovici GD, Baker

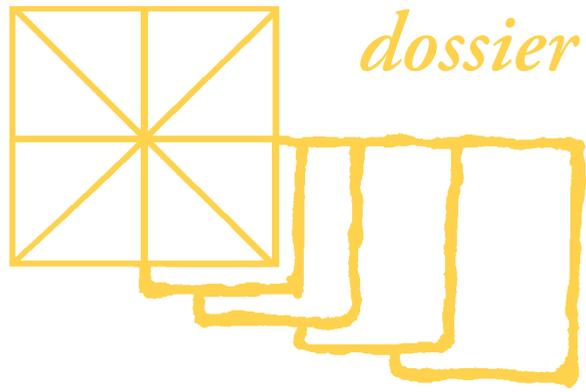
- SL, Miller BL, et al. Episodic memory loss is related to hippocampal-mediated beta-amyloid deposition in elderly subjects. *Brain* 2009; 132(5): 1310–23.
30. Morris JC. Early stage and preclinical Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2005; 19:163-5.
31. National Institute on Aging–Alzheimer’s Association guidelines for the neuropathologic assessment of Alzheimer’s disease. Disponible en: http://www.alz.org/research/diagnostic_criteria/
32. Perrin RJ, Fagan AM, Holtzman DM. Multimodal techniques for diagnosis and prognosis of Alzheimer’s disease. *Nature* 2009; 461: 916–22.
33. Petersen RC, Smith G, Waring S, Ivnik R, Tangalos E, Kokmen E, et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999; 56:303–8.
34. Petersen RC. Mild cognitive impairment. *J Int Med* 2004; 256: 183–94.
35. Petersen RC, Thomas RG, Grundman M, et al. Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. *N Engl J Med* 2005; 352: 2379-88.
36. Petersen RC, Roberts RO, Knopman DS, Boeve BF, Geda YE, Ivnik RJ, et al. Mild cognitive impairment: ten years later. *Arch Neurol* 2009; 66:1447–55.
37. Petersen RC. Mild cognitive impairment. *N Engl J Med* 2011; 364: 2227-34.
38. Ritchie K. Mild cognitive impairment an epidemiological perspective. *Dialogues Clin Neurosci* 2004; 6: 401-8.
39. Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, Bennett DA, Craft S, Fagan AM, et al. Towards defining the preclinical stages of Alzheimer’s disease: recommendations from the National Institute on Aging–Alzheimer’s Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer’s disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7: 280–92.
40. Stern Y, Gurland B, Tatemichi TK, Tang MX, Wilder D, Mayeux R. Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer’s disease. *JAMA* 1994; 271:1004–1010.
41. Tounsi H, Deweer B, Ergis AM, et al. Sensitivity to semantic cuing: an index of episodic memory dysfunction in early Alzheimer’s disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1999; 13:38±46.
42. Valls-Pedret C, Molinuevo JL, Rami L. Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. *Rev Neurol* 2010; 51: 471-80.
43. Visser PJ, Scheltens P, Verhey FR, et al. Medial temporal lobe atrophy and memory dysfunction as predictor for dementia in subjects with mild cognitive impairment. *J Neurol* 1999; 246:477±485.
44. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, et al. Mild cognitive impairment: beyond controversies, towards a consensus—report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med* 2004; 256: 240–46.



Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar



SALUD MENTAL, LA POLISEMIA DE UN CONCEPTO

Coordinación

Patricio Alba, Martín Agrest y Juan Carlos Stagnaro

El concepto de “salud mental” es utilizado por diversos autores y grupos para aludir a un movimiento, un campo disciplinar o un área de trabajo profesional, así como a una dimensión que forma parte de la salud (en general) y un estado o condición individual o grupal que se produce exclusivamente en un determinado contexto sociocultural.

Vale aclarar que como movimiento, campo disciplinar o área de trabajo perteneciente a la Salud Pública, es decir sustantivado, corresponde escribirlo con mayúsculas (Salud Mental), mientras que en tanto estado, condición o dimensión de la salud integral de un individuo, debería utilizarse su adjetivación en letra minúscula (salud mental). Sin embargo, dicha distinción no siempre se realiza, aún por los propios integrantes del campo psi, conduciendo a confusiones de todo tipo.

La historia del movimiento que evolucionó hasta las concepciones contemporáneas de Salud Mental comienza en los Estados Unidos, en 1910, cuando fue creado el Comité Nacional de Higiene Mental. Los objetivos de esa institución fueron la preservación de la salud mental, la prevención de los trastornos psiquiátricos y la mejora de la atención, entre otros. La iniciativa partió de Clifford W. Beers, un ex paciente psiquiátrico que, después de su alta, mantuvo una cruzada para llevar el tema de la salud mental y de los tratamientos de las enfermedades mentales a la atención de sus conciudadanos. Con posterioridad, junto a la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a mediados del siglo XX, hemos comenzado a hablar con naturalidad de la salud mental, aunque no siempre sepamos a qué nos estamos refiriendo.

Comúnmente se tiende a creer que la salud mental es lo opuesto a la enfermedad mental. Sin embargo, la ausencia de enfermedad no asegura la salud mental y la presencia de enfermedad no excluye la posibilidad de una vida saludable en términos mentales.

Aún más, algunas veces se asimila “salud mental” a “bienestar psicológico” pero, como dijo Jervis hace más de 30 años, “en no pocas ocasiones un cierto grado de malestar psicológico y una cierta ‘dosis’ permanente de síntomas psiquiátricos son la expresión del máximo de salud mental y de bienestar alcanzables en una determinada situación de esclerosis de las relaciones humanas, de extremas dificultades materiales, de desdichas, de soledad y de marginación social”.

Pero, si la “salud mental” no es lo opuesto a la enfermedad mental ni coincide exactamente con el bienestar psicológico, entonces, ¿qué es la salud mental? A poco que recorramos legislaciones de diversos países, referencias bibliográficas clínicas y/o epistemológicas y pronunciamientos diversos, ya sea de gobiernos o de instituciones internacionales, públicas o privadas, veremos que la polisemia del término impide encontrar una definición unívoca y completamente abarcativa del objeto Salud Mental.

El análisis de sus términos constitutivos, “salud” y “mental”, podría orientar para desbrozar el problema. La noción de “salud” ha sido objeto de amplios debates, siendo un punto de discusión el considerarla como parte del continuo salud-enfermedad, o bien, considerarla como una dimensión distinta, más ligada al bienestar y a los derechos, que puede estar presentes o ausen-

tes tanto en condiciones de enfermedad como de no enfermedad.

En 1946, la Organización Mundial de la Salud propuso entender que «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La salud, por lo tanto, es algo más que no tener una enfermedad. En tal caso se acentúa que no tener una enfermedad no alcanza para estar sano y se requieren más ingredientes para poder hablar de ella. En este caso, la OMS comienza proponiendo que se trata de un completo estado de bienestar, algo que dejaría por fuera a toda la humanidad la mayor parte de su vida.

También ha sido propuesto que la salud es indisoluble del entorno y que lo que en un lugar puede ser enfermo (o sano) podría no serlo en otro. Por lo tanto, un componente necesario de la definición de salud ha pasado a ser la vida “en armonía con el entorno” y la consideración de la cultura.

Esta idea es importante para la “salud mental”, pues conducirá a que con ella entendamos que no es igual a “no tener una enfermedad mental” y, por otro lado, a entender que pese a que tengamos una enfermedad mental podemos gozar de condiciones de salud mental. Este no es otro que el concepto de “recuperación”: alguien puede tener una enfermedad mental (diagnosticable según nuestro sistema de clasificación actual o pasado) pero vivir una vida de participación plena y creativa en la comunidad, recibir reconocimientos y valoración por sus contribuciones y sus transformaciones del medio en que vive, ejercer sus derechos y tener obligaciones, amar y... tantas otras cosas. Los síntomas que hacen que alguien reciba un diagnóstico psiquiátrico no significan automáticamente que carezca de recursos y potencialidades ni que sea imposible su recuperación y bienestar / salud mental, ¡incluso conservando varios de sus síntomas!

El segundo componente es el de “mental”, que para muchos es sinónimo de algo interior e individual pero, para otros, hace referencia a un aspecto básico de las relaciones humanas, basadas en la consideración por el prójimo, la solidaridad y, fundamentalmente, la humanización de las relaciones. De tal modo, lo mental no sería una mera cuestión psicológica o individual sino que, en cambio, se enraizaría en factores tanto biológicos como sociales.

La presencia o ausencia de salud mental no es algo que se pueda determinar tampoco con ninguna prueba fehaciente o de laboratorio y los instrumentos con los que se cuenta poseen un importante grado de error y gran afectación por parte del contexto social en su especificidad y sensibilidad. Un mismo

estado de bienestar puede ser saludable en un contexto y no serlo en otro, un malestar psicológico puede ser un síntoma de salud mental, en una cultura algo puede ser clara expresión de su ausencia y de enfermedad mental pero no serlo en otra. Su mensuración por medio de escalas de calidad de vida no está exenta de problemas casi tan complejos como los de definir qué es la salud mental.

Un concepto que se utiliza frecuentemente en el campo de la Salud Mental es el de “sufrimiento mental” (o “padecimiento psíquico”) que, con una buena dosis de ambigüedad, se propone restringir el uso del término “enfermedad mental”. En este caso sí es conveniente verlo en el extremo opuesto al de “salud mental”, como su par antitético. Debe hacerse notar el componente esencialmente subjetivo que comporta su uso así como su carácter no categorial sino graduado: mientras que la enfermedad mental separa a quienes la portan de quienes no, el sufrimiento mental nos alcanza a todos, de un modo u otro. La enfermedad mental tendría un componente objetivo indiscutido y permitiría inscribir a las disciplinas que la estudian en el seno de la psicopatología que comparten la psiquiatría y la psicología clínica. El sufrimiento mental, en cambio, carecería de límites precisos y todas las disciplinas que lo abordan merecerían un espacio discursivo y práctico en su abordaje.

Es difícil aceptar que alguien tenga su salud mental comprometida pero a la vez no tenga una enfermedad mental. Las dificultades para construir una vida en pareja, la insatisfacción general con las condiciones de vida y la explotación laboral que pueden precipitar el fracaso o la frustración en el ámbito del trabajo, la soledad de los migrantes, las dificultades para relacionarse con los otros en ciertos insalubres ambientes urbanos, configuran un conjunto de nuevos problemas subjetivos que no pueden resolverse ensanchando las clasificaciones nosográficas. Si bien esto es cierto, también lo es que asimilar esas condiciones vitales emanadas de la “pena de vivir” o de la injusticia y la exclusión social, a las disfunciones psicopatológicas severas que caracterizan a los denominados Trastornos Mentales que se describen en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una amalgama difícil de sostener.

El presente Dossier ofrece un conjunto de trabajos que iluminan tanto aspectos conceptuales como prácticos de los enfoques que los distintos integrantes del equipo de Salud Mental tienen al respecto. Enfermeros, Terapeutas Ocupacionales, Trabajadores Sociales, Psicólogos, Psicoanalistas, Psiquiatras, Sanitaristas y un Musicoterapeuta

presentan su visión de la salud mental, los criterios para pensar su ausencia o presencia; en suma, qué es la salud mental para cada uno de ellos. No debe suponerse que cada especialista representa al conjunto de sus colegas. Cada profesión cuenta con distintas posiciones en el interior mismo de la especialidad y este Dossier sólo ha podido recoger algunas de las variadas posiciones que es posible encontrar en ese conjunto, a veces heterogéneo, que son los profesionales de una disciplina. Nuestra selección, como forma de asegurar lo más posible la presencia de distintas formas de mirar este concepto, estuvo basada en privilegiar la experiencia en el campo y el desempeño en diferentes situaciones (consultorios externos, salas de internación, dispositivos de externación, etc.). Podremos ver que los autores comparten vacilaciones, e incluso críticas y acuerdos con el concepto de "salud mental", con diferentes fundamentos y argumentaciones, en algunos casos contradictorias. A tal punto, que cabría decir que, en tanto concepto, la "S/salud M/mental" está cargada de una polisemia que impregna los debates en torno a ella.

Goldchluk, en base a su importante trayectoria como psiquiatra clínico, señala que el trabajo de los psiquiatras tiene lugar fundamentalmente cuando la salud mental se pierde, con manifiestas repercusiones tanto en quien lo padece como en sus allegados. También se introduce en los aspectos de la confrontación que ha suscitado la Ley de Salud Mental de la Argentina 26.657, analizando los puntos de acuerdo y de tensión entre los creadores de la mencionada ley y los psiquiatras.

Daneri y Pérez se proponen transmitir, a partir de su formación de base, junto con algunos aportes teóricos que le brindaron a su profesión otras disciplinas; el modo en que desde la Terapia Ocupacional (TO) se piensa y organiza la información que posibilita construir desde esa perspectiva la noción Salud Mental.

Angélica Barragán, señala desde la profesión de enfermería que la salud mental se opera "promocionando la salud". Otro integrante del equipo de enfermería, Ana Pérez, menciona que quienes saben sobre salud mental serían "todos los que estén dispuestos a aprender y escuchar al otro".

Chamorro y Spivakow, dos psicoanalistas, cuestionan en sus respectivos trabajos, distintos aspectos del constructo "salud mental", con motivos por completo diversos. El primero, ve su presencia en

la Ley de Salud Mental como parte del "triumfo" del cognitivismo y de modelos adaptacionistas. El segundo, alude a su carácter subjetivo, que lo torna difícil de definir.

Carballeda presenta una conceptualización sobre la intervención en lo social en el campo de la Salud Mental, destacando las nociones de inclusión social y de territorio.

Keegan propone un acercamiento desde la psicoterapia con modelos cognitivo-conductuales, señalando que la salud mental consiste en actuar en pos de nuestras metas valoradas, más allá de las emociones y pensamientos negativos que esto pueda suscitar. Según esta concepción, el sufrimiento humano (que no está reñido con la salud mental) sería el producto de consecuencias problemáticas de procesos psicológicos usuales o normales.

Stolkiner y Ardila nos brindan un panorama general del problema de la salud mental desde la perspectiva de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. Estas autoras se refieren fundamentalmente a la Salud Mental (con mayúsculas) y cabe destacar su significativa afirmación que "el éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida". Sin ser una crítica al concepto de "salud mental" es también una señal de alerta respecto de defensas que puedan dejarla en antagonismo o disociada del campo de la salud general.

Bianco describe la visión de la salud mental desde la perspectiva de la musicoterapia. Partiendo de un reconocimiento de la importancia de ser parte del equipo de Salud Mental, nos acerca una manera de pensarla en términos del proceso creativo y de una estética resultante, apuntando a la posibilidad de distinguir sus características en personas con salud mental respecto de quienes cuentan con diagnóstico de patología mental.

El artículo de Pelatelli, Romero y Uño Carreño, cierra el Dossier presentando las actividades y objetivos del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal "José A. Esteves" y el rol de los Terapistas Ocupacionales en el mismo.

Los contenidos del Dossier pueden constituir así, una plataforma de información y debate acerca de la manera en que definen la salud mental los profesionales de distintas disciplinas ■

La Salud Mental vista desde la perspectiva de la Psiquiatría

Aníbal Goldchluk

Médico Psiquiatra. Jefe de Servicio de Consultorios Externos del Hospital "J. T. Borda"

I

Hace prácticamente 40 años que ejerzo la clínica psiquiátrica. Este dato extremo que escribo con estremecimiento, es lo que debe haber movido a los organizadores de este dossier de *Vertex* a solicitarme estas líneas. Supondrán un saber basado en la experiencia que me acredita para esta función.

Efectivamente, tanto en la práctica pública como en la práctica privada, no he hecho otra cosa que dedicarme a la asistencia. No me he dedicado en forma continua y específica a la docencia, tampoco a la investigación y tampoco a la práctica gremial. Nunca he pretendido cambiar la institución donde trabajo, no por carecer de opiniones, sino por evaluar esa tarea como imposible para mí ya que destiné todo el tiempo disponible para

organizar un servicio asistencial que brinde una atención apropiada a las personas que llegan con distintas formas de padecimiento mental.

No desprendo de esto ninguna valoración especial. No digo que está bien lo que elegí o que está mal lo que no elegí. Todos tenemos una vida y en ella tenemos oportunidad para una sola decisión. Frente a esta limitación humana, lo mejor que podemos hacer es advertirla. Si además, conseguimos convencernos de que nosotros fuimos el agente cierto de esa decisión, tanto mejor.

Una trayectoria tan extendida como la que describo, me permitió pasar por todas las estaciones de nuestra especialidad: la antipsiquiatría, el freudomarxismo, el ocaso del psicoanálisis conducido por la IPA, el ascenso

Resumen

Se propone que la perspectiva de la psiquiatría en salud mental está dada por una experiencia que es propia y que es la confrontación del psiquiatra con las distintas formas clínicas en las que se expresa la pérdida de la de salud mental y con los efectos que esto provoca en quienes la sufren y en los allegados. A partir de esta particularidad se analiza la nueva ley de salud mental, la 26657.

Se reconoce que su espíritu forma parte de un movimiento ecuménico que aumenta la inclusión y la ciudadanía para todos los ciudadanos, aún para minorías como la de los pacientes mentales.

A la par se propone que sus orígenes ideológicos en corrientes críticas dentro de la psiquiatría y la falta de consulta con instituciones académicas y profesionales para su redacción generó una disputa innecesaria dado los acuerdos centrales con el espíritu de la ley.

Palabras clave: Salud Mental - Ley de Salud Mental - Psiquiatría.

MENTAL HEALTH AS SEEN FROM A PSYCHIATRIC STANDPOINT

Summary

This paper proposes a psychiatric perspective on mental health given by many years of experience and confrontation with many clinical forms in which the lost of mental health is expressed. This lost brings by effects on those who suffer it as well as on their relatives. The mental health law of Argentina 26657 is analyzed from this particular standpoint. It is recognized that its spirit is part of an ecumenical movement which stimulates inclusion and full citizenship for all the people, even for minorities such as mentally ill patients. It is also proposed that some of the ideological origins are traceable back to critical trends within psychiatry and that a lack of academic and professional consult at the moment of its redaction has generated an unnecessary dispute despite important agreements on the spirit of the law.

Key words: Mental health - Mental health law - Psychiatry.

del psicoanálisis lacaniano; la irrupción de los psicofármacos y las corrientes biológicas; el advenimiento controvertido de los manuales diagnósticos, la terapia cognitivo comportamental; la neurobiología; la psiquiatría comunitaria con todos sus ingredientes; la participación de los usuarios y sus familiares en la gestión en salud mental. De cada una he extraído sus riquezas. Nunca me he peleado con teorías. Sí lo he hecho con personas.

Apelo a esta breve introducción personal para sostener el siguiente aserto: la salud mental se presenta a la experiencia de un psiquiatra clínico por su negativo, es decir, por su falta. Falta que se le presenta bajo las diferentes fisonomías clínicas del sufrimiento psíquico. Falta que afecta a muchos que perdieron su salud mental, que la pierden periódicamente o que no la tuvieron nunca. Falta de salud mental que habitualmente se extiende, y afecta, a los familiares, allegados o convivientes.

Tampoco un psiquiatra clínico queda ajeno a esto: el contacto diario con la experiencia clínica que le es propia marca y ritma su vida, por ejemplo, en las reacciones contratransferenciales.

Esta experiencia es tan contundente que ningún psiquiatra podría acordar con Thomas Szasz o con sus distintos epígonos actuales y decir que la enfermedad mental es un mito (1). Es necesario estar en otra posición, más propia de un ensayista, para desarrollar teorías de esta naturaleza.

Esto no excluye la necesidad de incorporar a la acción clínica el conocimiento de todas las ideas propias de nuestro campo para evitar que un psiquiatra se convierta en un ejecutor ciego de rutinas adocenadas. Pero la enfermedad mental se le presenta a su experiencia como un hecho flagrante pleno de dramatismo.

Estamos aquí, entonces, frente al siguiente problema: la riqueza de la perspectiva del psiquiatra sobre la salud mental es, a la vez, su limitación.

La "salud mental" es un concepto más extenso que las enfermedades mentales. Veamos la divulgación que la Organización Mundial de la Salud hace de ella: "La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»".

Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos" (2).

La salud mental es, en definitiva, una condición necesaria para que cada individuo afronte de una manera apropiada y creativa los desafíos que le propone la vida que le ha tocado. Como decíamos, esta condición o capacidad puede estar afectada por un trastorno mental tipificado o por diversas circunstancias ajenas al padecimiento de un trastorno.

Actualmente, el concepto de "recovery" (3, 4, 5) ha tomado el valor de orientar la práctica clínica. Brevemente, este concepto apunta no tanto a la curación de los síntomas sino a que cada sujeto afectado por un trastorno mental pueda recuperar el control de su vida, aún

cuando no consiga dejar de padecer sus síntomas. En este caso, podemos afirmar que, aún con la subsistencia de síntomas, hay una recuperación de la salud mental en la medida en la que el individuo muestra capacidades para afrontar la vida que le toca.

En contraste con esto, individuos sin un trastorno diagnosticable, pero abrumados por circunstancias medioambientales desfavorables pueden experimentar la pérdida del bienestar y la capacidad de afrontar sus circunstancias. Pierden su salud mental.

Consigno esta paradoja para enfatizar que la salud mental es un concepto que no puede restringirse a la presencia o ausencia de una enfermedad mental. Y para enfatizar otra vez que el campo de acción del psiquiatra, su experiencia central es el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. Es esta su incumbencia en el campo más amplio de la salud mental.

Entonces, la salud mental es un concepto más abarcativo que se predica para todos los humanos y la psiquiatría sólo hace referencia a aquellos que padecen alguna afección mental. Esto representa una limitación en su perspectiva de la salud mental. Pero hay otra limitación y es la que está dada por la relación inmediata con el fenómeno del trastornar psíquico. Un psiquiatra clínico está inmerso en el dramatismo humano determinado por ese trastornar y vive en ese clima. La consecuencia es que sus conclusiones y reclamos provendrán de esa inmediatez.

No será, entonces, en ese instante de la acción terapéutica que le toca, el más dotado para un pensamiento más complejo sobre las condiciones de ese enfermar, ni tampoco el más dotado para tomar su propia función como objeto de su escrutinio, ya sea en su rol de configurador del hecho del que se ocupa o en su asunción del poder que la sociedad le encarga.

La psiquiatría siempre ha sostenido una idea acerca del enfermar psíquico y de las acciones necesarias para responder a ello. Estas ideas ni pueden ser desconocidas, ni pueden ser oficializadas. Deben constituir solamente un aporte que la disciplina hace al conjunto de los demás aportes provenientes de las otras disciplinas con las que comparte el campo de la salud mental. Un psiquiatra clínico, consciente de sus limitaciones en relación con la eficacia clínica, se alborozaba con las posibilidades que le pueden aportar otros saberes. Por tanto, para él, el trabajo interdisciplinario es imprescindible.

II

Ahora bien, todos estos comentarios personales tienen la función de introducir la cuestión que nos involucra aquí y ahora. En noviembre de 2010, el Congreso de la Nación sancionó la ley N° 26657 de Salud Mental y ha desatado una vasta controversia en el campo de la psiquiatría. Para muchos, la ley tendrá repercusiones negativas en el ejercicio de la profesión y las organizaciones profesionales de la especialidad reclamaron, entre otras cosas, que no fueron consultadas en su redacción. Incluso, un número reciente de la *Revista de Psiquiatría* (Año 4, Volumen 16, Noviembre de 2011) fue dedicado a Salud Mental, centrándose en el análisis de la ley. Muchos de los artículos allí publicados serán citados aquí.

Lo que sigue a continuación debe ser leído como mi opinión personal sobre el tema. En principio, la ley se inscribe en un movimiento ecuménico que apunta a recuperar el derecho para todas las personas sin tomar en cuenta sus particularidades, que apunta a ampliar la ciudadanía para todas las personas y que apunta a igualar la inclusión de todas las personas en la vida social y política. En el tema que nos ocupa, se trata de recuperar el derecho para las personas con padecimiento mental. ¿Se podría estar en desacuerdo con este espíritu de la ley? Obviamente, no.

Entonces, un primer hito de esta argumentación es que ningún psiquiatra, por el hecho de serlo y por estar moldeado por la experiencia clínica que le es propia y con la cual inicié este artículo, podría oponerse al espíritu de la ley.

Lo que sí podría aportar un psiquiatra clínico es que su experiencia lo confronta con esta privación de derechos a la que se ha sometido a los pacientes mentales graves y por ello celebra la restitución de esos derechos. Pero su experiencia también lo confronta con que entre el 20 y el 25% de la población padece de algún trastorno y que quienes demandan asistencia suelen tener problemas de acceso a los servicios que puedan brindársela. Es, en este caso, el derecho a la salud el que está más habitualmente vulnerado.

Estoy a cargo de un servicio de atención ambulatoria en un hospital monovalente. Un promedio de 200 nuevos usuarios nos solicitan mensualmente asistencia. Por la capacidad de recursos humanos que disponemos sólo podemos incorporar alrededor de 50 a la asistencia. Aunque hemos puesto en marcha dispositivos que dan un camino de tramitación a esta dificultad, en los hechos el 75% quedan sin ser asistidos y están empujados a deambular por diversos servicios en busca de tratamiento.

Está claro que esta vulneración del derecho a la asistencia tiene causas complejas y en esto no sólo la culpa la tiene el otro. La incapacidad de nuestras instituciones públicas para distribuir y asignar recursos en función de la demanda asistencial cierta y la tolerancia que ellas tienen con privilegios personales consuetudinarios de los profesionales que las componen también forman parte de estas causas.

Sigamos examinando los principios en los que se basa la ley. Tomamos para ello dos documentos de Leonardo Gorbacz (6, 7) quien es reconocido como su creador. En ellos se desarrollan los cambios de paradigmas que la ley refleja.

El primero es un cambio en el paradigma político: es pasar de un modelo de asistencia basado en el hospital psiquiátrico monovalente a un modelo basado en una serie de instancias terapéuticas y de alojamiento protegido insertadas en la comunidad, que optimicen la prevención, la asistencia y la rehabilitación.

El segundo es un cambio en el paradigma judicial: es pasar de un concepto basado en la presunción de peligrosidad a un concepto basado en la presunción de capacidad. Para un desarrollo de este punto véase el excelente trabajo de Toro Martínez (8). Esto quiere decir que para cualquier persona, incluso aquellos aquejados de un padecimiento mental, se presume capacidad para decidir sus conductas. No se desconoce que podría haber alguna situación en la cual un paciente mental pudiera presentar riesgo para sí y para terceros. En ese caso, un equipo interdisciplinario debe determinarlo y siempre es estimado como un esta-

do y nunca como formando parte del ser del trastorno. Por ello, el juez ya no interviene en el tratamiento de una persona, es decir no indica internaciones ni autoriza permisos o altas. Todas estas decisiones retornan a la responsabilidad del equipo de salud.

Para la ley el juez sólo interviene para controlar las internaciones involuntarias. Es decir, en esas particulares situaciones de nuestra clínica en las cuales se confrontan dos derechos: el de la libertad y el de recibir adecuada asistencia.

Nuevamente, ¿podríamos, como psiquiatras clínicos, estar en desacuerdo con estos cambios de paradigmas? Por supuesto que no. Recordemos simplemente el hecho de depender de la autorización judicial para dar permisos o altas, lo cual prolongaba innecesariamente una internación.

Sin embargo, una serie de cuestiones se abren ahora. Las más complejas son de índole práctica.

Y es el problema que se presentó en todos los países que han encarado la reforma psiquiátrica. Se trata de contar con los recursos económicos para llevarla a cabo. En la ciudad de Buenos Aires se viene anunciando por parte de funcionarios con diferentes filiaciones políticas el fin de los manicomios. Pero ese fin pregonado no se ha producido porque no se ha avanzado en la creación de esas otras instancias comunitarias en Salud Mental. La ley prevé que Salud Mental deberá disponer del 10% del presupuesto en salud, pero eso dista de haberse concretado.

En lo otro que innova la ley es en la definición de salud mental y, como consecuencia de ello, la propuesta de la constitución de equipos multidisciplinarios. Más aún, la decisión de que cualquier miembro del equipo interdisciplinario pueda ocupar puestos de conducción dependiendo de su idoneidad. Invocando que la salud mental no puede restringirse a una explicación biológica o médica, el psiquiatra se convierte en un miembro más del equipo interdisciplinario, sin primacías por su título de grado. Un cambio de esta magnitud no podía dejar de generar polémicas. Véase un reflejo de ellas en los artículos de Mega (9) y Dionisio (10) en los cuales se discute sobre las diferentes incumbencias y responsabilidades profesionales.

La Asociación de Psiquiatras de la Argentina (APSA) en una carta enviada al Senado precisa claramente las objeciones a la ley (11). Dos aspectos se destacan en ese documento; a) la obvia capacitación diferencial para tomar decisiones clínicas entre los psiquiatras y otros miembros del equipo interdisciplinario y b) que lo ideológico que inspiró la ley pone el acento en velar por los derechos de los pacientes internados o con severos trastornos mentales; pero la mayor parte de la práctica clínica en Salud Mental es ambulatoria. En los mismos fundamentos de la ley, se reconoce que el 25% de la población padece de algún trastorno en su salud mental. En nuestro país, sólo 21.000 personas están alojadas en hospitales psiquiátricos o colonias. ¿Se tendrán que poner en marcha equipos multidisciplinarios para cada consulta en Salud Mental?

Ahora bien, más allá de las observaciones pertinentes que estos artículos y documentos desarrollan, más allá de la imposibilidad plena de constituir los equipos interdisciplinarios en cada momento, ¿podríamos estar en desacuerdo con que el trabajo en Salud Mental es un esfuerzo interdisciplinario? Independientemente de los nuevos problemas

que este nuevo paradigma (cuando digo nuevo paradigma no me refiero que sólo a partir de ahora se trabajará interdisciplinariamente, ya que sería desconocer que es una práctica difundida y aceptada en nuestro campo; sólo me refiero que ahora tiene fuerza de ley) puede traer, ningún psiquiatra clínico que se confronta con el hecho clínico puede oponerse a abordarlo interdisciplinariamente, tanto en su entendimiento como en su respuesta terapéutica.

Tampoco ningún psiquiatra clínico, por el hecho de esa experiencia clínica a la que se confronta, podría estar en desacuerdo con que la conducción de un servicio pueda estar a cargo de un miembro no psiquiatra del equipo multidisciplinario. No hay nada en nuestra formación que nos aventaja frente a colegas de otras profesiones a ocupar un cargo de conducción. Incluso, sería una mayor innovación que también un usuario del sistema pudiera ocupar un cargo así. Aseguraría que los servicios asistenciales se organizaran centralmente para aumentar su eficiencia.

III

Llegados a este punto, y habiendo enunciado que no hay nada en el espíritu de la ley que a mi juicio pueda generar oposición en un psiquiatra clínico, la pregunta que debemos formular es: ¿por qué la oposición apasionada con la cual la mayor parte de las organizaciones profesionales recibió esta ley?

Diré mi argumento: fue la reacción frente a la pasión que subyace en la ley, pasión que se revela en su sorprendente artículo 12, cuando se legisla acerca de la prescripción farmacológica.

Esa pasión, la que puede leerse manifiestamente en algunas declaraciones de Gorbacz, podría resumirse a mi juicio en el siguiente prejuicio: los psiquiatras son profesionales que sostienen una práctica en salud mental basada en una concepción biológica del padecimiento mental en una alianza espuria con la industria farmacéutica que les asegura un poder hegemónico y un beneficio económico. Esto conforma una corporación que forma parte del eje del mal.

¿Es este argumento novedoso? En absoluto. Forma parte de argumentos sostenidos por movimientos antipsiquiátricos hoy agrupados en diferentes redes de psiquiatras críticos. Se pueden consultar estas posiciones en la web, entre otras en <http://www.criticalpsychiatry.co.uk/>.

Veamos un texto tomado de Joanna Moncrieff (12) una de las autoras más talentosas y productivas en este ámbito. "La institución de la psiquiatría creció en el siglo XIX durante la emergencia y la consolidación del capitalismo industrial. Su función fue lidiar con el comportamiento bizarro y anormal, el cual, sin violar la ley, no cumplía con el nuevo orden económico y social. Su asociación con la medicina consagró su función social y política de control social al adosarlo a la neutralidad y la objetividad de la ciencia. El modelo médico de trastorno mental ha servido desde entonces para obscurecer el proceso social que produce y define el desvío al localizar este problema en la biología individual" (12).

En opinión de la autora, esta instrumentación ideológica de la psiquiatría encuentra un espaldarazo con el descubrimiento de los psicofármacos y los desarrollos

tecnológicos que posibilitan el estudio del cerebro. Sin embargo, ella es escéptica: por más publicitados que estos avances hayan sido, por más que ellos se hayan afincado con tanta fuerza en nuestra cultura y hayan despertado tantas expectativas, muy poco es lo que aún se sabe sobre las causas de las enfermedades mentales y poco progreso se ha hecho con su tratamiento.

Moncrieff ha escrito un libro extraordinariamente polémico (13) en el cual discute los fundamentos ideológicos falaces que impulsaron el uso de psicofármacos en nuestra especialidad.

Su propuesta alternativa puede resumirse en el siguiente párrafo: "Tolerancia de la diversidad de vidas humanas y el respeto a la autonomía de todos debe ser el basamento de una corriente alternativa progresista. Alentando al control de las personas sobre sus propias vidas significa proveer elecciones genuinas y oportunidades para personas con distintas disposiciones. Significa crear una sociedad donde hay nichos disponibles que permiten distintos estilos de vida. Esto implica aceptar que algunas personas pueden elegir conducir sus vidas de un modo que pueda parecer bizarro o empobrecido" (12).

Entonces, llegamos al punto de que la pasión que ha inspirado la ley encuentra su raíz en los movimientos de psiquiatras críticos. Es esta pasión, desplegada con prejuicio y desconocimiento, como dice Martínez Ferretti (14), la que consideró a los psiquiatras como participantes activos del eje del mal.

Sabido es que considerar al otro como formando parte de algún eje del mal resulta siempre una haraganería mental. Incluso empobrece el propio argumento al no dialectizarlo con el del otro.

Esto se plasmó en que la redacción de la ley no fue consultada con ningún estamento académico profesional (véase al respecto la carta de APSA citada).

De habérselo hecho se hubiera comprobado que nuestra disciplina alberga diferentes posiciones, promueve las controversias que son propias de su campo. Problemas frente a los cuales el espíritu y el texto de la ley toman una posición defensiva son parte permanente de la agenda de las organizaciones profesionales y nutren las ponencias de sus congresos. La excesiva medicalización, las relaciones con la industria farmacéutica, la reducción biológica respecto de las enfermedades mentales, el uso excesivo de los psicofármacos, el uso inapropiado de los nomencladores diagnósticos, son temas de permanente debate en nuestra especialidad.

Incluso, ¿en qué posición quedamos los psiquiatras clínicos que lidiamos a diario con la complejidad del enfermar mental, que no podemos diluir esa complejidad dramática en ninguna sencillez ideológica, y que, para peor, tendemos a estar de acuerdo con el espíritu de la ley?

Por otro lado, ¿las ideas de los movimientos de los psiquiatras críticos son antagónicas con la posición de un psiquiatra clínico? En absoluto. Son ideas que enriquecen nuestra práctica y que promueven explicación y alternativas frente los límites terapéuticos con los que hoy nos topamos. Promueven que la salud mental no sólo depende de una intervención técnica, sino que depende de las actitudes y decisiones políticas que una

sociedad tome y da lugar a que nuevos actores comunitarios se incorporen a la tarea.

Pero, aunque bien reciba estos aportes, un psiquiatra clínico no dejará de experimentar en ellos un sesgo obscurantista que desconoce por razones ideológicas los avances que se han hecho en la neurobiología y en la psicofarmacología.

Porque, en extremo, un psiquiatra clínico es un sujeto apurado por su función y por la búsqueda de eficacia en el alivio del sufrimiento psíquico. No es un creyente ni un militante. A lo largo de la historia de la psiquiatría hubo corrientes oficiales y corrientes extraoficiales. Un psiquiatra clínico no necesita afiliarse a ninguna de ellas. Sólo extrae de cada una lo útil.

IV

Finalicemos con esta pregunta: ¿cómo será el futuro luego de la ley N° 26657? ¿Cambiará la práctica clínica, nuestro día de mañana será totalmente distinto al de ayer? Seguramente no.

Planteo esta pregunta más allá de los chisporroteos burocráticos y los enfrentamientos de grupos a los que dará lugar en lo inmediato. Enumero lo que considero sus efectos positivos:

a) Seguramente la ley servirá para garantizar el derecho a la asistencia y el goce de los derechos humanos a las personas con sufrimiento mental. La ley ofrecerá a los usuarios un recurso que respaldará sus demandas asistenciales.

b) La ley será un empuje paulatino para que se creen instancias comunitarias que reemplacen los hospitales monovalentes como lugar principal de la asistencia. En este punto, será central la decisión política de la asignación necesaria de recursos. Pero la ley presionará en esa dirección.

c) Las decisiones clínicas pasarán enteramente a las manos del equipo de Salud Mental y dejarán de estar en manos de la Justicia.

d) La ley promoverá que el psiquiatra sea un miembro más del equipo interdisciplinario en Salud Mental. Como los demás miembros del equipo, aportará desde su incumbencia; pero no será necesariamente quien dirija las acciones en Salud Mental. Nuevos actores comunitarios, incluso no profesionales, intervendrán en este campo y esto será un cambio positivo.

e) La ley, en la medida en la que se la incorpore, servirá para desactivar la psiquiatría defensiva, que obligaba a internaciones innecesarias por la responsabilidad legal en juego (8).

A la par, a mi juicio, tiene un aspecto controvertido y es la prohibición de crear nuevas instituciones monovalentes. Esta medida forma de un paquete universal que se basó en la desmanicomialización. Pero una cuestión es terminar con la ideología manicomial y otra es carecer de recursos específicos para la intervención en Salud Mental. Como bien dice Martínez Ferretti (14), designar a los hospitales generales como el lugar de reemplazo de los monovalentes es retornar al criterio médico en Salud Mental que se quiere combatir y es desconocer que la prestación en Salud Mental requiere de un ámbito edilicio complejo apropiado para su acción. Una cosa es devolver a los pacientes mentales los derechos y garantías de las que fueron privados y otra es desconocer que ellos y sus familias atraviesan estados clínicos cuyo tratamiento y cuidado excede las posibilidades edilicias de un hospital general.

En este punto, y probablemente en otros, el psiquiatra clínico podrá opinar en base a la experiencia que le es propia. Sería deseable que quienes legislan puedan recibir ese testimonio ■

Referencias bibliográficas

1. Szasz T (1961). El mito de la enfermedad mental. Madrid, Ed. Amorrortu, 1974.
2. Organización Mundial de la Salud. Definición de salud mental. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
3. Agrest M, Druetta I. El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *Vertex* 2011; 22: 56-64.
4. Mental Health Foundation. Recovery. <http://www.mentalhealth.org.uk/help-information/mental-health-a-z/R/recovery/>
5. Substance Abuse and Mental Health. Disponible en : <http://blog.samhsa.gov/2011/12/22/samhsa%E2%80%99s-definition-and-guiding-principles-of-recovery-%E2%80%93-answering-the-call-for-feedback/>
6. Gorbacz L. Curso Virtual de Salud Mental. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=m3oRLsb5st4>
7. Subijana T. Reportaje a Leonardo Gorbacz. Disponible en: <http://espacioiniciativa.com.ar/?p=5635#.TwxRYH-axJ.email>
8. Toro Martínez E. La noción de "situación de riesgo cierto e inminente" en la Ley 26657/10. *Revista de Psiquiatría*. Año 4 N° 16: 19-25.
9. Mega A. Responsabilidad en salud mental y la ley 26657. ¿Quién paga los platos rotos? *Revista de Psiquiatría* 2011, Año 4 N° 16: 7-9.
10. Dionisio L. Reformas legislativas e incumbencias en salud mental. *Revista de Psiquiatría*. 2011, Año 4 N° 16: 26-31.
11. Asociación de Psiquiatras de la Argentina (APSA) Carta al Honorable Senado de la Nación.
12. Moncrieff J. Psychiatric Imperialism: The Medicalization of Modern Living. Disponible en: <http://www.academyanalyticarts.org/moncrieff.htm> (traducción del autor).
13. Moncrieff J. The Myth of the Chemical Cure. Great Britain, Palgrave Macmillan, 2008.
14. Martínez Ferretti J. Aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental en los hospitales públicos especializados. *Revista de Psiquiatría* 2011, Año 4 N° 16: 10-18.

La concepción de Salud Mental desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional

Sara María Daneri

*Licenciada en Terapia Ocupacional. Vicepresidenta de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (A. A. T. O.). Jefa de Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital "José T. Borda". Docente Titular interina de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional del Instituto Universitario del Gran Rosario (I. U. G. R.)
E-mail: saradaneri@hotmail.com*

Laura Raquel Pérez

Licenciada en Terapia Ocupacional. Presidente de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (A. A. T. O.). Jefa de Trabajos Prácticos interina de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional del Instituto Universitario del Gran Rosario (I. U. G. R.)

Resumen

A partir de su formación de base las autoras se proponen transmitir junto con algunos aportes teóricos que nos han brindado otras disciplinas; el modo en que desde la Terapia Ocupacional (TO) se piensa y organiza la información que posibilita construir desde esa perspectiva la noción Salud Mental.

Se habla de construcción porque este es un proceso dinámico, flexible, modificable, en el que se instrumenta una diversidad de recursos materiales y verbales según los diferentes momentos en el proceso de atención salud-enfermedad.

Se intenta que esta revisión ofrezca un panorama específico del "hacer" desde la TO; proceso que conlleva diferentes etapas en una permanente reflexión entre praxis y teoría. El propósito fundamental es que las personas, grupos o comunidades alcancen las mejores posibilidades de autonomía y calidad de vida. Se analizan las nociones de riesgo; vulnerabilidad y disfunción psicosocial articulándolas con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS; para luego mencionar los paradigmas que transformaron las prácticas en cada uno de los niveles de atención en que los terapeutas ocupacionales están insertos.

No se pretende arribar a conclusiones definitivas, sino solo poner interrogantes respecto de ideas que la TO heredó de otros campos disciplinarios: crónico/agudo; adaptado/desadaptado; inhabilitado/rehabilitado, entre otras, que influyeron en el ejercicio de esta profesión.

Palabras clave: Terapia Ocupacional - Salud Mental - CIF - Paradigmas.

THE CONCEPT OF MENTAL HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF OCCUPATIONAL THERAPY

Summary

The focus of this text is to share the way we think and organize information in order to build our perspective of Mental Health from Occupational Therapy on the basis of our academic instruction.

We use the word "building" because we understand this as a dynamic, flexible, and ever changing process in which the Occupational Therapist implement diverse verbal and material resources according to the moment in the Health-Disease process.

We hope that this revision will offer a specific view of the meaning of "doing" from the

Occupational Therapy perspective; process that implies different stages in a permanent reflection between theory and praxis. The main purpose is that persons, groups or communities reach the best opportunities of autonomy and quality of life.

We will cover notions about risk and psychosocial dysfunction in articulation with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) followed by the paradigm that have transformed our clinical practice in every level in which Occupational Therapy intervenes. We do not pretend to arrive to conclusions but to question certain ideas that we have inherited from other health-disciplines like: chronic/acute; adapted/mis-adapted; disqualified/ rehabilitated, and that have influenced our profession.

Key words: Occupational Therapy - Mental Health - IFC - Paradigms.

Introducción

En general son conocidos por muchos profesionales, y por los del campo de la Salud Mental en particular, los antecedentes de la disciplina Terapia Ocupacional y su vinculación con la concepción y prácticas del Tratamiento Moral.

Sin embargo, no es nuestro interés retrotraernos sobre este tema, que si bien ha dejado huellas en el modo en que a veces se piensa nuestra profesión, no guarda relación uno con el otro excepto, y a simple vista, por el "uso" de ocupaciones y actividades.

La Terapia Ocupacional se formaliza como disciplina a principios del siglo XX y a partir de allí, por diferentes situaciones socio-político y económicas, surge dentro del campo científico vinculada a la salud.

Campo científico según lo entiende Bourdieu (1) como: "...[un] sistema de relaciones objetivas entre posiciones adquiridas (en las luchas anteriores), es el lugar (es decir, el espacio de juego) de una lucha competitiva que tiene por desafío específico el monopolio de la autoridad científica, inseparablemente definida como capacidad técnica y como poder social, o, si se prefiere, el monopolio de la competencia científica que es socialmente reconocida a un agente determinado, entendida en el sentido de capacidad de hablar e intervenir legítimamente (es decir, de manera autorizada y con autoridad) en materia de ciencia".

La pregunta es ¿por qué allí en el campo de la salud? Justamente porque entre principios y mediados del siglo XX se sucedieron las dos Guerras Mundiales (1914-1918 y 1939-1945), que dejaron como consecuencia la pérdida de un gran número de hombres y a otros con serias lesiones discapacitantes en el marco de un contexto económico mundial pauperizado y plagado de hambrunas.

Era necesario, entonces, recuperar la fuerza y la capacidad productiva de las naciones que habían entrado en guerra para lo cual se requirió recuperar a los hombres que habían sufrido algún grado de discapacidad e incorporarlos al ejército de reserva del proletariado para la reactivación económica de dichos países.

En este contexto mundial resulta comprensible que entre comienzos y mitad del siglo XX se perfilara y consolidara la profesión, en relación a la necesidad de recuperar y rehabilitar a los hombres e incorporar a las mujeres a los procesos productivos.

Es así que se incluye en la formación de los futuros terapeutas ocupacionales conocimientos de anatomía, fisiología, ortopedia, biomecánica, generando la primera formalización de la Terapia Ocupacional.

Surge de este complejo proceso; del cual no debemos perder de vista el contexto internacional; la Terapia Ocupacional con un marcado énfasis sobre el uso de las ocupaciones y actividades como posibilitadoras de ejercitación de los sistemas y estructuras corporales para la rehabilitación de quienes habían sufrido las secuelas de ambas guerras.

Podríamos decir que se trata de una Terapia Ocupacional cuyo propósito esta centrado en el proceso de salud-enfermedad a través de la implementación de ocupaciones

y actividades que propiciaran el ejercicio de las funciones corporales para favorecer la recuperación de la salud.

Sin embargo, hay otros hechos en la vida social que van a afectar de igual modo las condiciones de salud de las personas producidas por efecto de las revoluciones industriales que implican movimientos migratorios internos del campo a la ciudad. Estos movimientos migratorios, también trajeron población inmigrante a nuestro país como consecuencia de las guerras en Europa.

Tales movimientos poblacionales, ante la carencia de condiciones socio-sanitarias y los enfrentamientos bélicos generaron epidemias y un alto porcentaje de discapacitados en los grupos etarios con mayor capacidad productiva.

Mientras tanto, y en paralelo a esta realidad socio-histórica, se producían avances en el conocimiento de las enfermedades mentales, aunque las prácticas continuaban siendo muy similares a las que se realizaban en la época del Tratamiento Moral (siglos XVIII y XIX).

Nos encontramos así frente a tres planos diferenciados que afectan la salud: las revoluciones del sistema político-económico y social; las guerras y el modo de tratamiento y encierro de las personas con "enfermedades mentales"; causas que parecieran de un orden diferente que, sin embargo, restringen las posibilidades y oportunidades de realizar ocupaciones y actividades que sean productoras de sustento material y simbólico.

Ambas formas de producción van de la mano, no hay una sin la otra, habrá matices pero requieren de una sincronía básica ante cuya ausencia, pérdida o carencia emergen las manifestaciones del malestar sean éstas psicosomáticas, emocionales, psíquicas y/o corporales.

Hasta aquí es posible señalar las diferentes vertientes que fueron conformando el *corpus* de la Terapia Ocupacional: las discapacidades producto de las guerras, los problemas sociales por efecto de las transformaciones en el sistema político-económico-social y las prácticas de larga data de asistencia a las personas con trastornos o enfermedades mentales.

Todas ellas con un hilo conductor común: las crisis sociales y sus efectos en la salud de las personas, grupos y/o comunidades, por ende en sus capacidades y posibilidades productivas y productoras de sentido.

Influencias teóricas en Terapia Ocupacional

Como señala la colega brasilera Berenice Francisco (8) la actividad: "... [fue pensada] como ejercicio", particularmente fue así "en el transcurrir de los años 40 y 50 [del siglo pasado], por influencia del modelo médico centrado en los principios de la bioquímica y de la biofísica...", "... debiendo ser explicada la Terapia Ocupacional en relación a la biología", de tal modo que se sustituyó el "entrenamiento de hábitos por la aplicación de ejercicios".

Esta autora también plantea que la actividad puede ser considerada como "producción"¹ la que al combinarse con el criterio de "adaptación" remiten al modelo de "hombre-máquina", como parte del sistema social del que es una pieza dentro del mismo.

¹ Producción: "valoración de la capacidad de la persona a través del entrenamiento y realización de una tarea con un eficiente uso de la energía y del tiempo", Francisco, B. (8 p. 38).

Así, la ecuación *producción más adaptación* se convierte en parámetro para medir “el nivel de salud” de una persona, pero pierde de vista el contexto y el marco valorativo social en el que se plantea este modelo.

La actividad se convierte en el instrumento a través de la cual “los componentes del desempeño de habilidades: motoras, sensoriales, cognitivas, intra e interpersonales” de las personas resultan fundamentales para el desarrollo de sus “competencias ocupacionales” (8).

Otro modo de pensar la actividad es en términos del potencial de “expresión” que le posibilita desplegar a la persona, grupo o comunidad que la realiza, siendo la actividad muchas veces más reveladora que las palabras.

Indudablemente, desde esta visión, la actividad recibió la influencia de la teoría psicoanalítica al adquirir una “dimensión de expresividad y simbolismo” (8).

Por último, para Francisco, la actividad puede pensarse como sinónimo de “creación y de transformación”, es decir que la actividad humana es el modo en que las personas obtenemos los recursos para nuestra existencia [material y social], nos relacionamos con otras personas y con el contexto en el que habitamos. Construimos un ámbito para vivir en comunidad y lo transformamos de acuerdo a nuestras necesidades y a las del grupo social, consideramos” y “...al hombre como [un] ser social e histórico, que produce, crea y transforma la naturaleza y a sí mismo a través del trabajo” (8).

Por su parte Da Rocha Medeiros (4) siguiendo esta misma línea vincula determinados supuestos ideológicos que darán fundamento a modelos en Terapia Ocupacional; considera que los supuestos basados en “la racionalidad y el orden social” se relacionan con la concepción del tratamiento moral; aquellos otros cuyo énfasis se centra en la anatomía, la fisiología y disociando el cuerpo biológico de la psiquis, se asientan sobre “nociones comportamentales, sensorio-integrativas, del movimiento, neuro-ortopédicos”, desde una concepción positivista asignándoles un “estatuto de verdad” (6).

Al igual que Francisco, Da Rocha Medeiros sostiene que los modelos que se sustentan en el inconsciente y lo simbólico, se relacionan con fundamentos analíticos y psicodinámicos, mientras los vinculados con “concepciones evolucionistas” están ligados a las “teorías biológicas del desarrollo” (4).

Según el mismo autor los modelos en Terapia Ocupacional que destacan la función y la producción social tienen su fundamento en la teoría “funcionalista o sistémica” (3) y los que focalizan en el ser humano como ser esencialmente social e histórico que produce, se transforma y transforma su entorno, al igual que Francisco considera que su fundamento es el materialismo histórico, en tanto el hombre no es un ser individual sino social.

Es decir, las actividades que inicialmente tenían por finalidad cubrir las necesidades básicas de subsistencia se convierten en verdaderos actos llenos de intención que nos darán identidad, pertenencia y reconocimiento social.

Si retomamos la noción de Bourdieu con respecto al “campo científico”, se comprende porqué la Terapia Ocupacional como disciplina incipiente a principios del 1900 y a lo largo de ese siglo, buscó alcanzar su legitimidad y reconocimiento científico a través de esta diversidad de corrientes filosóficas.

Mimetizándose a veces con la discursividad de otros campos de conocimiento a fin de obtener una identidad que la aleje de las dos versiones que dejaron su impronta: la discapacidad y el tratamiento moral.

Planteado este marco referencial general de los diversos modelos de pensar y entender las actividades y ocupaciones humanas, queda por fuera del ámbito de la salud el hilo conductor que siempre operó como telón de fondo: las crisis sociales que conllevan las guerras, las revoluciones, las epidemias, el desempleo; variables que se articulan en múltiples dimensiones.

De un marco general de Terapia Ocupacional al de Salud Mental

Ahora bien, si las crisis sociales son el marco que produce en las comunidades, grupos, instituciones, personas, etc., un sinnúmero de reacciones desde movimientos de protesta, enfrentamientos, escisiones, disoluciones y conflictos, pocos serán los momentos de estado de bienestar dentro de los diferentes niveles de organización social en que vivimos los seres humanos.

Es allí donde participa el terapeuta ocupacional, no sólo cuando la crisis se ha instalado sea comunitaria, grupal o individual, sino también promocionando el bienestar, la calidad de vida y previniendo situaciones de riesgo a las que pueden verse sometidos estos sectores.

Entonces ¿cuál o cuáles serán los modos en que desde la Terapia Ocupacional pensamos y organizamos la información que nos posibilita construir a partir de nuestra formación disciplinar la noción de Salud Mental?

En principio, los conceptos que articulan nuestras intervenciones, independientemente del área de actuación, estarán centrados en el reconocimiento de la condición de persona y no de enfermo; de la autonomía² (sean personas, grupos o comunidades); en las situaciones que los propios actores identifican como puntos nodales de su vida cotidiana; las expectativas, intereses y dificultades que puedan plantear; las historias de vida y su narrativa; el entorno en el que vive/n y las redes sociales.

Definir la concepción de Salud Mental desde la Terapia Ocupacional, resulta una construcción que implica el entramado de estos factores, no se limita a los signos y síntomas de una determinada enfermedad, a lo discursivo, sino, en especial, a la percepción que tiene esa comunidad, grupo o persona de sí misma; a los soportes³ y recursos⁴ con que cuentan en sus vidas de relación; en su mundo social.

² “... la autonomía no significa independencia total, sino protagonismo y constitución del sujeto en dependencia con el entorno y el mundo; a la vez la autonomía no puede pensarse como una situación en soledad, sino como una condición humana intersubjetiva” (9).

³ Soporte: “condición necesaria de vínculo con otro sujeto para llegar al logro de la actividad”.

⁴ Recursos: “aquellos objetos o elementos materiales que se requieren para realizar una determinada actividad”.

Esto implica una permanente revisión de los procesos de construcción de los modos de realizar las prácticas, nos exige flexibilidad y dinamismo en los abordajes y nos plantea el desafío del respeto por los tiempos, necesidades y limitaciones de quienes requieren de nuestros servicios.

La Terapia Ocupacional, como toda disciplina que avanza e investiga ha ido transformando no solo la concepción en relación al hacer humano⁵, sino que ha ampliado su campo de actuación y sus ámbitos de intervención.

En forma gradual y a partir de la revisión de las corrientes filosóficas que influyeron la disciplina, de la concepción de ciencia y su validación, la Terapia Ocupacional fue corriendo el velo para comenzar a analizar las múltiples concepciones y sentidos del hacer humano.

Así la actividad humana desde el pensamiento del Tratamiento Moral fue concebida como un elemento para la reeducación y formación moral. El trabajo fue considerado el patrón productivo esperable en la vida "normal" de un adulto, cuyo efecto disciplinador en especial en las tareas agrícolas resultaba "... [un] medio de mantener la salud, las buenas costumbres y el orden" (5).

Su objetivo era reencausar los hábitos errados como también desarrollar y mantener las conductas saludables, por intermedio de diversos métodos de disciplinamiento a través del trabajo, para restituir la razón y una vez restituida obtener la libertad para dejar el asilo.

Esta idea no es extraña en una sociedad que se industrializaba y que encontró en el uso del trabajo dentro del asilo un modo de promover el aprendizaje de rutinas y de tiempos de trabajo para "disciplinar y moralizar al desviado en sus comportamientos" (3).

Con el paso del tiempo se desarrollaron las investigaciones sobre la morfología del cerebro, su funcionamiento, la búsqueda de correlato entre la neurobiología y la enfermedad mental, que permitiera establecer la relación de causa a efecto, entre síntoma y lesión orgánica. De tal modo de clasificar y agrupar los signos y síntomas conformando la nosología propia de la psiquiatría como especialidad de la medicina.

La Terapia Ocupacional no resultó ajena a estos principios, acompañándolos con la idea del hacer humano como una forma de ejercitar/entrenar las funciones cerebrales superiores; para luego sumarle la noción de producción y adaptación a las exigencias del entorno.

El terapeuta ocupacional desde este enfoque en salud mental determinará las actividades y ocupaciones que se realizarán para entrenar dichas funciones y adaptar en particular a las personas y grupos al contexto social considerado "normalizado". Es desde esta posición que se "prescribirán" las actividades y ocupaciones según los objetivos que se planifican.

Un nuevo aporte a la disciplina provino de la teoría psicoanalítica que tuvo y tiene un especial reconocimiento dentro de la Terapia Ocupacional en Salud Mental.

Este giro de lo biológico a lo adaptativo-comportamental y de allí al psicoanálisis, permitió repensar las prácticas en relación a las dimensiones "individual-personal, grupal-

comunitaria y social-cultural" (11) que involucran la realización de actividades y ocupaciones e identificar la dinámica de las interacciones entre las actividades u ocupaciones que se producen y las personas y grupos que participan, entre estos con el terapeuta ocupacional. Se abre un campo de sentidos posibles del hacer humano, que serán significados por la persona o grupo con quienes el terapeuta ocupacional trabaja.

Como señalan Moruno Miralles y Romero Ayuso la Terapia Ocupacional busca alejarse de "una concepción exclusivamente biomédica" (10) y en particular en Salud Mental, se piensa y entiende a esta desde una multiplicidad de factores: sociales; biológicos; psicológicos; discursivos; culturales que se manifiestan cotidianamente a través de la participación en las actividades y ocupaciones [hacer humano] en el escenario de la vida.

Ahora bien, planteada esta multiplicidad de factores que intervienen en los procesos de salud-enfermedad en esta área y tomando distancia de la nosografía, pero sin negarla, tomamos prestado del sociólogo Robert Castel (2) la idea de tres zonas en la vida social: una zona de integración, una zona de vulnerabilidad y una zona de exclusión, cuyo final es la desafiación,

Este proceso entendido de modo dinámico se transita desde la estabilidad económica y relacional (integración); hacia la precariedad o pérdida económica y relacional (vulnerabilidad) según la combinación de los factores que intervengan hasta la desafiación (exclusión).

Estas tres zonas se combinan de diferente forma de acuerdo a dos dimensiones: laboral (actividad/ocupación) y de trama social (participación).

En el campo de la Salud Mental estas dos dimensiones y sus categorías, producen efectos en el plano individual, grupal y comunitario en quienes sufren algún trastorno mental, generando aislamiento, vulnerabilidad psicosocial, estigmatización y restricciones en la vida de relación.

A estos efectos, según el nivel de interrelación con el entorno, de autonomía en la diversidad de áreas que involucran las actividades y ocupaciones, algunos autores de la disciplina lo denominan "disfunción psicosocial" entendida como la posibilidad y la oportunidad de realización de las mismas, lo cual también dependerá de los recursos y soportes con que cuente la persona o grupo.

Existen diversos sistemas de ordenamiento y organización de la información, en el área de salud, este campo de conocimiento se nutrió de la forma en que las ciencias naturales ordenaron la información que obtuvieron a partir de la observación de los productos de la naturaleza.

En medicina la observación fue fundamental para su desarrollo y consolidación como ciencia, así editaron manuales que se fueron revisando, ampliando en base a la investigación y descubrimientos científicos.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuenta con el Manual Internacional de Clasificación de Enfermedades-10 revisión (CIE-10), que no son otra cosa que "libros en los que se compendia lo más sustancial de

⁵ Si bien el lenguaje es esencial a nuestra condición humana, también lo es el hacer humano, el modo en que las personas a través de sus acciones, actos, actividades y ocupación es obtienen los recursos para su existencia (material y simbólica), se relacionan con otras y con el entorno donde habitan y los alojan. De esta forma construyen un ámbito para vivir en comunidad, lo transforman de acuerdo a sus necesidades y este a su vez los transforma, construyendo una relación dialéctica. Es un hacer con intencionalidad, sentido y significado.

una materia”(7), en este caso “lo más sustancial” acerca de las enfermedades humanas.

Los manuales clasifican, ordenan por clases, en el caso del CIE-10 por categorías de enfermedades y a cada una de estas se le asigna un código de identificación, que permite agruparlas y cuantificarlas.

Sin embargo nos muestran como una foto, de una determinada enfermedad o trastorno en un determinado momento, por ello desde hace varios años la OMS viene trabajando a nivel mundial con un sistema de clasificación dinámico que nos permite conocer y comprender como las personas, grupos o comunidades pueden interactuar con su ambiente aunque este les presente restricciones o viceversa.

Este manual denominado Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) aporta una mirada inclusiva y no restrictiva de las posibilidades y potencialidades que una persona, grupo o comunidad puede alcanzar. Aunque su implementación presenta cierto grado de complejidad, corre la idea que asocia la discapacidad al paradigma del déficit, de la carencia, de aquello que falta. Este modelo resulta funcional a una sociedad que parte de una comparación cuantitativa para delimitar aquello que considera “normal” en contraposición a lo “anormal”.

En la CIF la discapacidad es entendida como un término genérico que incluye distintas dimensiones: deficiencias en la función y/o de estructura (corporales, psicológicas, sensoriales, etc.) limitaciones en las actividades y limitaciones en la participación (social) e incorpora los factores contextuales.

Esta forma de pensar y analizar que propone la CIF refleja el modo en que los terapeutas ocupacionales entendemos los procesos de salud-enfermedad, en este caso en el campo de la Salud Mental, dado que nuestro razonamiento técnico-profesional esta centrado en el paradigma de la diferencia⁶ del que deviene el paradigma de los apoyos (12).

Este último entendido desde los conceptos de autodefinición, inclusión, equidad, con los que se rescata la singularidad de cada persona.

El considerar la propia percepción que tienen sobre su vida, sus aspiraciones y deseos, resultan relevantes en pos de favorecer la inclusión comunitaria.

Como señalamos en un principio, luego del recorrido hecho y del modo en que como terapeutas ocupacionales trabajamos en el campo de la Salud Mental, si bien no desconocemos que este cambio de paradigma diríamos de lo “anormal” hacia una concepción inclusiva sostenida en el respeto por lo distinto proviene del campo de la discapacidad intelectual, es transferible a todo otro campo y ámbito de actuación.

Este marco referencial nos convoca a repensar y cuestionar conceptos dicotómicos heredados de otras disciplinas, como: crónico/agudo; adaptado/desadaptado; inhabilitado/rehabilitado, porque como refiere la colega Yujnovsky (15)“... lo que se ve [agregamos: en Terapia Ocupacional] no muestra la lógica desde la que se esta haciendo”, por lo tanto, el terapeuta ocupacional que trabaja comprometidamente no puede ni debe limitarse a realizar objetos en diferentes materiales, en un espacio cerrado, respondiendo a la función imaginaria o tradicional que se le asigna en los hospitales psiquiátricos de tipo asilar, sin contacto con los espacios donde se juega la vida.

Para concretarlo es necesario contar con la posibilidad y oportunidad de desplegar estrategias que impliquen: “generar sentido conjuntamente con el paciente...”; comprender que “el sentido de la rehabilitación es el restablecimiento de la contractualidad de ciudadanía, de producir sentido. La dignificación de ese sentido, será el acompañamiento al paciente en la recuperación de los espacios no protegidos, mas socialmente abiertos” (14).

Nuestras prácticas no son cajitas, ceniceros u otros objetos, sino proyectos a través de aquellas acciones acordadas y compartidas entre las personas, grupos o comunidades que los impliquen para llegar a construirlos, para esto hay que encontrar, descubrir: “...eso que llamamos sentido y que es invisible pero que cuando falta, la vida ya no es vida y lo humano deja de serlo” (13) ■

⁶ “condición cualitativa de un sujeto que va por otro camino. El déficit es una descripción cuantitativa de un objeto comparado con un modelo previo. Pensar a la discapacidad a partir de las diferencias requiere un esfuerzo especial tanto en el campo científico como en el socio-político” (12).

Referencias bibliográficas

1. Bourdieu P. Dossier: El campo científico. Revista REDES (Publicado originalmente en *Actes de la recherche en sciences sociales*, N°. 1-2, 1976, bajo el título "Le champú Scientifique". Traducción de Alfonso Buch, revisada por Pablo Kreimer. Universidad Nacional de Quilmes.
2. Castel R. *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1999.
3. Daneri S. Antecedentes de la Terapia Ocupacional en el Hospital "José T. Borda". De la asunción del Dr. Domingo Cabred como director de la institución (1892) a la presencia efectiva del primer grupo de terapeutas ocupacionales (1960). Trabajo final para la obtención del título de Licenciatura en Terapia Ocupacional. UNSAM, 2005, Inédito.
4. Da Rocha Medeiros H. *Vertex* 1997; 8 (27).
5. Del Rosal Blasco B. Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana. Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias. Informe Especial a las Cortes Valencianas, 2001. p. 10.
6. Real Academia Española. Diccionario. Disponible en: <http://www.rae.es>
7. Ferreira Mangia E. Notas sobre el campo de la Terapia Ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional Universidad de São Paulo* 1998; 9 (1).
8. Francisco B. *Terapia Ocupacional*. Tercera edición. São Paulo, Papyrus Editora, 2004.
9. Junqueras V, Sacerdote A. Bioética: reflexiones acerca de la autonomía en la realidad argentina. *Interpsiquis*, 2002.
10. Moruno Miralles P, Romero Ayuso, D. Terapia Ocupacional en Salud Mental: la ocupación entidad, agente y medio de tratamiento. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*. TOG 2004: 1. Disponible en: <http://www.revistatog.org>
11. Paganizzi L. Actividad Lenguaje particular. Buenos Aires, Talleres Gráficos EDIGRAF, 1997.
12. González Castañón D. "Déficit, diferencia y discapacidad". *Topía* 2001. Disponible en: <http://www.topia.com.ar>
13. Restrepo L. *Delirio*. Buenos Aires, Editora Aguilar, Altea,aurus y Alfaguara, 2004.
14. Saraceno B. Clínica de la vulnerabilidad. *Revista de Terapia Ocupacional de la Universidad de San Pablo* 1996; 8.
15. Yujnovsky N. La producción de los talleres y el producto de nuestras prácticas. *Publicación del Hospital Dr. Antonio Robillos*, II-4, Paraná, Entre Ríos, 2006.

Bibliografía general

- A. A. T. O. Material interno de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales para difusión de la profesión "10 Preguntas acerca de Terapia Ocupacional". 2008, Inédito.
- Capozzo M, Daneri S, Gómez Mengelberg E. Terapia Ocupacional. *Vertex* 1997; 8 (27).
- Carvalho De Almeida M. Deficiencia y cotidianeidad: reflejos y reflexiones acerca de la Rehabilitación. *Revista de Terapia Ocupacional Universidad de São Paulo* 1997; 8 (2/3).
- López M. Los Unos y los Otros: competencias sociales en adultos con retraso mental. Ponencia presentada en VII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Mar del Plata, Prov. de Bs. As, Septiembre de 2007.
- Pitta A. *Rehabilitación psicosocial en el Brasil*. Segunda edición. São Paulo, Editora HUCITEC, 2001.
- Protocolo de Relevamiento de población internada para Perfil Ocupacional. Instructivo Etapa II, elaborado por Equipo de Terapeutas Ocupacionales de los Hospitales "José T. Borda" y "B. Moyano", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2009, Inédito.
- Saraceno B. La concepción de rehabilitación psicosocial como referencial para las intervenciones terapéuticas en salud mental. *Revista de Terapia Ocupacional de la Universidad de São Pablo* 1998; 9 (1).

La Salud Mental desde la perspectiva de la Enfermería. Entrevista a Angélica Barragán y Ana Pérez

Por Martín Agrest

Angélica Barragán es Licenciada en Enfermería, Coordinadora del Equipo de Salud Comunitaria y Jefa del Servicio de Enfermería del Hospital "Luisa C. Gandulfo" de Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires, Docente de Salud Mental en la Carrera de Enfermería, y con vasta experiencia en el terreno de la enfermería general; nos ofrece su visión acerca de la salud mental, de las instituciones y profesionales dedicados a su atención y de las personas que llegan a ser admitidas en las mismas.

Ana Pérez es Enfermera del Equipo de Asistencia a la Externación del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal "José A. Esteves" de Temperley, Provincia de Buenos Aires, nos presenta su visión del trabajo como enfermera en un programa dedicado específicamente a la reinserción social de pacientes provenientes de su hospital.

Vertex: En vuestra labor como enfermeras, ¿cuáles son los indicios de salud mental a los que prestan atención cuando hay un paciente internado o cuando se le da el alta?

Angélica Barragán (AB): Durante la observación en la Admisión de los pacientes utilizo patrones de valoración que tienen que ver con los aspectos físicos, los factores de riesgo, los aspectos socioculturales, emocionales, de percepción y cognición. Además, intento tener en cuenta las habilidades y recursos en la dinámica de comunicación. Los elementos personales y contextuales son fundamentales: los valores, sentimientos o creencias que una persona, familia o comunidad eligen en su vida nos pueden explicar su postura frente a los acontecimientos.

Ana Pérez (AP): Cuando uno trabaja en Salud Mental presta atención a los cambios que hace el paciente y cómo va trabajando su paso por una internación o por un alta, entendiendo que este pasaje por la internación fue la última estrategia que se pensó para que esa persona pudiera estar mejor. La idea es acompañar, ayudar a sostener, rectificar o hasta, a veces, encontrar esas capacidades y hasta hábitos que se creían perdidos u olvidados después de tantos años de internación o que se generan en las reinternaciones, aunque sean breves. Es una tarea que se construye día a día y nunca es de un solo lado.

Vertex: ¿Cuál es el criterio de salud mental con el que, como enfermeras, se manejan en su trabajo?

AP: En la práctica uno constantemente tiene que tener en cuenta cuáles son los criterios con los que se plantea trabajar. Cuando uno comienza la formación es elemental poder tener presente cómo quiere hacer su trabajo y desde qué lugar pretende desarrollarlo.

El criterio de salud mental con el que me manejo es el mismo que plantea la Ley de Salud Mental, entendiendo a la salud mental como un proceso determinado por diferentes componentes. Esta es una concepción que a lo largo de muchos años se fue reformulando y modificando hasta llegar a la actual, que se acomoda más a nuestro presente y a las necesidades de las personas en nuestro tiempo.

Vertex: ¿Los criterios de salud mental son iguales o distintos según alguien esté internado o externado? Es decir, ¿qué verían o qué esperarían como saludable para alguien en una sala de internación y qué para alguien fuera de ella? ¿Difieren, se parecen o son iguales?

AB: Los profesionales de enfermería siempre abren la puerta para una conversación con los pacientes. Tanto es así que cada persona tiene experiencias vitales diferentes y comprenden la situación que viven de modo diferente. Además está el hecho de que algunas conductas saludables en la internación sean vistas por otros como enfermas. Sin embargo, creo importante destacar que los criterios de salud mental son iguales en todas las personas ya que los hábitos saludables que favorecen a la salud mental se deben fomentar tanto en las instituciones de internación como en la comunidad.

Teóricamente, podemos mencionar que hay características que encontramos en los ciudadanos mentalmente saludables como: interpretar exactamente la realidad, tener un autoconcepto saludable, poder relacionarse con los demás, alcanzar un sentimiento de sentido en la vida, demostrar creatividad y productividad, tener control sobre su conducta, adaptarse a los cambios y a los conflictos.

Es probable que estas características puedan variar en la medida que la cultura y la sociedad también cambian.

AP: Quizás lo que varía es desde dónde uno se puede posicionar para poder trabajar con esa persona, el estado en el que se encuentra, qué posibilidades tiene de poder manejarse y sostenerse, etc. En realidad el criterio es el mismo, pero el trabajo se plantea desde diferentes lados, siempre dependiendo de la historia y del hoy de esa persona.

Vertex: ¿Con qué frecuencia les ocurre que les parece que un paciente que es o fue dado de alta no está o estaba en condiciones para hacerlo y, por el contrario, que ya lo ven en condiciones de alta y, sin embargo, no le dan el alta? Si sucede, ¿a qué lo atribuyen?

AP: Las condiciones muchas veces son variadas. A veces los criterios de continuar con una internación tiene que ver con que no hay condiciones afuera de la misma para sostener a esa persona, por ejemplo, una familia, una casa, un hogar, alguien que acompañe y/o ayude, etc. Y en muchas ocasiones lo que sucede es que no hay otro lugar donde esa persona, que tiene las condiciones psíquicas y psiquiátricas de tener su alta, pueda vivir dignamente. Ahí es donde un programa de rehabilitación y externación asistida, como es el PREA, puede intervenir desde otro lugar.

Creo que es necesario e importante poder trabajar sobre esto y fomentar una concientización sobre estas situaciones que suceden para que acompañen políticas que funcionen evitándolas.

AB: En principio, cabe destacar que no soy una enfermera que trabaja o trabajó mucho tiempo en instituciones de internación de trastornos mentales. Sí he interactuado en el ámbito de internación de un Hospital Neuropsiquiátrico de la zona sur de la Provincia de Buenos Aires y he transitado y conocido a los pacientes durante quince años con los alumnos de enfermería de diferentes escuelas. Durante los últimos diez años se pudo ver un cambio de concepto por parte de algunos profesionales que luchan por un cambio de paradigma con respecto a las personas internadas en dichas instituciones y a su posible inclusión en la sociedad.

Diversos talleres y programas se llevan a cabo para lograr reinsertar a todos los sujetos de derecho nuevamente en la sociedad. Pero todavía el Sistema de Salud, no está preparado para el proceso de reconversión de las instituciones de Salud Mental, que hasta el momento se mantienen en bastantes casos como depósitos de personas con diversas problemáticas sociales que pueden o no tener que ver con problemas de salud mental.

A mi entender, en el primer y segundo nivel de atención, una gran parte de los equipos de asistencia no resultan suficientes y, además, no reconocen la nueva concepción de salud mental. Se sigue sosteniendo de alguna manera la idea de "locura" y discriminando a los individuos que atraviesan situaciones de crisis.

Como consecuencia de ello, no hay tanta altas como debería haber, ni tantos tratamientos ambulatorios o acciones de promoción y prevención comunitaria en los servicios o instituciones dedicadas a la salud.

No hay suficientes altas con seguimiento, familias acompañadas por el sistema, implementación de la Ley de Salud Mental en el ámbito nacional, espacios de reflexión y acompañamiento y, sobre todo, políticas diferentes entre los distintos

niveles de Salud. Todo esto, sumado a la resistencia al cambio en los ámbitos de Salud, entre otras problemáticas, obstaculizan los procesos para que las personas que se encuentran en condición de alta dejen de ser objetos crónicos en los hospitales o clínicas especializadas en trastornos mentales.

Vertex: ¿Recuerdan alguna situación de un paciente internado a quien considerasen particularmente que conservaba su estado de salud mental? ¿Qué es lo más sano que recuerdan haber visto de alguien en una sala de internación? ¿Por qué eso era saludable?

AP: Hace 30 años que trabajo en el Hospital, y la verdad que, lamentablemente, recuerdo muchos casos así. Una de las cosas que me dio el trabajar en el PREA es poder hacer algo diferente, es poder justamente, trabajar con la rehabilitación, con el recupero, con el sostenimiento. Creo que programas que trabajen con esta perspectiva son muy necesarios, para poder trabajar desde otro lugar, con una concientización de que el estado de salud mental es un proceso determinado por diferentes componentes y no algo estático que estigmatiza y encierra a una persona, y que, por ende, determina su destino cuando no hay posibilidades de que alguien pueda ayudar y acompañar.

AB: Son varios los pacientes que recuerdo con conductas saludables y, sobre todo, en los últimos años, las chicas más jóvenes rebelándose a la despersonalización de la Admisión.

Me viene a la memoria una tarde en la que una jovencita de no más de 20 años, luchaba atada a una cama con una bata que poco cubría su cuerpo, recién ingresada y en plena crisis. Sin saber su diagnóstico, pero sí viendo su desesperación, nos acercamos con dos alumnos para preguntarle su nombre. Luego de una hora de silencios, insultos, escupidas y gritos, la misma nos dice: "¿Alguno de ustedes en esta postura y semi desnuda no actuaría igual?". A lo cual agregé: "Soy adicta, no un animal". La impotencia en ese momento fue no poder ayudar, sabiendo que esa no podía ser la manera de atención que se les inculcara a los alumnos. Y peor aún nos sentimos al momento de solicitarle al equipo de guardia que nos concediera la posibilidad de desatarla para cambiarla, teniendo en cuenta que habíamos logrado una negociación positiva con la misma y ya se encontraba calma y dispuesta a colaborar, habiéndola convencido además de que debía reconocer quiénes formaban parte de su equipo de cuidado, entre otras concepciones. La respuesta a nuestra solicitud fue denegada de mala manera, sumando un trato violento hacia nosotros que solo deseábamos ayudar, entre otras cosas, desautorizándonos por no ser personal de la institución. Yo me pregunto: ¿quién esta sano ahí?

Vertex: ¿La salud mental es algo que está presente o ausente absolutamente o, en cambio, es algo que admite tonos, transiciones y gradualismos? ¿Hay un continuo entre total salud y total enfermedad? ¿Cómo lo suelen pensar?

AP: Eso lo respondí parcialmente en la pregunta anterior. Creo que lo más importante es siempre recordar que una persona, por más que viva una rutina, no siempre la

vive de una misma manera. Depende de muchos matices, de muchos “estados”, para decirlo de alguna manera. La salud mental es uno de esos estados que tienen que ver con cómo se siente, se encuentra, se mira y mira al otro en ese momento. Una persona puede tener un padecimiento, o no, y eso no significa que esté totalmente sana o totalmente enferma y que eso determine el resto de su vida. La idea es trabajar con esas tonalidades y rescatar lo más saludable en cada situación que se vive.

AB: No existe ninguna definición universal aceptada de salud mental. En realidad, quizás tenemos mejores criterios para definir la enfermedad mental. Personalmente adhiero al concepto de salud que la define como *capacidad para resolver problemas*.

Pensar en términos de salud mental ya de por sí es un proceso de cambio, ya que siempre se piensa la salud a través de la enfermedad. Hoy estamos en condiciones de comenzar a implantar gradualmente los conceptos y las acciones que nos lleven a ver a la salud mental desde la promoción y la prevención, además de estar favorecidos por tener condiciones legales que dan un marco a este cambio.

Hoy puedo pensar como tema especial de enfermería en salud mental la problemática de la violencia. Un informe de la OMS indica que 1,6 millones de personas pierden la vida por violencia. Por cada persona que muere como consecuencia de violencia, muchas más están heridas y sufren diversos problemas sanitarios físicos, reproductivos y mentales. La violencia, en una forma u otra, afecta a casi todas las personas.

Así pienso la salud mental: PROMOCIONANDO LA SALUD, con actividades que, entre otras, combatan los numerosos factores de riesgo que promueven la violencia en todos sus niveles y en todas sus formas.

Vertex: ¿Con qué integrantes del equipo de salud tiene más afinidad para compartir criterios respecto de si una persona conserva o ha perdido su salud mental, debe irse de alta o internarse?

AP: Es fácil responder eso. Con todo el equipo. Lo interdisciplinario hace que se puedan pensar en diferentes situaciones desde diferentes criterios, pero con un mismo objetivo, y eso hace que el trabajo sea sumamente interesante y generador de conocimientos y aprendizajes constantes.

AB: La actividad en equipo es compleja, pero gratificante. El desarrollo de los procesos de atención se nutre con el saber de cada disciplina. Personalmente, interactué con todos los profesionales del Equipo de Salud Comunitaria del Hospital “Luisa C. Gandulfo”, el cual coordino, en el caso de problemáticas de salud mental en el Área de Adolescencia, o cualquier tipo de alta, derivación o interconsulta.

En la atención de la Admisión realizada con la modalidad de *consejería*, el equipo formado por enfermeras, una trabajadora social, una psicóloga, una médica y una recreóloga se reúne para la definición de los criterios y las estrategias de tratamiento de los casos. No encontramos más afinidad con uno que con otros. Eso sí: discutimos los criterios de cada uno ¡y mucho!, hasta encontrar la estrategia correcta.

También utilizamos una supervisión externa de una profesional que nos contuvo en los primeros tiempos del armado del grupo.

Con el tiempo algunos integrantes se retiran y son reemplazados. Este es otro motivo de volver a trabajar el grupo y distintas situaciones que se han dado en la institución que afectaron el proceso de trabajo del área de Salud Comunitaria. Por lo tanto, creo que la afinidad tiene que ver en un principio con la concepción de salud con la que uno visualiza las problemáticas.

Vertex: ¿Quiénes piensa que saben sobre salud mental? ¿Los psiquiatras, los terapeutas ocupacionales, los trabajadores sociales, los psicólogos, los enfermeros.....? ¿Todos ellos? ¿Ninguno? ¿Los pacientes? ¿Otros?

AB: Todas las personas que trabajan, estudian e investigan desde la salud mental y no desde la enfermedad. Aquí incluyo a aquellos ciudadanos que en algún momento de su vida han padecido el sistema y que conservan los saberes de la violencia que éste sostiene.

AP: Creo que todos los que estén dispuestos a aprender y escuchar al otro. El descubrir y redescubrir. El saber es una habilidad que incluye a las personas que están dispuestos a poder ver esto. Todos sabemos de salud mental, algunos trabajamos en salud mental, pero eso no nos hace sabiondos, sólo hace que, quizás, tengamos más práctica.

Vertex: ¿Qué es lo que ayuda a las personas internadas para recuperar la salud mental? Y una vez que salen de una internación, ¿qué cree que les sirve para ese mismo objetivo?

AB: Las personas internadas, tienen su mejor ayuda en la actitud de lucha para resolver sus problemas y no sucumbir a la despersonalización. Por eso los equipos en las Salas o en los casos de pre alta o dentro de los programas de externalización deben realizar todo tipo de estrategias de intervención dirigidas a estimular a las personas en el interés y conocimientos de muchos aspectos relacionados con el control y percepción de la salud, nutrición, sexualidad, medicación, ejercicios, artes, descanso y sueño, interpretación de la realidad, su imagen, relaciones y comunicación, entre otros.

Todas las herramientas que el equipo crea necesarias para la reinserción social son válidas, sin olvidar que debemos trabajar el entorno con la familia y con las redes que puedan sostener los procesos.

AP: Como mencioné anteriormente, siempre se debe pensar en una internación como último eslabón de muchas estrategias que se pensaron para evitarla. Se supone que cuando uno llega a pensar en una internación, se piensa como una estrategia de acompañar y ayudar a esa persona desde lo institucional, con un seguimiento quizás mayor. Lamentablemente, aun hoy con la nueva Ley de Salud Mental, se piensa en muchas ocasiones como una de las primeras estrategias, cuestión con la que no acuerdo. Y no siempre se piensa en cómo seguir a esa persona, sino que se la “contiene” para que se “tranquilice”, en vez de pensar de qué forma se puede reintegrar esa persona. Esto es algo en lo cual todos deberíamos reflexionar y promocionar para que se pueda abrir otros caminos y estrategias, con otras perspectivas y, por qué no, con otros pronósticos ■

El museo de las nostalgias de la Razón

Jorge Chamorro

Psicoanalista. Miembro y primer director de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL)

Miembro del Comité Científico del Instituto Clínico de Buenos Aires (ICBA)

E-mail: chamorro@datamarkets.com.ar

La salud mental

La idea de la salud mental corresponde en la actualidad al sentido común, a lo obvio. Tanto es así, que ha generado trabajadores que le pertenecen: los así llamados “trabajadores de la salud mental”.

Si nos aproximamos a este sintagma, nos encontramos con lo siguiente: a) salud; b) mental.

La salud como concepto no es muy precisa. Es tan vago, que diría que no alcanza a ser un concepto. Entre tanto, la nueva ley de Salud Mental no da una definición precisa de lo que ella es.

Si consideramos a la salud en forma general, la podemos acercar a la de normalidad. Quizás esta última ilumina un aspecto de la anterior. Introduce la norma. Y

cuando hay una norma en juego, debemos decir que ella marca los desajustes y los ajustes de los sujetos a ella.

Como lo dice la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657: “partimos de una presunción de capacidad”. Lo que plantea algunos interrogantes: ¿capacidad de qué? ¿para qué? ¿qué es la capacidad? Daremos distintas respuestas a esta propuesta.

La ley también habla de “consentimiento informado”, lo que supone una concepción de lo mental entendido como una pura conciencia. Agrega también, entre los artículos de los derechos de las personas con padecimiento mental, uno muy singular. “El derecho (¿?) a que

Resumen

Los caminos de la salud mental y los del psicoanálisis divergen. El primero hacia lo universal de las conductas adecuadas a la normalidad. Es en el marco del orden público y del buen funcionamiento donde ella se inscribe. El segundo se orienta a lo particular de cada sujeto y finalmente a su singularidad. La clave de esta diferencia la encontraremos en el concepto de síntoma. Este puede ser entendido como un disfuncionamiento a corregir para restablecer la implicación del sujeto con la norma o bien como una verdad a develar que debe ser escuchada como el camino hacia lo más singular de cada sujeto. Es allí donde encontraremos un más allá de la neurosis donde la certeza de ser, que es el que orientará a cada uno por el camino de la dignidad que no es necesariamente el del bienestar.

Palabras clave: Síntoma - Dignidad - Salud Mental y Psicoanálisis.

THE MUSEUM OF THE LONGINGS OF THE REASON

Summary

The paths of mental health and psychoanalysis diverge. The path of mental health is to frame human behavior into “normality”. It is in the idea of “public order” and in “the correct way” where is to be found. The second is concerned with the particularity of each subject and, finally, with its singularity. The “sinthome” is the key to this difference. The “sinthome” can be understood as a dysfunction which is to be corrected to reestablish the submission to the norm or as a “truth” to be revealed as the way to the most singular of each subject. It is in this point where we will find a certainty of being “beyond neurosis” which will orientate each individual in the way of dignity, which is not necessarily that of wellbeing.

Key words: Sinthome - Dignity - Mental Health and Psychoanalysis.

el padecimiento mental no sea considerado inmodificable (¿?)”.

Los incurables

Se trata de un diagnóstico transformado en derecho a que no haya incurables. En este punto la ley es de un optimismo realmente ilimitado, que desconoce que en todos los planos (médico, psiquiátrico, psicoanalítico, y aún político) existen los incurables. Se podría uno preguntar: ¿y cuál es la importancia que la ley reconozca o no a los incurables? Reconocer lo incurable es tener la chance de que cada sujeto deje de luchar con lo imposible a curar, y actúe en consecuencia. No reconocer lo incurable, lleva a un camino inexorable que es el de la impotencia. Y de ahí a la violencia, hay un solo paso. Tenemos suficiente experiencia nacional de lo que significa la palabra aniquilar. Es pretender hacer desaparecer el síntoma, ahora social. Quizás debemos entender que la verdadera democracia, es aquella que aloja los síntomas sociales, no los aniquila. En primer lugar porque eso es imposible, porque “eso vuelve”. En este punto Freud mencionaba tres profesiones imposibles: educar, gobernar y psicoanalizar. ¿Qué significa esto? Que para ejercer cualquiera de las tres se deben respetar los imposibles.

La autoridad

El interlocutor de la ley, parece ser el “Otro malo” que quiere perjudicar al paciente. La primera figura de ese Otro, es el profesional.

Es necesario interrogar el concepto de autoridad que supone la ley. Aquí es muy claro que la amenaza es que el Otro de la autoridad sea autoritario, o arbitrario.

Es una confusión bastante habitual, que tratando de escapar al autoritarismo se termina diluyendo la autoridad. ¿Cómo es posible desconocer a una autoridad? Creando en su lugar un colectivo. Este colectivo, se puede llamar “comisión parlamentaria” (recordemos una famosa sugerencia si quieren congelar las cosas, creen una comisión), o también, es posible constituir un “equipo interdisciplinario”.

La autoridad profesional se diluye en la interdisciplina. Con la pretensión de abarcar todo, de evitar la arbitrariedad se comete una, que es anular la autoridad para dejarla en manos de la razón y las razones. Esto hace olvidar algo que es evidente, pero que es muy importante reivindicar. No estamos en el campo matemático, de la exactitud, sino en el de la decisión. No hay escapatoria a este momento que podemos llamar de juicio íntimo. Un profesional con autoridad no es el que elude este momento, sino el que lo ejerce, el que toma la responsabilidad del error. La ley debe proteger este momento en lugar de amenazar al profesional.

Hay un hecho de estructura: frente a lo irreversible siempre respondemos del lado de la culpabilidad. ¿Qué significa esto? Que necesitamos buscar una causa frente a lo inexorable. Cualquiera que haya concurrido a un velatorio, y aunque no hubiese leído a Cortázar, sabe que

de una u otra forma sobrevuela la figura del culpable. Hasta el propio muerto es muchas veces acusado: “No se cuidó”.

El profesional está extraordinariamente expuesto a encarnar este hecho de estructura. La ley deja allí un vacío e inclusive desplaza la prueba de la culpabilidad. El profesional debe probar que no es culpable.

El hombre medio

Las normas, en términos generales, marcan un funcionamiento universal. Se trata de la formulación kantiana de que la regla particular pueda ser elevada a lo universal. Lo que vale para mí, vale para todos.

También se hace presente aquí la “media estadística” que, seguramente, construye al hombre normal. El psicoanálisis aspira a darle lugar a *El cisne negro* (1). Es decir, a “la valoración exagerada de la información factual y la desventaja de las personas eruditas y con autoridad, en particular cuando crean categorías, cuando platonifican”.

De todo lo anterior se puede deducir que la salud mental implica la adaptación a la norma establecida, es una regla del buen funcionamiento. Es lo que permite a un sujeto circular.

Recuerdo a un sujeto que se instaló en el medio de las calles Rivadavia y Callao y que comenzó a dirigir el tránsito. Si bien pretendía orientar la circulación de vehículos, salía de las normas habituales y fue internado. Luego, será la ardua función del profesional decidir cuándo puede volver a circular. Es decir, cuándo ha recobrado la salud mental. Ardua, dado que como no estamos en el campo matemático, el profesional corre riesgo de equivocarse la decisión. Este es un punto crucial. Si consideramos la nueva ley, pareciera trazar de la mano de los derechos humanos, la figura de una víctima potencial de abuso que es el paciente. La ley no protege al profesional, inclusive de los propios errores. A veces en estos errores se juegan vidas.

Si la ley no protege al profesional, éste lo hará por su cuenta, como es natural. Como me comentaba un psiquiatra, hay que internarlo, no “podemos” correr riesgos nosotros de tener un problema judicial. Se ve finalmente que algunas veces se interna o se medica en exceso, para proteger... al profesional. Por suerte, no siempre es así. Pero hay muchos casos en la frontera, donde hay que decidir y correr riesgos.

Lo mental

Respecto de “lo mental” debemos decir que hay un antes y un después de Sigmund Freud. Se produjo allí lo que Gastón Bachelard denominaba un “corte epistemológico” (2). Los tiempos de la Ilustración donde todo tenía una razón, han quedado afectados por “la pulsión”. La pulsión es un tipo de satisfacción que escapa a la razón. Esto significa que no es accesible a la conciencia, a la voluntad y a la norma.

Lo mental tiene componentes no absorbibles ni por la razón, ni por la conciencia, ni por las buenas formas,

ni las normas sociales. Mirados de cerca todos somos anormales, dice Caetano Veloso.

Es el desplazamiento de la enfermedad a la anomalía que superpone el curar con el disciplinar, que Michel Foucault ha señalado en su seminario *Los anormales* (3). De allí dirá: “nace un racismo contra los anormales”. Esta anomalía nos plantea una curación imposible: ¡¿Qué hacer?! Somos incurables.

Es evidente que la nueva ley de salud mental considera a un sujeto de la razón, que a esta altura de la civilización solo se encontrará el día que se funde el Museo de las Nostalgias de la Cultura Actual. Los fenómenos sociales, desde las guerras, las masacres, los campos de concentración del nazismo y los nuestros, han probado que estamos muy lejos de la razón. Pero no hace falta ir a tales extremos. Todos los fenómenos ligados a las adicciones, y el despliegue de las redes virtuales nos muestran sus virtudes pero también sus síntomas.

El sociólogo alemán Wolfgang Sofsky en su *Tratado sobre la violencia* (4) y en *La era del espanto* (5), transmite muy bien un tipo de satisfacción en el ser humano que excede a los hechos políticos y que solo puede ser pensado como una satisfacción de otro orden: la crueldad. Hay que contar con este tipo de satisfacción que excede a toda razón y es lo que Freud denominó pulsión de muerte.

El racismo

Hay una relación directa entre racismo y universalización. Los esfuerzos en totalizar inexorablemente se sostienen en la segregación. Podríamos preguntarnos: ¿en la segregación de qué? De lo diferente, de lo anormal. Como lo señalara Jean Claude Milner en su texto *Las inclinaciones criminales de la Europa democrática* (6): “la más radical forma de segregación es la exigencia de asimilación”.

Las alternativas frente a lo diferente son la segregación o alojar particularidades.

La propuesta del psicoanálisis comienza y termina en el trabajo de alojar lo más particular de sí mismo de cada sujeto. A ese particular lo denominamos síntoma. La forma más singular es producto de lo incurable de cada sujeto que le permite adquirir la certeza de ser y responder a las contingencias de la vida.

El síntoma

El concepto de síntoma tal como el psicoanálisis lo concibe es diferente a como lo hace el cognitivismo.

El síntoma para Freud encierra una verdad a develar, no es un disfuncionamiento que hay que corregir. Es más, cuando se lo trata como disfuncionamiento, se aplasta la verdad que encierra. El único problema es que la verdad no es aplastable y se desplaza, encuentra otras formas de aparición a veces más dañinas. El síntoma cuando no se lo escucha se encabrita.

¿Qué es un síntoma? Es: a) lo que se repite, b) lo que provoca displacer, c) lo que el sujeto percibe como tal.

En el punto de partida de un análisis tenemos entonces un sufrimiento. Sin embargo, debemos decir que hay sujetos que no perciben sus propios síntomas. El llamado neurótico obsesivo, es un sujeto que considera que lo que hace, dice, siente o piensa, es lo habitual. Él también es un sujeto del hombre medio. No es sorprendente que un sujeto entre al consultorio diciendo que no tiene ningún problema y cuando uno insiste en la razón de su presencia, dirá: “mi mujer exige que venga si no, se separa”. La respuesta del analista es obvia. Entonces, le dirá: “Usted tiene un problema importante... ¡¡¡Tiene mujer!!!”

Cuando avanzamos en el camino del síntoma, nos encontramos con una divergencia radical con respecto a otras disciplinas como: la psiquiatría, la medicina o las psicoterapias.

El síntoma en psicoanálisis es un síntoma dicho. Es decir, nos ocupamos de un relato del sufrimiento. Ese relato cambia todo. Partimos diciendo que todo relato es una interpretación de los hechos. Por eso, la historia misma que Freud usó tanto en el lugar de la causa, y que lo llevó a servirse del recuerdo como método, se desplaza con Lacan a la construcción. La historia vivida está perdida. Solo tenemos un relato, que es una interpretación de los hechos.

Así lo dirá Freud, frente a sus detractores: “No analizo sueños, sino relatos de sueños”.

Al poner la operación en el relato tenemos significativas consecuencias. Una de ellas es que la verdad dejará de ser adecuación a las cosas, para ser una construcción a partir de la cosa. En lugar de la cosa, lo que aparece es un sujeto construido por el relato. Esto no es un invento del psicoanálisis sino que largamente fue planteado en el campo de la literatura y del arte en general. Michel Foucault se preguntará: “¿Qué es un autor?” (7). El autor no es el de la biografía, sino el que podemos construir con nuestra lectura, sea de un texto, o del discurso de un paciente. La pregunta que quiso decir, no es una buena pregunta, invita al delirio psicológico que siempre busca motivaciones ocultas e inefables. No importa lo que quiso decir el artista, lo que dice es lo que leemos en él. Al leer, lo construimos. Roland Barthes lo dice así: “El que escribe es el que lee”. ¿Qué significa esto? que nadie es dueño de “la verdad”. Cuando eso ocurre, entramos en el campo del dogmatismo. Entonces, lo que tendremos son verdades propias de cada sujeto, que pesan para él y es de la ética propia de cada sujeto ser consecuente con dicha verdad.

Satisfacción: felicidad o dignidad

El síntoma como tal, es el otro lado de la luna de la idea de salud mental. Pasamos de lo general, de la adecuación a la norma, a la coherencia con la propia verdad. Esto es lo que separa la felicidad de la dignidad. La dignidad es la satisfacción de hacer lo que debo hacer, más allá del placer.

Parece complicado, pero lo es solamente para la percepción de nuestros tiempos. El sujeto al que aludo está en el Museo de las Nostalgias de la Razón. Se lo denominaba “hombre de honor”. No de casualidad el hombre

de honor siempre tiene alguna relación con la muerte, porque ella es su prueba final, asegurando ser coherente consigo mismo hasta las últimas instancias.

Jacques Lacan denomina “un ideal de simplicidad” a la extracción de un rasgo a partir de una diversidad lo que ordena todos los fenómenos de un sujeto. Por eso, todo encuentro con un analista pasa de la diversidad de los dichos por el paciente a un dicho. Que es el que ordena todo. De la diversidad a lo singular.

En consecuencia, el psicoanálisis no propone una adaptación del sujeto a la realidad, no lo hace “entrar en razones”, sino que lo pone en línea con lo más singular que tiene, con lo que se denomina el “sí mismo”.

Neurosis

La neurosis es indeterminación, es cálculo, es vacilación, es esfuerzo de sostener el ser, es pérdida del sentido de las cosas, aún del sentido de la vida, es también debilitamiento del deseo.

Cuando esto ocurre, es muy difícil precisar el “sí mismo”. El neurótico es un sujeto construido a partir del Otro, como se decía de los padres, de lo social, de la mujer. Es decir que un análisis para precisar el sí mismo tiene que hacer un trabajo de metódica limpieza. Suele ocurrir que un sujeto tenga una clara visión de lo que fue su padre, para rápidamente descubrir que en verdad encarnaba el discurso de su madre. El sí mismo es entonces una precipitación final de un recorrido que lo remite a sí, a su palabra, a su satisfacción.

No se trata como en la psicoterapia de agregar sentidos a los que el sujeto tiene, sino de destituirlos todos hasta encontrar el nudo de “sí”.

Si neurosis quiere decir también dependencia del Otro, el psicoanálisis trabaja por la independencia del Otro. El efecto lógico de esto, es que en lugar de la indeterminación neurótica aparezca la certeza de ser.

Antiguamente la independencia se leía en términos un tanto irónicos: ir a vivir solo, pagarse el propio análisis (en general lo terminaba pagando el analista). Es decir un realismo inconsistente, que se sostiene en pruebas. Recordemos que las pruebas de amor dicen de la fragilidad del amor. El verdadero amor se sostiene en la pasión amorosa que es a pesar de las pruebas.

Al final de todo el trabajo, nos encontramos con un “hueso” que es el ser de ese sujeto. Decíamos que el efecto subjetivo es la certeza. Esta certeza se inscribe también en actos, en la realidad.

Esta certeza, cuando se encuentra, evitará muchas veces construir vidas muy saludables pero orientadas al fracaso. *Silent killer* es la mejor definición de una neurosis compensada, orientada por conductas saludables. Es lo que no entiende la concepción cognitivista que parece orientar la ley de salud mental.

¿Cómo se construye un fracaso silencioso? Con ideales, con cálculos, con supuestos cuidados. Frases que todo el tiempo escuchamos: “Si estudio esto, ¿de qué voy o vas a vivir?”, “No lo hice por mis hijos”, “¿Qué van a decir?”, “Es un buen muchacho”. Son las fórmulas de la gente razonable con conductas adecuadas. Son gente que tiene metas, objetivos, que quiere cosas. Todas estas fórmulas constituyen el terror de las pasiones.

Me decía, en su inocencia, una mujer que vive del contrabando de ropa: “Es natural, todo el mundo lo hace, no es un delito, no corro riesgos, todo se arregla. Además hay otros peores, ¿se van a fijar en mí?”. Es decir, se adapta a la realidad, la tiene clara. Por esas cosas no va a ser internada.

En conclusión, caminos diferentes. Uno, hacia un universal adaptativo; otro, a la certeza de ser, que tiene como consecuencia no necesariamente el éxito social, ni la felicidad sino la satisfacción de ser como soy, que se sostiene más allá de las pruebas.

Lo humano es, entonces, ese núcleo de ser, que será donde sostendremos nuestra certeza y nuestra dignidad. Es el derecho humano por excelencia.

Conclusión

No podemos afirmar que el psicoanalista es un trabajador de la salud mental, sino el que causa que cada sujeto encuentre su verdad, su rasgo más propio. Este camino no se realiza por las vías del *insight*, ni de ningún otro tipo de toma de conciencia, sino por lo que podemos denominar una ascesis del sentido. Es sobre este horizonte que cada sujeto deberá encontrar el síntoma, es decir, su forma singular de conectarse a los otros, a su comunidad y a la vida ■

Referencias bibliográficas

1. Taleb NN. El cisne negro. Buenos Aires, Paidós, 2010.
2. Bachelard G. La Formation de l'esprit scientifique. París, Vrin, 1938.
3. Foucault M. Los anormales. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2000.
4. Sofsky, Wolfgang. Traité de la violence. París, Gallimard, 1998.
5. Sofsky W. L'ére de l'pouvante. París, Gallimard, 1998.
6. Milner JC. Las inclinaciones criminales de la Europa democrática. Buenos Aires, Ma-nantial, 2007.
7. Foucault M. “Qu'est-ce qu'un auteur?” En: Dits et Écrits, T. I, París, Gallimard, 1969.

La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas

Alfredo Juan Manuel Carballeda

*Trabajador Social. Doctor en Servicio Social. Magíster en Servicio Social. Diplomado Superior en Ciencias Sociales
Director de www.margen.org*

1. La singularidad de la intervención en lo Social

Pensar lo social en términos de intervención implica la construcción de un punto de encuentro entre sujeto y cultura donde los aspectos contextuales dialogan, se entrecruzan y elaboran diferentes tipos de demanda ligadas a la cuestión social. El Trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares que van más allá del dato estadístico o la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas.

El Trabajo Social, desde una perspectiva histórico-social, se construye a fines del siglo XIX como campo de conocimiento e intervención en un contexto de fragmentación de la sociedad, malestar y desigualdad. Surge, teniendo como mandato fundacional la transformación de los efectos de ésta a través de diferentes objetivos y metas.

Las demandas actuales en el campo de la salud mental están atravesadas por una serie de cuestiones que se expresan a través de una creciente complejidad ligada a

Resumen

La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, posee características singulares. Estas se relacionan con los escenarios sociales actuales donde surge la necesidad de recuperar la noción de proceso histórico social para comprender y explicar con mayor profundidad la complejidad del contexto. Estas cuestiones se expresan desde el padecimiento subjetivo hasta las Políticas Sanitarias y Sociales. La recuperación de la noción de biopolítica y una lectura social de lo corporal, las narrativas del dolor y la salud mental, dan cuenta de las posibilidades y alcances de la intervención en lo social dentro de este campo. Las demandas actuales hacia el sector, entendidas como Problemáticas Sociales Complejas muestran otra vía de acceso tanto para la conceptualización de situaciones como para la intervención sobre éstas. A su vez, las acciones dentro del campo de la salud se entrelazan en forma directa o indirecta con una serie de nuevas lógicas dentro de las políticas sociales que se vinculan con la noción de inclusión social. También los cambios más recientes marcan una nueva configuración de lo barrial y comunitario, ahora entendido desde la noción de territorio. La intervención del Trabajo Social desde esta perspectiva implica un nuevo y necesario lugar para la palabra.

Palabras Clave: Intervención - Trabajo Social - Padecimiento Subjetivo - Cartografía - Inclusión Social.

THE INTERVENTION OF THE SOCIAL WORK IN THE MENTAL HEALTH FIELD. SOME INTERROGATIONS AND PERSPECTIVES

Summary

The intervention of the Social Work in the Mental Health field has singular characteristics. These relate to the social current scenes in which arises the need to recover the notion of historical social process to understand and to explain with major depth the complexity of the context. These matters express from the subjective suffering up to the Sanitary and Social Policies. The recovery of the notion of biopolitic and a social reading of the corporal thing, the narratives of the pain and the mental health, realize of the possibilities and scopes of the intervention in the social thing inside this field. The current demands towards the sector, understood like Problematic Social Complex, show another paths into both for the conceptualization of situations as for the intervention on they. At the same time, the actions inside the field of the health interlace in direct or indirect form with a series of new logics inside the social policies that link themselves with the notion of social inclusion.

Also the most recent changes mark a new configuration of neighborhood and community, now understood from the notion of territory. The intervention from the Social Work from this perspective implies a new and necessary place for the word.

Key words: Intervention - Social Work - Subjective suffering - Cartography - Social inclusion.

las características del clima de época que atraviesa nuestra sociedad. Lo social, mirado desde lo singular, fue incorporando nuevas categorías de análisis orientadas a acrecentar la intervención. Ésta puede ser entendida como un proceso el análisis del contexto y los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana, su devenir y el impacto en la esfera de lo subjetivo.

Lo social en términos de intervención puede ser pensado en tres órdenes. Por un lado, la acción "interventiva" de los trabajadores sociales se desenvuelve, dialoga y entrelaza con los diferentes dispositivos de Protección Social. En otras palabras, la intervención del Trabajo Social incluye, en mayor o menor medida, una forma de encuentro, diálogo y transformación a través del sistema de protección que posee una sociedad. Esto es, instituciones, políticas, planes y programas que en la singularidad de cada situación tendrán algún tipo de expresión. Por otra parte, un segundo orden de los aspectos intrínsecos del Trabajo Social, se vincula con la intervención en las tramas sociales que rodean, construyen y se generan desde esa singularidad del sujeto de intervención. Las tramas sociales pueden ser entendidas desde una mirada sociológica, ligadas a la noción de lazo social como elemento de articulación e integración del sujeto al todo societario. El lazo social, desde esta perspectiva, construye subjetividad a través de diferentes modalidades de relaciones, intercambios y formas de reciprocidad entre los individuos. De esta manera, la intervención en lo social, transcurre generando el encuentro entre sujeto, sociedad y cultura, desde lo micro social, en cada circunstancia singular. Las décadas de neoliberalismo implicaron una ruptura de tramas y lazos sociales que anunciaban la muerte de la sociedad y su eventual reemplazo por el mercado. Esta noción muy en boga en los años noventa partía de la premisa que "la sociedad no existe", solo están los individuos y el mercado. En este aspecto, la intervención del Trabajo Social se fue orientando en relación a estas nuevas expresiones de la cuestión social, en ese caso más relacionadas con la problemática de la integración de la sociedad como un todo y los diferentes problemas que surgen desde esa ausencia de totalidad.

Por fin, un tercer orden que termina de delimitar "lo social" del campo del Trabajo Social, remite a la relación gestada con mayor intensidad en estas últimas décadas entre la noción de necesidad social y problema social. El Trabajo Social, en su construcción histórica como disciplina se funda dentro de un paradigma vinculado con la resolución, a través de diferentes dispositivos de protección, de las necesidades sociales de poblaciones clasificadas y determinadas. El propio devenir de la disciplina, sus aportes teóricos además de su participación en cuestiones que van más allá de la necesidad, hizo que desde la intervención se actúe también sobre los problemas sociales. Históricamente, éstos fueron campo de la sociología desde el análisis de su génesis como las posibilidades de resolución desde lo macro social.

Desde hace varias décadas, el Trabajo Social se involucra con problemas sociales que pueden contener dentro de ellos mismos necesidades o no y con necesidades que pueden contener problemas sociales. En la actualidad es más el "problema social" el lugar de demanda hacia la intervención, que la resolución de necesidades. En el campo de la Salud Mental estas cuestiones se hacen mas visibles, pero

esta construcción de demanda de intervención en lo social atraviesa campos como el conflicto con la ley, el consumo problemático de sustancias, el ausentismo y deserción escolar, las pericias judiciales, y el carácter material y simbólico de la aplicación de políticas sociales de diferentes características, justamente a partir de una nueva serie de relaciones entre problema social y necesidad.

En síntesis, desde el análisis de la práctica cotidiana del Trabajo Social como disciplina especialmente desde una perspectiva procesual, estos tres órdenes están presentes con diferentes maneras de presentación e importancia de acuerdo a la singularidad del proceso de intervención en lo social.

2. Los nuevos escenarios de intervención

Es posible pensar las características de estos nuevos escenarios como espacios de tensión y puja donde la caída del relato neoliberal, acompañada de la persistencia de algunos de sus rasgos más sobresalientes, entra en coalición con un nuevo relato, aún no construido del todo. En esos espacios transcurren las prácticas "interventivas", más allá de los campos que se analicen. El conflicto es justamente lo que va paulatinamente construyendo esa nueva forma de presentación de problemas. En otras palabras, el neoliberalismo no fue solo una corriente económica, sino que actuó como constructor de sentidos y subjetividad, se entrometió en la vida cotidiana, generó nuevas formas de relación social y elaboró una forma de comprensión y explicación que aún hoy muestra signos de persistencia.

Por otra parte, los cambios ocurridos en la última década en nuestro país y en la región, muestran signos de diferentes intentos de construcción de alternativas desde una nueva presencia del Estado en la vida social, que va desde la intervención en la economía hasta la generación de nuevas políticas sociales y sanitarias las últimas, ligadas a paradigmas centrados en la defensa de los Derechos Humanos y la Inclusión Social. Estas cuestiones, pueden ser útiles para revisar las nociones de Política Social y Política Sanitaria adecuando así los horizontes de la intervención en lo social a partir de la recuperación del protagonismo de éstas por fuera de la lógica del mercado.

La aplicación de la noción de campo para analizar el contexto de intervención en salud mental puede ser tomada desde Pierre Bordieu (1) implica entenderlo como un espacio donde confluyen una serie de interacciones. Éstas pueden ser de diferente orden como: conflicto, colaboración o alianza. De esta manera el sector salud, como campo, presenta también estas características, que llevadas a los espacios institucionales pueden ser entendidas como "escenarios de intervención" (2), en ellos se expresan una serie de tensiones que concuerdan con la idea de campo antes mencionada pero también interpelan a la Intervención en lo social desde diferentes aspectos como; los disímiles papeles de los actores sociales; los componentes escénicos (en tanto el carácter simbólico de las instituciones, sus espacios, distribuciones y actores sociales); la historicidad de la trama donde se desenvuelven los problemas sociales y su integración con lo económico, social y político.

3. Salud y enfermedad como proceso histórico social

Desde esta perspectiva, comprender la salud y la enfermedad como proceso, implica aceptar que éste se constituye

como expresión de una serie de tramas complejas que dialogan con diferentes formas de devenir tanto en lo político, económico, demográfico, sociocultural y medioambiental (3). Básicamente la salud y la enfermedad pueden ser entendidas como un proceso histórico y social, esencialmente dinámico, donde, en el caso de nuestro país, las Políticas Sociales comienzan a ocupar nuevos espacios, ligados y aprendiendo en algunos casos de luchas colectivas, diferentes expresiones de movimientos sociales y formas de resistencia.

Si se acepta que el lugar de construcción del proceso salud-enfermedad es la vida cotidiana condicionada por componentes del contexto, es posible pensar que desde allí se le asignan diferentes sentidos a éste y es en ese lugar donde se expresan las implicancias, tal vez más relevantes, de la intervención en lo social a partir de su interpelación entre lo macro social y la singularidad de lo micro.

La enfermedad, de esta manera, desde hace mucho tiempo no es considerada como un mero producto de diferentes desajustes o alteraciones unicasales, sino que se vincula con una serie de circunstancias que exceden el abordaje de una sola mirada, o la sumatoria de estudios de fenómenos comprensivo explicativos constituidos dentro de tramas sociales estables.

La enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece.

Los escenarios actuales de la Intervención Social se constituyen dentro de contextos signados por una serie de temáticas que surgen de manera turbulenta donde se suma la aparición de nuevos problemas y la emergencia de situaciones conocidas que se manifiestan de forma diferenciada por los cambios de época, la influencia del terrorismo de mercado que se ejerció en el apogeo del neoliberalismo y las nuevas perspectivas de reaparición del Estado.

Estas cuestiones muestran algunos aspectos diferenciales con los elementos fundacionales de la intervención dentro de este campo, especialmente las que se ligan con el surgimiento de los Estados Nación y el Higienismo.

En efecto, el siglo XIX y los primeros años del siglo XX estuvieron signados por una serie de enfermedades de características sobresalientes y relevantes que en determinados momentos históricos fueron entendidas como enfermedades de época, por ejemplo; la tuberculosis, las venéreas o el cáncer.

En los últimos treinta años las enfermedades comienzan a superponerse. Depresión, Alzheimer, trastornos de la alimentación, SIDA, psicosis, déficit de atención, entre otras, dan una serie de señales confusas a los discursos sociales y médicos acerca de la salud a partir de su complejidad y singularidad "*...el que prácticamente todas las enfermedades legadas vuelvan a estar presentes al mismo tiempo se convierte en una paradójica característica de la postmodernidad: la psicosis religiosa y la gran epidemia, las "pestes de la lujuria" (sífilis, sida) y los síntomas degenerativos, las fantasías de envenenamiento del agua con ántrax, la demencia y la hiperactividad, la gula y el hiperascetismo, la peste, el cólera, la tuberculosis y el corazón partido, el escuchar voces y el tinnitus...*" (4).

4. La emergencia de un sujeto "inesperado" en las instituciones de salud

De este modo, la enfermedad como problemática social compleja, dialoga con la vulneración de derechos, la incertidumbre, el padecimiento subjetivo, elaborándose así nuevas formas de comprender y explicar los fenómenos asociados o ligados a lo mórbido, a las diferentes maneras de construcción de la solidaridad en tramas heterogéneas y, muchas veces, dentro de un estallido de los dispositivos de asistencia que por diferentes razones muestran dificultades para abordar las nuevas demandas dentro del sector. Así, el sujeto que se presenta en los servicios asistenciales de salud, se constituye como "inesperado". Un sujeto que las instituciones, a veces no pueden comprender a partir de su constitución desde complejas circunstancias y climas de época. La respuesta institucional en muchos casos pasa del azoramiento, al rechazo, producto posiblemente de la extrañeza y el temor que causa lo diferente. Desde esta nueva complejidad de la cuestión social se construyen interrogantes que interpelan a las formas típicas de intervención. Estas nuevas cuestiones se encuadran dentro de las *Problemáticas Sociales Complejas*¹(5).

La intervención en lo social dentro del campo de la Salud Mental en las últimas décadas, se vio signada por una serie de cuestiones, las que, en tanto interrogantes, implican en la actualidad la posibilidad de nuevas perspectivas de análisis, como así también de la comprensión y explicación de la salud mental como continente de un proceso complejo y cambiante.

Esta serie de temas se presentan como una posibilidad de generación de nuevas miradas y perspectivas, especialmente a partir de la ruptura y de los paradigmas anatómico-clínico y anatómopatológico, lo que permitiría constituir nuevas formas de encuentro entre diferentes disciplinas y saberes.

5. La persistencia del relato neoliberal y las inscripciones en el cuerpo

La aparición de estas nuevas problemáticas, implica la existencia de nuevas formas de registro e inscripción, tanto a nivel objetivo como subjetivo. El cuerpo deja de cumplir con el mandato cartesiano de la separación entre éste y la mente que, desde los inicios de la historia de Occidente, fue nominada de diferentes maneras. Esta dualidad se ratifica en la modernidad donde esa escisión se expresa en el ideal ilustrado, tan bien representado en los anfiteatros anatómicos del siglo XVII, como una verdadera muestra de la capacidad de objetivación de lo otro.

De este modo, se "es" el cuerpo, en escenarios de desencanto y exclusión, con la complejidad que marcan los posibles cambios en éstos, la incertidumbre y el temor a seguir en la exclusión o volver a caer en ella que deja como señales el neoliberalismo también produce otras formas de tensión entre el relato que finaliza y el que se está construyendo. Las marcas del padecimiento todavía permanecen en el cuerpo,

¹ Estas se pueden definir como "Expresiones de la tensión entre necesidades y derechos sociales y ciudadanos que generan distintas formas de padecimiento expresándose en forma probabilística en todos los sectores sociales" (5).

a través de diferentes grafías, que van desde determinados tipos de tatuajes hasta la deformidad inaceptable y vergonzante de la desnutrición.

Estas escenas, muchas veces contradictorias, dado que pueden contener lo viejo y lo nuevo, se desarrollan en contextos donde la fragmentación de la sociedad atraviesa instituciones, vínculos, vida cotidiana y se escribe en la filigrana de los cuerpos. La fragmentación social, el no pertenecer, la separación incluso de uno mismo es una de las características de los padecimientos actuales. Es decir, la fragmentación atraviesa a los propios individuos, produciendo nuevas formas de escisión, mucho más complejas que las construidas por la modernidad. Pareciera que cada parte fragmentada de los cuerpos escindidos no se reconoce con la otra, se objetiva a sí misma y se observa con asombro y temor. La imagen terrorífica de no reconocerse frente al espejo, de también ver un extraño allí, luego de las cirugías estéticas, las marcas del dolor o el cuerpo de la anorexia se presentan como nuevos interrogantes y padecimientos que van más allá de la clasificación de las enfermedades mentales. De la misma manera que el otro se convirtió lentamente en un extraño en sociedades fuertemente competitivas, pareciera que ese "otro" también es uno mismo, desde conductas y lógicas fragmentadas que atraviesan el propio cuerpo y la subjetividad. Cuerpos disociados, como en las historias del Golem² donde la separación del yo construye nuevas lógicas o muestra seres incompletos. El otro, en tanto, se presenta marcado por una sensación de lo ajeno que lo transforma en un objeto, casi inanimado, como un obstáculo o facilitador de las certezas de permanecer dentro de la lógica del mercado o el terror a dejar de pertenecer a sociedades expulsivas. El temor a no haber dentro de la sociedad es un fantasma que surcó en forma objetiva y subjetiva a todos los sectores sociales, donde era posible encontrar diferentes inscripciones del mismo problema: la posibilidad de pertenecer, formar parte de un todo. De allí lo significativo de la noción de inclusión social, tal vez por encima de la de reinserción, dado que los años de la desigualdad marcaron formas nuevas de ésta donde conviven lo material y lo simbólico, pero especialmente la generación de sociedades expulsivas que en muchos casos se jactaban de esas características, prometiendo la resolución a través de la lógica economicista del "derrame". La pérdida de los mecanismos de sostén y solidaridad que se produjeron por estas cuestiones se inscribieron de diferentes maneras, tanto en la esfera de lo corporal como en la memoria, en la biografía personal constituyéndose así nuevas narrativas del dolor.

6. El trayecto de lo colectivo en territorios de individuación. Las instituciones y una nueva forma de la biopolítica

Por otro lado, la caída y el reciente retorno, aún parcial, de los ideales ligados a intereses colectivos compone otro novedoso telón de fondo dentro de los escenarios actuales de intervención construyendo más formas de la complejidad a partir de la convivencia dentro de esa contradicción. Pero también la posibilidad que las prácticas, la política social, la intervención construyan formas de recuperación, de retorno a lo societario como

un todo que se va redefiniendo. La pobreza se transformó así en una forma de estigmatización, una especie de justificación a veces aceptada por el propio sujeto sufriente como una forma "natural" de no haber, de no ser aceptado dentro de grupos sociales que se construyen a través de ideales de éxito ligados a las reglas del mercado. Esa estigmatización se transformó en captura o exilio desde las lógicas institucionales.

En términos de Foucault se habría producido un nuevo nacimiento de la biopolítica, donde la vida y lo viviente forman parte de las luchas políticas, repitiendo los acontecimientos que marcaron los orígenes de la modernidad, cuando desde una particular forma de apropiación de los cuerpos se construyeron las estrategias económicas que dieron origen al capitalismo. La usurpación de los cuerpos constituía lentamente la apropiación del mundo por parte de la voracidad moderna occidental. Pero, esta forma de la biopolítica plantea otros criterios de selección de poblaciones. Así, hay apropiación y desecho de cuerpos en nuestras instituciones de salud mental. Se descarta lo que no es "interesante" o aquello que no puede ser comprendido. Se expulsan cuerpos que generan temor y rechazo, tal vez más por la proximidad que por la imagen de lo ajeno que presentan.

En la modernidad naciente los dispositivos de saber comenzaban a ver la necesidad de tener en cuenta la posibilidad de "controlar los procesos de la vida". Hoy el control de éstos, se vincula con una incautación desesperada por parte del capital de los recursos naturales del planeta, arrasando culturas, singularidades, destruyendo el medio ambiente, transformando lo diferente en desigual, produciendo una selección "antinatural" de los cuerpos que aún quedan en ese estrecho espacio signado por la lógica del neoliberalismo.

Los cuerpos, de este modo se siguen auto-disciplinando, saliendo de la lógica de las sociedades de control. Construyendo desde allí nuevas formas de vigilancia, registro e inspección, introspectivas, ordenadoras de lo cotidiano con mayor eficacia que el capataz o el preceptor. Pero, por otro lado, lo colectivo vuelve, a veces como respuesta o resistencia a esos procesos, otras buscando canales de expresión desde la política introduciéndose a la fuerza en ésta, construyendo nuevas formas de relación, impensadas en la lógica de las democracias de mercado que nacieron luego de la "caída del muro de Berlín". Esas nuevas formas de la economía, que van desde el patentamiento de los genes, hasta el desarrollo de "máquinas inteligentes" construyen nuevos trazados por donde se producirá el deslizamiento de los biopoderes, generándose así una cartografía que intenta cimentarse en términos de la lógica del costo beneficio y desde allí elaborar nuevas estrategias de apropiación de la vida y de algunos cuerpos pero, también desechando otros. Estas circunstancias fueron silenciosamente y ahora en forma explícita, construyendo nuevas formas de subjetivación y también de resistencia, creando nuevos procesos políticos que disputan desde múltiples terrenos de conflicto esta aplicación del poder.

Desde esta perspectiva, la intervención en lo social dialoga estrechamente con estas formas de conflicto que se expresan en los nuevos escenarios de intervención, en las diferentes formas de tensión entre poder y resistencia en los espacios microsociales.

² El golem, surge en las historias medievales de la mitología judía. Un ser animado que se construye a partir de materia inanimada. La palabra *golem* también aparece en la Biblia y en la literatura hebrea del Talmud como algo incompleto o embrionario.

7. Las narrativas de la enfermedad y la Intervención en lo Social

Las enfermedades son narradas, contadas desde diferentes formas de relato. Las narrativas de la enfermedad, desde la intervención del Trabajo Social en Salud Mental, construyen la escucha la mirada y el registro. Desde allí se vinculan con las diferentes formas de intervención. Estas cuestiones pueden ser sistematizadas desde la noción de "Modelos de Intervención en Salud". Como vía de entrada, la noción de Modelo de Intervención, permite sistematizar y ordenar las prácticas desde diferentes aspectos. La idea de sujeto de intervención que se utiliza, el marco teórico que la sostiene, y la intervención típica que se produce como producto de la relación entre lo conceptual, la noción de sujeto y el contexto, da cuenta de una serie de posibilidades de análisis de la Intervención en lo social y también a sus peripecias de orientación y dirección.

Dentro de esas diferentes modalidades de intervención, la escucha, forma parte de todo el proceso del quehacer en la práctica diaria. Las narrativas en el proceso de intervención en salud, pueden revelar una serie de cuestiones posibles de enumerar. Por un lado, la existencia de un narrador genera una forma determinada de escucha. Es decir, la narración puede ser condicionada, atravesada y constituida desde el narrador, pero también desde el lugar de la escucha desde lo social. Este tipo de narración va dirigida a un otro, del cual se tiene una construcción simbólica definida. No son iguales las narraciones de la enfermedad en todas las disciplinas que intervienen en ese campo (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales), pero también, esta narrativa dentro de cada campo está condicionada por el modelo de intervención que se utilice.

Las narrativas de la enfermedad, dan cuenta del marco comprensivo-explicativo de la vida íntima, de la cultura, de la explicación de lo mórbido desde quien narra. En definitiva, lo que se escucha desde el lugar de la intervención en lo social está ligado a la experiencia singular del sujeto de intervención mediatizada por sus aspectos histórico-sociales, por la cultura, las representaciones sociales, la construcción de significados dentro de una secuencia cronológica ligada a la concepción del la enfermedad de quien está relatando. Desde el relato de la enfermedad, se ratifica el lugar de proceso histórico social de la salud. La narración le confiere un papel a la enfermedad, puede ser este principal o no. Pero, un papel al fin, un nuevo atributo que puede ser leído y comprendido desde la intervención social. A su vez, la narrativa le da entidad sociocultural a la enfermedad, la nombra, es denominada desde un determinado lugar signado por la experiencia personal, la cultura y el contexto.

En diferentes estudios que se llevaron adelante con portadores de VIH, por ejemplo, el lugar del relato de la enfermedad se marca desde una serie de saberes acumulados, perspectivas diferentes y visiones acerca de uno mismo, que son fuertemente singulares.

En otras palabras, la narrativa de la enfermedad se constituye como una forma de acceso al mundo de ese otro sobre el que se ejerce la intervención social en la práctica cotidiana. De allí, la importancia de ésta como vía de entrada al conocimiento profundo del proceso salud enfermedad.

A su vez, el desarrollo de la narración, de contar lo que le está ocurriendo, le permite a ese otro desplegar la serie de los

recursos culturales que tiene utilizables en su medio, construyendo de este modo un sentido a la experiencia.

La construcción de la narrativa, también, le da sentido al sufrimiento, lo introduce en un contexto propio, subjetivo, que se entrelaza con la cultura. Pero, asimismo, desde esa construcción de sentido, la narrativa explica el padecimiento, lo integra al mundo de lo cotidiano. La naturalización del dolor y sus causas, implican una serie de nuevas interpelaciones a la práctica del Trabajo Social y a las disciplinas que intervienen en el campo de la salud. El hacer ver esa naturalización del sufrimiento, se entrelaza de manera sugestiva como camino de la restitución de derechos sociales.

Otro punto de arranque dentro de este tema lo constituye el concepto de "ruptura biográfica", utilizado por diferentes autores. Es posible reconocer, a veces, la ruptura biográfica desde la inscripción de la misma en el cuerpo, tatuarse nombres de personas vivas o muertas, dan cuenta de la inscripción de una serie de signos que relatan la historia de vida desde otro lado, pero esa lectura aporta al conocimiento de esa persona como sujeto histórico social. A veces el tatuaje cumple con la función de restaurar la ruptura biográfica que produce una enfermedad, una pérdida, un acontecimiento en la historia social, a la cual se está tratando acceder.

El relato, también se puede vincular con la noción de "Carrera Moral" de Erving Goffman, donde, según este autor, la mirada a la trayectoria como "carrera" implica un avance hacia los aspectos subjetivos, íntimos, relacionados con la imagen del "yo" y el sentimiento de identidad (6).

También, el dolor, como señal desde el cuerpo se ve condicionado por una serie de implicancias sociales. El cuerpo narra de diferentes maneras, en principio, a través de la construcción de un sentido común acerca de la enfermedad que se construye de modo intersubjetivo que es posible vincular con algunas características generales de determinados grupos sociales. En la medida que la enfermedad se hace compleja o que los síntomas se agudizan, la posibilidad de interrumpir la vida cotidiana debido a estas cuestiones, genera una serie de alteraciones "imprevistas", tanto en el sujeto como en el grupo social que lo rodea. En definitiva una ruptura en la vida cotidiana, que puede continuar como quiebra en la biografía de ese sujeto, así la enfermedad aparece como un conflicto no del todo inesperado, pero sí con una recorrida de naturalización progresiva del mismo. El cuerpo se hace visible. De ser dócil, pasa a una visibilidad que se expresa en el dolor, el cuerpo deja de ser silenciado, se transforma en una materialidad que se entrelaza con la mente al ser cuestionada su invisibilidad (7).

En los escenarios actuales, el cuerpo y la mente se entrelazan en el padecimiento, en la dificultad de reprimir las señales de este construidas desde la desigualdad. De allí que se "sea el cuerpo".

8. Las Políticas de Salud Mental, la Inclusión Social y la Intervención del Trabajo Social

Los cambios ocurridos en las últimas décadas se inscriben dando forma a la memoria colectiva de nuestras sociedades. En el proceso de Intervención en lo social es posible pensar la dirección de ésta y la lectura de la demanda hacia la posibilidad de captar el significado de la acción para, desde allí, encontrar vías de acceso al otro, en tanto sujeto histórico social. Articulan-

do de esta manera, los tres órdenes (protección, lazo social, problema social/necesidad) mencionados más arriba. La complejidad de las Problemáticas Sociales actuales marca la necesidad de acceder al mundo de ese "otro", como lo interpreta, lo comprende y lo explica. En fin, como se vincula con la imputación de sentidos haciendo énfasis en sus aspectos socioculturales. En la intervención en lo social, el conocimiento de las causas no se presenta como un fin sino un medio ya que facilita el acceso del conocimiento al sentido de la acción (8).

La fragmentación social, la incertidumbre, las desigualdades sociales, no sólo se expresan como factores causales de los problemas de salud sino que forman parte de éstos, se registran en la historia social de cada sujeto, en forma singular, construyéndose de esta manera una serie de nuevas cuestiones que necesariamente dialogan con la intervención en lo social, las políticas sociales y las tramas socioculturales. Por ejemplo, la lenta caída de las formas típicas de promoción social, junto con el desmantelamiento del Estado Social, generó nuevos escenarios cargados de padecimiento que se transformaron en demandas a veces dirigidas hacia el sector salud, pero que dan cuenta de la transversalidad de los problemas que se abordan en éste. La intervención en lo social dentro del sector salud es interpelada desde más espacios de demanda y dialoga con las posibilidades de inclusión social, en la medida que las acciones que surjan de esta tengan en cuenta lo universal del problema, pero también lo heterogéneo y singular.

Estas cuestiones se relacionan con el perfil conceptual de las Políticas Sociales como Políticas de Salud. La Política Social va más allá de los planteos técnicos se debe orientar hacia un proyecto de inclusión social, de "reinscripción" social, que haga eje en la singularidad de cada sujeto, especialmente teniendo en cuenta la heterogeneidad de la pobreza y de la expresión del proceso salud-enfermedad. En la actualidad, las Políticas Sociales Argentinas, al incorporar una perspectiva de Derechos Humanos y tender hacia una lógica de cobertura de tipo universal pueden favorecer procesos de inclusión social. En el caso de nuestro país, la Asignación Universal Por Hijo, la Ley de Medios, la Ley de Matrimonio Igualitario y la Ley de Salud Mental, se inscriben en un nuevo paradigma relacionado con nuevos derechos y especialmente con los Derechos Humanos. Su factibilidad se centra en la existencia de un Estado presente, que da cuenta de la construcción de una nueva centralidad, desde éste, en un proceso de reconstrucción de la sociedad. Desde esta perspectiva, las Políticas de Salud como políticas de Inclusión Social implican la necesidad de tener en cuenta que son muy complejos los abordajes homogéneos y que la heterogeneidad requiere de una serie de miradas estratégicas que se interrelacionan con la intervención en lo social. De esta manera, las Políticas de Inclusión como Políticas de Salud, pueden proponerse horizontes reparadores, estratégicos y fundamentalmente integradores. Así, la Política de Salud, se construye desde una lógica de reconstrucción de certezas, de recuperación de derechos sociales. En definitiva, lo social de la intervención se aproxima estrechamente a la problemática de la integración, a la búsqueda y recomposición del lazo social perdido.

La intervención en lo social en tanto aplicación de la Política de Salud como Política Social, puede ser entendida como

una oportunidad que entrelaza; la Protección, el Lazo Social y los Problemas sociales, si es vinculada con una estrategia de recuperación de la historia, de lo colectivo, en sociedades fragmentadas, desde miradas singulares, desde donde surgen nuevos derechos a partir de nuevas necesidades. En este aspecto, la Intervención del Trabajo Social y de las demás disciplinas del campo de la salud tienen la oportunidad de alejarse del lugar de lo normativo, para aproximarse al de los derechos. La Intervención en lo Social como derecho, se vincula con el crecimiento y nuevo perfil de demanda a esta disciplina. En definitiva, una manera de concebirla donde se ligan el derecho a ser asistido, a recibir algo más que una prestación o un subsidio, el derecho a ser escuchado, a la valoración de la palabra. En definitiva, a ser "visible". En el campo de la Salud Mental, ante la complejidad de las problemáticas y los escenarios de intervención es quizás donde este derecho se expresa con mayor claridad. Allí, donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto que demanda ser escuchado en clave social. De este modo, la lógica de la inclusión social se relaciona en forma intensa con la Salud Mental.

El orden psiquiátrico surge como una forma de exclusión de la diferencia y de captura de ésta para ser rehabilitada, es posible pensar las construcciones discursivas en el contexto del Iluminismo tardío en la perspectiva de una búsqueda de moldeamiento de lo diferente, pero ratificándolo en el lugar de la exclusión. Los aspectos fundacionales de lo que hoy se denomina Salud Mental se ligan con esos procesos donde lo salvaje y lo bárbaro debían ser encauzados dentro de la modernidad. El papel de América en ese contexto, como el lugar de lo maravilloso y aterrador, inspiró esa "necesidad" de captura de lo diferente para ser reencauzado, pero siempre ratificado en el lugar de la exclusión social y cultural. Dado que esa otredad generaba espanto y temor a los ojos del pensamiento Ilustrado. Pensar la relación sociedad, cultura y locura desde una perspectiva americana, puede ser útil para comprender con mayor amplitud la construcción de los discursos, mecanismos y procesos de exclusión social. La locura también sirvió para estigmatizar lo diferente; desde las prácticas religiosas de nuestros pueblos originarios, la cotidianeidad y resistencia cultural de éstos junto con los esclavos provenientes del África fue en principio perseguida desde la Inquisición, pero como complemento de ésta, la medicalización y psiquiatrización conformaron un nuevo espacio discursivo donde el castigo y la reclusión se orientaron a otras formas de la diferencia en disparidad con las europeas.

9. Las cartografías del dolor: algunos instrumentos para pensar la Salud Mental Comunitaria y la Institución como Territorio

La intervención en lo social tiene un ámbito espacial que va siendo definido según la singularidad de cada circunstancia, problema, demanda desde donde esta se construye. Ese espacio, lugar en que la intervención se desarrolla toma la forma de "escenario". Los escenarios institucionales de intervención, pueden ser entendidos como territorio. Los escenarios de la intervención en lo social se hallan dentro de diferentes territorios³ que los contienen y son atravesados por

³ Se define territorio como espacio físico en donde mejor se muestran diferentes características sociales y culturales asociadas con un determinado grupo social.

disímiles formas de inscripción de los problemas sociales. Es en el territorio donde se construye la identidad y la pertenencia como forma de cohesión social. Pero, también muestra la carga simbólica de la zona como lugar de ejercicio de poder. Desde este aspecto surge la noción de territorialidad, como la de un espacio apropiado por un grupo social específico. El territorio se asocia a la idea de lugar como una construcción elaborada desde reciprocidades e intercambios, en definitiva desde lo relacional. Por otra parte, es en el territorio donde se construye la identidad, desde su constitución como un universo de valores que un sujeto comparte e intercambia con su comunidad de pertenencia. Las inscripciones, en tanto marcas objetivas y subjetivas de éstos pueden ser analizadas desde diferentes expresiones de las "cartografías sociales". Las cartografías de la enfermedad posibilitan delinear caminos que faciliten la comprensión y la explicación de la enfermedad desde la alteridad. Permite acceder a otras perspectivas del dolor, del cuidado del otro, de la diversidad cultural.

Desde el proceso de intervención se construyen diferentes diálogos entre cartografías, escenario y territorio. Estos intercambios derivan en formas diversas de producción de subjetividades. La subjetividad, desde esta perspectiva, se construye y de-construye en un movimiento que se expresa en el propio devenir de la cultura, de la cotidianeidad, de una compleja trama móvil de significaciones, sellada, en muchos casos por la noción de problema social, que en definitiva convoca a la intervención. Ese movimiento, como proceso, es un observable en la relación entre territorio y escenario, tanto desde la vida cotidiana, como en las narraciones que se generan en los espacios de la intervención, y en las diferentes formas de expresión que los actores sociales poseen dentro de canales formales e informales.

Por otra parte, la Intervención en lo social, al ser ella misma productora de subjetividad aporta construcciones discursivas, formas de comprender y explicar desde una direccionalidad definida y organizada. Es decir; designa, nombra, califica y de hecho le da una forma definida a las cuestiones sobre las cuales actúa. Dentro de un "orden", una lógica, precisada, que se va construyendo a través de diferentes formas de relación con: el otro, el contexto, el escenario, el territorio y las cartografías sociales. Esta dirección, este orden, serán diferentes, según los marcos teórico conceptuales que se utilicen, los postulados ideológicos y las influencias de la época de quien interviene.

La noción de cartografía, también dentro del sector salud, permite mostrar los diferentes recorridos temáticos o argumentales que atraviesan los territorios de la intervención. Entendiéndolos como continentes de los distintos escenarios de la misma. Por ejemplo, es posible trazar una cartografía del "conflicto con la ley" como demanda de intervención en diversos aspectos como el análisis de sus formas iniciáticas, rituales, procesos de estigmatización, inscripciones en el cuerpo, marcas institucionales, experiencias, pedidos de ayuda, vulneración de derechos y conformación de códigos. Otro ejemplo de la aplicación de esta noción es en el campo de la drogadicción... "*El trazado de una cartografía del consumo de sustancias: inicio, ritos de consumo, desencadenante de pedidos de asistencia, experiencias de tratamiento, etc.*" (9). En definitiva, la cartografía social desde esta perspectiva, da cuenta de una posibilidad de acceso que va desde la producción de subjeti-

vidad dentro de un territorio definido, permitiendo acceder hasta la expresión singular de ésta en el escenario de la intervención.

También, la cartografía es la representación de un mapa de los elementos imaginarios y simbólicos de la ciudad. Un mapa, en definitiva, orientado a las áreas temáticas que se construyen desde la demanda hacia la intervención. Ese mapa se inscribe en un territorio. El territorio, especialmente a partir de la Modernidad, es la ciudad, lo que ella representa, lo que la constituye desde su estructuración imaginaria, sus paisajes, sus construcciones, los usos sociales de éstos y el contenido simbólico de sus instituciones. El territorio es, en definitiva, el espacio habitado, donde la historia dialoga con el presente y permite a partir de reminiscencias de ella también construir una idea de futuro o incertidumbre. Allí, el territorio se transforma en un "lugar" delimitado desde lo real, lo imaginario y lo simbólico. Esa delimitación, marca los bordes que encierran al territorio en sí mismo pero, como tales, esas orillas están en constante movimiento y se construyen dentro del territorio mismo. Los límites del territorio tienen un importante componente subjetivo ya que son, en definitiva, inscripciones de la cultura, la historia y se entrelazan estrechamente con la biografía de cada habitante de la ciudad. Allí, en los límites, es donde comienza a construirse la relación entre territorio e identidad en la esfera de cada sujeto. En el campo de la intervención, conviven dos formas de definir y delimitar los territorios, la primera se expresa en mapas oficiales, catastros, áreas programáticas, nomenclaturas. La segunda forma de construcción del territorio y sus márgenes es desde las propias simbolizaciones de sus habitantes. El territorio y el escenario de intervención son definidos en parte desde la palabra, desde lo discursivo, desde la nominación que ese "otro" hace del lugar y sus componentes. En esa definición también se introduce el paisaje y sus significaciones como elementos extra-discursivos. De este modo, la mirada, junto con la palabra, ratifican la pertenencia promueven asociaciones y formas del lenguaje donde el territorio "habla" para convertirse en texto.

En otras palabras, la ciudad, el barrio, la "cuadra", las instituciones en tanto territorios, se constituyen como una compleja trama simbólica en permanente movimiento y construcción de subjetividad. La ciudad, al igual que el barrio como escenario, son textos a ser leídos, escrituras, que hablan de las construcciones simbólicas de quienes los habitan, de cómo se construye el sentido de la vida cotidiana, desde la cimentación de significados, hasta la resolución de problemas prácticos. La Intervención en lo social puede dar cuenta de esas cuestiones desde diferentes ángulos. En el desarrollo de entrevistas domiciliarias, las viviendas se comportan como textos a ser leídos y develados, "hablan" de las características de sus habitantes, de cómo construyen y confieren sentido a su cotidianeidad. El lugar simbólico, que ocupa cada habitante de la vivienda se expresa en ese discurso que se muestra en un lenguaje propio y singular.

De la misma manera, el barrio, donde se ubica esa vivienda exhibe su propio carácter discursivo a través de las construcciones, las características de las casas, la fisonomía de las calles. Una institución barrial, puede desde su arquitectura hablar acerca de su historia, de las particularidades de ella, hasta incluso de las formas de organización que la constru-

yen. El Hospital, por ejemplo, está atravesado por una serie de marcas, inscripciones y señales que hablan del poder, de la hegemonía de los discursos, de la delimitación de lugares.

La intervención en lo social, en tanto proceso de análisis implica la acción sobre las marcas objetivas y subjetivas que produce la institucionalización. Estas diferentes tramas simbólicas no son estáticas, están en movimiento. A veces, éste se torna expansivo, otras en procesos de retracción. Los escenarios también cambian sus significados a partir de los acontecimientos que los atraviesan. Lo empírico y las representaciones sociales, al encontrarse en el lugar de intervención en lo social, generan una serie de intersticios donde, a veces, el orden empírico influye sobre el imaginario o viceversa. De este modo, se crean espacios, grietas de significación que pueden ser comprendidos y explicados. Aportando, de esa forma, más elementos de análisis al proceso de la intervención en lo social. El territorio, como espacio de contención de los intensamente cambiantes escenarios sociales, puede presentarse en forma heterogénea, con distintas lógicas, diferentes formas de comprensión y explicación de los problemas sociales. Escenarios, al fin, habitados por disímiles grupos sociales en espacios donde la fragmentación vincular y la pérdida de lazo social, generan e inscriben en las historias sociales, diferentes formas de padecimiento.

10. Salud, Política Social e Intervención

Es posible pensar que en la actualidad, surgen una serie de nuevas perspectivas de intervención social en el campo de la salud. En principio, sobresale la importancia de construir nuevos diálogos entre las diferentes disciplinas y formas de intervenir de cada una de ellas, en relación a la complejidad del contexto. Estas cuestiones, llevan a la posibilidad de pensar la intervención en lo social como dispositivo; es decir, como una trama de relaciones que se pueden establecer entre diversos componentes, en una misma línea de articulación y diálogo entre diferentes puntos problemáticos. Por otro lado, al entender a la intervención como un espacio intersubjetivo es posible acceder a los acontecimientos actuales y revisar diferentes cuestiones de orden Político e Institucional, que van desde la conformación de las Políticas y las Instituciones hasta la discusión de las nociones de tiempo y espacio que proponen. A su vez, dentro de las modalidades de intervención, pareciera que la demanda apunta a construir a las prestaciones según las necesidades y las problemáticas sociales singulares y no desde perspectivas fijas u homogéneas. Estas cuestiones facilitan

el diálogo entre los distintos sectores en el campo de la salud, cambiando la lógica de la disociación por sectores cambiándolos por los abordajes de orden transversal.

A su vez, en el caso de la Argentina, la fuerte presencia de Políticas Sociales ligadas a la Inclusión Social, se presenta como una nueva perspectiva donde el Estado comienza a reaparecer como garante de Derechos Sociales y Humanos. Esta nueva centralidad de lo Estatal implica una serie de interrogantes, esencialmente ligados con las modalidades de intervención vinculadas a los efectos de casi cuarenta años de tránsito hacia la fractura social, la perceptiva de inscripción y preinscripción social y el diseño de dispositivos de orden transversal que den sentido a las políticas sociales. Estas nuevas cuestiones, seguramente, también se presentarán como tema de agenda en la medida que la recuperación de los mecanismos de integración social construyan nuevos formatos de sociedad. En el campo de la salud, la accesibilidad se presenta como obstáculo y posibilidad de retomar tradiciones que entienden a la salud como proceso histórico social. En este aspecto el neoliberalismo, recortó el acceso al sistema de salud a partir de imponerle una lógica de mercado que no solamente marcó la relación de los usuarios con el sistema, sino que desde una significativa mercantilización se entrometió en las prácticas del equipo de salud generando nuevas formas de desigualdad ligadas a la noción de medicamento como mercancía y objeto de consumo. Los criterios de productividad y rendimiento observaron con desconfianza a lo social, especialmente como posible campo de conflicto. Desde ese temor construyeron una lógica donde lo médico se transforma en hegemónico, quedando los médicos atrapados dentro de la lógica costo beneficio, que redundó en una significativa deslegitimación de sus prácticas y de todo el sistema de salud.

Todas estas cuestiones llevan a definir a la intervención en lo social desde la reflexión ética, es decir revisar desde dónde y para qué se interviene.

La intervención se presenta de esta manera como un lugar de construcción de nuevas preguntas, de agenda pública, pero especialmente como lugar de encuentro entre lo macro y lo micro.

En definitiva, pensar a la Intervención como nuevo lugar para la palabra, dentro de un proceso de análisis que inevitablemente se desliza hacia la construcción de acontecimiento que actúa como analizador donde lo social y lo cultural develan su dimensión oculta. Una intervención desde un pensar situado en América que facilite el despliegue de nuestras (las) historias comunes ■

Referencias bibliográficas

1. Bourdieu P. *Questions de sociologie*. París, Les éditions de minuit, 1984.
2. Carballeda A. *Escuchar las Prácticas*. Buenos Aires, Editorial Espacio, 2007.
3. Provincia del Neuquén. Argentina. Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.neuquen.gov.ar/salud/>
4. Hörisch J. *Las épocas y sus enfermedades. El saber patognóstico de la literatura*. En: *Literatura, Cultura y Enfermedad*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 2006.
5. Carballeda A. *La intervención en lo social y el padecimiento subjetivo*. *Revista Margen* N° 35. Buenos Aires, 2005.
6. Goffman E. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1970.
7. Alonso JP, Mantilla G. *Cuerpo, Dolor y Autonomía*. IV Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani 19, 20 y 21 de septiembre de 2007. Buenos Aires.
8. Weber M. *Apuntes metodológicos*. Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1995.
9. Bataglia C, Raiden M. *Los entrecruzamientos discursivos en la construcción de la subjetividad adictiva. Drogadicción y Sociedad*. Colección. Cuadernos de Margen. Buenos Aires, Espacio Editorial, 2008.

La salud en los vínculos

Miguel Alejo Spivacow

*Psiquiatra y Psicoanalista. Profesor titular de "Vínculo de pareja" (Instituto Universitario de Salud Mental y Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires) y "Familia, Pareja, Grupo" (Universidad del Salvador)
E-mail: miguelspi@fibertel.com.ar*

Resumen

Se discute el concepto de salud psíquica o mental en relación a los vínculos y se propone que la definición de este concepto presenta dificultades debido a que en él la experiencia subjetiva es fundamental. Se postula que la constitución y desarrollo de los sujetos se produce en tramas vinculares y que el estudio de un vínculo debe considerar las asimetrías y diferencias en el desarrollo individual de los miembros. Se describen algunos conceptos para entender el funcionamiento de los vínculos: renuncia pulsional, pactos negativos, trabajo vincular o de la intersubjetividad. La renuncia pulsional es definida como la operación que excluye algunos derivados pulsionales del intercambio explícito en un vínculo, siendo este proceso necesario para su organización y estabilidad; por su parte los pactos negativos se definen como las tramas de investiduras recíprocas que dan forma a las renunciaciones pulsionales. Se expone el concepto de trabajo vincular, el cual estudia la simbolización y la elaboración en los miembros a partir del proceso de intercambio y retroalimentación recíproca y pone fundamentalmente el foco en cómo lo que un polo hace promueve la respuesta del otro. Por último, se discuten las complejidades de formular un proyecto terapéutico y la necesidad de que muchas veces sea elaborado en forma interdisciplinaria.

Palabras clave: Salud - Vínculo - Renuncia pulsional - Pactos negativos - Trabajo vincular.

MENTAL HEALTH AND RELATIONSHIPS

Summary

After acknowledging that the diversity of cultural, historical and theoretical perspectives has given place to multiple definitions of mental health, the author circumscribes the goal of this article to reflecting on mental health from the viewpoint of human relationships in intersubjective milieux. The basic assumption that guides this paper is that the subject's psychic structure is constituted and developed in a relational matrix. Conceptualized in a relational context, the individual's mental health needs to take into account each member's developmental stage and asymmetrical position in a relationship. In the theoretical and therapeutic approach proposed here, drive renunciation, negative pacts, and intersubjective work are described as basic concepts in the analysis of relational links. Drive renunciation is defined as the operation that excludes certain drives derivatives from explicit relational interchange in order to maintain the structure and stability of the relationship. Negative pacts are defined as the configurations of reciprocal libidinal investments that give form to drive renunciation. The concept of intersubjective work places the emphasis on the interaction of the poles of the relationship, on how what one does influences the other's response. Thus, in the therapeutic context, intersubjective work accounts for each member's processes of symbolization and working through in the interchange and reciprocal impact of each member on the transformation of the relationship. Finally, the complexities around the formulation of therapeutic goals are emphasized and the occasional need of an interdisciplinary therapeutic plan is highlighted.

Key words: Health - Mental Health - Relational Link - Drive renunciation - Negative pacts - Relational work.

Introducción

“En el cultivo de la ciencia hay un expediente muy utilizado: se escoge una parte de la verdad, se la sitúa en el lugar del todo y, en aras de ella, se pone en entredicho todo lo demás, que no es menos verdadero.”

S. Freud

El concepto de salud mental ha sido definido de muchas maneras en las disciplinas psi: las diferentes escuelas de pensamiento, las distintas culturas y los variados momentos históricos han dado origen a múltiples definiciones. Actualmente –2011– la OMS la postula en su página de Internet “como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” Pensada en detalle, esta propuesta de definición, como otras, muestra que es imposible abarcar en una fórmula el concepto de salud psíquica y que siempre va a quedar algún aspecto afuera de cualquier definición. No es posible en este terreno arribar a conceptos absolutos y definitivos, de modo tal que un enunciado deliberadamente sencillo como “la capacidad de amar y trabajar” (Freud) quizás sea el más adecuado y pueda funcionar como base desde la cual ir luego complejizando los problemas en juego.

La salud psíquica o mental y sus complejidades no caben en una fórmula de diccionario. Lo que en cambio aparece como necesario y posible es aclarar las perspectivas desde las cuales se estudia la cuestión y en consecuencia los elementos que en su análisis se destacan. Por ejemplo: ¿incluimos la creatividad como un componente de la salud psíquica? ¿Cómo se incluye la problemática de la “adaptación” de un individuo a su cultura? Así las cosas, cabría enumerar una serie de puntos de vista desde los cuales estudiar la salud mental y, en este listado, sin duda, los vínculos que un sujeto establece con los otros ocuparían un lugar importante. La relevancia de este enfoque no deja lugar a dudas, ya que en este momento concurren a los consultorios psi no solo pacientes individuales con conflictos de todo tipo sino también grupos familiares y parejas cuyas consultas se originan en conflictos específicamente relacionales: “No sabemos qué pasa entre nosotros, pero nos hacemos mucho daño”, puede ser el motivo de consulta de un grupo familiar o de una pareja. El propósito de esta comunicación, entonces, es discutir la salud psíquica de un sujeto tomando como eje del análisis los vínculos que establece con los otros de su contexto intersubjetivo. Se trata, como es obvio, de un enfoque deliberadamente restringido, que para alcanzar su mejor rendimiento debe ser articulado con otros enfoques de la cuestión.

Cuestiones preliminares. “Salud mental” en psiquiatría y psicoanálisis, un concepto con aristas polémicas

El concepto de “salud psíquica o mental” tiene diferentes resonancias en psiquiatría y en psicoanálisis. En ambas disciplinas el término es utilizado para aludir a

una variedad de aspiraciones terapéuticas de manera tal que en su acepción más habitual “lo sano” resulta un equivalente de “lo bueno” o “lo terapéutico” con las confusiones que esta equivalencia acarrea.

En efecto, “lo sano” es siempre difícil de establecer ya que inevitablemente intervienen valoraciones culturales. Lo que es “sano” en una sociedad no lo es en otra, de modo tal que ciertas conductas, pongamos como ejemplo el consumo de sustancias, son aceptadas en ciertas culturas y consideradas patológicas en otras. En el terreno de los vínculos, ni qué hablar, esta dificultad es aún más patente y, por ejemplo, es absolutamente distinto de una cultura a otra lo que se espera del vínculo padre-hija de modo tal que mientras en la nuestra se aspira a que sea de compañerismo y ternura, en muchas culturas orientales la pauta es de distancia y no intercambio afectivo. Así las cosas, parecería que el concepto de salud psíquica debe ser trabajado en el interior mismo de las dificultades que plantea el relativismo cultural.

En psicoanálisis muchos analistas consideran a la salud psíquica como una categoría equívoca ya que el psiquismo humano está igualmente escindido en la salud y en la neurosis, y por ende se impone apenas una diferencia de grado entre la presencia de síntomas neuróticos y su ausencia, superponiéndose las categorías de salud y neurosis. En consecuencia prefieren hablar de “objetivos”, “terminaciones”, “finales de análisis” y/o “criterios de curación” cuando se trata de precisar el estado psíquico al que se aspira que llegue un sujeto. En el terreno de los vínculos, una gran mayoría de autores psi prefiere hablar de vínculos funcionales o disfuncionales, tróficos o distróficos, progresivos y regresivos antes que utilizar la calificación de sanos o enfermos.

Ahora bien, todo es muy diferente de acuerdo a cómo se entienda el concepto de salud psíquica o mental. Cuando Freud habla de “hacer consciente lo inconsciente” o propugna que lo que “era Ello advenga Yo” está haciendo una afirmación sobre lo que él entiende por salud mental pero no enfoca el tema enunciando una lista descriptiva a la manera de algunos listados del DSM. Freud define la salud en un nivel no fenoménico, piensa con categorías conceptuales y, sin embargo, esto no le impide hacer afirmaciones puntuales referidas a la cuestión de la salud mental como, por ejemplo, cuando se manifiesta en contra de cierto tipo de prácticas sexuales por ser productoras de neurosis actuales. Así, toda la obra freudiana se refiere a la salud psíquica, pero sus estudios no terminan en camisas de fuerza simplificadoras del tipo “sea sano, funcione de esta manera”.

Tanto respecto de la salud como de los objetivos terapéuticos hay en psicoanálisis diversas fórmulas: hacer consciente lo inconsciente, sepultamiento del complejo de Edipo, que donde era el Ello advenga el Yo, crecimiento mental, integración, elaboración de ansiedades depresivas y paranoides, atravesamiento del fantasma, reforzamiento del área libre de conflictos y logro de un funcionamiento yoico suficientemente adaptativo, capacidad para elaborar los duelos. A mi juicio, todas estas fórmulas reflejan aspiraciones respecto de la condición humana y lo hacen en diferentes terminologías, pero,

obsérvase, las propuestas psicoanalíticas no aspiran a establecer la salud mental en un nivel manifiesto, referible a síntomas y conductas, sino que intentan hacerlo desde una perspectiva que incluya a los funcionamientos latentes.

El concepto de salud presenta problemas en cualquier enfoque *psi* y en efecto, a los problemas que ofrece en el campo psicoanalítico, se agregan otros en el campo de la psiquiatría. En ella, dadas las diferentes escuelas, cada manera de entender la psiquiatría plantea de un modo diferente la cuestión de la salud. El concepto de salud psíquica evidentemente no es unívoco.

La "salud" en los vínculos

La vida humana transcurre en una matriz social en la cual las relaciones interpersonales son fundamentales. Ya en la antigüedad clásica se pensaba que el hombre libre debía incluir en su buena conducta una manera justa de gobernar a sus hijos, su esposa y su casa. Ahora bien, si la relación con los demás tiene una importancia central en el funcionamiento psíquico ¿cómo pensar esta relación desde la polaridad salud - no salud? ¿Hay algunos modos de vincularse que podemos calificar como sanos, mientras que otros no lo serían? Estas cuestiones devienen más y más urgentes en un mundo sin referencias sociales unívocas y en el que es tan válido ser heterosexual como homosexual, soltero, casado o divorciado. Ya no rigen los tiempos en que la salud se medía por la adecuación a los modelos del *establishment*.

Ahora bien, una pregunta que inmediatamente surge frente a la propuesta de estudiar la salud mental desde el punto de vista de los vínculos es si se trata de un enfoque válido. ¿Es válido pensar los vínculos en relación a la polaridad salud - no salud? ¿Cabe hablar de vínculos "enfermos" o conviene utilizar otras palabras para aludir a los que implican un daño para sus integrantes y/o para terceros? Ya se mencionó que muchos autores prefieren categorías y terminologías diferentes. Otro problema se plantea al verificar que, dado que un vínculo abarca a por lo menos dos sujetos, uno de ellos podría plantear una relación "enfermiza", mientras el otro tener una respuesta "sana"; o sea que hablar de vínculo "enfermo" iguala a los dos polos de una manera equívoca. Un ejemplo aclarará el problema: frente a un hijo con cierta patología individual, la madre responde con funcionamientos lo más adecuados posibles... entonces ¿es válido calificar a este vínculo de "sano" o "no sano"? A mi criterio, lo más indicado es pensar que un vínculo no es una suerte de homínulo "sano" o "enfermo", una terminología antropomorfizante tal borra las diferencias entre los dos polos del vínculo, en este caso la madre y el hijo. La denominación de sano o enfermo no refleja adecuadamente la complejidad de los vínculos.

Las cuestiones a discutir no son sencillas y se irán desarrollando a lo largo de estas páginas pero antes de proseguir, y en homenaje a la claridad, precisemos a qué nos referimos cuando hablamos de "los vínculos"

de un sujeto. En esta comunicación, denominamos así a las relaciones de cierta investidura y continuidad que éste guarda con sus semejantes y más específicamente con aquellos de sus contextos más reducidos: familia, pareja, amigos, grupos de pertenencia. Adoptamos así una definición laxa y coloquial y dejamos para otra ocasión las muchas dilucidaciones que requiere el concepto cuando se utiliza para designar una estructura psíquica con sus modos específicos de funcionamiento (1, 2).

A continuación describiremos algunos conceptos/herramientas que permiten el análisis de la trama vincular en que cada sujeto desarrolla su existencia. Por supuesto, lo que se expondrá permite ubicarse frente a lo que sucede globalmente en un vínculo singular, siempre y cuando se recuerde que el análisis de un vínculo debe realizarse inexorablemente caso por caso y que requiere de un otro conjunto de conceptos/herramientas que en este texto no se mencionan por limitaciones de tiempo.

Entonces, ¿cómo se efectiviza un vínculo entre dos sujetos?

a) Renuncias pulsionales

Una condición de observación universal es que en los vínculos que no desbordan a un funcionamiento violento o caótico se verifica siempre alguna forma de renuncia pulsional (3) en el intercambio explícito. En efecto, o bien el intercambio se limita a un encuentro transitorio que no adquiere la continuidad propia de lo que llamamos vínculo, o bien de no mediar un límite a lo pulsional, la relación se ve permanentemente amenazada cuando no destruida por una inundación de funcionamientos no inhibidos -en términos de Freud desligados- que resultan mortíferos y tornan altamente inestable a la relación. En términos freudianos, podría decirse que así como un sujeto para funcionar requiere de algunas represiones o defensas, también un vínculo para funcionar requiere de algunos diques a las pulsiones, alguna estructura "defensiva". La relación hombre mujer puede ilustrar lo antedicho. Ocurre en ésta, en efecto, que si la satisfacción es puntual y transitoria puede ser orgiástica pero si el encuentro va más allá de lo transitorio, quedan de hecho excluidos del intercambio explícito algunos derivados pulsionales pues de otra manera, el sadomasoquismo, la oralidad, la analidad o los componentes pulsionales que fueren, al no estar sometidos a algún régimen defensivo, tornan imposible cualquier vínculo.

El modo en que se lleva a cabo la renuncia pulsional debe ser evaluado tanto en el nivel de la realidad psíquica de sus participantes como en el de lo que sucede en la escena de lo real. De hecho, la totalidad del funcionamiento vincular debe evaluarse considerando tanto la dimensión fantasmática como la real. En el campo psicoanalítico ha sido frecuente incurrir en un error menos presente en el campo psiquiátrico, como resultado del cual se ha enfocado el estudio de los vínculos centrándose exclusivamente en el estudio de las relaciones de objeto interno que subyacen a la relación con el otro exterior. En este enfoque se desdi-

baja la importancia de los funcionamientos fácticos o materiales y para decirlo con un ejemplo, se pierden las diferencias entre las fantasías históricas de abuso sexual y el abuso sexual efectivo. Dicho con otro ejemplo, en un cuadro de ansiedades persecutorias se estudian solo las fantasías en juego y se pierde de vista si éstas llevan o no al sujeto a conductas de violencia física, o sea que no se diferencia si lo persecutorio se acantona en la objetología interna o si además se efectiviza en conductas materiales.

b) Los vínculos en el desarrollo y la constitución psíquica de los sujetos

Como ya se dijo, el desarrollo y la constitución psíquica de los sujetos se produce en tramas vinculares, siendo la primera y fundamental la relación madre bebé. Como señalara Piera Aulagnier (4) es la madre la que imprime en el psiquismo del niño el mecanismo de la represión y las variadas formas de la defensa. Es decir que, volviendo a la cuestión de la renuncia pulsional, debemos considerar que las renunciaciones y procesamientos de la pulsión que caracterizan a los sujetos singulares son el resultado de las experiencias de vida que éstos han tenido en sus vínculos. Los vínculos son los carriles que marcan la evolución y desarrollo de los sujetos y, por supuesto, las fallas en los vínculos tempranos dejan sus marcas en los niños que las padecen.

En efecto, uno de los primeros logros psíquicos de un sujeto tal vez sea la distinción yo-no yo, y en esta adquisición el vínculo madre-hijo juega un papel protagónico. Ni que hablar que el vínculo erótico de la madre con el hijo es la base de su futuro sentimiento de sí y de una enorme cantidad de funcionamientos cuya importancia es capital. Lo mismo ocurre con la cualidad de autonomía que la madre le otorgue gradualmente a los funcionamientos del *infans* y a la posibilidad de éste de irlos integrando en su desempeño. Piera Aulagnier (4) trabajó estas cuestiones con sus conceptos de deseo de madre y deseo de hijo. Por supuesto, el estudio de un vínculo debe considerar el desarrollo relativo de los miembros. El mismo suceder es diferente si se desarrolla entre una madre y un bebé o una madre y un niño de seis años.

El tema, entonces, de los vínculos y la constitución psíquica de los sujetos apenas podemos mencionarlo dada su extensión y complejidad, pero se trata de un tema fundamental dado que las características de los vínculos en que un sujeto se incluye deciden aspectos centrales de su desarrollo.

c) Pactos negativos

R. Kaës (5) ha estudiado las características de las renunciaciones pulsionales en los vínculos y plantea que éstas se efectivizan a través de lo que denomina pactos "negativos", también traducidos del francés al español como "denegativos" o "sobre lo negativo".

La noción de pacto negativo procura aclarar la dinámica con que se establece la renuncia pulsional, qué se negativiza en un vínculo y cómo, dado que, como se dijo, la constitución de los grupos humanos requiere

algunos "arreglos" respecto de lo que va a circular en el grupo de manera explícita o no, y cómo lo hará. La cuestión es si va a circular de manera abierta o bien si lo hará como algo prohibido, negativizado, sea como fantasía no llevada a la acción, sea como elemento no explícito o como transgresión. El "arreglo" o pacto no es conciente, es a su vez reprimido y lo negativizado no queda "afuera" sino que se torna no explícito, no visible, pero opera en el vínculo y por ende está adentro de él. Queda claro que negativizar una representación no es dejarla afuera del vínculo.

Lo negativo se negativiza en cada uno de los miembros de un vínculo de distinta manera, y se sostiene la negatividad que el vínculo requiere utilizando operaciones diferentes: desmentida, represión, forclusión. Lo negativo a nivel grupal no se superpone con lo inconciente a nivel individual, de modo tal que si en una familia nadie habla de la infancia y de los nacimientos porque hay un hijo adoptado que "no lo sabe", puede pensarse que cada integrante mantiene las negatividades en juego con diferentes mecanismos y, por ejemplo, mientras uno reprime, el otro desmiente. Esto quiere decir que los pactos negativos pueden establecerse con el formato de los funcionamientos neuróticos o bien en un formato de funcionamientos con productividad psicótica, perversa o fronteriza (6) y que hay una relativa autonomía entre la modalidad de funcionamiento vincular o intersubjetiva y la modalidad de funcionamiento intrasubjetiva.

En la práctica clínica, en términos generales, cuando los pactos negativos están estabilizados, las relaciones e intercambios que regulan corren con su inercia por los carriles habituales. Cuando los pactos negativos se desajustan, se desestabiliza la cotidianeidad y aparecen en la superficie de interacción crisis que pueden ser de crecimiento o bien disrupciones, rupturas, violencias de variados formatos. Así, frente a una consulta en una familia o pareja, un primer punto a investigar es el estado de los pactos negativos.

Silvia Bleichmar (7) ha hecho aportes al estudio de las renunciaciones pulsionales necesarias en un vínculo y los funcionamientos a negativizar poniendo el foco de su observación en la destructividad así como en el respeto por la autonomía del otro. Propone una definición intersubjetiva de la perversión y postula: "La perversión, en su fijeza, en la inmutabilidad del goce propuesto, no es sino en el límite mismo, el autoerotismo ejercido sobre el cuerpo de otro, despojado este otro de la posibilidad de instalarse como sujeto que fija los límites mismos de la acción, no solo sexual, sino intersubjetiva." En esta perspectiva, muy diferente de las aceptadas hasta hace unos pocos años, la perversión se define por la relación con el otro y lo central es que el goce en juego tenga como prerequisite la consideración del partenaire como mero objeto y/o el predominio de la destructividad en el vínculo. La perspectiva es diferente a la que predominó tiempo atrás y que focalizaba la definición del acto perverso en la utilización exclusiva de ciertas zonas erógenas en la relación sexual y/o en la prevalencia en el funcionamiento mental del mecanismo de renegación o desmentida.

En este panorama, ¿cómo evaluar en la clínica la destructividad presente en un vínculo? Una aproximación posible es pensar que la relación con un otro conlleva un quantum de percepciones o experiencias de diferente sesgo y que un vínculo deviene traumático y por ende destructivo para uno de los polos cuando no le es posible metabolizar y/o asimilar la experiencia que se vehiculiza en la relación. La evaluación de la destructividad, entonces, debe combinar una perspectiva intrasubjetiva con una perspectiva intersubjetiva y no puede limitarse a un enfoque descriptivo. Lo que descriptivamente puede tener mayor o menor espectacularidad adquiere un carácter traumático según el modo en que el receptor lo metabolice y en ocasiones, como Freud enseñó al describir el *après-coup*, solo deviene traumático en un segundo tiempo. Dicho de otra manera, en la clínica no hay un metro patrón para medir la destructividad y la evaluación que de ella se haga debe ser vincular.

d) Los pactos negativos y sus reformulaciones en el tiempo

A lo largo de la vida los vínculos necesitan de remodelaciones para enfrentar las diferentes realidades existenciales de los integrantes. Por ejemplo, cuando una pareja bien avenida concibe a su primer bebé, el nacimiento de éste requiere de una reformulación de las investiduras recíprocas tal que mucho de lo que antes la mujer dedicaba a su compañero pasa a ser dedicado a su hijo, que así lo necesita. Ya no pueden ser "el uno para el otro" y deben realizarse una serie de reformulaciones que afectan el régimen de suministros narcisistas en que la pareja vivía.

Las reformulaciones en los pactos negativos son siempre con sufrimiento y posibilidad de ruptura, pero si no se realizan, el vínculo queda detenido en el tiempo. La vida natural de un vínculo duradero está jalonda por crisis de modo tal que la relación más sana está periódicamente amenazada por conflictos y convulsiones. Cuando esto no ocurre es porque predominan en el intercambio entre los miembros funcionamientos que evitan una implicación subjetiva profunda.

Otro ejemplo de las reformulaciones que periódicamente se requieren en los vínculos puede encontrarse en las relaciones entre hijos y progenitores. Estas demuestran, como ya se dijo, que los funcionamientos en un vínculo no pueden evaluarse por fuera de la edad y del desarrollo de los participantes; lo que es sano a los tres años no lo es a los quince y cualquier estudio de un vínculo debe considerar un vértice evolutivo. También nos recuerdan que hay grandes diferencias entre los vínculos simétricos y los asimétricos y que, por ejemplo, lo que es sano en un vínculo entre padres e hijos no lo es en un vínculo de pares; es esperable sin duda que los padres decidan por los hijos algunas cuestiones, pero esto no es así en una relación de iguales. Lo que en un caso es un vínculo de parentalidad responsable, en otro caso es de alienación descomplejizante.

e) El trabajo vincular o de la intersubjetividad

Un vínculo entonces está en permanente movi-

miento y reformulación, y pueden verificarse entre los integrantes diferentes modos de intercambio y de trabajo psíquico. Los distintos modos de trabajo psíquico e intercambio que se dan entre sus miembros se agrupan bajo el nombre de trabajo de la intersubjetividad o vincular (5, 8), el cual puede presentar características varias: ser de alta o baja complejidad, destructivo o trófico. Analizar un funcionamiento desde la noción de trabajo vincular implica poner el foco en cuánto lo que uno hace promueve lo que el otro responde, es decir la retroalimentación recíproca, bidireccionalidad o interdeterminación (1, 2). Esta es la gran diferencia con otros conceptos que dan cuenta de la simbolización y la elaboración pero desde una perspectiva unidireccional.

El concepto de trabajo vincular pone su foco en lo que un miembro del vínculo genera y sostiene o rechaza en el otro, en si sintoniza o ignora sus propuestas, si puede usar o no de las producciones de los demás miembros del grupo, familia o pareja, si se pone o no en su lugar, legitima, ataca, confirma o desconfirma lo que el otro siente, en cuánto y cómo entiende sus motivaciones. Al utilizar la noción de trabajo vincular se focaliza la observación en las formas de interpretar y significar, resonar, consensuar, disentir, recibir, contener, rechazar, ligar, matizar, enriquecer, expulsar o desligar lo que se produce en una relación. Estos diferentes verbos orientan para entender cómo cada sujeto se relaciona con el otro en un circuito bidireccional y fundamentalmente si los objetos internos tienden o no a ser reemplazados por sujetos en los que se reconoce un mundo interno distinto del de uno mismo (9, 10).

Recapitulando, el trabajo vincular abarca los diferentes modos de metabolizar y simbolizar lo que viene del otro, del vínculo y del propio sujeto desde un punto de vista que considera protagónicamente tanto la bidireccionalidad y el "entre" propio de la relación como la realidad psíquica de sus participantes y la escena de lo real. Según los casos, conlleva un crecimiento de la complejidad vincular (11), entendida ésta en relación a la plasticidad o repetitividad, progresión o regresión, escisión o integración de los funcionamientos vinculares o por el contrario conlleva una forma de funcionamiento descomplejizante y de naturaleza fáctica, con poca capacidad para elaborar conflictos o situaciones traumáticas.

La clínica con parejas puede ilustrar muy bien en qué consiste el trabajo vincular o de la intersubjetividad.

Joaquín y Rosa piden ayuda al borde del divorcio para intentar evitarlo. Ambos dicen amarse y que no quieren separarse, pero coinciden en que tampoco pueden seguir así. Tienen dos hijos de 7 y 5 años. Protagonizan frecuentes peleas, muy agresivas, desde hace tres años. Rosa se queja de que Joaquín en las peleas grita desaforada y violentamente, sin escuchar. Joaquín se queja de que Rosa está con su madre y su hermana, del lado de ellas y que lo deja solo. Dice de sí mismo que se hizo solo, peleando desde abajo y

se compara con un gladiador. Rosa coincide en que muchas veces se siente atrapada por su madre y su hermana pero explica que no puede actuar de otra manera: desde la muerte del padre han armado un equipo de solidaridad recíproca y le cuesta poner distancia.

El terapeuta aísla un segmento de interacción en el que Joaquín se enfurece con Rosa cuando siente que ella arma equipo con su familia de origen y lo deja solo. En esos momentos empieza a gritar estilo gladiador. Rosa se enfurece frente a esta violencia de Joaquín, "así no voy a pelear" –dice– y toma distancia. La mayor complejidad vincular, en esta relación, pasaría por lograr alguna modificación en los comportamientos expulsivos de ambos: gladiador en Joaquín y búsqueda de refugio interior / endogámico en Rosa. Y en este sentido deben apuntar las intervenciones, propiciando un diferente modo de trabajo vincular.

Esto pudo lograrse a partir de que ella entendió que el "gladiador" funcionaba así por lo débil que se sentía y que Joaquín pudo escuchar que Rosa también sufría cada vez que terminaba fusionada con su familia de origen. Trabajar las respuestas expulsivas de ambos, así como la cualidad de arrogancia que cada uno le atribuía al otro permitió ir instalando entre ambos una sintonía con el otro que estaba ausente, entendiendo sintonía como la capacidad de ponerse en el lugar del otro y ser hospitalario con sus funcionamientos (12). Poco a poco fueron cambiando las interpretaciones que cada uno hacía de la conducta del otro. Los diferentes trabajos clínicos que se fueron realizando atendieron permanentemente a la retroalimentación recíproca y a lo que surgía entre ambos, de modo que en lo fundamental apuntaron al trabajo vincular y a la intención de analizar los funcionamientos psíquicos tomando como referencia central cómo cada uno se relaciona con el otro distinguiéndolo de sus propios objetos internos y realizando frente a esto un trabajo psíquico.

e) Del análisis del funcionamiento vincular a la construcción del proyecto terapéutico

El diagnóstico en un vínculo con funcionamientos destructivos y/o alejados de la salud en grado máximo no implica que en una suerte de *furor curandis* pretendamos modificarlo. A cada vínculo subyacen modos de

goco cuya evaluación requiere prudencia. Una mujer de 35 años y sin déficit intelectual solicitó permiso a la justicia para casarse con alguien que la había violado y agredido físicamente de variadas maneras. Se le otorgó el permiso y al cabo de cierto tiempo su legítimo esposo la asesinó. ¿Fue un error de los tribunales? ¿Dónde empiezan y terminan las libertades individuales? Valga este ejemplo para evidenciar las dificultades de formular un proyecto terapéutico en el terreno de los vínculos y la necesidad, en muchas ocasiones, de una perspectiva interdisciplinaria.

Conclusión

Podemos retomar después de lo expuesto la pregunta que nos formuláramos respecto de si es válido pensar a los vínculos en relación a la polaridad salud -no salud, salud- enfermedad. Las cuestiones que aquí hemos desarrollado explican, a mi juicio, los términos imprecisos con que Freud definió la salud psíquica: amar y trabajar. Estos términos, en el terreno vincular, nos llevan a jerarquizar la necesaria negativización de la destructividad junto a la idea, valga el juego de palabras, de que un vínculo vital requiere trabajo transformador entre los polos.

El concepto de salud, aparentemente claro en el campo de la medicina, no lo es tanto cuando se trata de entender cuestiones en las que la experiencia subjetiva es una protagonista fundamental. De manera que no podemos utilizar en estos terrenos, sin modificaciones, categorías propias del pensamiento médico. No obstante, la problemática de la salud psíquica o mental agrupa una variedad de objetivos terapéuticos presentes en todas las prácticas psi y, sin duda, el estudio de los vínculos es un aspecto central en el estado psíquico de cualquier sujeto. De modo tal que, más allá de las opciones terminológicas, y señalados los infinitos matices presentes, la articulación de la problemática de la salud con la de los vínculos nos permite entender mejor la variedad de aspiraciones para la condición humana con que nos orientamos en la práctica clínica ■

Referencias bibliográficas

1. Spivacow M. La pareja en conflicto. Aportes psicoanalíticos. Buenos Aires, Editorial Paidós, 2011.
2. Spivacow M. Clínica psicoanalítica con parejas. Entre la teoría y la intervención. Buenos Aires, Editorial Lugar, 2005.
3. Freud S. (1930) El malestar en la cultura. Buenos Aires, Amorrortu.
4. Aulagnier P. (1975) La violencia de la interpretación. Buenos Aires, Amorrortu, 1977.
5. Kaës R. Teorías psicoanalíticas del grupo. Buenos Aires, Amorrortu, 1999.
6. Gomel S, Matus S. Conjeturas psicopatológicas. Buenos Aires, Ediciones Psicolibro, 2011.
7. Bleichmar S. Paradojas de la sexualidad masculina. Buenos Aires, Paidós, 2006.
8. Berflein E, Riopedre L, Buchbinder M, L'Hoste M, Kasitzki de Bianchi G, Gomel S, et al. ¿Qué entendemos por trabajo vincular? Ficha AAPPG Pensando lo vincular. Cuadernillo N° 3, 2006.
9. Benjamin J. Like subjects, love objects: Essays on recognition and sexual difference. New Haven, Yale University Press, 1995.
10. Gabbard GO. A reconsideration of objectivity in the analyst. *Int J Psychoanal* 1997; 78: 15-26.
11. Pachuk C, Friedler R. Diccionario de las configuraciones vinculares. Buenos Aires, Ediciones del Candil, 1998.
12. Spivacow M. Sintonía y validación en la clínica psicoanalítica con parejas. *Rev. de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo* 2008; 31 (2).

La Salud Mental en la perspectiva cognitivo-conductual

Eduardo Keegan

Doctor en Psicología

*Profesor Titular Regular y Director de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica y Terapia Cognitiva, Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires*

Presidente de la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva

E-mail: ekeegan@psi.uba.ar

Introducción

La cuestión de la salud mental es un tema que ha concitado arduos debates. Existen teóricos (1) que incluso postulan que los trastornos mentales no existen o que al menos muchos de ellos no son más que efectos del discurso (2). Los modelos cognitivo-conductuales suscriben una visión biopsicosocial de la patología mental y si bien suelen utilizar el lenguaje de los sistemas diagnósticos operativos DSM (3) y CIE (4) por razones pragmáticas, son bastante críticos respecto de su validez.

Todos los tratamientos cognitivo-conductuales están basados en modelos psicopatológicos que son sometidos a la prueba empírica, ya sea en la clínica o en el laboratorio. Algunos de estos modelos son transdiagnósticos (5), intentando organizar la psicopatología en términos de principios o mecanismos compartidos más que en términos de signos y síntomas. Por ejemplo, el modelo transdiagnóstico de los trastornos alimentarios puede explicar la migración diagnóstica que caracteriza el curso

Resumen

Este artículo provee una visión sucinta de la concepción de la salud mental sostenida por el paradigma cognitivo-conductual. Para algunos de los modelos de este paradigma, el sufrimiento humano es ubicuo y en gran medida inevitable. Por lo tanto, padecimiento no puede ser equiparado linealmente con patología. La salud mental consiste en actuar en pos de nuestras metas valoradas, más allá de las emociones y pensamientos negativos que esto pueda suscitar. Se describen algunos fenómenos cognitivos y metacognitivos característicamente asociados con la psicopatología, así como algunos principios acerca de la normalidad tanto de la experiencia emocional como de la conducta. Se establece una diferencia entre las consultas motivadas por trastornos mentales y aquellas motivadas por crisis vitales o por el desarrollo personal. Por último, se analizan las condiciones en las que resulta deseable y necesaria la realización de un tratamiento.

Palabras clave: Salud mental - Modelos cognitivo-conductuales - Psicopatología.

THE MENTAL HEALTH FROM A COGNITIVE-BEHAVIORAL PERSPECTIVE

Summary

This paper presents a succinct overview of the conception of mental health held by the cognitive-behavioral paradigm. For some of these models, human suffering is ubiquitous and largely unavoidable. Therefore, suffering cannot be linearly equated to pathology. Mental health implies acting towards achieving our valued goals, despite the negative emotions and thoughts that this may activate. The paper describes some cognitive and metacognitive phenomena characteristically associated to psychopathology, as well as some principles to establish the normalcy of both emotional experience and behavior. It establishes a difference between consultations motivated by mental disorders and those motivated by life crises and by a desire of achieving personal growth. Finally, the paper analyzes the conditions in which implementing treatment is desirable and necessary.

Key words: Mental health - Cognitive-behavioral models - Psychopathology.

de los trastornos alimentarios, y ha servido para desarrollar un tratamiento que se demuestra eficaz en toda la patología alimentaria.

Si hemos de proveer una definición general de la salud mental, podemos decir que una persona es saludable cuando puede llevar a cabo las conductas necesarias para alcanzar sus metas, viviendo de acuerdo con sus valores, más allá de la experiencia de emociones negativas en ese proceso. Esto significa que la angustia, la ira, el aburrimiento o la vergüenza no inhiben a la persona en la implementación de las acciones que pueden conducirla a eso que ha definido como su meta. Las personas con trastorno de ansiedad social, por ejemplo, anhelan relacionarse con otras personas de su entorno, pero al dar por descontado que serán criticados y/o humillados, evitan la interacción como estrategia orientada a evitar la vergüenza y la angustia que, están convecidos, resultarán de tal experiencia.

Algunos modelos cognitivo-conductuales más radicales (6) plantean que el modelo del síndrome tomado de la medicina es inadecuado para el campo de la salud mental. Las altísimas tasas de prevalencia de la depresión, por ejemplo, indicarían que el sufrimiento humano es ubicuo y no debería ser concebido como una excepción patológica.

Es el modo de relacionarse con ese sufrimiento lo que haría la diferencia respecto de nuestra salud mental. Hay una vieja oración que ruega a Dios nos conceda la serenidad para aceptar las cosas que no podemos cambiar, el valor para cambiar aquellas que sí podemos cambiar y la sabiduría para conocer la diferencia. *Aceptación y cambio* son de hecho los dos grandes principios que animan a las terapias cognitivo-conductuales. Las personas saludables saben que no deben luchar contra el sufrimiento normativo si no desean incrementarlo (por ejemplo, soportando el malestar derivado de la pérdida de una relación o la muerte de un ser querido). Eso no significa, sin embargo, que no podamos investigar las emociones positivas y los modos saludables para promoverlas, tal como lo hace desde hace un par de décadas la psicología positiva, un campo disciplinar que se originó en gran medida en el contexto de la investigación de la génesis de la depresión desde modelos cognitivos (7). Una vieja idea del campo cognitivo sostiene que no son los hechos negativos en sí los que producen nuestra tristeza o desánimo, sino el modo en que los procesamos. El modo en que reaccionamos ante nuestra experiencia es, pues, tan importante como la experiencia misma.

El sufrimiento humano no está necesariamente relacionado con procesos biológicos o psicológicos aberrantes. Para el paradigma cognitivo-conductual gran parte del sufrimiento humano es producto de consecuencias problemáticas de procesos psicológicos usuales, normales. Existe consenso paradigmático en conceptuar a la cognición, la emoción y la conducta como tres sistemas interdependientes (8). Nuestras reacciones ante los eventos, funcionales o problemáticas, tendrán manifestaciones cognitivas, emocionales y conductuales solidarias entre sí. En aras de la claridad, sin embargo, voy a reseñar qué serían manifestaciones de salud en cada uno de esos sistemas.

Desde el punto de vista cognitivo, la salud mental se asocia con la flexibilidad cognitiva. Beck (9) planteó que la cognición patológica se caracteriza por ser idiosincrática,

disfuncional y rígida. La rigidez en la convicción se torna problemática porque es contraria a las metas del paciente y por la falta de consenso que esa cognición tiene. En las personas con síntomas psicóticos, por ejemplo, las creencias idiosincráticas tienden a causar malestar no tanto por su contenido, sino más bien por el hecho de no ser compartidas por otros miembros de su comunidad. En efecto, es el malestar asociado con esa idea lo que determina en gran medida si esa persona va a ser un caso de psicosis o simplemente alguien con ideas inusuales. El tratamiento de la psicosis no apunta tanto a la modificación del contenido de esas ideas, sino a la reducción del malestar asociado a ellas, algo que se logra modificando la relación del paciente con esas experiencias mentales (10).

Más allá de los contenidos cognitivos, uno de los ejes de investigación de los primeros modelos cognitivos allá por la década del 60 (9, 11), está la cuestión central de los procesos cognitivos. O, para decirlo de modo más sencillo, de cómo usa la mente una persona determinada. El neuroticismo, como rasgo de personalidad, está asociado a mayor experiencia de emociones negativas, pero también al predominio de fenómenos cognitivos disfuncionales tales como la rumiación y la preocupación (12). En efecto, mientras que las personas impulsivas se destacan por una problemática falta de reflexión antes de actuar (13), por un *déficit cognitivo*, las personas que puntúan alto en neuroticismo, se caracterizan por usar la mente para cavilar sobre errores pasados o sobre amenazas futuras. Estos estilos cognitivos negativos representan una vulnerabilidad a la depresión (14). Para algunos modelos (6) es la capacidad simbólica del ser humano, su posesión de lenguaje, lo que expande enormemente su capacidad de sufrimiento, porque crea la posibilidad de sufrir por algo que no está en la experiencia a la vez que inflexibiliza nuestra percepción de la realidad.

La salud mental requiere un adecuado foco en el presente (8), en la experiencia tal como se nos presenta. También incluye la capacidad de ver a nuestros eventos mentales - cogniciones, emociones- como simples manifestaciones psicológicas, sin confundirlos con realidades. No podemos comprender la realidad sino por medio de nuestra cognición, pero no debemos confundir, por ello, la realidad con la representación mental que de ella nos hacemos (*fusión cognitiva*) (6).

Nuestras creencias acerca del funcionamiento mental, o sea, nuestra *metacognición*, son muy importantes para nuestra salud mental (15). El paradigma cognitivo-conductual hizo una gran contribución teórico-técnica cuando demostró que las intrusiones experimentadas por las personas afectadas por trastorno obsesivo-compulsivo no son distintas de las que experimentan todos los seres humanos (16). Lo que hace la diferencia es lo que las personas con TOC creen acerca de tener esas intrusiones. Sobrestiman tanto su importancia como su significación personal. Además, creen que no sólo es posible controlar sus pensamientos, sino que es también deseable hacerlo. Estos intentos van acompañados de fracasos, los que, a su vez, son interpretados como señales de que algo está andando muy mal. Esto incrementa el sufrimiento y hace que redoblen los intentos de control, agravando el cuadro (17).

De modo análogo, las personas con trastorno de ansiedad generalizada creen que la preocupación es muy útil para la supervivencia, por ende, se entregan constantemente a ella, sin percibir que la mente humana sencillamente carece de la capacidad de representarse todas las amenazas posibles y, ciertamente, de la posibilidad de conjurarlas a todas ellas (8).

Nuestra metacognición cumple un papel crucial en la comprensión del funcionamiento de nuestra mente y de los otros seres humanos como poseedores de una mente análoga. A las personas que padecen problemas mentales severos su mente les resulta opaca (18). Para lograr mis metas, es imprescindible que comprenda mi propia experiencia interna (cogniciones y emociones) y que pueda representarme adecuadamente la experiencia interna del otro.

Desde el punto de vista conductual, la salud mental se manifiesta en amplios y flexibles repertorios de comportamiento. En otras palabras, que la persona haya adquirido la capacidad de hacer lo necesario para alcanzar sus metas valoradas (19). Para tener una pareja, formar una familia, tener y mantener un empleo se necesitan ciertas habilidades interpersonales. Dado que los entornos son cambiantes, esa capacidad debe incluir cierta flexibilidad para que la conducta siga produciendo las recompensas con la que ha estado asociada. Las personas afectadas por trastornos de personalidad, por ejemplo, suelen carecer del repertorio conductual necesario para lo que quieren lograr, y otras veces persisten en conductas que evidentemente ya no pueden producir los objetivos que ellos anhelan.

Desde el punto de vista emocional, la salud mental consiste en que la persona adulta haya alcanzado un grado adecuado de regulación emocional. Esto significa que pueda comprender y nombrar adecuadamente sus estados emocionales, que experimente la emoción que corresponde a la situación en forma plena y en la intensidad adecuada, sin intentar bloquearla, suprimirla o prolongarla de modo disfuncional. Las personas con trastornos mentales usualmente desean suprimir sus emociones negativas o prolongar de modo problemático sus emociones positivas. Las personas con trastorno límite de la personalidad, por ejemplo, suelen implementar toda clase de medidas problemáticas para abortar sus estados emocionales negativos, impidiendo de este modo el procesamiento emocional, y también la práctica indispensable para aprender a regular esas emociones. Las personas con abuso de sustancias muchas veces apelan a químicos para incrementar y prolongar sus emociones positivas, siendo el alcohol un ejemplo clásico.

Como señalamos anteriormente, salud mental es contar con las habilidades y capacidades para definir objetivos valorados, así como concebir e implementar planes para alcanzarlos de modo socialmente aceptable. Esto implica la existencia de ciertas condiciones biológicas, psicológicas, interpersonales y sociales.

La familia ha sido el contexto interpersonal más investigado en el campo de la salud mental. Más allá de los factores biológicos que crean las condiciones de posibilidad para que una persona padezca psicosis, la interacción con su familia modulará en gran medida el curso de su afección (20). La familia cumple un papel crucial en el desarrollo psicológico de una persona. La salud mental del adulto depende críticamente de la adecuada atención a sus necesidades básicas

en su infancia (cuidado, afecto, establecimiento de pautas y límites, derecho a la identidad y a la autonomía, etc.) (21).

El contexto social es un factor que incide en la salud mental de muchos modos. La psicosis, por ejemplo, es un fenómeno fundamentalmente urbano. En las comunidades pequeñas, las personas con experiencias psicóticas tienen una mejor inserción social, que hace que el estatus social de esas personas no sea tan bajo como el que tendrían en la ciudad. Eso redundaría en una mejor visión de sí, mejor ánimo y mayor funcionalidad; no son vistos como "casos" de psicosis. Un modelo cognitivo-conductual inspirado en la psicología evolucionista considera al estatus social como un factor central del bienestar psicológico (22). De acuerdo con este modelo, nuestros esfuerzos por evitar sentirnos inferiores y/o ser percibidos como tales están asociados con trastornos mentales como la depresión y la ansiedad. No sólo la "urbanidad" de la psicosis resulta congruente con esta teoría, las tasas de padecimiento mental significativamente más altas en personas inmigrantes apuntan en el mismo sentido. Como señala Vezzetti (23) en su libro *La Locura en la Argentina*, las figuras del loco, el delincuente y el inmigrante estaban fuertemente asociadas en la Argentina de fines del siglo XIX. El mismo fenómeno se puede apreciar en cualquier sociedad contemporánea con fuertes flujos inmigratorios.

La gestión de la salud mental

Como gran parte de las metas valoradas de una persona involucran a otras personas y la relación con ellas, salud mental es también contar con una red social adecuada: familia, amigos, pareja, compañeros de trabajo o de intereses comunitarios y/o políticos.

Los valores deben ser definidos por la persona, no por su entorno. Las sociedades más respetuosas de los valores y derechos de las personas más vulnerables y de las minorías representan la forma de organización social que mejor promueve la salud mental. Es mucho más probable que esto ocurra en una sociedad democrática que en una que no lo es. La salud mental se verá afectada en un contexto social anómico, caótico o que no provea las condiciones mínimas de subsistencia.

La legislación contemporánea –nuestra nueva Ley de Salud Mental es un ejemplo de ello– tienden a equilibrar el principio ético de la beneficencia (*los profesionales obramos en beneficio de las personas a las que asistimos*) y el principio ético de la autonomía (*las personas asistidas deciden autónomamente en función de lo que creen más conveniente para ellos*). Para ello es crítico que los valores y derechos de las personas con problemas mentales no sean avasallados (24).

La salud mental es un aspecto de la salud global, y como tal, un área de responsabilidad esencial del Estado moderno. Es el Estado quien debe fijar las políticas de salud mental e implementarlas adecuadamente, incluyendo las reglas para las acciones privadas en el campo de la salud mental.

Integrar la provisión de servicios de salud mental dentro de las organizaciones de salud general es deseable, y la legislación va en ese sentido en nuestro país. Pero aún falta mucho en términos de los fondos y obras necesarios para ejecutar concretamente esos planes, así como cambios en la cultura profesional y de gestión de la salud.

La Salud Mental, como cualquier acción en Salud Pública, requiere de planificación. Es importante contar con infor-

mación epidemiológica que nos dé una precisa y actualizada visión de los problemas de salud de nuestra sociedad. Hay muchas razones que nos inducen a pensar que puede haber una distancia significativa entre los problemas que más afectan a nuestra sociedad y los temas a los que se dedica más tiempo en la formación de los profesionales de la salud mental.

Debemos saber cuáles son los padecimientos mentales prevalentes en nuestra sociedad y el Estado debe fijar políticas respecto de su tratamiento. Para eso debe basarse en la evidencia científica, que no se restringe a los estudios empíricos aleatorizados de gran *n*, sino que incluye también los consensos de expertos, estudios de caso único adecuadamente controlados y todo dato clínico que sea producido en un contexto razonablemente controlado, de modo público y replicable. Cuando se plantea esto en Argentina, sin embargo, a uno se lo caricaturiza rápidamente como positivista y/o promotor o entusiasta de políticas represivas. Cuando utilizo el adjetivo "científico" me refiero simplemente a que las afirmaciones de los profesionales de la salud mental tengan algún grado de objetividad que pueda vencer los pruritos de una mente mínimamente escéptica. Las políticas de tratamiento no pueden ser el reflejo de los intereses de las compañías farmacéuticas, pero tampoco pueden ser el reflejo de los intereses o preferencias estéticas de los profesionales de la salud mental o de las corporaciones que los representan.

A tal fin, los Estados modernos han desarrollado guías de excelencia clínica. Estas guías son generadas por comités de expertos y son revisadas periódicamente. Una de sus funciones es ayudar a los profesionales de la salud mental a mantenerse actualizados respecto de los hallazgos de investigación. Otra de sus funciones es asegurar cierta homogeneidad de calidad en la atención, estableciendo cuál es la política que el Estado promueve en la atención de tal o cual patología mental.

No hay salud mental -ni justicia social- si no se garantiza adecuadamente la accesibilidad a los tratamientos que reflejan el estado actual del arte. Esto es un problema en todo el mundo, dado que los profesionales de la salud mental están localizados mayoritariamente en las áreas urbanas, pudiendo ser su calificación profesional muy dispar. La psicoterapia, además, es de diseminación lenta y costosa. El Departamento de Salud de Gran Bretaña implementó recientemente (2007) un programa denominado IAPT (*Improving Access to Psychotherapy*, Mejorar el Acceso a la Psicoterapia), que logró que en cada municipio de ese país haya hoy un psicoterapeuta entrenado para proveer ciertos tratamientos que fueron considerados básicos (25, 26). A pesar de la gran cantidad de profesionales que practican la psicoterapia en Argentina (27), la accesibilidad a algunos tratamientos es muy baja (tómese, por caso, la accesibilidad a la terapia de exposición y prevención de la respuesta del trastorno obsesivo-compulsivo, por mencionar un tratamiento con la mejor base empírica, buena eficacia y eficiencia, para una patología que afecta al 1%-3% de la población (28)).

La investigación en Salud Mental debe desarrollarse mucho más en nuestro país. Necesitamos generar conocimiento, no alcanza con declamarlo sin tomar las acciones necesarias. Creo que en el campo de la Psicología Clínica las cosas han mejorado mucho en los últimos veinte años, pero estamos todavía muy lejos de la circunstancia ideal. La ciencia es una empresa global, pero es imperioso que conoz-

camos mejor los problemas mentales de nuestra sociedad y que demos respuesta a ellos desarrollando nuestras propias respuestas terapéuticas. No tenemos que aspirar a una originalidad absoluta, pero tampoco podemos desconocer que la salud y el padecimiento mentales toman formas culturalmente específicas que deben ser indagadas (29).

Un estudio realizado hace algunos años en Buenos Aires (30) mostró que muchos Residentes de Salud Mental de la CABA desconocían el capítulo de síndromes dependientes de la cultura del DSM, y que ninguno de ellos lo había utilizado nunca para realizar un diagnóstico. De acuerdo, probablemente muchos descrean del valor científico de ese sistema diagnóstico operativo, pero lo cierto es que nuestro sistema tampoco los forma para comprender taxa vernáculos como el susto o los nervios, que afectan a nuestra población del NOA.

Los modelos cognitivo-conductuales son sensibles a cuestiones de cultura y género, ya que resulta sencillo explicar desde estos modelos cómo el modo de comprender la realidad (nuestras creencias, nuestra cognición) está inescapablemente unido a nuestra cultura y nuestro género. La teoría biosocial transaccional del trastorno límite de la personalidad (31), por ejemplo, postula factores etiológicos relacionados con el género para explicar la gran diferencia de prevalencia de ese trastorno en mujeres y hombres.

Consultas y tratamientos

En muchos países, sino en la mayoría, la utilización de servicios de salud mental está fuertemente estigmatizada. La Argentina, en ese sentido, es una excepción positiva. No es que el estigma no exista, pero al menos está mucho más restringido que en otras culturas y sociedades.

La gente consulta a profesionales de la salud mental por diversos motivos (32). Mucha gente lo hace movida por las interferencias que un trastorno mental le ha impuesto a su vida. Los agorafóbicos sufren por las restricciones derivadas de su encierro mental, los pacientes bipolares por el dolor enorme que les impone la depresión. Pero la gente también nos consulta cuando enfrenta crisis vitales, cambios que son normativos a la experiencia humana. Y también acuden a nosotros cuando quieren desarrollarse como personas, cuando algo de su estado presente no les satisface pero sin que ese estado pueda ser considerado una patología sin caer en una medicalización burda. Estas consultas son legítimas, aunque es importante reconocer que nuestro entrenamiento profesional no nos garantiza, en estas últimas situaciones, una superioridad de resultados a la que podría lograr cualquier persona sensata que fuese convocada como guía espiritual o consejero. Estos motivos de consulta, por supuesto, con frecuencia se dan superpuestos.

¿Cuándo realizar tratamiento? En primer lugar, cuando la interferencia en la consecución de metas valoradas es significativa. Cuando la interferencia es menor, podemos dar una ayuda simple, o bien podemos poner a disposición del paciente recursos sencillos para que se ayude a sí mismo (biblioterapia, programas de asistencia por computadora, psicoeducación, etc.). En Gran Bretaña se ha implementado recientemente (26, 33) el acceso a la terapia cognitivo-conductual de baja intensidad para consultas psicológicas relacionadas con padecimientos menores. El riesgo de estos

sistemas es la subestimación del problema, su ventaja es la eficiencia, el incremento del acceso al sistema y la menor interferencia en la vida de quien consulta. Hay también una serie de libros escritos por expertos que integran una colección llamada *Overcoming Depression* (34), *Overcoming Binge Eating* (35), etc. (Sobreponerse a la Depresión, el Trastorno por Atracón, etc.) que dan excelente psicoeducación y pueden ser útiles en casos subumbrales o muy leves, o bien orientar y motivar para la consulta profesional.

Una consulta, sin embargo, también puede servir a los efectos de evitar un real cambio. En la perspectiva cognitivo-conductual se espera que el paciente sea ambivalente frente al cambio y que atraviese distintas fases respecto de la decisión de cambiar (35), pero se está alerta a que la búsqueda de tratamiento no sirva a los fines de la evitación experiencial. Hablar indefinidamente de un problema puede ser una excelente manera de evitar hacer algo al respecto; tomar pastillas para adelgazar es

un buen modo de evitar cambiar la conducta alimentaria. Estas son las situaciones que me describieron dos personas que me consultaron recientemente.

Para concluir, es necesario aclarar que en este artículo hemos hablado de la visión general de la salud mental para el paradigma cognitivo-conductual, pero esto no debería generar la impresión errónea de que esta visión es unánimemente suscripta por todos los teóricos y clínicos que se sienten parte del campo. Las terapias cognitivo-conductuales son una familia de teorías y tratamientos que comparten ciertas premisas básicas y sostienen ciertas diferencias que, afortunadamente, tienen un estatuto más cercano a la diferencia de matices y énfasis que al cisma. Las referencias bibliográficas utilizadas tratan de reflejar múltiples abordajes cognitivo-conductuales y los puntos de acuerdo que, en nuestra opinión, convierten a todos estos modelos y tratamientos en parte del paradigma cognitivo-conductual ■

Referencias bibliográficas

1. Szasz Th. *The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York, Harper & Row, 1973.
2. Gergen K. *Realities and Relationships. Soundings in Social Construction*. Cambridge, Harvard University Press, 1994.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition. Washington, American Psychiatric Association Press, 1994.
4. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Décima Edición. Buenos Aires, Masson, 1994.
5. Fairburn CG. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York, Guilford Press, 2008.
6. Hayes SC, Strosahl K, Wilson K. *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York, Guilford Press, 1999.
7. Seligman M. *Authentic Happiness. Using the New Positive Psychology to Realize your Potential for Lasting Fulfillment*. New York, The Free Press, 2002.
8. Borkovec TD, Sharpless D. Generalized Anxiety Disorder: Bringing Cognitive-Behavioral Therapy into the Valued Present. En: Hayes S, Follette V, Linehan M (eds.). *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York, Guilford Press, 2004. p. 209-242.
9. Beck AT. Thinking and depression. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry* 1963; 9: 324-333.
10. Kuipers E, Garety Ph, Fowler D, Freeman D, Dunn G, Bebbington P. Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: Refining cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms. *Schizophr Bulletin* 2006; 32 (1): 24-31.
11. Ellis A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York, Lyle Stuart, 1962.
12. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of the depressive episode. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 569-582.
13. Kendall Ph. *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures*. 2nd Edition. New York, Guilford Press, 2000.
14. Alloy L, Abramson L, Hogan M, Whitehouse W, Rose D, Robinson M, Kim R, Lapkin J. The Temple-Wisconsin cognitive vulnerability to depression project: Lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *J Abnorm Psychol* 2000; 109 (3): 403-418.
15. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, Guilford Press, 2009.
16. Salkovskis PM. Obsessive-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Therapy* 1985; 25: 571-583.
17. Clark DA. *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. New York, Guilford Press, 2004.
18. Dimaggio G, Semerari A, Carcione A, Nicolo G, Procacci M. Psychotherapy of Personality Disorders. *Metacognition, States of Mind and Interpersonal Cycles*. Hove, Routledge, 2007.
19. Kantner J, Busch A, Rusch L. *Behavioral Activation*. Hove, Routledge, 2009.
20. Leff J, Vaughn C. *Expressed Emotion in Families. Its Significance for Mental Illness*. New York, Guilford Press, 1985.
21. Young J, Klosko J, Weishaar M. *Schema Therapy*. New York, Guilford Press, 2003.
22. Gilbert P. The relationship of shame, social anxiety and depression: the role of the evaluation of social rank. *Clin Psychol Psychother* 2000; 7: 174-189.
23. Vezzetti H. *La Locura en la Argentina*. Buenos Aires, Paidós, 1989.
24. Keegan E, Rutzstein G. Justo y necesario. El consentimiento informado en psicoterapia. *Perspectivas Bioéticas* 2003; 8 (15): 55-60.
25. Layard R, Clark DM, Knapp M, Mayraz G. Cost-benefit analysis of psychological therapy. *Natl Inst Econ Rev* 2007; 202: 90-98.
26. Department of Health. *IAPT implementation plan: national guidelines for regional delivery*. 2008. Disponible en: <http://www.iapt.nhs.uk>.
27. Alonso M, Gago P, Klinar D. Profesionales de la Psicología en la República Argentina. Síntesis cuantitativa 2008. *Anuario de Investigaciones en Psicología* 2011; vol. XVII.
28. Franklin M, Ledley D, Foa E. Response prevention. En: Donohue W, Fisher J (eds.). *General Principles and Empirically-Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy*. Hoboken: John Wiley and Sons; 2009.
29. Korman G, Idoyaga Molina A. *Cultura y Depresión. Aportes Antropológicos para la Conceptualización de los Trastornos Mentales*. Buenos Aires, Akadia, 2010.
30. Korman G & Garay C. Conocimiento y uso de los Síndromes Dependientes de la Cultura en dos hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. *Memorias de las XI Jornadas de Investigación - Universidad de Buenos Aires*. 2004. Tomo I: 54-56.
31. Linehan M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1993.
32. Keegan E. *Escritos de Psicoterapia Cognitiva*. Buenos Aires, Eudeba, 2007.
33. Williams Ch, Martínez R. Increasing Access to CBT: Stepped Care and CBT Self-Help Models in Practice. *Behav Cogn Psychother* 2008; 36: 675-683.
34. Gilbert P. *Overcoming Depression. A Self-Help Guide Using Cognitive-Behavioral Techniques*. London, Robinson, 2007.
35. Fairburn CG. *Overcoming Binge Eating*. New York, Guilford Press, 1995.
36. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross J. In search of how people change. Applications to addictive behavior. *Am Psychol* 1992; 47 (9): 1102-1114.

Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas

Alicia Stolkiner

Lic. en Psicología (UNC). Diplomada en Salud Pública (UBA). Profesora Titular Cátedra II Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, UBA. Profesora de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Departamento de Salud Comunitaria (UNLA)
E-mail: astolkiner@gmail.com

Sara Ardila Gómez

Psicóloga (Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá). Magister en Psicología Social Comunitaria (UBA). Doctoranda en Salud Mental Comunitaria (UNLA). Becaria CONICET (2011-2013). Docente Cátedra II Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, UBA
E-mail: saraardi@gmail.com

Introducción

“La principal consecuencia del modelo propuesto es que nos pone de nuevo ante una tarea muy difícil pero posible... La de investigar en la realidad concreta qué es la salud. Descubrirla en cada caso, allí donde se la ha perdido y aparece como problema. Conocerla por referencia a la índole peculiar de los niveles de los procesos reproductivos que están en juego y buscar su síntesis mediante recursos conceptuales adecuados”

Juan Samaja (1)

Comenzamos este escrito con el epígrafe de Juan Samaja porque refleja adecuadamente su objetivo. Es decir, que no intentaremos arribar o proponer una definición de salud mental sino cuestionar incluso su necesidad, oponiéndonos a su ontologización y/o su generalización, para adentrarnos en el análisis de los conceptos que forman parte de las prácticas.

Cuando en nuestro campo se debate sobre el concepto de salud mental suele considerarse que la complejidad, o el obstáculo epistemológico, residen en la cuestión de

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo discutir las posibilidades de una definición de salud mental desde la perspectiva de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas, señalándose algunas líneas de articulación entre dicho pensamiento y la salud mental. Para ello se realiza una historización de dicho movimiento y se analizan las facetas de su conceptualización del proceso salud-enfermedad-cuidado, enfatizando en ello la complejidad, la perspectiva de derechos y la referencia a la vida, en contraste con la tendencia a la objetivación/medicalización. Finalmente, se ligan estas conceptualizaciones con los debates actuales del campo de la Salud Mental.

Palabras clave: Salud - Salud mental - Salud Colectiva - Medicina Social.

CONCEPTUALIZING MENTAL HEALTH INTO PRACTICE: CONSIDERATIONS FROM THE LATIN AMERICAN SOCIAL MEDICINE/ COLLECTIVE HEALTH PERCEPTIVE

Summary

The aim of this work is to discuss about the possibilities of a mental health definition from the perspective of the Latin American social medicine/collective health movement. Some relations between that movement and the mental health are pointed out. A historical analysis of that movement is presented. The conceptualizations of the health-sickness-care process are considered, emphasizing the complexity, rights perspective and the reference to life, in contrast with the objetivation/medicalization trend. Finally, these ideas are linked with the current debates on the Mental Health field.

Key words: Health - Mental Health - Collective Health - Social Medicine.

lo “mental”, desconociendo que lo enmarcan profundos debates sobre la noción misma de salud. Éstos han sido de particular riqueza en el pensamiento médico-social/salud colectiva latinoamericanos, en los que centraremos este trabajo.

Haremos este recorrido considerando que el campo de la Salud Mental es un subcampo dentro del de la Salud en general, pero que se ha configurado como el espacio paradigmático del límite a la concepción biológica-individual de la enfermedad y se ha diferenciado como tal por mantener formas institucionales específicas que develan, más claramente que en el campo de la Salud en general, la imbricación entre mandatos sociales de orden y propuestas curativas. Como lo afirmamos en alguna oportunidad: el éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida (2). En este trabajo trataremos de desarrollar los fundamentos de esta afirmación, basándonos en una corriente de pensamiento latinoamericana que reconocemos como referente.

Es necesario aclarar, además, que las corrientes y tendencias del campo de la Salud en general suelen ser consideradas e historizadas como específicas cuando se analiza la salud mental. Tal es el caso del Higienismo, del enfoque técnico de Salud Pública y la Salud Comunitaria, del Preventivismo, etc. Todas ellas son propuestas políticas y técnicas que forman parte de complejas articulaciones entre el Estado, lo social y las políticas en salud, que se manifestaron en el campo de la Salud Mental de manera particular, como lo planteamos en otra oportunidad (3).

Por otro lado, renunciaremos a la idea de que, en primer lugar, se enuncia el concepto y de tal enunciación, luego, devienen sus “aplicaciones”. La producción de nociones, teorías y/o discursos es inherente a las prácticas sociales y sólo por razones metódicas es disociable de ellas (4). El discurso científico o disciplinario es una de sus formas, pero no la única. Al respecto vale citar a Canguilhem (5): ...“La historia de las ideas no es necesariamente congruente con la historia de las ciencias. Pero como los científicos desarrollan su vida de hombres en un medio ambiente y en un entorno no exclusivamente de científicos, la historia de las ciencias no puede dejar de lado la historia de las ideas. Aplicando a una tesis su propia conclusión podríamos decir que las deformaciones que ella experimenta en el medio ambiente cultural pueden relevar su significado esencial” (el resaltado es nuestro). El mismo autor (6) se encarga de recordarnos que la salud es básicamente un concepto vulgar: “Hagamos más drástico el enunciado kantiano: no hay ciencia de la salud. Salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar. Lo que no quiere

decir trivial, sino simplemente al alcance de todos” (pág. 52). Este autor termina afirmando que la salud “es también la vida en la discreción de las relaciones sociales” (pág. 61).

Raíces: pensamiento y acción. La medicina social y la salud colectiva en América Latina

“Es a través de lo colectivo, de lo público, la forma como se transforma y se “cientifiza” el pensamiento sobre la sociedad y sus espacios, entre ellos el de salud”

Mario Testa (7)

Habiendo afirmado que no es posible separar el pensamiento de las condiciones de su producción y que, dentro de ello, no es dado escindirlo de sujetos y movimientos o fuerzas sociales, haremos una breve introducción al recorrido del pensamiento médico-social/salud colectiva latinoamericanos, cuyas conceptualizaciones de salud y prácticas abordaremos.

Esta corriente ha adquirido formas institucionales diversas, ha sido sustento de la implementación de políticas (el caso de Brasil es un ejemplo) y ha funcionado como una red informal de personas, núcleos académicos y movimientos. Sus límites y fronteras no son nítidos, salvo en algunos postulados centrales. Desarrollada desde los 70, ha tenido también cambios y transformaciones conceptuales. Se constituyó en el tumultuoso período que va desde la crisis global de esa época hasta la actual. Se fue generando en el transcurso de una transformación global de la economía y la geopolítica mundial durante la cual se sucedieron en América Latina dictaduras militares, movimientos de resistencia, una “década perdida” en el desarrollo (los 80), las reformas neoliberales con las crisis del endeudamiento, la emergencia de nuevos movimientos sociales y la aparición de un reordenamiento regional junto con gobiernos de postulados neokeynesianos de diversa índole. Coincidió, a nivel mundial, con la crisis de eficacia de la Salud Pública tradicional por su imposibilidad de dar respuesta a los problemas que se generaban en los colectivos humanos, con la mercantilización extrema de la salud tanto por la apropiación con fines financieros privados de los fondos sociales destinados a ella como por el desarrollo fenomenal de las industria químico farmacéutica y de aparatología médica, y con el avance y reformulación de la medicalización de la vida.

Resulta necesario señalar que no estamos hablando de una “escuela” de tipo académico sino de una corriente con diferencias y tendencias internas en proceso constante de construcción conceptual y práctica. Su configuración ha sido atravesada por tendencias contemporáneas en la producción de pensamiento como los marxismos de la época¹, la revisión de los principios de la modernidad y el debate sobre los posmodernismos, la

¹ En los 80 Jaime Breilh (8) señalaba la existencia en el pensamiento médico-social latinoamericano de diversas corrientes marxistas: “objetivo-económica”, “humanista”, “filosofía de la praxis” y “epistemológica-althusseriana. El uso del término “los marxismos” se justifica más aún por la proliferación de corrientes dentro de este pensamiento al final del siglo XX (9).

crisis del paradigma científico objetivista, el pos-estructuralismo, el "giro hermenéutico" de las ciencias sociales, la semiótica, las diversas teorizaciones de la complejidad, y el debate sobre la cuestión del sujeto, por citar algunas. En los últimos tiempos incorpora categorías propias de la tradición cultural precolombina como el concepto de "buen vivir" o el de "derechos de la naturaleza". También es un aspecto poco conceptualizado la aparición en sus discursos de la categoría "vida", en lo que podríamos denominar un "neo-vitalismo" desprendido de su raíz idealista.

Las distintas herramientas teóricas han confluído con una interlocución crítica constante con los discursos y propuestas de algunos organismos internacionales, tal el caso de la OMS/OPS en las propuestas de Atención Primaria de la Salud, Promoción Social en Salud, Nueva Salud Pública o estudio de los Determinantes Sociales en Salud.

Lo anterior da cuenta de que la corriente médico-social/salud colectiva amalgamó de manera sincrética o crítica muchos autores y postulados de Europa, Estados Unidos y de los discursos sobre la salud de la OMS/OPS. De ello resultaron diferencias epistemológicas y prácticas con el paradigma de la Salud Pública tecnocrática, con el Modelo Preventivista y con la Medicina Comunitaria, cuyos discursos también habían tenido presencia en las acciones en salud en el subcontinente y que a su vez se incorporaron al campo de la Salud Mental.

Uno de los fundadores de esta corriente, Juan César García (10), recuerda que el término "medicina social" nació en el mismo año que los grandes movimientos revolucionarios europeos de finales del siglo XIX (1848). Entonces, Jules Guérin y Rudolf Virchow lo utilizaron en revistas que apoyaban claramente tales movimientos. Su sentido inicial refería a la relación entre la enfermedad y los "problemas sociales", y la responsabilidad del Estado en relación a ello, marcando claramente el carácter político, con potencialidad transformadora y libertaria, de la medicina. "El movimiento europeo de la Medicina Social (...) reconocía que la participación política generadora de democracia, fraternidad e igualdad era la principal fuerza para transformar la situación de salud de la población. Así, la propuesta de Virchow consistía en una reforma social radical que, en términos generales, comprendía *"democracia completa e irrestricta, educación, libertad y prosperidad."* (11).

Reapareció luego de la Segunda Guerra Mundial en Europa, adecuándose a la consolidación de los Estados Sociales o de Bienestar de la posguerra; pero no tuvo la misma evolución en los Estados Unidos, donde el macartismo le puso tope. En ese período se desarrolló allí la Medicina Preventiva, que si bien incluyó científicos sociales en el campo de la Salud, lo hizo fundamentalmente al amparo de la hegemonía de las ciencias sociales positivistas (10) inicialmente denominadas "ciencias del comportamiento".

La entrada en América Latina de la Medicina Preventiva y de la Salud Pública como parte de la propuesta desarrollista, no obstante, influyó en la aparición de la Medicina Social Latinoamericana. La introducción

a principios de los 60 de las "ciencias sociales asociadas a la salud", bajo el impulso de algunos organismos internacionales (OPS, Fundación Milbank, entre otros) confluído con un período de crisis, movilización social y movimientos revolucionarios, generándose las condiciones para una crítica cultural a los paradigmas hegemónicos, que incluyó una revisión de las ciencias sociales utilizadas por la Salud Pública y el Preventivismo, de orientación fundamentalmente positivista o estructural funcionalista (10). Estas fueron consideradas insuficientes para dar cuenta de la problemática de América Latina, en donde se habían profundizado las brechas de inequidad durante ese modelo de crecimiento. En tal escenario se produjo la ruptura y diferenciación de la Medicina Social con respecto a la Salud Pública y la Medicina Preventiva.

Esta ruptura no se dirigía a generar un nuevo campo disciplinario, sino a establecer un núcleo de principios sobre los cuales podría elaborarse un cuerpo o marco teórico central con aportes de distintos campos disciplinarios. Para nominarlo se volvió sobre Guérin y Virchow rescatando, con nuevos sentidos, el término "medicina social". En el documento base de la reunión fundacional de Cuenca en 1972 ya se planteaba la necesidad de relacionar el concepto de salud con los modos de producción y las formaciones socioeconómicas, así como la relación entre la conceptualización de salud y la organización de las acciones en salud (12).

Esta corriente reformuló el enfoque teórico-metodológico de los colectivos que estudia. A diferencia de la Salud Pública que construye la población a partir de la suma de características de individuos, la Medicina Social considera a la población y a las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que las componen. Por lo tanto, define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo. (13)

Diversos núcleos académicos y de investigación surgidos entre finales de los 60 y principios de los 70, comenzaron a constituir nodos de desarrollo y expansión de la idea. La búsqueda de teoría para construir las categorías de análisis social y la crítica a los modelos positivistas y estructural-funcionalistas, junto con las tendencias políticas radicales de la época, favorecieron que el marxismo, en sus distintas vertientes, fuera un referente en la construcción conceptual de ese período. Las categorías proceso de producción y reproducción social y clase social fueron herramientas centrales de sus postulados e investigaciones.

En Brasil este movimiento abonó el desarrollo singular del movimiento de Salud Colectiva que comenzó en la resistencia a la dictadura militar y culminó con la reforma sanitaria y la creación del Sistema Único de Salud, ya en democracia (14). Excede los límites de este trabajo exponer la riqueza y complejidad de articulación entre movimiento político, producción académica, movimiento social y generación de pensamiento, que es la matriz de la Salud Colectiva (14, 15); así como sus relaciones con la Medicina Social Latinoamericana, algu-

nos de cuyos protagonistas lo son simultáneamente de ambos espacios, al extremo de indiferenciarlos, lo que permite nombrarlos conjuntamente. También resulta escaso el espacio para mostrar la asimilación de algunos autores europeos, como Michel Foucault² y Giovanni Berlinger, entre otros.

Durante los 90, con el advenimiento de las reformas neoliberales, esta corriente de pensamiento se centró en su análisis crítico y en la generación de propuestas que revirtieran el proceso de mercantilización de la salud y la profundización de la inequidad. Se incorporaron también aportes de los debates de las ciencias sociales del período y de nuevos actores sociales (un ejemplo sería el “trasvasamiento” de producciones y discursos con el Foro Social Mundial). Los derechos de ciudadanía, la cuestión del Estado y políticas sociales, las categorías de género o de pertenencia cultural-étnica, las problemáticas de la subjetividad, los debates sobre crisis y nuevos paradigmas en el campo del conocimiento científico, así como nuevos objetos complejos como la violencia, se incorporaron a los discursos y estudios del campo.

Los enlaces de estas corrientes con la salud mental fueron múltiples. De hecho, la tendencia ha sido a la configuración de discursos compartidos y prácticas integradoras (16, 17).

Si algo caracteriza la producción del pensamiento médico-social/salud colectiva latinoamericanos es la confluencia entre densidad teórica y eficacia pragmática, la articulación entre producción académica rigurosa, práctica política y herramientas de gestión. La raíz de su pensamiento está en esta particular configuración del campo.

Desde su nacimiento, esta línea de pensamiento abrió un debate epistemológico sobre la salud. La Epidemiología Crítica, una de sus ramas, se centró en ello, dado que era -por definición- su objeto. Por sus consecuencias prácticas en el proceso actual de medicalización, señalaremos como uno de sus aportes fundamentales su cuestionamiento al concepto de “riesgo” en epidemiología.

En esa búsqueda epistemológica se revisaron críticamente los modelos de pensamiento causalistas lineales como los dualistas dicotómicos (salud-enfermedad, individual-social, biológico-mental), incorporando la idea de proceso como posibilidad de dar cuenta de la complejidad del fenómeno.

Destacaremos que el pensamiento médico social/salud colectiva no constituyen una “escuela” a la que se le pueda reconocer un “canon” o un “maestro” único al que referenciar. Su multiplicidad de voces y autores contiene tendencias y diversidades. No construye una definición unívoca de salud y sería antagónico con sus postulados hacerlo. No obstante se pueden señalar lineamientos y rupturas orientadoras, sabiendo que la borrosidad de los límites del campo nos impide considerarlas únicas. En el punto siguiente haremos una aproximación a ellas a fin de abrir algunos interrogantes y destacar articulaciones

con la salud mental. Para ser coherentes con la corriente que analizamos, debemos aclarar que buena parte de lo que expondremos es la lectura o interpretación particular de quienes elaboran este texto.

De la salud como estado al proceso de salud-enfermedad-cuidado

“...resulta que no estamos ante un concepto médico o biológico, sino en presencia de un concepto que en lo médico y biológico, es la expresión de una concepción global del mundo”

Alberto Vasco U. (18)

“Las categorías que dan cuenta de los problemas deben definirse para cada situación concreta”

Mario Testa (19)

En su creación, durante la posguerra, la Organización Mundial de la Salud definió la salud como “Estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo ausencia de enfermedad”. Se trataba de un enunciado de principios y político destinado a ligar la salud a la responsabilidad de los Estados que, mancomunadamente, debían promover su desarrollo. Pese a la necesaria lectura crítica que requiere, merece el reconocimiento de haber planteado una definición “positiva” (en el sentido matemático del término) de la salud que no la equiparaba a la simple negatividad de la enfermedad, haber señalado que en ella intervenían componentes “sociales” y “psíquicos”, y haber abierto las puertas a que, en 1978, la Declaración de Alma-Ata la completara al considerarla un derecho humano fundamental, que requiere de la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud (20).

No obstante, fue tomada como definición teórica y consensual, mientras -por otro lado- las prácticas de atención a la enfermedad se establecían como lo que Eduardo Menéndez, autor del campo médico social/salud colectiva, denominaría “Modelo Médico Hegemónico” y posteriormente “bio-medicina” (21). Entre los 40 y los 50 la medicina científica occidental había demostrado su capacidad curativa al enfrentar con éxito las enfermedades infecciosas con antibióticos, quimioterapias y vacunas, generando así una “eficacia simbólica” (22) soporte representacional de su hegemonía.

Este modelo tendría como características estructurales el biologismo, la concepción evolucionista-positivista y la ahistoricidad, asocialidad e individualismo de su delimitación de objeto, centrada en la enfermedad. También eran sus características la mercantilización, su adhesión a la racionalidad científica como criterio de exclusión de otras prácticas, la medicalización progresiva de crecientes esferas de la vida cotidiana y la relación asimétrica de

² M. Foucault dictó en Río de Janeiro en 1973 un ciclo de conferencias reunidas bajo el título “La Verdad y Las Formas Jurídicas” y su pensamiento fue rápidamente incorporado en la amalgama del período.

poder entre sus actores (profesional-paciente, tecnócrata salubrista-población) (23).

Este es el modelo que comienza a ser cuestionado en la década del 60 ante la "crisis de la medicina"³, cuyas raíces se ligan con los orígenes mismos de la medicina moderna, pero que se evidenció ya en la segunda mitad del siglo XX por la manifestación de dos fenómenos contradictorios: el avance tecnológico en la lucha contra las enfermedades y el estancamiento simultáneo de sus beneficios posibles en las poblaciones. (24). A nivel de la Salud Pública se la suele mencionar como la "triple crisis del modelo": crisis de costo, de eficacia y de accesibilidad (22). Su "eficacia simbólica" comenzó a fisurarse ante el reconocimiento de los efectos iatrogénicos o los daños que acompañaban el progreso de las ciencias médicas, a lo que habría que agregar una crisis de legitimidad porque desde la perspectiva de los sujetos, los servicios de salud, públicos o privados, con raras excepciones, resultaban adecuados para resolver los problemas de salud tanto en el plano singular como en el colectivo (25).

Probablemente esta crisis fuera el correlato en el campo de la medicina del resquebrajamiento de la confianza en la ciencia y en el progreso indefinido basado en ella, puntales del pensamiento occidental moderno, como parte de la crisis de la modernidad occidental. Agregaremos que la modernidad occidental habría adquirido formas particulares en América Latina no homologables a la de los "países centrales".

Desde sus inicios, el pensamiento médico-social/salud colectiva latinoamericano problematizó la concepción de salud (y por ende de enfermedad) inherente a las prácticas hegemónicas. Comenzó cuestionando las categorías sociales utilizadas hasta el momento para incorporar "lo social" y, simultáneamente dejó de considerar la salud-enfermedad como estados antagónicos, para poner en el centro de la conceptualización el proceso de producción-reproducción social como matriz del fenómeno, también dinámico y procesual, de la salud-enfermedad. Al respecto afirmaba Cristina Laurell (26): "lo específicamente nuevo que ha surgido de la problematización de la salud-enfermedad en cuanto proceso social, es plantear el nexo bio-psíquico como la expresión concreta de la corporeidad humana del proceso histórico en un momento determinado". De esta manera, también se rompía con la reducción biológica y con la dualidad individuo-sociedad, considerados ya no objetos diversos sino niveles de análisis distintos de un fenómeno de alta complejidad. Uno de los aportes de la Epidemiología Crítica en su origen fue el estudio de la relación entre proceso de trabajo y salud, centrándose en el modo de producción capitalista.

En este esquema el concepto de "reproducción de la conciencia y la conducta", planteado en sus inicios, fue reemplazado por el de "subjetividad" abriendo el debate sobre esta categoría y, simultáneamente, eliminando la dicotomía mente-cuerpo. Siguiendo a G.

Canguilhem (6): ... "la definición de salud que incluye la referencia de la vida orgánica al placer y al dolor experimentados como tales, introduce subrepticamente el concepto de *cuerpo subjetivo* en la definición de un estado que el discurso médico cree poder describir en tercera persona".

Los diversos modos de respuesta social a la enfermedad también fueron incorporados como parte inherente al proceso mismo. Se rompió con la idea de una historia "natural" de la enfermedad planteando que era imposible abordar el curso de los procesos de salud-enfermedad sin reconocer que las formas instituidas de "respuesta social" eran también fuerzas productoras del mismo en sus dimensiones concretas y simbólicas. Inicialmente se utilizó el término "proceso de salud-enfermedad-atención" más recientemente reemplazado por "salud-enfermedad-cuidado". El "cuidado" tendría una connotación mucho más amplia e integral que la "atención", al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas (20) y al quitarle la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la Salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos, a lo que E. Menéndez (21) denomina "auto-atención". Algunos de sus autores llegan a plantear que el objeto del campo de la Salud es el cuidado, que debiera constituirse en el "alma de los servicios de salud" (25) siendo la cura y la promoción o protección sus objetivos.

Nos detendremos a señalar que en estos movimientos sucesivos se va produciendo un pensamiento no causalista ni dicotómico que hace eje central en la complejidad. Para ello apela a referentes diversos, no necesariamente coincidentes, entre ellos el abordaje interdisciplinario de sistemas complejos de Rolando García o la teoría de la complejidad de Edgar Morin, además de autores de las "ciencias duras".

En este campo de producción de pensamiento se ha renunciado a los modelos mecanicistas, a la idea de salud como "normalidad", se ha tratado de separar las connotaciones morales que acompañan los procesos mórbidos como parte de la función reguladora social de la medicina, e inclusive se ha definido la enfermedad como "crisis y oportunidad" (27); no obstante, salvo de manera heurística, no se arriba a una definición estática del objeto "salud". Según Almeida Filho y Silva Paim (28) este "intrigante punto ciego, objeto-modelo potencial de una nueva definición de la salud en sociedades concretas" es el desafío más crucial de las bases epistemológicas del pensamiento médico social/salud colectiva. Probablemente porque, una vez embarcada en el salto epistemológico, esta corriente definitivamente problematiza -de allí la cita de Mario Testa (19) que colocamos en el epígrafe- la función y lugar de los conceptos en la producción de conocimiento y saber.

Quizás debiéramos retomar la afirmación de G. Can-

³ La obra del teórico austríaco Ivan Illich "La Némesis Médica" a mediados de los 70 muestra la crítica más radical, la de la "anti-medicina", proponiendo prácticamente el desmantelamiento de sus formas instituidas. Con él polemiza Foucault en el texto citado.

guilhem (6) citada con anterioridad de que “salud es un concepto vulgar” para relacionarla con la articulación entre ciencia y “sentido común” que plantea Boaventura de Sousa Santos (29) desde una perspectiva emancipatoria.

Hemos desarrollado someramente las tendencias que circunscriben la posibilidad/imposibilidad de definir salud desde esta perspectiva. A los fines de arribar a sus entrecruzamientos con salud mental nos interesa remarcar dos aspectos que aparecen permanentemente en las conceptualizaciones de esta corriente: la incorporación de los derechos como parte inherente no sólo de los principios sino de las propuestas políticas y técnicas, y la referencia a la vida.

La salud como valor social, el enfoque de derechos

“Al respecto recordemos el problema que se planteó el positivismo: ¿cuál es el lugar de los valores en el mundo de los hechos? El mundo es un mundo de hechos. ¿Cómo surgen los valores? Putnam da vuelta el problema y pregunta: ¿Cuál es el lugar de los hechos en un mundo de valores? Porque el mundo en el cual actuamos es un mundo de valores.”

Rolando García (30)

Como muestra de que una definición lejos de reducirse a un debate intelectual, contiene indeclinables consecuencias políticas, los países que no adhirieron al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Culturales y Sociales (PIDESC) que enunció la ONU en 1966 (uno de ellos fue los EE.UU.), se fundamentaron, en relación a la salud, en la inexistencia de una definición operacional de ella que permitiera *medir o ponderar* su estado en un individuo o comunidad a fin de establecer a qué tienen derecho los ciudadanos (31, el resaltado es nuestro).

Trataremos de desarrollar que, desde la corriente médico social/salud colectiva, la idea de “derecho a la salud” se comprende en el marco de una integralidad de derechos y una conceptualización procesual de la salud-enfermedad-cuidado. Así, el derecho a la salud, que siempre fue uno de sus postulados centrales, se incorpora en un marco en el que “la salud tiene afinidad con la tranquilidad de la vida cotidiana, producto de la garantía efectiva de los principales derechos, en especial del derecho a la vida, y con tener satisfechas necesidades fundamentales mediante el acceso a las oportunidades y servicios socialmente construidos” (32).

El debate sobre derechos de ciudadanía y sus formas de concreción fue intrínseco a la producción del pensamiento médico-social/salud colectiva y conllevó una profundización teórica sobre el Estado, que adquirió particular relevancia en el período de reformas neoliberales, cuya implementación requería un desmantelamiento de los derechos sociales generados durante los Estados de Bienestar.

El pensamiento médico social/ salud colectiva en sus prácticas, sostuvo permanentemente la defensa de

la salud como área que debía preservarse de su sometimiento a las leyes de mercado, analizando las formas en que el proceso de mercantilización antagonizaba con la vigencia de derechos sociales universales durante la implementación de las políticas fundadas en el pensamiento neoclásico (33). En la mayoría de los países de América Latina se habían desarrollado fuertes sistemas estatales de protección social que coexistían, a diferencia de los Estados sociales europeos, con bajos niveles de democratización fragilizando la constitución de los Estados nacionales. Estados que Sonia Fleury (34) nominaría como “Estados sin ciudadanos”, con dificultad para preservar los derechos, los fondos y los recursos de esos sistemas, del avance de las reformas neoliberales.

Como un componente más de este debate, la implementación del Terror de Estado en el subcontinente fue un medio para el logro del orden social necesario para las reformas pro-mercado y tuvo como respuesta la aparición de movimientos sociales cuya consigna fundamental y reivindicación específica eran los derechos humanos, promoviendo nuevas producciones de sentido y prácticas. “Es posible afirmar que estos movimientos locales e internacionales de resistencia a las dictaduras del Cono Sur de América generaron una nueva configuración de la praxis de los derechos humanos no sólo en la región sino a nivel mundial” (35). Lejos de circunscribirse a su acción específica, sus modalidades discursos y efectos se extendieron al conjunto social. Volveremos sobre ello al abordar lo específico de la salud mental, dado que es un eje central de las reformas en el área y diversas organizaciones de derechos humanos se han incorporado como nuevos actores en ellas.

El discurso de los Derechos Humanos no es unívoco. La Declaración Universal de los Derechos Humanos en la posguerra (1949) se produjo en un mundo bipolar donde antagonizaban dos modelos de organización societal y se convirtió en uno de los recursos discursivos del bloque capitalista occidental en su accionar político y militar. De sus dos polos posibles -el uno con eje central en los derechos civiles y políticos individuales y el otro en los derechos colectivos y sociales- se sostuvo como discurso fundamental el primero.

Sucede que en la misma raíz de la conceptualización de Derechos Humanos subyacen concepciones distintas y potencialmente contradictorias. Una de ellas se construye sobre una concepción “universal” abstracta de lo humano, su sujeto sería el individuo capaz de ejercer la libertad por medio de la razón y cuya autonomía debería ser resguardada básicamente de la injerencia de los gobiernos y de los posibles daños a su integridad y propiedad por parte de los semejantes. En su origen, ligado al de los Estados modernos, esta conceptualización de derechos generó por su propia necesidad las “excepciones”. Formaba parte de las ideas de aquellos que constituyeron el mundo moderno y conllevaba la posibilidad de la exclusión de algunas “formas humanas”, a pesar del discurso de la universalidad. Quedaron así exceptuados los “distintos” que no respondían al modelo de occidental, varón, adulto y burgués-propietario que gestó la idea (35). Agregáramos, adelantando al punto de la

salud mental, que los “locos”, privados de la razón necesaria para el ejercicio de la libertad fueron parte de las excepciones, junto con las mujeres, los niños, los pueblos colonizados, los asistidos por la lógica filantrópica y los diversos en general.

Pero el constructo “derechos humanos” tuvo en su desarrollo otras derivaciones, vinculadas a las transformaciones sociales de los *well-fare* y, básicamente, a la forma en que le imprimieron nuevos actores con prácticas tendientes a incorporar a los originalmente excluidos y a modificar las definiciones subyacentes de sujeto (36).

Si bien es discutible la idea de “generaciones de derechos”, hay un cierto consenso en considerar los derechos “económicos, sociales y culturales” como una segunda generación, producida básicamente en el marco del conflicto entre capital y trabajo, y en agregar una tercera generación de derechos “colectivos y difusos” entre los que figuran, inclusive, los de las generaciones futuras a recibir un ambiente habitable. En estos dos últimos su sujeto ya no es el individuo sino los colectivos humanos. Hablar hoy de derechos humanos trasciende su manifestación como orden jurídico, para ubicarlos en el lugar de una “idea-fuerza” (35) capaz de convocar la potencia de actores o agentes en el devenir social.

Finalmente, resulta necesario señalar que un debate inclusivo sobre los derechos humanos debería sostenerse en diálogos necesarios entre distintas culturas a fin de no transformar sus enunciados en una “universalización” cultural occidental dominante (37). De hecho, en América Latina una conceptualización de los pueblos originarios se incorporó como enunciado en las constituciones de dos países, Bolivia y Ecuador. Se trata del “buen vivir” (“Sumak Kawsay”) que implica la armonía en el proceso de configuración social entre los humanos entre sí y con la naturaleza, se trata de un concepto irreductible a los logros o acumulaciones individuales y antagonico con la lógica moderna de dominio de la naturaleza como recurso.

Todos estos enunciados de derechos han sido objeto desde el último cuarto del siglo XX, de sucesivos acuerdos y declaraciones internacionales, y a la vez han sido violados de manera masiva. Podríamos afirmar que en ello se manifiesta de manera concreta el antagonismo central de nuestra época entre objetivación y subjetivación (38), producido en un movimiento en el que prácticamente todos los componentes indispensables para la vida, la naturaleza y los seres humanos vivos inclusive, adquieren “condición mercantil” (39), siendo subordinados a la lógica de la acumulación.

En este marco general se encuadra el debate sobre el derecho a la salud. En relación al mismo existen distintas posiciones en las que subyacen postulados filosóficos y propuestas diversas.

Desde una posición liberal extrema, que coincide con una definición biológica e individual de la salud-enfermedad, se alega que tal derecho no es posible porque dependería básicamente de la “lotería natural” y por ende no generaría ninguna obligación contractual social. También hay quienes plantean que en el “derecho a la atención en salud” se debería garantizar un mínimo

para el conjunto y dejar librado a la posibilidad de proveerse en el mercado el resto de las posibilidades de atención. En el pensamiento médico social/salud colectiva, el reconocimiento del derecho a la salud se basa en una concepción compleja del proceso de salud-enfermedad-cuidado y requiere de una política de integralidad de derechos, en la que se fundamentan sistemas de acceso universal. En su crítica a la distinción entre “servicios esenciales” -garantizados por el Estado- y “discrecionales” -que cada individuo o grupo familiar debía proveerse en el mercado según sus posibilidades- en los que se dividían las prestaciones en la propuesta del Banco Mundial, Cristina Laurell (33) afirmaba: “las libertades y derechos de los ciudadanos, principios fundantes de las sociedades modernas, tienen carácter público con independencia de que se ejerzan o gocen individualmente, porque representan valores éticos compartidos y prioridades sociales democráticamente fijadas (...) Dado que la salud concierne directamente la preservación de la vida y el desarrollo de capacidades humanas se puede además sostener que es una necesidad humana básica en sentido estricto. Por ello, todo ser humano debería tener derecho a la satisfacción óptima de esta necesidad; derecho que sólo puede ser garantizado mediante la acción pública, particularmente en las sociedades marcadas por profundas desigualdades, como lo son las latinoamericanas”.

Aunque este derecho implica la garantía del acceso a los cuidados simultáneamente incluye también *el derecho a la no medicalización de la vida*. (38) La medicalización es inherente a la mercantilización de la salud y una faceta de la biopolítica como abordaremos en el punto siguiente.

La salud como acto vital en la era del biopoder: neobiologismo y medicalización de la vida versus “conceptualización integral”

El vitalismo es el rechazo de dos interpretaciones metafísicas de las causas de los fenómenos orgánicos: el animismo y el mecanicismo... es simplemente el reconocimiento de la originalidad del hecho vital (...)

G. Canguilhem (5)

En muchos textos de esta corriente hay una fuerte referencia a la vida en sus definiciones y postulados. Aparece la vida como derecho, como valor y como forma original irreductible a una objetivación absoluta o a un abordaje exclusivo desde la racionalidad instrumental.

Resuena en ello un eco de las corrientes vitalistas que, al igual que el romanticismo que articuló con el psicoanálisis, fueron tendencias alternas a la hegemonía del pensamiento cientificista-positivista (40). Por otro lado, esta referencia constante a la vida adquiere sentido político si se piensa que son las formas de vida misma las que han sido subsumidas a la economía e incorporadas a mecanismos complejos de poder. Michel Foucault (41) introduce la categoría biopoder como “el conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que, en la

especie humana, constituye sus rasgos biológicos fundamentales podrá ser parte de una política, una estrategia política, una estrategia general de poder". Este concepto excede en mucho las prácticas médicas y abarca la concepción misma de lo social: (...) "la censura fundamental que divide el ámbito biopolítico es la existente entre *pueblo y población*, que consiste en hacer surgir en el seno mismo del pueblo una población, es decir, en transformar un cuerpo esencialmente político en un cuerpo esencialmente biológico" (42). La biopolítica es simultáneamente un dispositivo configurador de lo social, de los cuerpos y de la subjetividad (43).

La medicalización, como concreción de la biopolítica en el campo de la Salud, es la tendencia creciente a subordinar al discurso y la normatividad médico científica o disciplinaria todas las esferas de la vida. Este hecho se refuerza por el proceso de mercantilización que, cierra un circuito virtuoso al colocar la vida como objeto mercantil (44). Debido a ello, la construcción social de los problemas de salud está siendo reemplazada por la construcción corporativa de la enfermedad, lo que algunos autores denominan creación de enfermedades o "*disease mongering*" un proceso complejo que incluye desde generación de lenguajes hasta estrategias de mercado (45). A su vez la salud se transforma en un imperativo, una nueva "moral de lo cotidiano" que pasa por el control del cuerpo y de los hábitos, proponiéndose como la "utopía de la época" (46).

El desarrollo de las ciencias, entre ellas la genética y la biología molecular, es utilizado para la construcción de discursos neo-biologista que, una vez más, tienden a reducir la enfermedad a la unicasalidad o priorizan arbitrariamente una causa específica. Se trata de discursos que forman parte de prácticas concretas ligadas a las necesidades de expansión de mercados y al cuidado de la rentabilidad del aseguramiento en salud, entre otros fenómenos.

Destacaremos entre ellos dos tendencias, que interesan a los fines de la salud mental: el enunciado "enfermedad genética" y la creación de una nueva categoría de enfermos: los "pre-sintomáticos".

En el caso de las "enfermedades genéticas" se comienza por reducir la complejidad a la unicasalidad y se finaliza reificando la enfermedad misma -a partir de su riesgo estadístico genético-, pese a la ausencia de todo síntoma evidente. La genética así es seleccionada como la causa primordial, desdibujando todos los factores que confluyen con ella. Señalaremos que la "enfermedad genética" es factible de quedar fuera de los seguros privados de salud por "pre-existencia" y favorece los procesos de "selección adversa".

En las "pre-sintomáticas" no se aspira al diagnóstico temprano de una enfermedad *existente* (la prevención secundaria de mediados del siglo XX), sino que se propone una terapéutica actual para una enfermedad que el sujeto "*podría llegar a tener*" o "corre riesgo de padecer" (46). El caso más discutido en salud mental es la aparición en el próximo DSM V (Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos en su quinta edición) del "síndrome de riesgo de psicosis" cuya vague-

dad no obstaculizaría que se medique con antipsicóticos a una gama importante de personas, especialmente jóvenes, sin ponderar su eficacia real o los riesgos que los efectos de tales fármacos conllevan.

Finalmente los procesos inherentes a la vida misma -malestares, padecimientos, singularidades que escapan de las normas, etc.- son nominados como enfermedades y frecuentemente sometidos a "cura" farmacológica. Otro ejemplo del DSM V es la medicalización del duelo normal que habilita a prescribir psicofármacos ante manifestaciones de dolor que persisten más de 30 días después de la pérdida, por ejemplo, de un ser querido.

En oposición a esto, el pensamiento médico social/salud colectiva pone en escena la vida y la subjetividad en el sentido social y singular, tal como hemos tratado de mostrar en los puntos anteriores. Además de ello, una de sus herramientas para deconstruir estos discursos es la crítica al concepto de "riesgo" tal como el mismo aparece en la Epidemiología Clásica, que construye sujetos y poblaciones "abstractas" y ontologiza los cuadros patológicos (47).

Los postulados sobre salud-enfermedad-cuidado de la corriente médico social/salud colectiva llevan indefectiblemente a desplazar el eje de las prácticas de la enfermedad al sujeto y a cuestionar la práctica médica centrada en las patologías individuales. Se propone, entonces, una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares. Práctica que se desplaza de la "ontología de la enfermedad" al sujeto, produciendo una "clínica ampliada" que requiere de nuevos modos de gestión del trabajo en salud: horizontalización y articulación entre especialización e interdisciplinabilidad (48).

La medicalización de la vida tiene particular desarrollo en el campo de la Salud Mental, debido a sus configuraciones específicas.

El campo de la salud mental en este escenario

"No existen mecanismos biológicos accesibles al conocimiento sin un sujeto que los expresa e interpreta y una relación con otro que los valora y construye teorías explicativas. La confusión consiste en la pretensión de que el discurso de la neurobiología es ya integrador de los tres niveles"...

Emiliano Galende (49)

"No podemos cambiar el mundo pero sí el precio que pagamos por observarlo.... Alplax disminuye la vulnerabilidad ante el stress"

Laboratorios Gador
(propaganda de ansiolítico 2003) (50)

Las transformaciones y reformas en el campo de la Salud Mental han tenido puntos de confluencia y articulaciones rizomáticas con la medicina social/salud colectiva, pese a haber transitado, muchas veces, caminos

paralelos con postulados o cuestionamientos similares (51). Esto porque de la mano de las propuestas de Salud Pública -y en consecuencia de la crítica a las mismas- se han producido sus equivalentes en el campo de la Salud Mental, desarrollándose, por ejemplo, los discursos de la *Higiene Mental*, de la *Prevención en Salud Mental*, o de la *Atención Primaria en Salud Mental*.

Bertolote (52) señala que con el nacimiento de la OMS y su configuración como organismo internacional técnico-político en materia de salud, surge inmediatamente y como parte del mismo un comité de expertos en salud mental cuya tendencia fue la de buscar fomentar tanto la atención comunitaria de aquellos que tradicionalmente habían sido el objeto del campo (los "locos"), así como ampliar las acciones a la comunidad desde una perspectiva y organización *preventiva*.

De este modo, las políticas en Salud Mental, nacidas en la posguerra en el marco de los Estados de bienestar, generaron formas de atención ambulatoria y comunitaria como alternativa o modernización del modelo asilar-manicomial que fueron tomadas como referencia en América Latina. También lo son los postulados de la OMS/OPS cuyo énfasis en los modelos comunitarios de salud mental comenzó en la segunda mitad del siglo XX y que han acentuado su abogacía por las reformas desde principios del siglo XXI (53, 54). Sucede que en el campo de la Salud Mental persisten en el siglo XXI formas institucionales de respuesta a la problemática de la locura propias del siglo XIX: las instituciones asilares manicomiales. Éstas coexisten -como capas geológicas-, con las formas actuales del proceso de medicalización extrema de la época, a veces en el mismo establecimiento.

Los procesos de transformación de la atención en Salud Mental tienen como escenario las particularidades de los procesos de democratización de nuestras sociedades y sus actores, y las reformas de los sistemas de salud. En este punto, los aportes del pensamiento médico social/salud colectiva a la comprensión de la articulación entre Estado y políticas de salud en América Latina, resultan fundamentales.

Aunque los principios e incluso los dispositivos de las reformas en Salud Mental tengan semejanzas entre sí, la diversidad de contextos ha marcado diferencias. No es posible, por ejemplo, comprender la reforma psiquiátrica brasilera sin ligarla con el movimiento que llevó a la creación y consolidación del Sistema Único de Salud (SUS); ni analizar el estado actual de la reforma en Colombia sin tener presente lo que la implementación del modelo bancomundialista ha implicado en el sistema de salud; o considerar la reforma en Argentina sin referenciarla a la segmentación y fragmentación del sistema sanitario del país, con la puja de actores, alianzas y pactos que han caracterizado su configuración (55).

Para considerar la relación existente y potencial entre el pensamiento/acción de la medicina social/salud colectiva y el subcampo de la Salud Mental, tomaremos los ejes que hemos delineado previamente: la conceptualización del proceso de salud-enfermedad-cuidado, el enfoque de derechos y la perspectiva de integralidad en las prácticas.

Como ya lo enunciamos, del abordaje de la conceptualización del proceso de salud-enfermedad-cuidado de esta corriente se deriva la imposibilidad de aislar la salud mental de la salud en general, salvo por finalidades operativas o de acción. La persistencia del campo de la Salud Mental se justifica por la particularidad jurídica de sus dispositivos que habilitan para denegar derechos en nombre de la "enfermedad", y bajo el supuesto de "peligrosidad", que se desplaza de los síntomas al sujeto, transformando lo que serían momentos del proceso que requieren cuidados particulares en una característica "intrínseca" de la persona.

Tampoco las prácticas generales de salud pueden seguir centradas en la suposición de que atienden "cuerpos biológicos" cuando se trata de sujetos en situaciones de padecimiento. No existe, desde esta lógica, una "enfermedad mental" como tampoco una "enfermedad orgánica". Todos los procesos vitales, que incluyen el enfermar y el morir, se construyen con la amalgama de determinaciones genéricas pese a su singularidad, e implican la dimensión subjetiva y orgánica indisolublemente.

Diferenciar objetos teóricos y niveles de análisis a fin de comprender y explicar, no debe llevar a confundirlos con objetos concretos. El desplazamiento del eje de la enfermedad al sujeto, en esta corriente, es el que ha llevado a introducir el concepto de "sufrimiento psíquico" o "padecimiento subjetivo" en la epidemiología y en las prácticas (56).

La importancia práctica y política de este planteo se hace evidente ante la forma extrema que la medicalización adquiere en este campo. Hoy es perfectamente posible dismantelar los establecimientos de internación prolongada, sin que se toquen los instituidos fundamentales objetivantes de sus dispositivos.

Introduciremos una reflexión sobre la psiquiatría desde este enfoque. Como afirmamos antes, una clínica ampliada no implica una negación de las especialidades, pero sí su incorporación en procesos de trabajo en salud horizontales, integradores e interdisciplinarios (48).

La propaganda de un laboratorio que aparece en el epígrafe de este punto, ejemplifica adecuadamente que no hay objeto sin discurso y que la producción de sentido alrededor de un producto medicinal puede introducir una consigna política de alto impacto. Contradictoriamente, fue publicada en la contratapa de una revista de psiquiatría que dedicó ese número a analizar -de manera responsable y compleja- el sufrimiento y la salud mental en el contexto de la crisis argentina de principios del siglo XX. Nos parece que esta contradicción metaforiza virtuosamente que el conflicto entre objetivación y subjetivación está planteado *al interior* de la especialidad. Ésta enfrenta el desafío de tener dos caminos posibles: reducirse a intermediaria entre la industria psicofarmacológica y los usuarios/población o recuperar su potencia en actos médicos en donde el vínculo intersubjetivo sea su herramienta fundamental, y en ello se fundamente la prescripción y la eficacia terapéutica del fármaco, concebido como parte de una estrategia ampliada de cuidado.

El debate sobre la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (57), un instrumento jurídico de indudable valor en la garantía de derechos de los usuarios de servicios de salud mental, no debiera reducirse a una puja corporativa, lo que ocultaría que el antagonismo entre objetivación/subjetivación está planteado *al interior* de todas las profesiones y disciplinas intervinientes en la salud mental.

El enfoque de derechos, que la corriente médico-social/salud colectiva enfatiza de manera tan especial, es central a las prácticas transformadoras en Salud Mental destinadas a destituir una de las formas paradigmáticas de objetivación de la modernidad. Su particular desarrollo en América Latina ha llevado a que movimientos y organizaciones que tienen como idea fuerza los derechos humanos se constituyan en nuevos actores del campo. A su vez, sus modos de acción han promovido la aparición de otros actores, tal el caso de las organizaciones de familiares y usuarios. Son quizás estos nuevos actores, los indispensables para modificar la tendencia fuertemen-

te corporativa de los actores tradicionales del campo, y modificar su resistencia a las transformaciones. Así mismo, el enfoque de derechos no implica solamente un nuevo ordenamiento jurídico, constituye un elemento nodal en los aspectos técnicos y de gestión, y liga indefectiblemente con la ética en la clínica singular (58, 59).

A modo de cierre, deseáramos resaltar que el pensamiento médico social/salud colectiva ha sido producido de manera sincrética en América Latina -territorio asombroso cuna de un oxímoron como "realismo mágico"- que atraviesa hoy uno de esos extraños y potentes momentos históricos a los que Walter Benjamin denominó "de peligro" (60). Es por eso que, a diferencia de la afirmación publicitaria del laboratorio, esta corriente latinoamericana forma parte de un extenso colectivo que, a nivel global, se plantea que es posible cambiar el mundo y que en ello, otra salud es posible ■

Referencias bibliográficas

1. Samaja J. Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004.
2. Stolkiner A, Solitario R. Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En: Maceira D. (comp.). Atención Primaria en Salud-Enfoques interdisciplinarios. Buenos Aires, Ed. Paidós, 2007. p. 121-146.
3. Stolkiner A. De la epidemiología psiquiátrica a la investigación en el campo de la Salud Mental. *Vertex* 2003/2004; 14 (54): 313-319.
4. Angenot M. El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2010.
5. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. México, Siglo XXI Editores, 1971.
6. Canguilhem G. La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica. En: Escritos sobre la Medicina. Buenos Aires, Amorrortu, 2004. p. 69-48.
7. Testa M. Análisis de instituciones hipercomplejas. En: Merhy EE, Onocko R (org.). Praxis en Salud. Un desafío para lo público. Buenos Aires/Sao Paulo, Lugar Editorial/Editorial HUCITEC, 1997. p. 17-70.
8. Breilh J. La epidemiología entre fuegos. En: Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social, Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Medellín, 1987. p. 35-59
9. Altamira C. Los marxismos del nuevo siglo. Buenos Aires, Ed. Biblos, 2006.
10. García JC. Entrevista a Juan C. García. (1983) En: Torres Goitia J. Desarrollo y Salud. Historia de la Medicina Social y de la Atención Primaria de la Salud. Universidad Andina Simón Bolívar, 2008. La Paz, p. 337-347.
11. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Revista Cubana de Salud Pública 2004; 30(2). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21430209>
12. Rojas Ochoa F, Márquez M (comps.). ALAMES en la Memoria. Selección de lecturas. La Habana, Ed. Caminos, 2009.
13. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud*

- Pública* 2002; 12 (2): 128-136.
14. Escorel S. Revirólta na Saúde-Origem el articulacao de movimento sanitário. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999.
 15. Pego RA, Almeida C. Teoría y Práctica de las reformas en los Sistemas de Salud: los casos de Brasil y México. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18 (4): 971-990.
 16. Stolkiner A. Prácticas en Salud Mental. *Revista Investigación y Educación en Enfermería* 1988; VI (1): 31-61.
 17. Onocko-Campos R, Pereira Furtado J. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22 (5): 1053-1062.
 18. Vasco Uribe A. Estructura y Proceso en la Conceptualización de la Enfermedad. En: Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Medellín, 1987, p. 15-33.
 19. Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires, OPS/OMS, 1990.
 20. Tejada de Rivero D A. Alma-Ata 25 años después. *Perspectivas de Salud* 2003; 8 (2). Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_2.htm (acceso: 2/7/2011).
 21. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8 (1): 185-207.
 22. Belmartino S. Modelo Médico Hegemónico. Conferencia. En: Anales de las Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, 1987. p. 197- 212.
 23. Menéndez E L. Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado. Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. En: Anales de las Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, 1987, p. 213-230.
 24. Foucault M. La crisis de la medicina o de la antimedicina. En: La Vida de los Hombres Infames. La Plata, Ed. Altamira, 2008. p. 67-84.
 25. Merhy EE. Salud: Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2002.
 26. Laurell AC. Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción. En: Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Medellín, 1987. p. 61-96.
 27. Berlinger G. La enfermedad. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1994.
 28. Almeida-Filho N, Silva Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cadernos Médico-Sociales* 1999; 75: 5-30.
 29. De Souza Santos B. Una epistemología del Sur. México, CLACSO Ediciones, 2009.
 30. García R. Epistemología y Teoría del conocimiento. *Salud Colectiva* 2006; 2 (2): 109-122.
 31. Ugalde A, Homedes N. La transformación de las estructuras globales de poder y su impacto en la salud. Palimpsesto No 6 Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 2007/2008. p. 15-26.
 32. Franco Agudelo S., Forero Martínez L. Guerra, Salud y Paz en Colombia, En: Franco Agudelo S (ed). La Salud Pública Hoy: Enfoques y Dilemas Contemporáneos en Salud Pública. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2002. p. 555-584.
 33. Laurell AC. La salud: de derecho social a mercancía. En: Laurell AS (comp.). Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud. México: UAM Xochimilco/Fund. F. Ebert, 1994, p. 9-32.
 34. Fleury S. Estado sin Ciudadanos. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997.
 35. Raffin M. La experiencia del Horror: Subjetividad y derechos humanos en las dictaduras del Cono Sur. Buenos Aires, Editores del Puerto, 2006.
 36. Gallardo H. Derechos Humanos como movimiento Social. Bogotá, Departamento Ecueménico de Investigación, Ediciones Desde Abajo, 2009.
 37. De Souza Santos B. Hacia una concepción multicultural de los Derechos Humanos. En: De Souza Santos B. De la mano de Alicia: lo social y lo político en la posmodernidad. Bogotá, Ed. UNIANDES, 1998. p. 345-368.
 38. Stolkiner A. Derechos Humanos y Derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Social Medicine/ Medicina Social* 2010; 5 (1): 20-25.
 39. Apparudai A. La vida social de las cosas. Perspectiva cultural de las mercancías. México, Ed. Grijalbo, 1991.
 40. Luz MT. Natural, Racional, Social- Razón médica y racionalidad científica moderna. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997.
 41. Foucault M. Nacimiento de la Biopolítica. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.
 42. Agamben G. Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Valencia, Editorial Pre-Textos, 2009.
 43. Stolkiner A, Garbus P. Ética y Prácticas en Salud Mental. En: Fantin JC, Fridman P. Bioética, Salud mental y Psicoanálisis. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2009, p.171-186.
 44. Berlinger G. Ética de la Salud. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1996.
 45. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 321 (13): 886-890.
 46. Sfez L. La salud perfecta-crítica de una nueva utopía. Buenos Aires, Prometeo Libros, 2008.
 47. Almeida Filho N. La deconstrucción del concepto de riesgo. Almeida Filho N. a Ciencia Tímida. Ensayo de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000. p. 239-260.
 48. De Sousa Campos GW. Gestión en Salud. En defensa de la Vida. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2001.
 49. Galende E, Kraut AJ. El Sufrimiento Mental-El Poder, la Ley y los Derechos. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006.
 50. Laboratorios Gador. Propaganda de Alplax. *Vertex* 2003/2004; 14 (54). Contratapa.
 51. Amarante P. (1995/2006) Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Buenos Aires, Ed. Madres de Plaza de Mayo, 1995.
 52. Bertolote JM. Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry* (Ed Esp) 2008; 6 (2): 113-116.
 53. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo 2001-Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, OMS, 2001.
 54. Organización Mundial de la Salud. Programa Mundial de Acción en Salud Mental, Programa Quinquenal de Apoyo a los estados miembro. Ginebra, OMS, 2002.
 55. Ardila S. La Transformación de la Atención Psiquiátrica en el Marco de las Reformas de los Sistemas de Salud: Opciones para las Prácticas de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud Colombiano. Tesis, Maestría en Psicología Social Comunitaria, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2008.
 56. Ausburger C. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales* 2002; 81: 61-76.
 57. Argentina. Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial Año CXVIII, N° 32.041, 3 de diciembre de 2010.
 58. Ardila S, Stolkiner A. Los Derechos Humanos: Categoría central para la evaluación de programas y servicios de salud mental. En: Trimboli A, Fantin JC, Raggi S, Fridman P, Grande E, Bertran G. Trauma, Historia y Subjetividad. 2010. p. 426-428.
 59. Ardila S. Los Derechos Humanos como Indicador de Resultados de Programas y Servicios de Salud Mental. En: Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación, VI Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires, Noviembre 22-24 de 2010. Tomo III, p.234-236.
 60. Benjamin W. Tesis de Filosofía de la Historia. En Benjamin W. Ensayos Escogidos, selección y traducción H.A. Murena. Buenos Aires, El cuenco del Plata, 2010. p 59-72.

Nuevo paradigma de la Salud Mental y su visión desde la Musicoterapia

Mariela C. Bianco

*Musicoterapeuta (Facultad de Medicina, Universidad Del Salvador)
Maestranda en Gestión de Servicios Gerontológicos (Universidad Isalud)
Musicoterapeuta de Proyecto Suma
Integrante de Equipo de Supervisión del Servicio Zonal de Promoción y
Protección de Derechos del Niño de San Isidro (Secretaría de Niñez y Adolescencia,
Min. Desarrollo Social de la Prov. de Bs As.)*

Introducción

“Cuando definimos nuestra identidad en términos de la disciplina somos independientes del campo: somos quienes somos por lo que nosotros sabemos sobre lo que hacemos. Cuando definimos nuestra identidad en términos de la profesión, somos dependientes del campo: somos lo que hacemos y lo que hacemos se basa en lo que ellos saben. Cuando somos independientes del campo nuestra tarea principal es la de educarnos; cuando somos dependientes del campo nuestra labor es la de educar a los otros.” (1)

Hablar de la musicoterapia en tanto disciplina plantea definir qué es una disciplina en relación a un campo de acción determinado, el cual habilita y determina un ejercicio profesional específico.

Iniciando la labor de describir las bases conceptuales a partir de las cuales se desarrolla el rol profesional de los musicoterapeutas, se celebra la posibilidad de comenzar a transitar un nuevo paradigma de salud mental, entendiendo que el hecho de abrir la mirada sobre los componentes históricos, socioeconómicos, culturales,

Resumen

El presente trabajo tiene como finalidad describir la visión musicoterapéutica de la salud mental, en el marco de la Ley Nacional 26.567. En primer lugar, se introducen nociones básicas sobre el origen de esta disciplina, los criterios que hacen a su práctica y las herramientas que utiliza para el abordaje, la escucha, el análisis y la intervención en el ámbito de la salud mental. Posteriormente, se hace referencia a los conceptos de musicoterapia, intervención y proceso creador, aportando algunas características de las relaciones que pudieran surgir entre cada una de ellas y su enlace con la salud mental.

Palabras clave: Musicoterapia - Paradigmas de la intervención - Proceso creador - Salud Mental.

NEW PARADIGMS IN MENTAL HEALTH AND THE VISION FROM MUSIC THERAPY

Summary

This paper aims to describe the vision of mental health from the standpoint of music therapy, framed by the National Law 26.567. First, basic notions about the origins of this discipline are introduced, as well as the criteria that inform its practice and the tools used by this approach, listening, analysis and the intervention in the mental health field. Later, the concepts of music therapy intervention and creative process are highlighted, providing some characteristics of the relationships that may arise between each of them and the mental health.

Key words: Music therapy - Paradigms of intervention - Creative process - Mental health.

biológicos y psicológicos como parte de la identidad y protagonistas del proceso de construcción de salud mental, habilita nuevos espacios en la práctica de los musicoterapeutas, en abordajes clínicos y de promoción de salud, ya no como anexos a un tratamiento sino como parte fundante del proceso que se procura generar en busca de una mejor calidad de vida de los usuarios, en tanto sujetos de derechos.

Los musicoterapeutas que trabajan en este campo, y se incluyen en los equipos de salud mental de las instituciones, han tenido la oportunidad de atravesar este proceso gracias al cual se arriba a la situación actual en éste ámbito, modificando paralelamente el propio marco conceptual. Transformación que se observa en las diferentes formas de implicar a la música sobre lo terapéutico, es decir, sobre la manera de considerar lo musical desde la clínica. La relación particular de estos dos elementos etimológicamente determinantes de la disciplina en los diferentes ámbitos de la salud, a pesar de que su evolución estuvo condicionada desde los inicios por la de la profesión médica y su paso por los diferentes modelos de atención, ha generado, paulatinamente, un cuerpo conceptual propio de la musicoterapia.

Si bien, en pleno siglo XXI, se puede afirmar que la mayoría de los profesionales de la salud que se desempeñan en ámbitos institucionales han trabajado al menos con un musicoterapeuta, no se observa un conocimiento certero sobre sus técnicas, el modo en que interpreta e interviene, o de sus posibilidades para colaborar en la determinación de un diagnóstico. Por tal motivo, la propuesta del presente artículo implica, en parte, el hecho de traducir, decodificar este marco conceptual, de modo tal que sea contemplado como un aporte a la salud en el marco de un dispositivo interdisciplinario. De este modo, se plantea la necesidad de resignificar lo que sucede en la intimidad de una sesión de musicoterapia y hacerla comprensible, ya que cuando todos los integrantes de un equipo de salud se comunican utilizando un lenguaje que les es común, y que comprende aspectos biopsicosociales de las personas destinatarias de su hacer, es posible leer, mirar, escuchar, interpretar e intervenir sobre un sujeto en su integralidad.

Citando palabras de Eduardo Grüner en relación a la interdisciplinar: *"En una era en que se nos dice que las filosofías han perdido su vocación sistemática, su impulso imperialista de alcanzar una Verdad única, en que se habla (y se verifica empíricamente) de la crisis del sujeto cartesiano, unificado y omnipotente ¿cómo podrían las ciencias llamadas blandas (y aún las duras) defender ninguna pretensión de discursos nítidamente delimitados, objetos de estudio precisos y ontológicamente constituidos? (...) ningún especialista tiene hoy derechos ni privilegios (y mucho menos garantías de precisión) para dar cuenta acabadamente de la compleja polifonía social y política"* (2).

Musicoterapia: paradigmas de la intervención

Buscando iniciar un diálogo entre los dos conceptos que motivan el presente trabajo (salud mental y musicoterapia), adoptando y validando la noción de salud

mental de la Organización Mundial de la Salud ("estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad") (3), es posible comenzar a tejer relaciones que constituirán la trama conceptual sobre la cual transcurre la tarea de los musicoterapeutas en el contexto de la nueva Ley Nacional 26.567/11 de Salud Mental ("... se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona") (4).

Asimismo, la musicoterapia, para la Federación Mundial de Musicoterapia es definida como *"el uso de la música y sus elementos, realizada por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar y promover la comunicación, las relaciones, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas."* (5).

Desde una visión histórica, la religión, la magia, los mitos, constituyeron la esencia de las prácticas curativas, afirmando el poder de la música sobre las emociones, voluntades y la educación de las personas. Enunciar que la música acompaña la evolución del hombre filo y ontogenéticamente, otorga a quienes la utilizan como parte esencial de su caja de herramientas, un encuadre que ubica a la cultura y su contexto como uno de los elementos claves a la hora de llevar adelante su tarea y diseñar objetivos de trabajo terapéutico o de prevención y promoción de salud.

Resulta interesante pensar en la posibilidad de desarrollar una metáfora, a partir de la descripción de la música y el papel de ésta en el abordaje a la salud mental; metáfora del modo de hacer música en tanto modo de hacer en la vida cotidiana, contemplando los recursos, las relaciones entre los elementos, las personas y sus historias de vida. Para ello, se toma como referencia la dimensión de la teoría de la música, que enuncia: la música es el arte de combinar sonidos, articulados por silencios, organizados rítmica, melódica y armónicamente, pensados en relación a una estética particular y logrados a partir de un proceso creativo. Es desde esta mirada que se reconoce en los elementos de la música, las herramientas de la musicoterapia y su posibilidad de promover, merced a esta metáfora que propone todo discurso (incluso el discurso sonoro/musical), el acceso a los aspectos saludables de la persona. La propuesta surge, entonces, en el hecho de tomar el discurso musical como metáfora de la palabra.

Desde el pensamiento psicoanalítico, la música, en tanto manifestación del arte, es entendida como una proyección simbólica de contenidos inconscientes, lo cual viene a fundar uno de los axiomas de la musicoterapia, poniendo en escena su objetivo principal, el que se centra en procurar un lugar para la expresión, la identificación, la asociación de estos contenidos, valién-

dose de las técnicas, los recursos, las prácticas que cada profesional considere necesarios, teniendo en cuenta la historia sonora individual y las posibilidades actuales de encontrar, a partir del enlace con lo cotidiano, una mayor calidad de vida.

Bruscia (1) hace mención a la musicoterapia como *un proceso sistemático de intervención*, en donde lo que la hace específica es que estas intervenciones que se realizan en el proceso terapéutico siempre implican: *la presencia de lo sonoro, la búsqueda de estética o belleza y la posibilidad de experimentar la creatividad*.

Atendiendo a la palabra intervención y a su inevitable alusión al hecho de actuar sobre algo, teniendo como finalidad modificar una situación existente para lograr un objetivo, se propone pensar nuevas formas de intervenir como también rediseñar el rol del musicoterapeuta en tanto promotor de salud, entendiendo que el proceso terapéutico o preventivo es más importante que aportar algo que no se tiene, que apelar a resultados pensados a partir de una lógica centrada en la enfermedad como falta. A partir de esta idea, se comienza a visualizar la evolución que sufren los viejos modelos de abordaje en Salud Mental, que desplegaban su accionar bajo la concepción del sujeto en tanto paciente, hacia un nuevo paradigma de intervención que se propone ampliar su mirada sobre los aspectos resilientes, para hacerlos visibles y echar luz sobre ellos. Se comienza a gestar entonces una nueva manera de intervenir en salud, que entiende al sujeto en su complejidad, fomentando la adquisición de recursos que permitan afrontar los cambios que garanticen el acceso a una mejor calidad de vida.

Tomando esta propuesta, y citando una posible manera de llevar adelante este tipo de acciones, se comparte un proyecto llevado a cabo en la institución Proyecto Suma, con un grupo de usuarios de un espacio de musicoterapia.

Este grupo, conformado por jóvenes y adultos con una historia musical previa a la irrupción de la enfermedad en su vida, llegaron trayendo a las sesiones un relato en relación a la música como pérdida, como no lugar, como aquello que ya no está en sus vidas y que los ubicaba en la falta de capacidad para hacerlo. A partir de la experiencia de volver a tocar con otros, explorando nuevos géneros, improvisando con instrumentos que no eran los de su dominio, comienza a escucharse entre ellos la idea de tocar en algún lugar donde pudieran ser escuchados, en calidad de artistas. Es así que, ante una actividad institucional en la cual una galería de arte abre sus puertas para que usuarios de la institución y artistas profesionales expongan sus pinturas, se plantea la posibilidad de llevar los instrumentos contruidos por ellos y realizar allí una intervención musical. Para tal fin, ponen en funcionamiento recursos olvidados, proponen ensayos por fuera del horario semanal, concurren a la galería para evaluar el mejor escenario y la acústica del lugar, buscan recursos materiales para lograr el mejor sonido, etc.

Este pasaje de sujetos que necesitan de un terapeuta para ser motivados a expresarse, a conectarse con aquello que les es significativo y está callado, que ha ocupado

un lugar de construcción subjetiva, hacia otro lugar que los habilita en una posición en donde es posible hacer algo para y por otros, se enmarca en las acciones que propone el nuevo paradigma de intervención musicoterapéutica en Salud Mental, y cita un ejemplo sobre cuán favorable pueden resultar este tipo de propuestas en la vida de una persona que se encuentra atravesando un proceso de rehabilitación de su enfermedad. Es necesario resaltar la importancia que tiene, al menos en este caso, la colaboración en un proyecto institucional, en algo que se lleva a cabo por fuera de sus paredes y ante otras personas a quienes no conocen y quieren ofrecerles su música, lo que saben, lo que pueden hacer más allá de su patología.

Es a partir de estas situaciones que un musicoterapeuta comienza a pensar en fortalecer estas capacidades, de manera que puedan constituirse como herramientas para desarrollar otras fortalezas y, tal vez, generar un nuevo proyecto por fuera de la institución o con el soporte de ella pero en dirección al ámbito social y cultural del cual cada uno forma parte y al que pueden invertir desde una posición diferente y saludable.

Las intervenciones, de acuerdo a lo enunciado, se orientan hacia los aspectos conservados del sujeto, en su posibilidad de resignificarlos, para construir una nueva realidad de la cual ser protagonistas ejerciendo un rol social activo.

El proceso creativo: la creatividad como capacidad para construir salud

Para transmitir fielmente la importancia del proceso creativo, se realizará una descripción de los elementos que se ofrecen a los usuarios para transitarlo.

En primer lugar, comprender la singular valoración que la musicoterapia otorga al aspecto sonoro permite comenzar a descubrir el modo en que se atraviesa el proceso creativo y la importancia que adquiere el hecho de poder direccionar las producciones sonoras hacia un modo de funcionamiento lo más saludable posible.

Esto hace resonar el sentido otorgado por Bruscia a la búsqueda de belleza en los abordajes musicoterapéuticos, enunciando que la musicoterapia centra su hacer en la belleza, y que la experiencia sonora siempre es de tipo estético pues está motivada por la búsqueda de belleza, experiencia saludable lograda a partir del encuentro de sentido. Se habla de una belleza conceptuada, no en tanto a lo que pueda tener de agradable, deseado o establecido por los cánones sociales, sino a la procurada por el encuentro con aquello que es significativo para el sujeto que la experimenta. Menciona: "la esencia de escuchar o de crear música como una tarea terapéutica es experimentar la belleza y el significado de la vida y, en el proceso, aprender a enfrentar los problemas y desafíos que son parte esencial de la vida" (1). Es una percepción claramente subjetiva, vinculada a los rasgos identitarios, relacionada directamente con la historia de vida individual.

Revisando las distintas maneras de percibir la belleza, es interesante descubrir que esta visión estuvo presente

en las antiguas culturas griegas, en las que se observa una concepción de lo bello que adhiere al encuadre que se pretende describir. Si bien en ellas se encuentran diferentes referencias e interpretaciones de este concepto, se advierte uno de ellos como más significativo: "el arte puede comunicar un acto de reconocimiento, de descubrimiento, cuando el que percibe toma conciencia de las semejanzas entre la obra de arte y su modelo (o modelos) de las cosas". Aristóteles hablaba de la belleza haciendo referencia a lo ordenado, equilibrado, armónico, sinónimo de organización, de educación; educación como acceso a la cultura. Asimismo, la belleza del descubrimiento en musicoterapia, constituye un objetivo de tratamiento, al que se arribará a partir de la utilización de las herramientas procuradas en sus diversos abordajes, para así explorar profundamente la historia sonora individual, y emerger con el tesoro de una nueva forma de ser, de estar y de hacer, plausible de asociar con la sensación de estabilidad, de encuentro, de armonía propuesta desde las diferentes dimensiones descriptas (6).

Por ello, pronunciar a la belleza en musicoterapia, en el ámbito de la Salud Mental, implica también hacer referencia a los conceptos vertidos por la rama de la Filosofía que dedica su atención a la percepción de la misma y al estudio de su esencia. Esta rama, que estudia la belleza y la teoría fundamental y filosófica del arte es la Estética.

Teniendo en cuenta que en los abordajes de la musicoterapia se considera a lo sonoro como manifestación sublimada de procesos inconscientes, el buscar la belleza, la estética, desde la lógica de este lenguaje estaría implicando tender al hallazgo de un orden en particular, de una nueva construcción subjetiva.

En consecuencia, se trabaja para favorecer el surgimiento de una producción sonora en la lógica de esta estética, que es la lógica de la organización subjetiva. El modo de llegar a esta organización, las funciones que se utilizan para ello, es lo que determina la estética de cada sujeto, en el marco de un contexto que lo determina.

Hablar de salud y enfermedad en este contexto, lleva a recordar la metáfora propuesta entre el hacer música y el modo de hacer en la vida cotidiana. Hace mención a la búsqueda de armonía necesaria para logra una mejor calidad de vida cuando lo que insiste (desde lo sonoro como manifestación de lo inconsciente), sólo está bañado de inestabilidad, desequilibrio, sin forma, sin ritmo, sin sentido melódico e introduce la noción de creatividad y proceso creativo como aquello por medio del cual un profesional musicoterapeuta intenta arribar a la lógica descripta, construyendo o facilitando la aparición de los aspectos saludables de la persona.

El elemento del que se vale esta disciplina para transitar estos procesos y encontrar la propia estética, es el sonido. Pensarlo en tanto representación simbólica del sujeto que lo produce da lugar a preguntar:

¿Qué implicancia adquiere un sonido en el contexto de un abordaje terapéutico o de promoción de salud, más allá de su lectura y valoraciones fenomenológicas?

Una de las acepciones encontradas a la hora de definir el elemento sonoro, lo formula como "una herramienta facilitadora del despliegue del deseo y de mecanismos

resilientes en la comunidad y en los sujetos. (...) Los discursos sonoros de las personas poseen los rasgos de su propia organización cognitiva, emocional y social; y por lo tanto las músicas elegidas por la gente, el uso y la función que le atribuyen, su morfología y sus textos, y los ámbitos en que se desarrollan los intercambios musicales son apenas algunos de los indicadores con que contamos los musicoterapeutas para comprender el estado y el porvenir de la salud mental comunitaria" (7).

La descripción de la relación entre el sonido como herramienta y su utilización en el abordaje de la salud mental, deriva en la mención a la musicoterapia como disciplina que históricamente piensa al sujeto objeto de estudio como un ser que debe ser escuchado, mirado, alojado en la individualidad de la historia sociocultural que lo conforma. Historia que se reconoce como bañada sonoramente desde los inicios de la vida, con las características propias del lugar de donde proviene.

Bajo esta perspectiva, el surgimiento del sonido, en el contexto de un espacio musicoterapéutico, permite descubrir el atravesamiento cultural que dio origen a esa subjetividad inmersa en la complejidad de los diversos elementos que la componen.

Entonces, cuando se hace presente un sonido en una sesión, el profesional musicoterapeuta, a partir de la escucha especializada del mismo, comienza a analizar su modalidad (textura, ritmo, melodía, armonía, funciones que se utilizan, timbres, intensidad, silencios, etc.) y su potencial evolución hacia la forma más elevada de relación entre sonidos: la música (música como lenguaje, como estructura a partir de la organización de signos, de figuras, sonidos, silencios, palabras). Existen tres acciones del profesional musicoterapeuta para llevar a cabo este análisis: la escucha, la interpretación y la intervención sobre los elementos sonoros. Estas acciones/intervenciones pueden realizarse sonora, corporal o verbalmente.

Aquello que se escucha por la utilización del elemento sonoro, materializado a partir de la manipulación de instrumentos musicales, la utilización del cuerpo y la voz, es definida como *producción sonora*. En ocasiones, algunas de ellas adquieren la estructura de producción musical sin haberlo pactado *a priori*, puesto que no constituye un objetivo en sí mismo. No obstante, su surgimiento denota algunos fenómenos frecuentemente observables en la práctica, ya sea a partir de la particularidad de un grupo tanto como de un espacio individual, en una institución específica o en el contexto de un consultorio, de un momento histórico y cultural, o a partir de los diversos discursos sonoros que hacen surgir quienes pudieran estar siendo afectados por una circunstancia en su proceso individual y que atraviesan e impactan en el resto del grupo al que pertenece (los atravesamientos individuales en contextos grupales enriquecen y complejizan la tarea).

La diferencia entre una improvisación sonora que se escucha en una sesión de musicoterapia y una composición musical llevada a cabo por un músico, instala en este relato el concepto de intencionalidad artística. En relación a esto, sólo se mencionará que un compo-

sitor, desde el momento en que comienza a trabajar en su obra, se propone desde el inicio de su proceso creador un producto musical, no siendo del mismo modo para un sujeto que improvisa en una sesión de musicoterapia, quien probablemente esté intentando expresar algo que le genera sufrimiento, placer, alegría, angustia, etc. Así lo describe la Lic. Gabriela Wagner, cuando describe a la musicoterapia expresiva: *“recordemos que la musicoterapia se basa en capacidades humanas que se dan en todos los pueblos y en todos los tiempos. Más allá de las diferencias culturales y el nivel de capacitación, lo que cambia esencialmente es la comprensión de los procesos que ello involucra. La intencionalidad en la selección o no del material sonoro dependerá del para qué y esto último se definirá desde el encuadre”* (8).

Retomando el axioma que enuncia al sonido como proyección simbólica, la propuesta inicial de todo abordaje musicoterapéutico busca estimular su surgimiento, considerándolo como la principal vía de expresión de la vida psíquica del sujeto. A partir de allí, una vez revelada la forma en que se presentan los sonidos, lograda una estructura rítmica, una línea melódica o una canción, el profesional musicoterapeuta analizará si éstos pueden ser un lugar al que se busca llegar. Es decir, que constituye un objetivo a lograr en el marco de ese tratamiento, o una trama que necesita ser destejada, desenredada (dependiendo del sujeto o del grupo que la produce). Un sonido surge entonces porque se le está dando un espacio/tiempo para expresarse. La forma en que suena dependerá de la necesidad del sujeto que lo produce.

Se podría citar a modo de ejemplo que, en caso de una persona con una organización psíquica débil, vulnerable, afectada por determinada problemática, el surgimiento de una canción puede ser indicador de un límite en cuanto a la capacidad para tolerar la inestabilidad de una improvisación. O bien, si el punto de partida es la improvisación inestable, indiscriminada o repetitiva, el acceder a una estructura constituye un logro, por lo que se atenderá al modo en que se arribó a ella, qué tipo de funciones articuló entre sonidos y silencios, cuáles fueron las células que la originaron.

Las consignas en musicoterapia siempre buscan ir más allá del fenómeno musical, intentan arribar al origen de la música y del sonido en el sujeto y facilitar la expresión de la implicancia subjetiva adquirida a lo largo de su historia de vida: desde el primer grito al nacer hasta la más evolucionada construcción sonora, la música.

Por lo tanto, orientando la atención hacia la historia sonora del individuo, es posible visualizar el proceso que fue constituyéndola, desde su más temprana infancia, desde la voz de la madre, en los sonidos del entorno primario y actual, en las primeras canciones y las que siguieron formando parte de su vida y constituyendo sus rasgos indelentables. Éstos son los elementos que se toman como objeto de las intervenciones del musicoterapeuta quien, una vez que escucha y da sentido a lo que se está manifestando sonoramente (que no es otra cosa que una metáfora de lo inconsciente) propicia lo que considere pertinente y necesario para generar movimientos en torno a lograr el bienestar de la persona,

como también puede ser que la habilite para encontrar sus propias respuestas.

Desde el rol del profesional que busca evocar lo saludable, entre otras acciones posibles y devenidas de esta y otras disciplinas, estaría dado por el hecho de que el usuario pueda tomar las herramientas que se le ofrecen y con ellas producir, crear algo: sonidos, música, movimiento. Esa producción está hablando de la posibilidad de conectarse con sus emociones y, en caso de que surja algo que implique tanto una dificultad como una potencialidad o capacidad olvidada, apelar a modificar, construir, desarrollar, producir lo nuevo, lo saludable y así habilitarse en un rol social, cultural y familiar que le otorgue la categoría de ciudadano con derechos comunes al resto de las personas. Develar, definir, resaltar la historia sonora, colabora en el trazado de la dirección en la que debe transcurrir el abordaje terapéutico o preventivo.

El acto de otorgarle un sentido, más allá de lo manifiesto, a lo que el sujeto puede hacer con lo que tiene y con lo que se le presenta desde los diferentes dispositivos, apela a encontrar un posicionamiento subjetivo diferente. Ese pasaje simbólico marca una posible dirección hacia lo saludable que aún se conserva oculto o tal vez opacado por encriptados modelos vinculares.

Kenneth Bruscia (9) creó perfiles de análisis sosteniendo que las improvisaciones sonoras son un reflejo de la forma en que el individuo se desenvuelve en lo cotidiano; que son representaciones simbólicas de elementos inconscientes. Estos perfiles dieron lugar a muchos trabajos de investigación, que aportaron valoraciones significativas para la clínica.

Pero develar la existencia de sonoridades enfermas o saludables implica generalizar, con el riesgo de perder en este intento la subjetividad contenida en el discurso sonoro y que no debiera quedar oculto bajo una categoría o perfil. Lo cierto es que un sonido que insiste, una función de articulación que se repite incesantemente, un ritmo que no llega a organizarse, la falta de línea melódica, etc., enuncian una dificultad en la organización dinámica de los sonidos, de las funciones que se utilizan para llegar a ella, para crear estructuras y que estas manifestaciones pueden constituirse como indicadores de aspectos patológicos de la persona.

Este enlace se observa en el análisis de lo sonoro en tanto discurso de un sujeto, atendiendo a que el mismo se despliega a partir de atravesar procesos creativos que utilizan funciones de articulación, las que también le son propias a ese sujeto y que conservan una estética que le pertenece. Atravesar un proceso creativo, implica poseer la capacidad de articular, organizar, regular sonidos y silencios y que esto referencie lo que se intente dar a conocer. Hablar de capacidad también hace lugar a la dificultad para lograr esa habilidad. Entonces, podría ser que no todas las personas la posean y que la aparición de determinados obstáculos genere la necesidad de trabajar en pos de sortear y superar esa dificultad.

En este sentido, se habilita la noción de la música como lenguaje que, como tal, augura a partir de una improvisación sonora, la presencia de un discurso que

comparte con la palabra la posibilidad de estructurarse gracias a la articulación de signos (sonidos) para formar frases, estructuras, a los que se le suma entre sonidos la presencia fundante del silencio en sus diversas formas, todas ellas necesarias para que la voz (exterior e interior), los instrumentos, el cuerpo, puedan escucharse. Esta capacidad para construir le exige al sujeto que apele a su creatividad a la hora de combinar los sonidos y silencios que son la materia prima de su discurso sonoro.

Pichón Rivière (10) mencionaba la importancia de poder contactarse con el caos de una paleta de colores, para luego, hacerlos jugar y arribar a un objeto de arte. Esta mención al proceso creativo, aplicable a todas las formas de expresión artística, demuestra que la paleta de colores, tanto como los sonidos que constituyen la historia de vida de cada sujeto, puede combinarse y organizarse de diferentes maneras.

La organización representa aquí un concepto común a todos los profesionales de la salud mental: la organización, en este contexto es organización subjetiva.

En muchas oportunidades, el sujeto no logra transitar este paso y, por citar un ejemplo de las dificultades que se interponen en personas con afecciones severas en su salud mental, se encuentra aquella que no da lugar al silencio necesario entre sonidos. Ya desde la Física, este fenómeno está descrito como *no comunicación*, al mencionar que cuando dos sonidos se superponen, o falta el intervalo del silencio entre ellos, se anulan; por ello, se buscará generar y respetar un tiempo al silencio que inaugure la diferencia entre sonidos.

Al decir de Ana María Gómez: "*la superposición* (de sonidos) *confunde*" (11). Es como no decir. El silencio, la espera, el soportar la tensión, también forman parte de la cultura (en tanto posibilidad de constituirse en un ser social) y de lo saludable que hay en ella, en tanto habilitadora de intercambios con otros. En este sentido, es posible hacer también una primera lectura de lo vincular. Desde esta lógica, la capacidad de escuchar al otro depende de la posibilidad de soportar el silencio necesario. Este tiempo entre sonidos y silencios, inaugura la rítmica del diálogo. El ritmo que surge sólo si estos dos elementos están presentes.

Una producción sonora, como puede ser una improvisación clínica, es el objeto de estudio de los musicoterapeutas. A partir de ella se aborda aquello que fue presentado como necesidad, como objetivo de tratamiento o consulta, y que es a lo que se arribará probablemente una vez atravesada la experiencia del proceso creativo. Se apuesta al armado de un discurso sonoro que supere a la repetición, al acto carente de sentido.

Hablar de producciones sonoras obliga a describirlas y relacionarlas a procesos de sublimación, en el sentido de llevar el fin pulsional hacia una actividad desexualizada, como puede ser la artística en cualquiera de sus manifestaciones, que le permita al sujeto ir pasando de un modo de satisfacción a otro. Salirse de la repetición, para animarse a construir nuevos mecanismos, una nueva trama vincular, el reconocimiento de otra forma posible de lograr la satisfacción. Este proceso, que constituye un pasaje de posicionamientos a los que podríamos

denominar enfermos, hacia otros, más saludables, es lo que se intenta habilitar en la práctica musicoterapéutica. Es uno de los criterios de los musicoterapeutas, tanto como sostener que es posible que una persona despliegue su subjetividad más allá del lenguaje que utilice para hacerlo. El sonido, el silencio, la música, el cuerpo, la producción sonora, hablan, tanto como la palabra.

La forma en que cada sujeto toma los elementos que se le ofrecen en las improvisaciones sonoras, habla de su subjetividad. El modo en que va seleccionándolos, explorándolos, relacionándolos, echa luz sobre las funciones que utiliza con los objetos, con el otro, con los otros, con el lugar.

En un estudio llevado adelante por el equipo ICMUS (12), en donde se evaluaron las improvisaciones de personas con y sin diagnóstico psiquiátrico, se pudieron observar las formas que cada una de ellas daba a su producción.

A estas formas o patrones, las agruparon en perfiles y lograron encontrar claras diferencias y similitudes entre unos y otros observando las posibles variables de *organización dinámica de la expresión sonora y las funciones sonoras intervinientes*, que muestran el procedimiento por medio del cual el sujeto se expresa: "*... quien se expresa asume una acción formante y esto es producir forma y estructura*" (12). Cada uno de los patrones observados, fueron descriptos como *perfiles sonoros individuales* (PSI), a saber:

- Aleatorios: comportamiento de manipulación desorganizado o rígido; parcial uso de la función de diferenciación; presentación usual de repeticiones; sensación de inestabilidad o rigidez de quien escucha.

- En germen: comportamiento de creación inicial y equilibrio; aplicación de las funciones de diferenciación; selección parcial; constancia parcial; posibilidad parcial de repeticiones; sensación de fluctuación e inestabilidad en quien escucha.

- Estable: creación inicial y equilibrio; aplicación de las funciones de diferenciación, selección, combinación y constancia; injerencia parcial de la función variación; constancia parcial; posibles repeticiones; sensación de estabilidad en quien escucha.

- En complejidad: comportamiento de creación enriquecido y cierta inestabilidad sin pérdida del equilibrio en el sujeto; aplicación total de las funciones de selección; diferenciación; constancia; combinación; variación; parcial presentación de las funciones de constancia e integración; ausencia de repeticiones; fluctuante entre estabilidad e inestabilidad en quien lo escucha.

- Integración creativa: comportamiento de creación altamente rico y fluido; aplicación total de las funciones sonoras; ausencia de repetición; sensación de dinámica y fluidez creativa en la escucha.

De la muestra seleccionada a los fines de la investigación surgieron importantes conclusiones, las que pueden consultarse en la bibliografía citada. No obstante, se sintetizan los puntos más significativos en función del presente artículo:

1- Las personas con un diagnóstico de patología mental (DPM), se expresaron mediante los PSI "Aleatorio" y "En germen" principalmente, pero también accedieron en un porcentaje menor al perfil "Estable"¹.

2- Los sujetos sin DPM se expresaron mayormente con PSI "En germen" y "Estable", y en menor grado con el PSI "En Complejidad" e "Integración Creativa"².

3- En cuanto a la duración de las improvisaciones, quienes se expresaron bajo el perfil "Aleatorio", con y sin DPM, en un 78,5% realizaron una producción sonora menor o igual a 3 minutos; en el perfil "En Germen", con y sin DPM, el 21,8% lo hizo del mismo modo; en el perfil "Estable", el 3,84% logró la misma duración; en el perfil "En complejidad" el 25% desarrolló una producción sonora de este tipo, (el equipo aclara que la muestra de este perfil fue mucho más pequeña que las restantes, con una relación de 1 a 8); en el perfil "Integración Creativa", todos los sujetos lograron improvisar por más de 3 minutos en su producción. Claramente, los perfiles menos organizados, se sostienen también durante menos tiempo.

4- Las personas sin DPM que se manifestaron bajo el perfil "En Germen" (20,2%), sólo presentaron la función de constancia parcial en un 27,7%, por lo que el resto, logró una expresión "Estable" y en el caso de perfil "En Complejidad", el 85,7%. Es una variable que permite observar la inestabilidad presente en todos los perfiles, pero distribuida de acuerdo a las características generales de cada uno. A mayor organización, más estabilidad.

Se describirá brevemente el estudio de la modalidad por la que se arribó a estos perfiles de comportamiento y a las modalidades de enlace con los objetos. Estas últimas describieron el tipo de relación establecido entre el sujeto y los objetos y la investidura sobre los recursos sonoros que se toman al improvisar.

El estudio de la relación con los objetos, en el momento del contacto inicial reveló:

1- En sujetos con DPM, el objeto no generó un estado emocional de fácil apreciación, observándose: total indiferencia sin registro de su presencia; indiferencia parcial con registro de su presencia; bloqueo, conductas asustadizas; conductas lábiles; conductas fusionales.

2- En sujetos con DPM, el objeto fue reconocido y generó curiosidad, interés y conductas ansiógenas; resistencias; control racional; inhibición; indiferencia parcial con registro de su presencia.

La modalidad para vincularse con otras personas, dio origen a otra construcción conceptual: Los Perfi-

les Sonoros Vinculares (PSV) "Aislado", "Fusionado", "Dependiente", "Diferenciado" e "Integrado".

Los resultados relevantes: Las personas con DPM adoptaron el PSV Aislado y Fusionado, con cierto manejo Dependiente para la vida cotidiana. Estos dos primeros perfiles describen alteraciones en las funciones psíquicas, en la afectividad y la simbolización entre otras variables, a diferencia del perfil "Dependiente", que conserva varias funciones yóicas. Los perfiles "Diferenciado" e "Integrado" expresaron tendencias psicológicas más saludables.

Este estudio abarcó mucho más de lo extractado hasta aquí y por ello se resalta la tarea realizada por este equipo de trabajo que tanto aporta al hacer cotidiano de los musicoterapeutas, lamentando haber sintetizado tan laboriosa tarea, más allá de que se expresa la absoluta resonancia con la propuesta. Gracias a ella, la práctica pudo cuantificarse en un contexto social, cultural y económico propio, ya que algunos modelos de otros países nutrieron a la musicoterapia en Argentina con investigaciones similares. Por lo tanto, el hacerlo en el entorno en que se lleva adelante la práctica le otorga un valor esencial y lo fundamenta con mayor rigurosidad.

Finalmente, la importancia dada por ICMus a quienes escuchan y analizan la producción sonora habla también de una posición en torno a la salud mental, que sostiene que no es posible trabajar en este campo si no se considera la relación emergente entre las partes del tratamiento: usuario-terapeuta. Los PVS describieron también esta relación. La transferencia en musicoterapia es tomada como una herramienta de trabajo. La posibilidad de referenciar la producción sonora que emerge de un grupo y de un individuo, a las propias sensaciones emocionales, corporales, dieron cuenta de esta relación como también el hecho de percibir la belleza, la estética, como metáforas de la estabilidad, de la organización, del equilibrio, o sus antítesis. En toda lectura de lo vincular llevada a cabo en un espacio musicoterapéutico, se analiza también lo transferencial y toda la afectividad puesta en juego.

Conclusiones

El proceso creativo confronta al sujeto con problemas que debe asumir y buscar las diferentes maneras de resolverlo, de expresarlo, de darlo a conocer con los elementos que se le ofrecen, comunicarse y asociarse con otros, poder reconocer cuáles son las principales dificultades y ubicarlas en el contexto de lo cotidiano. Luego, dar forma, organizar el producto sonoro buscando la belleza, la calma que se vivencia cuando se encuentra aquello que es significativo para el sujeto y que lo acerca a la estética que encuentra su lógica en la organización.

¹ Aleatorio: 31,7% - En germen: 34,1% - Estable: 12,2% - En complejidad: 2,4% - Integridad Creativa: 2,4% - Perdidos: 17,1%

² Aleatorio: 1,1% - En germen: 20,2% - Estable: 23,6% - En complejidad: 7,9% - Integración creativa: 18% - Perdidos: 29,2%

La nueva Ley de Salud Mental invita a retomar aquello constitutivo del ser en su contexto sociocultural, y repensar las dificultades a las que se enfrentan en el intento de transcurrir creativamente quienes permanecen entre cuatro paredes durante años, padeciendo las consecuencias de vivir una realidad parcializada.

Los procesos creativos son tan diversos como sujetos existen. Los resultados de estos procesos son especiales y significativos para cada persona, en el marco de la complejidad de los factores que conforman su subjetividad. A pesar de haber definido perfiles de comportamiento y vinculares comunes a ciertas estructuras, el modo en que cada individuo transita el proceso, articula y pone en juego funciones, es único y las variables utilizadas a lo largo de cada proceso responden a su propia organización subjetiva, las que podrán ser encuadradas en perfiles de comportamiento y vinculares.

Este trabajo reveló varias existencias que forman parte de la historia del hombre y que, hoy, una disci-

plina toma para generar, en torno a esa evolución, una teoría que permita un abordaje de la salud mental por medio de otro lenguaje: el lenguaje sonoro.

Es posible hablar de la existencia de una historia sonora, que se interpreta y se le otorga sentido y lo instituye como parte de un discurso: el discurso sonoro.

Las producciones sonoras dejan ver, por su forma de presentarse, la metáfora del inconsciente que se manifiesta en ellas. Algunas personas sólo logran construir un mundo interno frágil, vulnerable, complejo, desorganizado, tanto como otros que pueden acceder a una estructura que los habilita para desarrollarse en la vida cotidiana. Ambos pueden darse a conocer en una producción sonora.

La forma en que cada sujeto toma los elementos de la música, atraviesa procesos creativos, arriba a un orden o una organización interna sólo o en el contexto de un grupo, es el objeto de análisis de la escucha musicoterapéutica: la subjetividad presente en el lenguaje sonoro ■

Referencias bibliográficas

1. Bruscia K. Musicoterapia, Métodos y Prácticas. México, Ed. Pax México, 1997.
2. Grüner E. Las formas de la espada, miserias de la teoría política de la violencia. Buenos Aires, Ediciones Colihue, 1997. p. 10.
3. Organización Mundial de la Salud. Qué es la salud mental. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
4. Ley Nacional 26.657/11 de Salud Mental.
5. Federación Mundial de Musicoterapia. Definición de musicoterapia. Disponible en: http://www.musicoterapia.org.ar/mus_definicion.php
6. Rowell L. Introducción a la Filosofía de la Música, antecedentes históricos y problemas estéticos. Barcelona, Ed. Gedisa, 1985. p. 55.
7. Pellizari y Rodríguez. Salud, Escucha y Creatividad. Musicoterapia Preventiva Psicosocial. Buenos Aires, Ed. Universidad del Salvador, 2005. p. 201.
8. Benenzon R. La Nueva Musicoterapia. Edición corregida y aumentada. Buenos Aires, Ed. Lumen, 2008. p. 224.
9. Bruscia K. Improvisational Model in Music Therapy. EE. UU., Charles Thomás Publishers, 1987.
10. Zito Lema V. Conversaciones con Enrique Pichón Rivière sobre el arte y la locura. Buenos Aires, Ed. Cinco, 1993.
11. Gómez Ana M. La voz, ese instrumento. Barcelona, Ed. Gedisa, 1993. p. 106.
12. ICMus. Proyecto Música y Psiquismo, Lo Psicosonoro. Buenos Aires, ICMus Editores, 2006. p. 84.

El rol del Terapeuta Ocupacional en el equipo interdisciplinario del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida

Agustina Pelatelli

Lic. en Terapia Ocupacional (UNQ)

E-mail: aguberta@yahoo.com.ar

Celeste Romero

Terapista Ocupacional (UAI)

Mercedes Uño Carreño

Lic. en Terapia Ocupacional (UNQ)

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su constitución, ha definido a la salud como "El estado de completo bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades" (1). Entendemos, al igual que la OMS, que la salud de las personas se ve fuertemente influenciada por lo que se realiza diariamente. Por el desempeño en los roles que posibilitan la participación social, por la organización de una rutina equilibrada y por el ejercicio de hábitos que sean para cada persona funcionales en su vida cotidiana. En concordancia con nuestra perspectiva acerca de la salud, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 reconoce a la salud mental como "un proceso determinado por componen

tes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona" (2). Esta perspectiva contempla múltiples dimensiones vinculadas a la persona, su entorno, su historia, y como el trastorno de salud mental produce falta de bienestar alterando su vida social y ocupacional. Es por ello que nuestras prácticas ponen su énfasis en la persona, su naturaleza ocupacional, y en la ocupación, más que en el trastorno de salud mental que esta pueda poseer. La ocupación se transforma en un medio imprescindible para intervenir y propiciar salud. Es así que, la persona,

Resumen

El rol del terapeuta ocupacional en el equipo de Salud Mental, particularmente en el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), consiste en aportar un enfoque centrado en la persona y en la ocupación significativa para ella. El equipo interdisciplinario de cada dispositivo, del cual el terapeuta ocupacional forma parte, realiza la planificación de sus objetivos y la instrumentación de los medios para alcanzarlos a través de estrategias de rehabilitación psicosocial. A la vez, se diseñan estrategias de intervención y de acompañamiento individual para que cada persona pueda llevar adelante un proyecto de vida en la comunidad, construyendo una vida social, ocupacional y laboral significativa orientada al desarrollo de la recuperación del usuario.

Palabras clave: PREA - Rehabilitación psicosocial - Recuperación - Ocupación significativa - Participación ocupacional - Entorno.

THE OCCUPATIONAL THERAPIST'S ROLE IN AN INTERDISCIPLINARY TEAM WITHIN THE REHABILITATION AND EXTERNAL AIDS PROGRAM

Summary

The role of an occupational therapist in the Mental Health team, particularly in the Rehabilitation and Assisted Discharge Program (PREA), is to provide a focus on the person and on a meaningful occupation for him. The interdisciplinary team of each device, involving an occupational therapist, performs planning goals and implementing the means to achieve through strategies of psychosocial rehabilitation. Meanwhile, intervention strategies are developed and individual support for each person is given to carry out a project of life in the community, building a social, occupational and significant work in order to enhance users' recovery.

Key words: PREA - Psychosocial rehabilitation - Recovery - Significant occupation - Occupational participation - Environment.

al comprometerse en actividades que les son significativas, conoce su entorno, logra descubrirse a sí misma, identifica sus habilidades, potencialidades y limitaciones. Aprende a interactuar con el medio y a expresar sus emociones (3). Los valores que constituyen la esencia de nuestra profesión incluyen la necesidad de descubrirlas, apoyarlas y fortalecerlas, propiciando su participación activa dentro del proceso de recuperación.

A partir de esta concepción, la experiencia llevada a cabo en el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital Interzonal "José A. Esteves" ha permitido poner en práctica diferentes estrategias de rehabilitación que posibilitaron a las usuarias del sistema de Salud Mental vivir en la comunidad sosteniendo su externación, luego de haber atravesado internaciones prolongadas, las cuales actuaron en detrimento de su participación ocupacional. Entendemos por "participación ocupacional" a la participación en el trabajo, juego o actividades de la vida diaria que son parte del contexto sociocultural propio y que son deseadas y necesarias para el bienestar personal. La participación no solo involucra el desempeño sino también la experiencia subjetiva. En consecuencia, la participación ocupacional implica hacer cosas con significación personal y social (3).

Parte de dichas estrategias es el conocimiento del entorno en el cual la usuaria se encuentra, es decir, las características físicas y sociales particulares del contexto específico en el que esa persona hace algo, y que a su vez impactan sobre lo que hace y cómo lo hace (3). Tanto la ocupación como el entorno conforman los aspectos básicos del acompañamiento del terapeuta ocupacional (TO) en el mantenimiento y recuperación de la autonomía.

Acerca del PREA

El Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A.) del Hospital Interzonal "José A. Esteves" de Témperley se puso en marcha en junio de 1999 a través de la Resolución Ministerial N° 001832 de la Provincia de Buenos Aires. En sus comienzos se fundamentó jurídicamente en la Declaración de Caracas de 1990 y teórica y técnicamente en diversas experiencias nacionales e internacionales de Salud Mental Comunitaria.

El objetivo general del programa es promover y sostener la externación y la inclusión plena en la comunidad de mujeres internadas en el Hospital Interzonal Especializado "José A. Esteves" que carecen de sostén familiar y económico, organizando redes asistenciales y sociales que actúen como soportes del proceso de externación.

Dicho proceso se lleva a cabo mediante un intenso trabajo de rehabilitación, con las personas aún internadas y luego, una vez producida la mudanza a casas de convivencia que el Hospital alquila a través del Ministerio de Salud de la Provincia, se continúa el trabajo de recuperación personal con el acompañamiento, tanto asistencial como comunitario en la externación.

El PREA tiene su base en el Centro Comunitario Libremente, allí es donde se propician las redes sociales y donde se acompaña en la continuidad del tratamiento y en la vida cotidiana de las usuarias del programa.

Luego de 12 años de trabajo, 63 mujeres viven en 15 casas de convivencia; unas 3000 personas desarrollan alguna actividad anualmente en el Centro Comunitario Libremente. A lo largo de todos estos años se ha trabajado en red con unas 30 instituciones locales que se transformaron en apoyos comunitarios significativos para los usuarios del programa.

Acerca del trabajo interdisciplinario

El PREA cuenta con un grupo de trabajadores: profesionales de diversas disciplinas, talleristas, enfermeras y acompañantes comunitarias que lo hacen desde la interdisciplina y el trabajo en equipo. A su vez cada dispositivo se encuentra organizado por subequipos los cuales asisten y acompañan a la persona en cada instancia, a partir de diversas estrategias de rehabilitación psicosocial y en la perspectiva de la recuperación al mayor nivel posible para cada persona asistida.

Admisión al Programa

Se trabaja en conjunto con los equipos de las salas de internación del hospital, para identificar a las personas que estarían en condiciones de comprometerse a comenzar un proceso orientado a una posible externación a través del Programa.

Talleres para la Externación

El equipo trabaja desde la perspectiva de la recuperación personal, en diferentes talleres con el objetivo de desarrollar, mantener e incrementar las habilidades necesarias para una futura vida en la comunidad.

En esta instancia el TO trabaja con el objetivo de incrementar y desarrollar habilidades y destrezas propias para la vida en comunidad que se fueron perdiendo durante la internación producto del deterioro que produce la patología psiquiátrica y la internación misma, que en la mayoría de los casos de las personas externadas a través del Programa suele ser excesivamente prolongada. Cuando una persona atraviesa por largos períodos de institucionalización va perdiendo primeramente sus roles (trabajador, ama de casa, madre, hijo, esposa, estudiante) produciéndose consecuentemente la disminución de sus lazos, de su red social y de sus vínculos significativos. La persona privada de su entorno significativo va perdiendo los hábitos que desarrolla en su vida cotidiana (bañarse, peinarse, lavarse los dientes, vestirse, manejar dinero, etc.) a la vez que va adquiriendo otros propios de la institucionalización. Finalmente, producto de largos años de encierro y de cronificación, se llegan a perder, además, destrezas motoras, cognitivas, sensoriales y de comunicación e interacción social. Es por ello que a la hora de trabajar para la externación consideramos necesario primeramente involucrar la perspectiva de la usuaria para luego intervenir en el desarrollo de destrezas y hábitos e incrementar su autonomía para el momento del alta y el manejo en la vida en la comunidad. Este trabajo es el punto de partida para acompañarlas en la adquisición de roles sociales (madre, trabajadora, miembro de un hogar) que no podrían desarrollar en el hospital y que muchas veces habían sido parte de su vida antes de la internación.

El trabajo que se propone en los *talleres para la externación* no es mostrar o indicar a las usuarias cómo deberían desarrollar su vida cotidiana, sino otorgar un espacio donde puedan vivenciar y repensar distintas maneras de llevar a cabo una rutina saludable.

Externación y vida en la comunidad

El equipo propone el acompañamiento en situaciones concretas de gestión de la propia vida y en brindar los apoyos necesarios para desempeñarse funcionalmente en la vida cotidiana.

Es en el desarrollo de la realidad social cotidiana, en las actividades de la vida diaria, donde el TO visualiza la función/disfunción ocupacional de una persona, siendo allí donde se debe trabajar en conjunto con ella para que logre vivir plenamente en la comunidad. Es nuestra tarea trabajar con la persona *in situ*, para ir logrando, a través de ocupaciones significativas, oportunidades de bienestar mental, físico y social. Estas oportunidades darán cuenta de las necesidades, las limitaciones, las capacidades y potencialidades de la persona. Por lo tanto, nuestra intervención allí es "*perseguir el desarrollo del máximo potencial y calidad en la vida diaria, lo cual fomenta la interacción con el mundo natural, que es la base de la vida y de la que todo depende*" (5). Es por ello que nuestra intervención se puede realizar tanto en las casas de convivencia como en el banco, en el supermercado, o cualquier otro ámbito de su entorno dependiendo de los objetivos a trabajar con la usuaria.

Prevención y promoción de la salud

Las personas externadas a través del programa tienen a Libremente como su lugar de referencia en lo que hace a su tratamiento en Salud Mental. Al ser un centro abierto a la comunidad, de la que también forman parte las mujeres externadas, se hace posible actuar conjuntamente identificando necesidades y promoviendo la salud de todos los participantes por medio de talleres artísticos, actividades educativas, culturales y expresivas.

Una de las áreas de desempeño ocupacional con mayor dificultad en las usuarias del programa son las vinculadas al tiempo libre y esparcimiento lo cual lleva a adoptar hábitos y rutinas poco saludables, y muchas veces a mantener hábitos manicomiales. Respecto a esta problemática el TO realiza intervenciones a través de la detección de la historia ocupacional, sobre todo significativa, para propiciar la participación en las propuestas del centro comunitario. Al mismo tiempo acompañando las nuevas iniciativas conforme al desarrollo de sus propios intereses.

Desempeño ocupacional-laboral

Se trabaja en la exploración, la elección y la obtención de una ocupación significativa y en el fortalecimiento del rol del trabajador que aporta dignificación y ampliación de ciudadanía al proceso de recuperación.

En esta instancia el TO propicia una etapa de autococonocimiento para la usuaria en el que se realiza conjuntamente un análisis del perfil ocupacional (capacitación formal e informal, experiencia laboral, sus intereses personales, sus habilidades y potencialidades, y también los posibles aspectos problemáticos) que esta posee, revalo-

rizando su historia ocupacional en la medida que va consolidando su proyecto de vida personal. De este análisis conjunto surgen las dificultades a superar, los objetivos resultantes del empoderamiento de la usuaria, y la planificación de un posible recorrido. Como resultado surge un proceso dinámico que supone la participación activa de las usuarias en la rehabilitación.

Las personas con padecimiento psicosocial frecuentemente presentan disfunciones ocupacionales vinculadas a la autonomía. Esto se traduce en la dificultad que presentan en la organización y planificación de tareas relacionadas a las actividades de la vida cotidiana y al desempeño satisfactorio y significativo de roles y hábitos. Éstos son la mayor dificultad a la hora de la inserción en el mercado laboral. También las características y demandas del entorno condicionan las elecciones y participaciones de cada persona (3) transformándose muchas veces en obstáculos para el desempeño ocupacional significativo. De allí la importancia para el TO procurar proporcionar y garantizar un contexto adecuado en los diferentes ámbitos de desempeño ocupacional para que la persona pueda lograr funcionalidad en las diferentes actividades, maximizando las posibilidades de éxito y reduciendo a su vez las circunstancias de potencial fracaso y desempeño de roles y tareas alienantes.

El Centro Comunitario "Libremente", no solo ha llevado adelante una serie de actividades culturales y recreativas para la integración, la prevención y la promoción de la salud, sino que con el fin de generar espacios de inserción laboral ha propiciado el armado de redes para desarrollo local y comunal. Para lo cual se está realizando actividades en conjunto con diversas entidades estatales y privadas para la capacitación y la inserción laboral de personas en situación de vulnerabilidad.

En la red de capacitación y formación del PREA se sustenta el funcionamiento de las empresas sociales que se originaron desde las inquietudes y habilidades de usuarios/as del programa y vecinos de la comunidad que asisten a algunos espacios de taller otorgados por el Centro Comunitario Libremente. Dichas empresas sociales son:

- *Revista Mente Libre*: aborda temáticas de la salud y de cultura general. Inició sus actividades en febrero de 2010 con una tirada de 3000 ejemplares de frecuencia trimestral. Esta publicación se sostiene a través de las publicidades que en ella realizan comercios y particulares de la Zona Sur que publicitan productos y servicios.

- *Made in Libremente*: realiza servicios gráficos y fotográficos personalizados: calendarios, foto tarjetas, blocks anotadores, agendas perpetuas, foto carnets, entre otros. Inicio sus actividades en el año 2011.

- *Feria Bellísimas*: realiza el acondicionamiento e intervención de prendas de primera calidad para la venta al público. Inicio sus actividades en el Año 2010 con una frecuencia mensual.

En este contexto el terapeuta ocupacional realiza acciones que propicien la participación funcional de cada usuaria en roles significativos ya sea como estudiante, capacitando/capacitador o trabajador. Los diferentes tipos de participación ocupacional a través del tiempo resultarían en una adaptación ocupacional, es decir en la *construcción de una identidad ocupacional positiva y el logro de una competencia*

ocupacional en el contexto del entorno propio (3). En definitiva, el objetivo es que la persona logre identificar quién es, cuáles son sus deseos, lo que quiere hacer a partir de su pro-

pia historia ocupacional. Y que logre, a su vez, sostener esa identidad en sus participaciones ocupacionales.

Programa de rehabilitación y externación asistida	Equipo interdisciplinario del PREA	El terapeuta ocupacional en el PREA
Instancias de trabajo	Objetivos	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Admisión al programa. - Talleres para la externación. - Externación y la vida en la comunidad. - Prevención y promoción. - Desempeño ocupacional-laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomía y autovaloramiento. - Participación de la usuaria en su tratamiento. - Acompañamiento en la construcción de un proyecto de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de destrezas y habilidades para las actividades de la vida diaria. - Lograr identidad, adaptación y competencia ocupacional. - Construcción de un proyecto de vida ocupacional.

Caso: el TO en el equipo de salud mental del PREA

Diagnóstico de situación inicial

La usuaria ingresa al Programa en el año 2007 con 33 años de edad. Inicia su proceso de inserción ocupacional en el transcurso del año 2008 durante su internación en el Hospital "Esteves", mientras asistía a los Talleres para la Externación. Presentaba serias dificultades para participar de las actividades grupales; pobres destrezas para la socialización; ideas sobrevaloradas de sí misma, sobre sus capacidades y expectativas sobre el futuro; con frecuencia se mostraba agresiva desde lo verbal; sin registro de los motivos de su internación, hacía referencia a que había sido un error producto de una confabulación contra ella. Su aspecto general era desalineado con notable olor corporal, con pobres habilidades para las actividades de la vida diaria.

Sobre sus motivaciones e intereses

Se realizó una serie de entrevistas con el objetivo de reconstruir su Historia de Vida Laboral (HVL) y observar su perfil de personalidad laboral (PPL). Se detecta que terminó el secundario e inició una carrera terciaria en Administración de Empresas logrando cursar hasta el primer año. Sus experiencias laborales previas a la internación fueron dos, por periodos cortos, en puestos de promoción y ventas. Sus expectativas referidas fueron trabajar en empresas multinacionales en puestos gerenciales vinculado a la administración de empresas.

La intervención: una ocupación significativa

Inicialmente se le propuso explorar en diferentes propuestas de capacitaciones vinculadas a su perfil en el Centro Comunitario "Libremente" del PREA. Inició y finalizó el Curso de Gestión y formación de Microemprendimientos. Posteriormente continuó en la Universidad Nacional de Quilmes con un Curso de Operador de PC Introductorio el cual también finalizó. En ambas requirió asistencia moderada del TO y de una acompañante comunitaria.

En el transcurso de este periodo presentó comportamientos laborales con rendimiento inconsistente y habilidades pobres para llevar a delante la tarea. Su mayor dificultad radicaba en la percepción de sus propias habilidades, en establecer vínculos sociales, la comunicación, y en las destrezas cognitivas (memoria, atención, concentración, organización y planificación de la tarea).

Logros y competencia ocupacional

Durante el año 2009 continuó su capacitación en manejo de PC desarrollando destrezas e interés en las tareas administrativas. Mejoró notablemente sus vínculos sociales, pudiendo relacionarse con otros de manera espontánea y apropiada. Logró mejorar su aspecto e higiene personal. Desarrolló constancia y persistencia en la tarea.

A inicios del año 2010 participó activamente en la formación de la Revista "Mente Libre" donde asumió diferentes roles a lo largo del primer semestre. Sus preferencias fueron tareas administrativas y de ventas, asumiendo la responsabilidad de la contabilidad del emprendimiento, ventas de espacios publicitarios y promoción de la revista.

Durante ese periodo se produce su externación en una casa de convivencia. Comienza, a pedido suyo, una psicoterapia individual debido a dificultades en la convivencia en su domicilio. Continúa con su tratamiento farmacológico desde el programa presentando cierta resistencia a la toma de medicación. Es visitada en su domicilio con frecuencia semanal por enfermería y acompañantes comunitarias y, ocasionalmente, por su psiquiatra.

Durante el 2010 -2011 mejoró notablemente su desempeño laboral, sobre todo en el nivel de concentración en la tarea presentando dificultades solo ocasionalmente en situaciones de constante estímulo social. Busca alternativas para resolver esas situaciones o pide ayuda cuando lo necesita. Presenta tolerancia a los cambios y a la frustración. Su mayor dificultad radica en establecer vínculos sociales afectivos duraderos, sobre todo con sus pares. Manifestó interés en recuperar vínculos familiares y para ello solicitó ayuda al trabajador social y al terapeuta ocupacional.

En la actualidad, mantiene su rol como administrativa contable requiriendo mínima asistencia, sobre todo para la organización y la planificación a largo plazo de las actividades (no solo las relacionadas a su espacio laboral sino también a sus expectativas personales). Ha comenzado a explorar en el rol de capacitador en la revista para el ingreso de nuevas trabajadoras. Durante los últimos meses ha realizado diferentes gestiones para retomar sus estudios terciarios (Administración de Empresas) y tiene proyectado para el 2012 mejorar su inserción laboral. Ha logrado identificar puestos laborales acorde a sus habilidades. Se acuerda con la usuaria trabajar el próximo semestre para mejorar sus habilidades para la búsqueda laboral e iniciar un curso de computación avanzado.

Conclusiones

Nuestro rol como terapeutas ocupacionales es el de posibilitar la ocupación en sus diferentes áreas (*Actividades de la vida Diaria; Actividades Instrumentales de la Vida Diaria; Descanso y sueño; Educación; Trabajo; Juego; Tiempo Libre; Participación social*) (4) no sólo a través de la facilitación e instrumentación del desempeño de la misma, sino también a través de intervenciones en el entorno de la persona que posibiliten esa ocupación, es decir, que la acción pueda encontrar un lugar particular social y físico. Esto implica un proceso dinámico de colaboración entre el TO y la usuaria del programa, para que ella se empodere y recupere así la capacidad de elegir y realizar actividades significativas.

Nuestra experiencia como terapeutas ocupacionales en el PREA nos ha llevado a observar la necesidad de que se fortalezcan y multipliquen los lugares de trabajo que den respuesta a las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad psicosocial, favoreciendo espacios alternativos a la institucionalización, dado que es en y con la comunidad que se pueden pensar procesos de rehabilitación genuinos. Como dijo Jeanette Edwards "*Se necesita reconocer y capitalizar este cambio. No es suficiente el reproducir el trabajo institucional en ambientes comunitarios*" (6). Prácticas que su vez posibiliten la participación de cada usuaria/o en su recuperación de modo que cada intervención rehabilitadora tenga origen y significado en ellas/os ■

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. *Documento de constitución de la OMS*, 1946.
2. Ley Nacional Argentina de Salud Mental N° 26657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Sancionada el 25 de Noviembre de 2010, Promulgada el 2 de Diciembre de 2010. Publicado en el B.O. N°3201 del 03-12-2010.
3. Kielhofner G. *Modelo de Ocupación Humana, Teoría y Aplicación*. 4ª edición. Editorial Médica Panamericana, 2011.
4. American Occupational Therapy Association (2008). Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, Dominio y Proceso. 2ª edición. 2010. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
5. Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Terapia Ocupacional: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional* 2004; 1. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num1/pdfs/num1art3.pdf>
6. Pellegrini M. Terapia Ocupacional en Salud Comunitaria. 2004. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml>