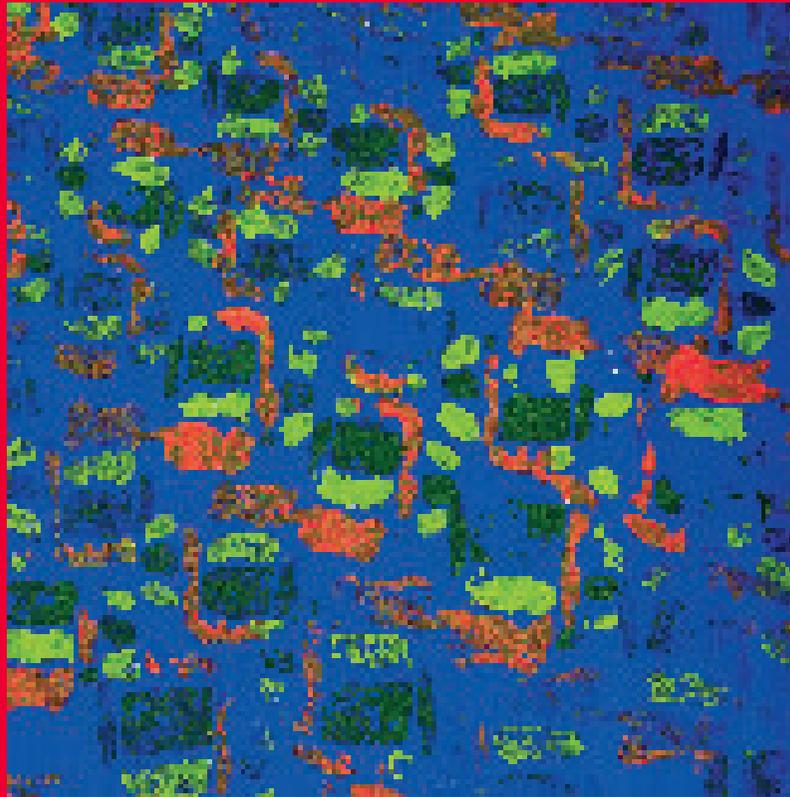




VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

95



SERVICIOS DE SALUD MENTAL
LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

Agrest / Ardila / De Leonardis / Druetta / Emmenegger

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

Volumen XXII - N° 95 Enero - Febrero 2011 - ISSN 0327-6139

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

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, 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, E. Toro Martínez, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, 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, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Barembliit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, 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); H. Reggiani (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. XXII Nro. 95 ENERO-FEBRERO 2011

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@easynet.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), SCIELO y
MEDLINE.

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

Ilustración de tapa

"ADN"

*Técnica: acrílico sobre papel
35 cm x 40 cm*

Año 2009

*Artista: María Victoria Lanata
Estudiante Diseño de Indumentaria
y Textil, FADU UBA*

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• La evaluación de trastornos mentales y de capacidad laboral en juntas psiquiátricas

Miguel Kuczynski, María C. Rodríguez,
Renata Wiese, Verónica Ruiz, María Dal Bello,
Jorge Castillo, Gustavo Delucchi,
José Biesa, Jorge Folino

pág. 11

• El duelo y la depresión, desde la teoría del apego

Elsa Wolfberg, Alberto Ekboir, Graciela Faiman,
Josefina Finzi, Margarita Freedman, Adela Heath,
María Cristina Martínez de Cipelatti

pág. 19

DOSSIER

SERVICIOS DE SALUD.

LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

• La desinstitutionalización italiana: pistas y desafíos

Ota de Leonardis, Thomas Emmenegger

pág. 31

• Empresas sociales de salud mental: los relatos de sus protagonistas

Coordinadores y emprendedores de empresas
sociales de la provincia de Chubut

pág. 44

• La inclusión de la perspectiva de los usuarios en los servicios de Salud Mental

Sara Ardila

pág. 49

• El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios

Martín Agrest, Ivana Druetta

pág. 56

• La voz de los usuarios y el proceso de recuperación, a cargo de su perspectiva

pág. 65

EL RESCATE Y LA MEMORIA

• El modelo psicopatológico de Griesinger en su Patología y Terapéutica de las Enfermedades Mentales

Norberto Aldo Conti

pág. 72

• Patología y Terapéutica de las Enfermedades Mentales

Wilhelm Griesinger

pág. 74

EDITORIAL

E

El término Salud Mental se ha difundido ampliamente en el vocabulario de los profesionales del área, de los periodistas, de los juristas, de los defensores de los Derechos Humanos y del público en general. Lamentablemente su utilización se ha tergiversado, a veces como producto de la ignorancia de los conceptos en juego, a veces por negligencia de quienes saben a qué alude pero se dejan llevar por una imprecisión irresponsable y otras por intenciones corporativas o cargadas de ideología e intereses de grupo. Cuando se habla de la salud mental -escrito con minúsculas- se alude a la dimensión mental de la salud integral de una persona. El término es de por sí difícil de precisar porque la noción de "mental" ofrece serias dificultades de conceptualización y hay muchas teorías para definirla. A ello se agrega que la definición de salud también está en cuestión ya que no todos están conformes con la enunciación clásica de la Organización Mundial de la Salud y proponen revisarla, perfeccionarla y ampliarla a la luz de las nuevas realidades científicas y sociales. No obstante, todos acuerdan en que esa dimensión, la "mental", es inherente a la condición humana y su estado de salud expresa no solamente la ausencia de síntomas psiquiátricos sino también un estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y vincular para alcanzar un aceptable bienestar y calidad de vida.

Ahora bien, cuando se escribe Salud Mental -con mayúsculas- se está haciendo referencia a otra cosa muy distinta. La Salud Mental es un campo multidisciplinario e intersectorial que incluye a personal de salud, estamentos políticos pertenecientes o no al Estado, estamentos del derecho, responsables de medios de comunicación, ONG's, líderes naturales de la comunidad, usuarios y familiares de los servicios de salud y público en general. En realidad, para ser precisos, la Salud Mental heredera del movimiento de Higiene Mental, creado por Clifford Beers a comienzos del siglo XX, es el aspecto "mental" de la Salud Pública. Lamentablemente, como señala José M. Bertelote del Depto. de Salud Mental de la OMS (*World Psychiatry*, 6:2, Sept, 2008): "En general, sigue utilizándose el concepto salud mental tanto para designar un estado, una dimensión de salud -un elemento esencial de la definición de salud-, como para hacer referencia al movimiento derivado del movimiento de higiene mental correspondiente a la aplicación de la Psiquiatría a grupos comunidades y sociedades, más que a individuos aislados, como en el caso de la Psiquiatría clínica. Sin embargo, lamentablemente, muchos siguen considerando, con bastante desacierto, la salud mental como una disciplina, ya sea como sinónimo de la Psiquiatría, ya sea como uno de sus campos complementarios".

Parecería innecesario y reiterativo insistir en estos problemas terminológicos. Sin embargo, no es así: el asunto es muy actual y la confusión y la ignorancia persisten. Confundir ambas acepciones del término S/salud M/mental (lo cual ocurre naturalmente en el lenguaje hablado en el que no se registran las mayúsculas o minúsculas) conduce a todo tipo de malentendidos y errores conceptuales graves. Pero más aún, uno podría suponer, y hay muchas situaciones en nuestro medio que abonan ese aserto, que bajo cubierta de una inadvertida confusión semántica se intenta, en algunos discursos inconfesadamente antipsiquiátricos, diluir las especificidades de las distintas disciplinas y las incumbencias profesionales para fundir todo en un reduccionismo sociológico en el que naufraga y se hundan definitivamente dos siglos de clínica que la psiquiatría supo construir y que, a pesar de todos sus defectos y aporías, que las tiene, sigue constituyendo una herramienta indispensable para la comprensión de esa dimensión de lo humano que se expresa en los síndromes y las enfermedades mentales ■

Juan Carlos Stagnaro

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.

La redacción agradece los referatos externos de los artículos recibidos durante 2010 realizados por los siguientes colegas: Marcela Armus, Alejandro Castro Solano, Luciana D'Alessio, Pablo Gagliesi, Luis Herbst, Gabriel Kunst, Miguel Spivacow, Graciela Tonón y Daniel Vigo.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2011



REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Cuestiones generales

VERTEX es una revista en español que publica trabajos sobre Psiquiatría, Neurociencias y disciplinas conexas. Está dirigida especialmente a profesionales del campo de la Salud Mental.

Las condiciones de presentación y publicación de manuscritos que se detallan más abajo se ajustan a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y se pueden consultar en <http://www.medicinalegal.com.ar/vanco97.htm> en su versión en español, o en <http://content.nejm.org/cgi/content/full/336/4/309> en su versión original en idioma inglés.

El envío de un manuscrito a VERTEX constituye en sí mismo una constancia de aceptación de este reglamento de publicaciones, y por lo tanto de las responsabilidades en cuanto a autoría, originalidad y confidencialidad que en él se enuncian.

Originalidad

Los manuscritos enviados a VERTEX serán aceptados en el entendimiento de que son material original, no publicado previamente, ni enviado simultáneamente para ser publicado en otra revista y que han sido aprobados por cada uno de sus autores. Son aceptables aquellos trabajos que sólo fueron publicados en forma de resumen de no más de 500 palabras. Esto incluye libros, artículos por invitación en otras revistas, publicaciones en medios de difusión masiva de cualquier clase, como así también bases de datos electrónicas públicas.

La reproducción de figuras o tablas previamente publicadas, ya sea por los autores del manuscrito, o por otros autores, deberá contar con la autorización por escrito de la fuente (revista, libro, material electrónico u otro) originales.

Autoría

Todas las personas que firman el trabajo deben reunir los requisitos para ser autores de un trabajo científico. De acuerdo con el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas se considera que un

autor es una persona que ha realizado una contribución intelectual sustancial a un estudio, entendiendo esta como el cumplimiento de los tres requisitos que se enumeran a continuación: 1) haber contribuido a la concepción, diseño, adquisición de datos, análisis o interpretación de los mismos; 2) escribir el borrador del artículo o revisarlo críticamente en sus aspectos sobresalientes; 3) proporcionar la aprobación final de la versión enviada para su publicación. A la inversa, cualquier persona que cumpla con los requisitos mencionados debe figurar como autor.

Cuando un grupo lleva a cabo un ensayo multicéntrico, los autores son aquellos que detentan la responsabilidad directa del manuscrito. Son éstos quienes deben reunir los criterios de autoría que acabamos de mencionar. Los demás colaboradores deberán ser enlistados en el apartado de Agradecimientos.

Para VERTEX, en consonancia con las normas vigentes en las publicaciones médicas, la provisión de fondos, la supervisión general del grupo de investigadores o un rol jerárquico en la institución en que se realizó el trabajo no justifican la autoría.

Todas las personas designadas como autores deben calificar como tales, y todos aquellos que reúnen las condiciones para serlo deben ser mencionados. Cada uno de ellos debe haber participado en forma suficiente en el trabajo como para poder responsabilizarse del mismo públicamente.

En el apartado de "Agradecimientos" pueden mencionarse a todos aquellos que hayan contribuido económica o técnicamente al trabajo de manera tal que no justifique su autoría. También puede agradecerse a quienes facilitaron la realización del trabajo o la preparación del manuscrito.

Transferencia de derechos y envío del manuscrito

VERTEX solicita que todos los autores aprueben el manuscrito que es enviado para su consideración, como así también que todos cedan a la revista el derecho de publicación. El manuscrito, por lo tanto, debe ir acompañado de una carta en la que todos los autores manifiesten su voluntad en

este sentido (formato de la carta en <http://www.polemos.com.ar/revi.html>) o firmando el manuscrito original. Ningún manuscrito será aceptado definitivamente hasta que esta carta haya sido recibida en la Editorial. Es responsabilidad de los autores contar con la autorización de aquellos a quienes se agradece en el apartado de "Agradecimientos".

Si en el trabajo se realizan citas extensas (de más de 500 palabras) o figuras de otros textos, los autores deben contar con autorización de los editores del material citado.

Aclaración de conflictos de intereses

Toda forma de apoyo (subsidios, financiación de laboratorios farmacéuticos, etc.) debe ser mencionada en el apartado "Agradecimientos".

Además, los autores deben especificar, en un apartado especial a continuación del apartado de Agradecimientos, y bajo el título "Declaración de conflictos de intereses", los compromisos comerciales o financieros que pudieran representar un aparente conflicto de intereses en relación con el artículo enviado, incluyendo pagos de asesorías, de sueldos, u otras retribuciones. La lista de empresas o entidades privadas o de otro tipo que hubieran pagado al o los autores honorarios en concepto de los rubros antes mencionados debe ser explícitamente aclarada.

Si no hubiera conflicto de intereses, en este apartado se consignará "El /los autor/es no declara/n conflictos de intereses".

Esta información no deberá necesariamente limitar la aceptación del material, y podrá o no, a criterio del Comité Editorial, ser puesta a disposición de los evaluadores del manuscrito.

Preservación del anonimato de los pacientes

El material clínico enviado para su publicación debe cuidar especialmente la protección del anonimato de los pacientes involucrados.

Consentimiento informado

Los trabajos de investigación clínica deben incluir, en el apartado "Materiales y Métodos" una cláusula que señale que todos los pacientes participantes han sido informados de las características y objetivos del estudio y han otorgado el consentimiento para su inclusión en el mismo.

Proceso de revisión de manuscritos

El proceso de evaluación por pares constituye la piedra angular de la comunicación científica. La revista cuenta con un Consejo Editorial y un numeroso grupo de asesores científicos. Todos los trabajos enviados para su publicación son sometidos a la evaluación de al menos dos de los miembros de dichas instancias. Los evaluadores reciben una copia del trabajo en la que se omiten los nombres de los autores, de manera tal de evitar sesgos en el proceso de evaluación. Si fuera necesario, se podrá solicitar además una evaluación de lo proce-

dimientos estadísticos empleados, o la opinión de algún evaluador externo a la revista.

Si las opiniones de ambos revisores fueran divergentes, el Editor o el Comité Científico puede solicitar una tercera opinión, o decidir como cuerpo colegiado acerca de la publicación o no del trabajo. Si los revisores consultados lo solicitan, el Editor podrá requerir al o los autores modificaciones para adecuar el manuscrito a las sugerencias realizadas. El o los autores recibirán, junto con la decisión del Editor, los comentarios de los revisores a fin de conocer los fundamentos de la decisión final adoptada.

Envío de trabajos

La revista acepta los siguientes tipos de artículos: Investigación original, Revisiones, Cartas de lector y Artículos de opinión. Cada número de la revista incluye una sección, denominada "Dossier", cuyos artículos son escritos por invitación.

Todos los trabajos deberán ser enviados a Moreno 1785, 5to piso, dirigidos a VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría, Att: Comité de Redacción. Se solicitan tres ejemplares del trabajo y un diskette o disco compacto conteniendo el material con la aclaración del procesador de textos utilizado, el título del trabajo y el nombre del primer autor.

Dos de las copias impresas deben entregarse sin el nombre de los autores en la página del título. Todos los manuscritos deben ir acompañados de una carta en la que se especifique el tipo de artículo que se está presentando (ver a continuación).

Antes de enviar el trabajo verifique haber cumplido con las normas utilizando el apartado titulado ANTES DE ENVIAR EL TRABAJO que se incluye al final de este Reglamento.

Tipos de trabajos

Investigación original

Describe nuevos resultados en la forma de un trabajo que contiene toda la información relevante para que el lector que así lo desee pueda repetir los experimentos realizados por los autores o evaluar sus resultados y conclusiones. Las investigaciones originales no deben exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, texto, referencias y datos contenidos en tablas y figuras. Se recomienda especialmente la utilización del menor número de figuras posible. El Comité de Redacción valora especialmente la capacidad de síntesis, siempre que esta no comprometa la claridad y exhaustividad del trabajo.

Revisión

Estos textos compilan el conocimiento disponible acerca de un tema específico, contrastan opiniones de distintos autores e incluyen una bibliografía amplia. La longitud de estos trabajos no debe exceder los 19.500 caracteres incluyendo

un resumen de no más de 200 palabras, el texto propiamente dicho y las referencias bibliográficas. Como se mencionó más arriba el uso de figuras o tablas publicadas previamente por el autor o por otros autores debe haber sido expresamente autorizado por el editor original, y debe ser citado apropiadamente al pie de la figura y en el apartado "Referencias").

Carta de lector

Son textos breves en los que se pueden comentar trabajos ya publicados en la revista, proporcionar datos clínicos novedosos pero anecdóticos, o en los que se pueden compartir reflexiones acerca de aspectos teóricos o prácticos de la disciplina. Su longitud no debe exceder las 500 palabras. Los comentarios acerca de trabajos publicados en VERTEX deben citar en forma completa el trabajo al que se refieren. Pueden o no incluir una breve bibliografía.

Artículo de controversia o de opinión

Son trabajos en los que se presentan o discuten temas particularmente polémicos. Pueden publicarse dos o más de estos artículos, sobre un mismo tema en el mismo en números sucesivos de la revista. Su longitud no debe exceder los 8000 caracteres incluyendo las referencias bibliográficas.

Organización interna de cada tipo de manuscrito

Instrucciones generales

Todos los materiales enviados a VERTEX para su publicación serán impresos en papel tamaño A4 (21 cm x 29,7 cm), escritos a doble espacio, en letra de cuerpo de 12 puntos.

Primera página (común a todos los tipos de trabajos, salvo Cartas de lectores)

El texto del trabajo será precedido por una página (página de título) con los siguientes datos: título, nombre y apellido de los autores, dirección profesional y de correo electrónico del autor principal, título profesional, lugar de trabajo y lugar en el que el trabajo fue realizado.

El título debe ser informativo y lo más breve posible (ver más abajo las restricciones al uso de abreviaturas).

Segunda página (sólo para Investigaciones originales, revisiones y artículos de opinión)

La segunda página contendrá los resúmenes en español y en inglés y bajo el subtítulo "Palabras clave" y "Key words" se especificarán 5 palabras o frases cortas en inglés y español respectivamente. Se proporcionará un título en inglés.

El resumen de 200 palabras deberá proporcionar los antecedentes del trabajo, los propósitos

del mismo, los medios de que se valió para lograrlo, los resultados obtenidos y las conclusiones que de los mismos se desprenden. Cuando se trate de revisiones debe aclararse cuáles son los puntos esenciales que se exploraron y la conclusión principal a la que se llegó.

El resumen es la única parte del trabajo que resulta visible para la totalidad de los lectores, ya que está indexada en bases de datos internacionales. Por lo tanto, se recomienda especialmente a los autores que cuiden su redacción, haciéndola lo más informativa y completa posible. Debe también cuidarse que su contenido refleje con precisión el del artículo.

Texto

La organización del texto es distinta según el tipo de trabajo de que se trate:

Investigaciones originales

Las secciones que debe incluir son: Introducción, Métodos, Resultados, Discusión, Referencias bibliográficas.

Revisiones, cartas de lectores y artículos de opinión

El formato interno de estos tipos de artículos es más libre. Sin embargo no debe omitirse la mención de los objetivos de la revisión, medio del que se valieron los autores para revisar la bibliografía disponible.

Cartas de lector

Estos dos tipos de artículos tienen una estructura libre. No debe omitir la bibliografía que se discute o que fundamenta la controversia o la comunicación al director (según sea el caso).

Agradecimientos

En un texto breve los autores podrán agradecer a quienes hayan contribuido a la realización del trabajo (por ejemplo colaboradores técnicos). Las fuentes de financiación deberán ser explícitamente mencionadas.

Referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas se incluirán en una página aparte de la del texto.

Las referencias serán citadas con números correlativos a medida que aparezcan en el texto y con ese número serán luego enlistadas en la sección "Referencias bibliográficas"-

Ejemplo:

"Algunos autores observaron que la administración de un placebo, acompañada de un seguimiento clínico que no incluía ni siquiera una psi-

coterapia formal, proporcionaba alivio sintomático duradero a alrededor de un 50% de los pacientes con depresión leve (1,2)

Referencias bibliográficas

1. Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass DR, Dolan RT. Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the NIMH treatment of depression collaborative research. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49: 782-787.

2. Rabkin JG, McGrath P, Stewart JW, Harrison W, Markowitz JS, Quitkin F. Follow-up of patients who improved during placebo washout. *J Clin Psychopharmacol* 1986, 6: 274-278.

La forma de cita se ajusta a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y pueden ser consultados en <http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/art%C3%ADculos/163/art1.htm>

Se ilustran a continuación los principales casos.

Artículos de revistas

1. Artículo estándar

Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al.

Molto J, Inchauspe JA. Libertad de prescripción en España. *VERTEX* 2005; XVI (59): 130-132.

2. Autor corporativo

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164:282-4.

3. Suplemento de un volumen

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Supl 1:275-82.

Libros y otras fuentes de información impresa

4. Autores individuales

Bagnati P, Allegri RF, Kremer J, Taragano FE. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2003.

5. Editor(es) como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

6. Capítulo de libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2.a ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

7. Actas de conferencias

Kimura J, Shibusaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neuro-

physiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

8. Ponencia presentada en un Congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Material No publicado

9. En prensa

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1996.

Material Informático

10. Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [citado 5 Jun 1996]; 1(1): [24 pantallas]. Disponible en <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Comunicación personal

Se deberá limitar al máximo este tipo de citas, se deberá contar con la autorización escrita de la fuente.

Figuras

Las figuras deberán ser en blanco y negro, lo que incluye el tramado de superficies para diferenciar distintos grupos experimentales. No se aceptan medios tonos, grises ni colores, pero si fuera necesario.

Las figuras serán identificadas con números arábigos, en orden correlativo según aparecen en el texto. Debe enviarse el número mínimo de figuras que facilite la comprensión de los resultados obtenidos. No se aceptarán figuras que utilicen tres dimensiones (3D), a menos que en éstas se cuantifiquen y relacionen entre sí tres parámetros distintos. En la realización de las figuras los autores deben tener en cuenta que el tamaño de las letras y de los números debe ser tal que, aún reducidos para su inclusión en la revista, éstos sean legibles.

Las figuras serán enviadas en página aparte (documento aparte en el diskette), formato Word. Se desaconseja explícitamente el uso de figuras para mostrar resultados que pueden ser fácilmente enunciados en forma de texto o tabla (por ejemplo la distribución por sexos o edades en una población, la proporción de pacientes que responden a una de tres o cuatro características en una muestra, etc.). Como se menciona más arriba, si se reproducen figuras previamente publicadas, los autores deberán contar con una autorización por escrito para su reproducción. En la leyenda correspondiente se citará la fuente original con la aclaración "Reproducido con autorización de ... (cita de la fuente original)".

Leyendas de las figuras

En página aparte, a continuación del cuerpo principal del manuscrito, deberán consignarse todos los pies de figura correctamente identificados con el número arábigo correspondiente. Las leyendas serán lo suficientemente explicativas como para que los lectores puedan comprender la figura sin recurrir al texto.

Tablas

Se presentarán en hojas aparte y deberán ser identificadas con números arábigos en orden correlativo según sean citadas en el texto. Estarán provistas de su correspondiente encabezamiento, lo suficientemente claro como para que, al igual que las figuras, puedan ser interpretadas sin volver al texto del artículo. La información contenida en las mismas no debe ser incluida en el cuerpo del trabajo.

Abreviaturas

Las únicas abreviaturas aceptadas son aquellas consagradas por el uso, como ADN (por ácido desoxirribonucleico), ATP (por adenosintrifosfato), etc. Cuando un término es excesivamente largo o es una frase de más de tres palabras (ejemplo: trastorno obsesivo compulsivo) y aparece más de seis veces en el cuerpo principal del manuscrito los autores podrán optar por abreviarlo. La abreviatura deberá ser presentada entre paréntesis a continuación de la primera vez que se utiliza el término o frase, y a partir de ese punto podrá reemplazarlos. Ejemplo: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC)...

No se aceptan abreviaturas en el título ni en el resumen. Deben evitarse oraciones con más de una abreviatura, ya que su lectura se hace muy difícil.

No deben utilizarse abreviaturas de frases o palabras escritas en un idioma distinto al español.

ANTES DE ENVIAR EL MANUSCRITO

Antes de enviar el manuscrito controle haber cumplido con los siguientes requisitos

Hoja de título

- Título
- Autor o autores
- Títulos
- Lugar de pertenencia
- Dirección postal
- Dirección de correo electrónico

Resumen

- Controle que no tenga más de 200 palabras.
- No utilizar abreviaturas

Resumen en inglés

- Título en inglés
- Controle que el número de palabras sea igual o menor a 200.
- No utilizar abreviaturas

Cita correcta de la bibliografía

- ¿Cada una de las citas indicadas en el texto tiene su correspondiente referencia en el apartado de Bibliografía?
- ¿Las referencias están citadas de acuerdo al reglamento de publicaciones?

Figuras

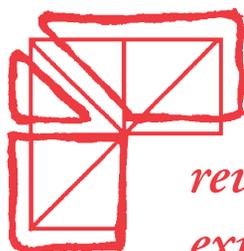
- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Se acompañaron los pies o leyendas indicando a qué figura corresponde cada uno?
- ¿La tipografía utilizada es legible una vez reducida la figura al tamaño de una o a lo sumo dos columnas de la revista?

Tablas

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Cada tabla está encabezada por un título suficientemente explicativo?

Declaración de posibles conflictos de intereses

- ¿Están debidamente aclarados?



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



La evaluación de trastornos mentales y de capacidad laboral en juntas psiquiátricas

Miguel Kuczynski

Médico Psiquiatra. Docente de la cátedra de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata

María C Rodríguez

Médica Psiquiatra. Docente de la cátedra de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata

Renata Wiese

Médica Psiquiatra. Docente de la cátedra de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata

Verónica Ruiz

Médica Psiquiatra. Docente de la cátedra de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata

María Dal Bello

Médica Psiquiatra. Docente de la cátedra de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata

Jorge Castillo

Doctor en Medicina. Docente de la cátedra de Medicina Legal, Universidad Nacional de La Plata

Gustavo Delucchi

Prof. Adjunto de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata

José Biesa

Médico Psiquiatra. Dirección de Salud Laboral; Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires

Jorge Folino

Profesor Titular de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata.

E-mail: folino@med.unlp.edu.ar

Introducción

Las licencias laborales por trastornos psíquicos suelen ser otorgadas, en un primer momento, por médicos laboralistas que tienen en cuenta, principalmente, la certificación del médico tratante sobre el trastorno, su tratamiento y la necesidad de alejamiento laboral. Si el trastorno se prolonga y el trabajador solicita la continuidad de la licencia médica, el empleador tiene, reglamentariamente, la potestad de solicitar la evaluación del caso por una Junta Psiquiátrica a los efectos de disponer de un dictamen que respalde la toma de decisiones con respecto a diversos aspectos del estatus del empleado.

A la constitución de la Junta Psiquiátrica con tres médicos expertos en salud mental subyace la expectativa social de obtener una contundente opinión técnica que permita tanto orientar las acciones de salud relevantes para la relación laboral como el respeto los derechos de empleado y empleador. Esa expectativa social, las dificultades propias de la evaluación psiquiátrica (con su habitual involucración de factores biológicos, psicológicos y sociales) y el campo de tensión de intereses en que se produce, determinan que la "evaluación por junta psiquiátrica" se constituya en una práctica compleja y relevante.

Por otra parte, se considera que los maestros son profesionales altamente expuestos al síndrome de agotamiento y otros padecimientos psíquicos y que

no es infrecuente el subdiagnóstico de los trastornos psíquicos relacionados con el estrés (18). De la alta prevalencia y de los diversos factores asociados dan cuenta numerosos estudios (12, 14, 21, 23, 28, 30, 32). Sin embargo, a pesar de la significativa prevalencia de trastornos y de la complejidad y relevancia mencionadas, es muy escasa la bibliografía latinoamericana que ilustra sobre la tarea de evaluación psiquiátrica laboral (7). Por fuera de Latinoamérica, se cuenta con bibliografía relacionada destacándose los estudios con el modelo de desequilibrio entre esfuerzo y recompensa (11, 13, 22, 24, 29). Otros estudios utilizan cuestionarios específicos para evaluar disfunción laboral por trastornos específicos, como por ejemplo, trastornos por estrés (5, 31); trastornos depresivos (1, 16).

Este trabajo tiene como meta contribuir a la obtención de criterios empíricos que permitan alcanzar confiabilidad y validez en la evaluación por juntas psiquiátricas. Para tales efectos se informan los resultados de la concordancia entre evaluadores y la asociación entre algunas variables medidas con instrumentos autoadministrados y la opinión de la junta.

Contexto legal e institucional

El contexto legal de las juntas médicas con las que se realizó el presente estudio está determinado por el Régimen de Licencias de la Ley 10579, Decreto 688/93 que establece las licencias ordinarias y extraordinarias

Resumen

Introducción: La evaluación por "Junta Psiquiátrica" de los trabajadores con licencia laboral médicamente sustentada es una práctica compleja y su resultado tiene relevantes implicancias laborales y de salud. **Objetivos:** Evaluar la concordancia entre evaluadores en Juntas Psiquiátricas y la asociación entre variables medidas con instrumentos autoadministrados y la opinión de la junta. **Material y métodos.** Se obtuvo información de 68 docentes licenciados por problemas de salud, con instrumentos autoadministrados (Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde; Inventario de Agotamiento Profesional de Maslach, Cuestionario de Desequilibrio Esfuerzo/Recompensa y Escala de autovaloración del estado de salud actual). A ciegas de esa información se realizó evaluación psiquiátrica con tácticas clínicas y se obtuvieron dos puntuaciones independientes de la Escala de Evaluación de la Actividad General, Escala de Impresión Clínica Global, Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica y Escala de confiabilidad de la presentación del evaluado. **Resultados.** Los resultados permiten sostener que los instrumentos utilizados cuentan con confiabilidad y pueden ofrecer importante información a las juntas psiquiátricas.

Palabras clave: Evaluación de capacidad laboral - Trastorno mental - Concordancia entre evaluadores.

MENTAL DISORDERS AND WORKING CAPACITY EVALUATION IN PSYCHIATRIC BOARDS

Summary

Introduction: The evaluation by a "Psychiatric Board" of workers in certified sickness absence is a complex practice, and its results have significant effects from a work and health standpoint. **Objectives:** To evaluate the inter-rater reliability in the psychiatric board and the association between self-reported measurement and the board judgment. **Materials and Method:** information was obtained from 68 school teachers on sick leaves through self-reported scales (Zung and Conde Self-rating Scale for Depression; Maslach Burnout Inventory; Effort-reward Imbalance Questionnaire; and Self Reported Present Health State Scale). Blind clinical psychiatric evaluation regarding the former information was carried out. Two independent scores of the Global Assessment Scale; Clinical Global Impression; Brief Psychiatric Rating Scale and Reliability Scale were obtained. **Results:** The results support the reliability of the instruments and that they can provide important information to the Psychiatric Board.

Key words: Work capacity evaluation - Mental disorder - Inter-rater reliability.

para enfermedad de corta o larga duración, enfermedad profesional o accidente de trabajo, intervenciones quirúrgicas y/o enfermedades que produzcan incapacidad laboral invalidante por tiempo prolongado (9, 17).

La misma reglamentación regula también, ante la eventualidad que el docente sufra disminución o pérdida de aptitud psicofísica, y no alcanzare el límite de reducción de la capacidad laboral para acceder al beneficio jubilatorio por incapacidad (incapacidad igual o mayor al 66%, según Baremo Nacional de Incapacidades), que se proceda a “cambio de funciones” (o “servicios provisorios por razones de enfermedad”), transitorio o definitivo de acuerdo con las características de la incapacidad padecida.

Otro artículo de la ley establece la facultad de la autoridad escolar de disponer, ante el padecimiento de alguna enfermedad que por su naturaleza lo haga procedente, el alejamiento del agente por “razones de profilaxis”, o de seguridad en beneficio propio, de los alumnos o de las personas con las que comparte sus tareas.

La toma de decisiones relacionadas con éstas previsiones se basan en la evaluación del agente por una Junta Médica de la especialidad pertinente.

Materiales y métodos

Población estudiada

Se evaluaron 68 casos consecutivos de docentes bonaerenses que accedieron a la instancia de Junta Psiquiátrica en la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires en el período abril-septiembre 2009. El 90% de los casos fue del sexo femenino y el promedio de edad general fue de 51 años. La información descriptiva de la serie de casos fue presentada en poster científico (15) y puede ser obtenida solicitándola a los autores.

Procedimiento

A los evaluados se les solicitó que completaran, previamente a la entrevista, inventarios autoadministrados; para ello se les explicó cuál era el fin de cada una de las escalas y se hizo énfasis en cuidar el marco temporal de las escalas, dado que algunas se referían al período cercano al comienzo de la licencia y otras al estado actual. Posteriormente, se realizó la evaluación psiquiátrica con tácticas clínicas y con el auxilio de instrumentos administrados por dos de los evaluadores. En la elección de instrumentos se priorizaron los que tenían versión en español y tradición en su utilización. El dictamen de la junta utilizado en la investigación se alcanzó consensuadamente y a ciegas de los resultados de los instrumentos autoadministrados, constituyéndose en la “regla de oro” para el análisis de validez. Posteriormente, los resultados de los cuestionarios autoadministrados también fueron contemplados a los efectos de eventual necesidad de ajustes en el dictamen de la junta.

De los psiquiatras, se obtuvieron dos puntuaciones

independientes de los siguientes instrumentos: Escala de Evaluación de la Actividad General -EEAG- (2), Escala de Impresión Clínica Global -EICG; versión española- (4), Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica -EBEP; versión española- (4) y Escala de confiabilidad de la presentación del evaluado (ECPE; diseñada ad hoc). Asimismo, se obtuvo un diagnóstico consensuado siguiendo los criterios del DSM IVTR (3).

Los instrumentos autoadministrados fueron los siguientes: Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde -versión española- (4); Inventario de Agotamiento Profesional de Maslach -versión española- (20), Cuestionario de Desequilibrio Esfuerzo/Recompensa -CDER- versión española- (19) y Escala de autovaloración del estado de salud actual -EAESM; adaptación de la EICG para el evaluado-.

Registro de datos y análisis

Los datos fueron inicialmente registrados en formularios en papel, posteriormente cargados en base de datos con medidas de seguridad y, finalmente, analizados con soft estadístico SPSS (27).

Aspectos éticos

Las evaluaciones fueron realizadas por solicitud del empleador; los empleados concurren por sus propios medios y, previamente a la toma de datos, se les informó que la junta tenía la función de hacer la evaluación psiquiátrica y establecer un dictamen del que respectivas copias se entregarían al empleado y al empleador y a la base de datos académica. Asimismo, que la junta médica estaba conformada y constituida con profesionales pertenecientes a la facultad y tenía una opinión independiente, aún cuando la tarea estaba solventada por la Dirección General de Cultura y Educación. Ello, en el marco de las normativas y leyes vigentes.

El presente informe incluye resúmenes estadísticos de los datos manteniendo reservada la identidad de las personas.

Resultados

La confiabilidad del procedimiento de evaluación se examinó estimando el acuerdo entre evaluadores a través del cálculo del Coeficiente de Correlación Interno -CCI. El resultado fue “bueno” para la puntuación de la EBEP total (n = 61; rango posible 0-126; CCI = 0,442; p < 0,013) y para la ECPE (n = 64; rango posible 1-4; CCI = 0,578; p < 0,001). El resultado fue “excelente” para la EICG (n = 62; rango posible 1-7; CCI = 0,883; p < 0,001) y para la EEAG (n = 56; CCI = 0,895; p < 0,001).

La opinión de la junta, constituida en “regla de oro”, podía corresponder a una de las siguientes tres alternativas: “Continuidad de la licencia médica”, “Cambio de función” y “Alta”; su distribución se expone en Tabla 1.

Tabla 1. Opinión de junta psiquiátrica.

		N	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Licencia	8	11,8	12,3
	Cambio función	36	52,9	55,4
	Alta	21	30,9	32,3
	Total	65	95,6	100
Perdidos		3	4,4	
Total		68	100	

Se consideró que a las alternativas de dictamen subyacía un orden en la capacidad remanente del evaluado, de tal manera que si la capacidad remanente era baja, correspondía a la continuidad de licencia; si era intermedia, correspondía al cambio de función y, si era alta, correspondía al alta. En base a ello, se recodificaron ordenadamente las categorías como 1, 2 y 3 respectivamente y se exploró si las medidas utilizadas variaban concomitantemente. Se encontraron correlaciones negativas, moderadas y significativas con las escalas Despersonalización del Inventario de Maslach, la escala de Zun, la EICG, la Razón CDER y la escala de Compromiso excesivo de la CDER. Asimismo, se encontró correlación positiva y significativa con la Escala de Realización en el Trabajo del Inventario de Maslach (Tabla 2).

Tabla 2. Correlación entre opinión de junta e instrumentos auto y heteroadministrados.

	N	rho de Spearman	Sig. (bilateral)
<i>Autoadministrados</i>			
Agotamiento emocional (Maslach)	58	,112	,403
Despersonalización (Maslach)	58	-,450(**)	,000
Realización en el trabajo (Maslach)	54	-,525(**)	,000
Zung total	56	-,406(**)	,002
CDER Esfuerzo	35	-,316	,065
CDER Recompensa/estima	35	,045	,797
CDER Recompensa/seguridad	33	,209	,242
CDER Recompensa/ascenso	35	,222	,201
CDER Recompensa Total	33	,236	,187
Razón Esfuerzo Recompensa CDER	33	-,435(*)	,011
Compromiso Exagerado CDER	59	-,482(**)	,000
<i>Heteroadministrados</i>			
EBEP Total	59	-,298(*)	,022
EEAG	59	,615(**)	,000
Promedio EICG (mayor valor equivale a menor capacidad remanente)	59	-,581(**)	,000
Promedio de ECPE (mayor valor equivale mayor confiabilidad)	63	-,103	,417

Nota. La variable Opinión de Junta Psiquiátrica tiene valores ordenados de tal manera que a mayor valor le corresponde mayor capacidad remanente. CDER: Cuestionario de Desequilibrio Esfuerzo/Recompensa. EBEP: Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica. EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad General. EICG: Escala de Impresión Clínica Global. ECPE: Escala de confiabilidad de la presentación del evaluado. ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Teniendo en cuenta que la Opinión de Junta fue establecida a ciegas de las medidas autoinformadas, se consideraron a éstas como variables independientes y se puso a prueba la hipótesis de que los grupos determinados con la "Opinión de Junta" constituyen

grupos con diferencias significativas en esas variables. Para ello, se utilizaron las variables que tuvieron correlación significativa. Se obtuvieron diferencias significativas para los tres grupos en cada una de las variables (Tabla 3).

Tabla 3. Factores personales y Opinión de Junta Psiquiátrica.

	Opinión de junta recodificada	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis
Despersonalización (Maslach)	Licencia	6	40,08	Chi-cuadrado = 13
	Cambio función	33	34,76	Gl 2
	Alta	20	19,13	$p = 0,002$
	Total	59		
Realización en el trabajo (Maslach)	Licencia	6	20,25	Chi-cuadrado = 16,68
	Cambio función	30	21,55	Gl 2
	Alta	18	39,83	$p = 0,001$
	Total	54		
Escala de Zung	Licencia	6	30,17	Chi-cuadrado = 10,80
	Cambio función	32	34,73	Gl 2
	Alta	19	18,97	$p = 0,005$
	Total	57		
Razón Esfuerzo Recompensa CDER	Licencia	4	25,50	Chi-cuadrado = 6,23
	Cambio función	18	18,14	Gl 2
	Alta	11	12,05	$p = 0,044$
	Total	33		
Compromiso Exagerado CDER	Licencia	6	43,33	Chi-cuadrado = 14,33
	Cambio función	34	35,01	Gl 2
	Alta	20	18,98	$p = 0,001$
	Total	60		

Por último, se recodificó la opinión de junta de manera tal que quedara una variable dicotómica ("Opinión de junta de alta" = 1 y "Opinión de Licencia o Cambio" = 0). Posteriormente se introdujeron las escalas de Despersonalización, de Realización y de Zung en modelo de regresión logística *stepwise* condicional hacia adelante. Permaneció significativa la escala de Realización en el trabajo del Inventario de Maslach { $Exp(B) = 1,12; p = 0,001; 95\% IC 1,05; 1,2$ }. El resultado expresa que por cada punto de aumento en la subescala (recordar que la subescala indica a menor puntaje más severo síndrome de agotamiento) aumenta la probabilidad de "Opinión de alta" en un 0,12 %.

El mismo procedimiento se realizó ingresando como variables independientes a aquellas del modelo CDER que correlacionaron significativamente con el resultado de la junta psiquiátrica (Razón esfuerzo/recompensa y Compromiso exagerado). En el modelo quedó el Compromiso Excesivo expresando que a mayor Compromiso excesivo, menor probabilidades de que la junta opinara a favor del alta { $Exp(B) 0,7; p = 0,01; 95\% IC 0,5; 0,9$ }.

Discusión

Para el completo estudio de un caso, la sistemática semiológica del procedimiento de evaluación psiquiátrica debería ser convenientemente complementado con las tácticas auxiliares relevantes que permitan obtener información de múltiples fuentes. En el presente estudio se revisaron la confiabilidad y la validez de una serie de métodos auxiliares destinados a suministrar información complementaria proveniente del evaluado en junta psiquiátrica y a sistematizar la apreciación clínica por parte de los evaluadores.

Poner a prueba la confiabilidad y validez de evaluaciones en un contexto naturalístico, pleno de tensiones de intereses, como el constituido por el ámbito de juntas psiquiátricas destinadas a establecer dictámenes en casos concretos de la provincia de Buenos Aires, presenta diversas dificultades metodológicas. A pesar de ello, se pudieron obtener resultados relevantes y se logró poner a disposición de la comunidad clínica información empírica para la toma de decisiones respecto a evaluaciones de salud mental para lo laboral o previsional.

Los instrumentos de evaluación profesional fueron elegidos de manera de cubrir la apreciación de amplias áreas clínicas: el nivel de funcionamiento general (EEAG), la impresión clínica general (ICG), los síntomas psicóticos (EBEP) y la confiabilidad de la presentación del evaluado (ECPE). Los autoadministrados fueron elegidos para obtener información relevante de los problemas de salud del ámbito laboral: depresión (Zung), síndrome de agotamiento (Maslach), desbalance entre el esfuerzo y la recompensa vivenciada por el empleado (CDER), autoapreciación del estado de salud general (EASM).

La confiabilidad de los primeros, evaluada con el

cálculo del CCI, resultó excelente para la EICG y para la EEAG. Estos resultados se consideran dentro de lo esperado dado que ambas escalas cuentan con difusión y permanencia en los ámbitos de investigación y aplicación. El presente estudio aporta aún mayor sostén desde el ámbito de la psiquiatría laboral. Por su parte, los resultados con las escalas EBEP y ECPE se incluyen en la categoría de buenos. Al respecto cabe destacar que la evaluación de la simulación es una tarea primordial en los ámbitos donde se plantean intereses más allá de los asistenciales y, a su vez, tiene gran complejidad al punto de requerir, en ocasiones, diversas tácticas combinadas. Por lo tanto, haber logrado una buena confiabilidad con una escala sencilla y de fácil utilización resulta promisorio por su practicidad. Los evaluadores fácilmente podrían graduar su apreciación de la confiabilidad en la presentación del caso con esta escala. De todas maneras, seguramente serán útiles otras investigaciones comparando la escala con otros instrumentos diseñados para evaluar simulación.

En general, los resultados de confiabilidad permiten sostener que los instrumentos resultan apropiados para la evaluación en junta psiquiátrica laboral.

Por lo menos en el ámbito bonaerense, las juntas médicas han apoyado, tradicionalmente, la fortaleza de sus dictámenes en la apreciación simultánea realizada por tres médicos. Si bien, el consenso clínico ofrece credibilidad, el procedimiento para obtener tal consenso se vería robustecido por una sistemática que incluya métodos auxiliares relevantes para el tema en cuestión. Este estudio ofrece, novedosamente para el ámbito bonaerense, la exploración de la validez de algunos de los instrumentos candidatos a incluirse. Las escalas de Zung, las subescalas de Despersonalización y Realización del inventario de Maslach y la Razón Esfuerzo/Recompensa y la escala de Compromiso exagerado, todas ellas autoadministradas, varían concomitantemente con la opinión de junta psiquiátrica alcanzada a ciegas. Asimismo, los hallazgos permitieron sostener que los tres grupos constituidos por las conclusiones del dictamen, diferían significativamente en esos factores. Por último, la regresión logística permitió detectar significativa asociación en el sentido esperado tanto de la escala de Realización en el trabajo como de la escala de Compromiso excesivo. Todo orienta a sostener que estos instrumentos pueden ofrecer importante información a las juntas psiquiátricas y que deberían ser contemplados como buenos candidatos para la conformación de una sistemática de evaluación. Aunque no sea posible una comparación directa debido a diferencias en diseños, adunan en el mismo sentido respecto al CDER, recientes estudios extranjeros que encuentran al instrumento válido y confiable (6, 8, 10, 25, 26, 34).

La utilización de una sistemática como la mencionada permite una apreciación de la capacidad laboral remanente y de los factores influyentes más discriminativa que la categoría diagnóstica. Por ejemplo, la detección de síndrome de agotamiento, que apenas

puede reflejarse en las categorías clínicas habitualmente utilizadas del DSM IV (2) y de la CIE 10 (33), permitiría orientar adecuadamente la intervención sobre el sujeto y la exploración del medio laboral para instalar acciones preventivas. Beneficio similar se obtendría con la contemplación del desbalance Esfuerzo/Recompensa.

Párrafo aparte merece el procedimiento de evaluación general. Las situaciones particulares, los estilos individuales y la complejidad de la circunstancia conforman fuerzas activas que pueden dificultar el proceso de evaluación. La experiencia y sucesivos ajustes llevaron a los autores a considerar el siguiente procedimiento como cercano a lo óptimo: los tres evaluadores designan a uno de ellos para que conduzca la entrevista, los otros dos toman las notas necesarias y reservan las preguntas tendientes a resolver, en el último momento de la entrevista, las dudas o informaciones poco claras. Los evaluadores se presentan con sus apellidos y como profesionales que deben brindar una opinión técnica buscando la máxima aproximación a la objetividad. La información que se busca atiende al estado actual y a diversas áreas del funcionamiento general del sujeto, tanto en el presente como en el contexto evolutivo del padecimiento. Se invita al entrevistado a esperar unos minutos afuera del consultorio. Se procede a revisar la documentación obrante en el expediente y la aportada por el evaluado, a discutir el caso y a realizar el dictamen de la junta. Finalmente, se invita nuevamente al evaluado. Si la discusión generó necesidad de alguna otra información, se intenta obtener. De lo contrario, se reintegra

al evaluado propia documentación y se le comunica el dictamen de la junta, explicando lo que surja necesario y entregando una de las copias del dictamen. Este procedimiento permite una primera aproximación al caso ordenada y sin preconceptos, la integración posterior de todas las fuentes de información disponible y el adecuado proceso de contraste de perspectivas para llegar al consenso final.

Finalmente, es menester exponer que este procedimiento, allende de pretender su validez clínica, debe desarrollarse en un marco de cuidados éticos y de respeto por el derecho de los participantes y, también, desde una postura que evite la psiquiatización de los conflictos laborales.

Lugar del estudio: el presente trabajo fue realizado en el marco del convenio de colaboración y asistencia técnica entre la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP y la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.

Agradecimientos: Los autores agradecen al Prof. Mario Néstor Oporto, Director General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, al Prof. Dr. Jorge Martínez, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.L.P. y al Dr. Adrián Fabio Galo, Director de Salud Laboral de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, su intervención, facilitando la interacción entre ambas instituciones tendiente al tratamiento de problemáticas de salud en el ámbito educativo ■

Referencias bibliográficas

1. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (9): 1569-1576.
2. American Psychiatric Association. DSM IV - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Vol. edición española. Barcelona, Masson, 1995.
3. American Psychiatric Association. DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
4. Bobes García J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT, Sáiz Martínez PA, Bousoño García M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Segunda edición ed. Barcelona, Psiquiatría Editores, 2002.
5. Braam C, van Oostrom SH, Terluin B, Vasse R, de Vet HC, Anema JR. Validation study of a distress screener. *J Occup Rehabil* 2009; 19 (3): 231-237.
6. Buapetch A, Lagampan S, Faucett J, Kalampakorn S. The

- Thai version of Effort-Reward Imbalance Questionnaire (Thai ERIQ): a study of psychometric properties in garment workers. *J Occup Health*. 2008; 50 (6): 480-491.
7. Caraveo Anduaga JJ, Calatayud A, López S. Evaluación de la salud mental ocupacional. *Salud pública Méx* 1985; 27 (5): 391-401.
 8. de Jonge J, van der Linden S, Schaufeli W, Peter R, Siegrist J. Factorial invariance and stability of the Effort-Reward Imbalance Scales: a longitudinal analysis of two samples with different time lags. *Int J Behav Med* 2008; 15 (1): 62-72.
 9. Decreto 688/93. Reglamentación de la Ley 10.579: Régimen de Licencias. *Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires*. 1993 (8 de Marzo de 1993).
 10. Eum KD, Li J, Lee HE, et al. Psychometric properties of the Korean version of the effort-reward imbalance questionnaire: a study in a petrochemical company. *Int Arch Occup Environ Health*. 2007; 80 (8): 653-661.
 11. Fahlen G, Goine H, Edlund C, Arrelov B, Knutsson A, Peter R. Effort-reward imbalance, "locked in" at work, and long-term sick leave. *Int Arch Occup Environ Health* 2009; 82 (2): 191-197.
 12. Graceffa C, Vaglica V, Tanzariello V, De Pasquale D, Bonanno U, Tringali MA. Burnout evaluation in public employees in the South of Italy. *G Ital Med Lav Ergon* 2007; 29 (3 Suppl): 688-690.
 13. Head J, Kivimaki M, Siegrist J, et al. Effort-reward imbalance and relational injustice at work predict sickness absence: the Whitehall II study. *J Psychosom Res* 2007; 63 (4): 433-440.
 14. Kokkinos CM. Job stressors, personality and burnout in primary school teachers. *Br J Educ Psychol* 2007; 77 (Pt 1): 229-243.
 15. Kuczynski M, Rodriguez MC, Wiese R, et al. Trastornos de salud mental en docentes bonaerenses. *Jornadas de Medicina* 2009. La Plata, 2009.
 16. Lam RW, Michalak EE, Yatham LN. A new clinical rating scale for work absence and productivity: validation in patients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 78.
 17. Ley 10.579. Ley del Estatuto del Docente. *Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires* 1987(4 de Enero de 1988).
 18. Lodolo D'Oria V, Bulgarini d'Elci G, Bonomi P, et al. Are teachers at risk for psychiatric disorders? Stereotypes, physiology and perspectives of a job prevalently done by women. *Med Lav* 2009; 100 (3): 211-227.
 19. Macías Robles MD, Fernández-López JA, Hernández-Mejía R, Cueto-Espinar A, Rancaño I, Siegrist J. Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público español. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo "Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa". *Med Clin* 2003; 120 (17): 652-657.
 20. Moreno-Jiménez B, Oliver C. El MBI como escala de estrés en profesiones asistenciales: adaptación y nuevas revisiones. En: Fornis M, Anguera MT (eds.). *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias; 1993.
 21. Rebolledo M P, González X, Soto M, Galilea M E, Carbonell M CG. Factores psicosociales en pacientes con dolor lumbar accidentados del trabajo. *Bol Cient Asoc Chil Segur* 1999; 1 (1): 63-65.
 22. Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW. Occupational rewards relate to sickness absence frequency but not duration. *Work* 2009; 34 (1): 13-19.
 23. Rutter H, Herzberg J, Paice E. Stress in doctors and dentists who teach. *Med Educ* 2002; 36 (6): 543-549.
 24. Schreuder JA, Roelen CA, Koopmans PC, Moen BE, Groothoff JW. Effort-reward imbalance is associated with the frequency of sickness absence among female hospital nurses: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2010; 47 (5): 569-576.
 25. Siegrist J, Starke D, Chandola T, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med* 2004; 58 (8): 1483-1499.
 26. Silva LS, Barreto SM. [Transcultural adaptation into Brazilian Portuguese of the effort-reward imbalance scale: a study with bank workers]. *Rev Panam Salud Pública* 2010; 27 (1): 32-36.
 27. SPSS I. SPSS for Windows Base 10.0 (10.0.7). Chicago, SPSS, Inc., 2000.
 28. Tatar M, Yahav V. Secondary school pupils' perceptions of burnout among teachers. *Br J Educ Psychol* 1999; 69 (Pt 4): 457-468.
 29. Tsutsumi A, Kawakami N. A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Soc Sci Med* 2004; 59 (11): 2335-2359.
 30. van Dick R, Wagner U. Stress and strain in teaching: a structural equation approach. *Br J Educ Psychol* 2001; 71 (Pt 2): 243-259.
 31. Wald J. Work limitations in employed persons seeking treatment for chronic posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2009; 22 (4): 312-315.
 32. Whalen KS. Work-related stressors experienced by part-time clinical affiliate nursing faculty in baccalaureate education. *Int J Nurs Educ Scholarsh* 2009; 6 (1): Article 30.
 33. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Edition. Geneva, World Health Organization, 1992.
 34. Zurlo MC, Pes D, Siegrist J. Validity and reliability of the effort-reward imbalance questionnaire in a sample of 673 Italian teachers. *Int Arch Occup Environ Health* 2010; 83 (6): 665-674.

El duelo y la depresión, desde la teoría del apego

Elsa Wolfberg

*Médica Psiquiatra y Psicoanalista. Miembro Titular Didacta de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA)
Fundadora y Coordinadora del Espacio Bowlby, de APA. Docente de la Carrera de Especialista en Psiquiatría, UBA.
Presidente Honoraria del Capítulo de Psiquiatría Preventiva de APSA
E-mail: psico@telecentro.com.ar*

Alberto Ekboir

*Médico Psiquiatra y Psicoanalista. Miembro titular, Psicoanalista de Niños y Adolescentes, APA
Ex-Profesor Adjunto a/c Salud Mental I y II, Universidad Hebrea Argentina Bar Ilan
Magíster en Psicofarmacología, Universidad Favaloro*

Graciela Faiman

Miembro Didacta de la APA. Especialista en Psicoanálisis de Niños de la APA. Coordinadora del Espacio de Encuentro de Psicoanalistas de Pareja y Familia, sociedad componente de la Asociación Internacional de Psicoanálisis de Familia y Pareja. Egresada y ex-directora de la Escuela de Psicología Clínica de Niños y Adolescentes de APNAD

Josefina Finzi

*Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Psicoanalista Clínica en Niños y Adolescentes
Docente de seminarios de Observación de Lactantes. Integrante del grupo de estudio sobre J. Bowlby
Docente de la Carrera de Psicología, Universidad Favaloro*

Margarita Freedman

*Médica Psiquiatra, Faculté de Médecine, Paris VII – Francia. Psicoanalista Didacta de APA
Coordinadora Maestría SIDA, Fundación Favaloro. Ex-Jefa Servicio de Psiquiatría, Hospital Petrona C. de Cordero, San Fernando,
Provincia de Buenos Aires. Ex- Directora Carrera de Psicología, Universidad Favaloro*

Adela Heath

Psicoanalista de Niños, miembro del Espacio Bowlby de APA

María Cristina Martínez de Cipolatti

*Lic. en Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Prof. Titular, Universidad Favaloro
Prof. Titular, Universidad de Belgrano, Prof. Titular, Universidad Nacional de Córdoba
Miembro del Departamento de Niños y Adolescentes “Arminda Aberastury” (APA). Miembro del “Espacio Bowlby”*

Resumen

Siendo la depresión, según la OMS, una afección tan extendida a nivel mundial, es preciso saber diferenciar un duelo normal de un duelo patológico y de una depresión, para capacitar a pacientes y profesionales de la salud el poder sostener un duelo normal y no medicalizarlo ni apurarlo, y a su vez tratar adecuadamente la depresión cuando aparece como complicación. La teoría del apego enfoca el duelo tras una pérdida, con: 1- el concepto de que la búsqueda del ser perdido es un hecho normal, de que el duelante puede convivir internamente mucho tiempo con la representación del ser perdido, ya que aporta a su identidad; 2- que el duelo en niños puede tener desenlaces no patológicos; 3- que el duelo no procesado puede transmitirse intergeneracionalmente; 4- define cuales elementos pueden determinar un duelo patológico o una depresión. Se presenta una viñeta clínica con el análisis de estas nociones.

Palabras clave: Fases del duelo - Duelo normal - Duelo patológico - Exclusión defensiva - Apego - Sistemas representacionales - Depresión.

MOURNING AND DEPRESSION, FROM THE ATTACHMENT THEORY PERSPECTIVE

Summary

Since depression, according to OMS, is such a worldwide condition, it is necessary to be able to distinguish a normal mourning from a pathological mourning and a depression, so as to qualify patients and health professionals to be able to support a normal mourning without medicating it nor hurrying (hasting) it, as well as being able to treat a depression adequately when it appears as a complication. Attachment theory focuses on mourning after loss with notions such as 1- acceptance of search for the lost person as a normal fact; 2- that mourning in children may have non-pathological outcomes; 3- that a non-processed mourning may be transmitted in an intergenerational way, and 4- also defines which elements may determine a pathological mourning or a depression. A clinical case is presented with an analysis of these notions.

Key words: Normal mourning - Pathological mourning - Phases of mourning - Cultural modeling - Defensive exclusion - Attachment - Representational systems - Depression.

Duelo y cultura actual

“La erótica del duelo en tiempos de muerte seca”, de Jean Allouch (4) alude, entre otros aspectos, a la necesidad de retomar una erótica del dolor emocional de la pérdida ya que los tiempos de la muerte a secas, sin todo el proceso de subjetivación, proponen minimizar el dolor tanto en sus posibles consecuencias como en su extensión en el tiempo. Tal vez hay un imaginario actual que atribuye al dolerse la cualidad de debilidad que debe ser superada cuanto antes. Duelar no es eso, requiere tiempo y cierto recogimiento... y acompañamiento. Es *la ausencia de duelo*, una de las formas de duelo patológico, la forma promovida silenciosamente por la cultura actual. El duelo representa un momento de mayor riesgo de enfermedad física y/o psíquica, que exige una adecuada y exhaustiva evaluación. Las complicaciones de un duelo ocurren en el 20% de los casos, y cuando deviene en una depresión mayor, debe tratarse también con psicofármacos. Si el duelo es de curso normal no lo requiere, “sólo” acompañamiento, consuelo y comprensión.

En cuanto a *depresiones*, la OMS predice para el 2020 que será la segunda causa de morbilidad, detrás de las afecciones cardiovasculares. Los expertos estiman que el 13% de los varones y el 21% de las mujeres tienen depresión profunda en algún momento de sus vidas, que reaparece en más del 80 por ciento de los casos. Estas cifras hacen imprescindible la diferenciación entre duelo y depresión.

A una depresión se puede llegar por caminos multifactoriales para los que se proponen diversos modelos: genético, neuroquímico por desregulación de transmisión aminérgica, por alteraciones electrofisiológicas, y desde diversos modelos de comprensión psicopatológica: agresión retenida, déficit de autoestima, esquemas cognitivos negativos, desamparo aprendido, y... pérdida de objeto, tema del que se ocupa este trabajo.

La corriente más moderna de la etiología de la depresión supone un sistema abierto de intercambio entre sujeto y su entorno, que además incluye a la herencia, estructura de carácter y suficiencia de apoyo social, como moduladores del impacto depresivo de las pérdidas de seres queridos.

El cuadro clínico característico de la depresión incluye retardo psicomotor, cambios del sueño y del apetito, disminución del deseo sexual, anhedonia, pérdida de energía, sentimientos de culpa inapropiados e ideación suicida.

Durante el *duelo* se puede atravesar algunos de estos estados, pero es transitorio y se acentúa sobre todo la inquietud de reencontrar a la persona perdida (fase 3 del duelo), remite espontáneamente al pasar a la cuarta y última fase del duelo que es de reorganización, recuperando el sujeto su ritmo y su capacidad de disfrute. Por el contrario, en la depresión mayor estos síntomas duran al menos dos meses y generalmente requieren de un tratamiento, por lo general mixto: psicofarmacológico y psicoterapéutico.

El vínculo de apego (5) se refiere a la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con una

persona de la que se espera cuidado y protección, que deviene figura de apego. Cuando ésta se pierde, se genera un duelo, que según como hubiera sido previamente el estilo de apego (seguro ó inseguro ansioso, inseguro evitativo, inseguro desorganizado), será un duelo normal o patológico. Ésta es la clase de pérdida de la que se ocupa la teoría del apego, una teoría eminentemente relacional e intersubjetiva, por consiguiente no ha estudiado otro tipo de pérdidas: de autoestima, de ideales, de trabajos, etc. cuya significación no esté centrada en los contenidos emocionales de la pérdida de personas queridas, aunque puedan estar indirectamente vinculadas a funciones de protección que ciertas figuras prestaban, aportando seguridad.

El apego, esa disposición de mantener proximidad y contacto con una figura de carácter protector, es compartida con otros mamíferos, a los que protege de la depredación. Las investigaciones de Konrad Lorenz (premio Nobel por sus estudios etológicos) ofrecieron un modelo útil, confirmando las investigaciones y observación de la relación de los niños y bebés con su madre o sustituto. En 1950, René Spitz (14, 15), un psicoanalista pionero, describe cómo la condición de privación materna, no de alimento, origina en el niño angustia extrema y gran riesgo de desarrollar patología (hospitalismo y marasmo).

El apego es un *sistema motivacional*. Existiría una motivación muy fuerte, distinta de la pulsión sexual y de la alimentación, que impulsa a los seres humanos y muchas especies animales a establecer vínculos específicos, íntimos y duraderos con otros individuos. En la teoría de Bowlby, la función del psiquismo es procesar la información acerca de la proximidad del objeto y mantener ese sostén.

Basándose en las teorías de la comunicación, se la puede definir como consistente en procesos psicológicos (incluyendo las fuerzas motivacionales) que se inscriben en un campo interpersonal e intersubjetivo, en el cual las influencias entre los protagonistas es recíproca y multifactorial.

La teoría freudiana, en el tema duelo, plantea que un sujeto en duelo sobreinvierte las representaciones del objeto perdido (recuerdos, expectativas), para luego desinvertirlas por imperativo de la realidad, retirando la libido (la libido es un concepto derivado de su tesis económica, energía que se descarga, se desplaza, invierte o desinvierte un objeto). El modelo energético freudiano condujo a representar al psiquismo como un sistema cerrado o casi donde el desenlace del duelo se resuelve en el interior de ese aparato, por el itinerario de la libido.

Bowlby, que se separa del modelo energético freudiano, examina el duelo desde el apego y en tanto así, el vínculo es central, es un sistema abierto a vínculos, que gravitan sobre el curso del duelo (11).

Bowlby no parte del “imperativo de la realidad”, sino del anhelo de restitución del vínculo; es el apego el que dirige el duelo, en coherencia con la función protectora de éste, por lo cual se entiende que buena parte del duelo se dedique a recomponer el lazo roto y no a separarse del muerto. Freud y Bowlby coinciden en que el duelo normal es reconocer la pérdida, pero en un caso es que

la realidad lleva al abandono de la relación y en el otro el mayor trabajo es recuperar lo perdido, aunque ese deseo fracase y el sujeto reestructure su mundo y su identidad. Lo importante es que para Bowlby, el duelo normal es compatible con la permanencia afectiva de la persona perdida, que ayuda a preservar un sentido de identidad. El carácter acompañante del apego ayuda a reorganizar las metas y acciones.

¿Qué es un duelo?

Según Bowlby “*el duelo es una serie de procesos psicológicos que se ponen en marcha debido a la pérdida de una persona amada, cualquiera sea su resultado*”.

Bowlby describe cuatro fases del duelo en el adulto (5, 6, 7, 12):

1. La fase de embotamiento

Es una reacción común e inmediata a la pérdida sufrida y un intento de enfrentar las emociones que desentendana la pérdida. Hay incapacidad de aceptar la realidad. La persona puede mantener una aparente calma, que puede verse interrumpida por episodios de emoción violenta, ataques de pánico y estallidos de enojo.

2. Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida

Cuando comienza a percibir la realidad de la pérdida, puede experimentar sensación de intenso anhelo, accesos de llanto y congoja, inquietud, insomnio, pensamientos obsesivos con respecto al ser perdido, tendencia a interpretar señales y sonidos como indicadores de que el ser perdido ha vuelto: por ejemplo, el sonido de una puerta que se abre a las 5 de la tarde, se interpreta como el regreso del cónyuge. Estos anhelos de reencuentro con el muerto constituyen una característica habitual, formando parte normal del intento de recuperación del vínculo perdido.

La búsqueda inquieta, el llanto, la cólera, y la inquietud son rasgos de esta fase y deben ser vistos como parte de los intentos de recuperar a la figura perdida; “lo busco por todas partes”... “voy a su tumba... pero no está allí”. Esta búsqueda también tiene componentes perceptuales y representacionales: movimientos inquietos y exploración del medio, pensar intensamente en la persona perdida como un intento de mantener el vínculo en el pensamiento, llamar a la persona perdida: accesos de llanto cada vez que la recuerda.

El papel de la cólera: Bowlby sostiene que la ambivalencia hacia la persona perdida caracteriza muchos casos en los que el duelo sigue un curso sano, aunque es sin duda más intensa y persistente en los que se desarrollaron en forma patológica.

En el duelo normal, el encono con un objeto constituye la norma. Bowlby distingue dos tipos de ira:

a) *La ira funcional*: Siempre que la separación sea solo temporaria, la ira puede ayudar a derribar las barreras que obstaculizan la posibilidad de reencuentro, y además puede desalentar a la persona amada, evitando que se marche.

En tanto la rabia persiste, la pérdida no se acepta como permanente y se conserva la esperanza, pero sólo está fuera de lugar cuando la separación es permanente. Los estallidos de cólera son comunes después de una pérdida. Pero si *el encono y el resentimiento persistieran más allá de la primera semana, existirían motivos de preocupación*.

En su forma funcional, la cólera se expresa como una serie de reproches, cuyo objetivo es facilitar el reencuentro con la figura de afecto y evitar toda ulterior separación.

b) *La ira no funcional*: se produce siempre que: 1) un ser humano se muestre enojado de manera tan intensa o persistente con otro ser a quien lo une un vínculo de afecto, que éste se debilita, produciéndose el alejamiento de esa segunda persona; 2) la ira hacia ese tercero también se vuelve no funcional cuando los pensamientos o actos agresivos trascienden el límite entre la disuasión y la conducta vengativa.

3. Fase de desorganización y desesperanza

La desorganización se debe al hecho de que cuando alguien se va, el sistema de vida anterior no va más. Para que el duelo evolucione favorablemente, parece necesario que el deudo tolere el anhelo, la necesidad de la búsqueda más o menos conciente, el análisis de cómo y por qué se produjo la pérdida y el encono contra todo aquel que pueda haber sido el responsable, llegando gradualmente a aceptar que la pérdida es permanente y que debe dar nueva forma a la vida. Solo así podrá llegar a comprender que sus patrones de conducta previos se han vuelto inapropiados y que deben ser contruidos de nuevo y antes de forjar los nuevos, resulta casi inevitable que quien ha sufrido una pérdida caiga en la depresión y la apatía. Para la mayoría, esta tercera fase dura varios meses. Si se atraviesa esta etapa, se puede llegar a la cuarta fase.

4. Fase de reorganización

En tanto se ha aceptado la realidad de la pérdida, es probable que el individuo comience a examinar la nueva situación y las diferentes maneras de enfrentarla, lo cual implica una redefinición de sí mismo, de los modelos representacionales internos, a fin de adaptarlos a los cambios que se han producido en su vida y lleva a “enfrentar un doloroso cambio de identidades”. De esposa o marido, se ha pasado a ser una viuda o un viudo, intentando desempeñar nuevos roles y adquiriendo nuevas habilidades.

Necesidad de diferenciar el duelo normal del duelo patológico y de la depresión

El duelo no es un proceso intrapsíquico, sino un producto del intercambio entre psiquismos, es intersubjetivo, a modo de intersección entre el sujeto duelante y los psiquismos familiares; la empatía ambiental es una condición esencial para realizar el duelo. Bowlby menciona dos clases de patologías del duelo: el crónico y el duelo no hecho ni sentido.

1) El duelo crónico (versión extendida de la fase de anhelo y búsqueda, desorganización y desesperanza) está marcado por la ausencia de pena y la presencia muchas veces de cólera, autoreproches y la imposibilidad de reorganizar la propia vida, siendo la depresión su síntoma principal, a menudo acompañado de agorafobia, ansiedad, hipocondría y alcoholismo. 2) El duelo no hecho (extensión de la fase de embotamiento) tiene también una ausencia de conciencia de aflicción, pero el sujeto puede estar afectado por dolencias físicas, insomnio, cefaleas, irritabilidad, tensión corporal, palpitaciones, dolores, pesadillas, y repentinamente puede llegar a un cuadro de depresión aguda. En ambas el paciente aún cree (conciente o inconcientemente) que la pérdida puede repararse, tiene impulso de buscar, tiene ira y/o autoreproche, pero no tiene ni tristeza ni pesar. En la ausencia de aflicción se ve una anestesia que puede durar décadas; no debe ser confundida con la resiliencia. Esto puede quebrarse en un aniversario (13) pero debe ser claramente diferenciado de ésta. Es la duración (más de 2 meses), y la intensidad de estos síntomas que orientarán a diferenciarlos y a tomar conductas terapéuticas diferentes. En el duelo normal la depresión será breve y leve. La situación de duelo muchas veces encubre una depresión mayor que tiende a ser vista como una reacción normal a una situación de pérdida, más que como una verdadera depresión.

La depresión incluye la alteración del humor, la cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de la productividad y culpa, autoreproche y autodenigración, expresión de la rebaja del sentimiento de sí. La depresión, como momento de tristeza, retracción, inhibición, enlentecimiento, anhedonia, incluso autoreproche, (8) puede formar parte del duelo el primer tiempo, unos 2 meses, según Bowlby. El deterioro prolongado e intenso de las funciones sociales y laborales y la frecuencia del riesgo suicida, permiten una neta diferenciación y obligan a pensar en una severa complicación.

El trastorno depresivo ocurre cuando el sujeto pierde la capacidad de sostener sus vínculos y contraer otros nuevos. Eso tiene un valor funcional y adaptativo: el organizarse mientras crea nuevos patrones de intercambio dirigidos a un nuevo objeto o a una nueva meta.

Que la depresión se instale depende de diversas variables: 1- de las experiencias en la niñez y el estilo de apego que lo haya hecho sentir digno ó no de amor, que da lugar en el caso de un apego inseguro a tendencias cognitivas de abatimiento por la visión negativa de sí y de los demás, y su futuro; 2- de la naturaleza y circunstancias de la pérdida reciente; 3- de la existencia previa de una pérdida en la niñez, con sus correlatos neurofisiológicos; 4- de la existencia o no de una trama de sostén empática.

Es necesario discernir en qué casos el sujeto cursa un duelo normal, en cuyo caso la depresión será sólo un momento en el transcurso de ese duelo a elaborar y ver su natural desenlace en forma de reorganización de las representaciones y sentimientos de sí y de los otros; cuando es un duelo patológico con sistemas segregados,

y cuando en el curso de un duelo se instala un trastorno depresivo intenso, que es una complicación severa que debe ser tratada como tal.

¿Como son las experiencias del duelo en niños? (1, 3)

Bowlby demostró que a la edad de 5 años los niños pueden comprender la separación o la pérdida permanentemente, con respuestas semejantes a la de los adultos, dependiendo su evolución de los factores de vulnerabilidad que preceden a la pérdida: la edad, las reacciones que el niño recibe frente a la expresión de sus emociones tanto de sus familiares como amigos e incluso de los profesionales, y en qué circunstancias se produce la pérdida (catástrofe, accidente, guerras, violencia pública, inmigración, exilio, etc.).

En 1960, Bowlby se refiere a observaciones y pruebas sobre las similitudes de respuesta de los niños pequeños a la pérdida de la madre y las respuestas de los adultos ante la muerte de un ser querido, que demuestran que si las respuestas son iguales, los procesos también lo son. Las diferencias en los niños pequeños son por variantes especiales del proceso del duelo y no por procesos cualitativamente distintos. Las variantes especiales se producen frente a la experiencia de separación (ansiedad o angustia por la pérdida del vínculo o la amenaza de la pérdida) y se relacionan con la naturaleza de la conducta de apego y su papel en la vida humana.

Las divergencias conceptuales se presentan cuando se plantea si un niño que no ha llegado a la adolescencia puede responder a la pérdida de un progenitor con un duelo sano. Duelo sano es el esfuerzo exitoso de un individuo por aceptar que se ha producido un cambio en su mundo externo y también que él debe realizar cambios correspondientes en su mundo interno, representacional, y reorientar en consecuencia su conducta de apego. Bowlby sostiene que si se les proporciona apoyo e información franca, es posible que el duelo de los niños pequeños frente a la pérdida de un progenitor sea tan sano como puede serlo el de un adulto. Un aspecto particular que puede darse es el desapego, tercera fase de las respuestas de un niño pequeño a la pérdida de su figura materna y se observa cuando un niño de 6 meses a 3 años pasa una semana o más sin recibir los cuidados de la madre y sin que se ocupe de él ningún sustituto especialmente designado. Se caracteriza por ausencia casi total de conducta de apego cuando se reúne con la madre. Puede no reconocerla, apartar la mirada, alejarse, llorar y luego pasar a una total inexpressividad. Expresa el resultado de un proceso defensivo.

En un niño pequeño, una experiencia de separación con la figura materna tiende a iniciar procesos psicológicos que no necesariamente resultan en una mutilación de su personalidad, pero algunas veces puede producir una disfunción más o menos severa en su vida posterior si no tiene figuras empáticas que lo acompañen en la pérdida (duelo intersubjetivo).

René Spitz (14, 15) (presidente de la Sociedad Británica de Psicoanálisis) y Ana Freud fueron los primeros en

plantear que perder la madre en la infancia no necesariamente es sinónimo de infelicidad, si consigue figuras sustitutas. No fueron bien vistos por ello y Bowlby perdió su puesto de profesor como psiquiatra por sostener lo mismo. Para afirmar lo anterior, Spitz se apoyó en el estudio de varias poblaciones, una de las cuales de 200 bebés presentó estas cifras; 19 murieron, 23 resultaron antisociales y psicópatas, y los 148 restantes salieron adelante. Esto no fue tomado en cuenta precisamente por eso: ¡a 148 les fue bien!

¿Qué personalidades son propensas al duelo patológico?

1) Las personas que tienen un apego ansioso, con marcada ambivalencia. Bowlby toma, a modo ilustrativo, dos estudios de campo con viudas, en los cuales el duelo patológico tenía clara correlación con vínculos matrimoniales muy conflictivos. Luego de la muerte de los cónyuges se incrementaban síntomas tales como: anhelo persistente, depresión, ansiedad, sentimientos de culpa y trastornos somáticos.

2) Las que tienden a prodigar cuidados compulsivamente a las personas. Frente a una amenaza de pérdida vincular responden brindando cuidado y preocupación excesiva a otros. En general, tienden a establecer vínculos intensos y ansiosos con personas que tengan alguna dificultad o perturbación, a los que brindan cuidados. En las historias de estas personas hay padres que los hacen sentir responsables tanto del cuidado efectivo como de su equilibrio emocional, o han tenido un maternaje intermitente, por lo cual hacen un cuidado vicariante en otros, de sus propias necesidades de ser cuidados.

3) Por último, personas que tienden enérgicamente a ser autosuficientes emocionalmente, aquellos que intentan con mucho esfuerzo moverse en la vida como independientes de todo vínculo afectivo.

Están aquellos que pueden organizar una vida con pocos vínculos afectivos significativos y por lo tanto, tampoco, frente a las pérdidas, organizan procesos de duelo intensos. Por otro lado, están los que arman una coraza protectora frente a la pérdida. Estas personas arman vínculos distantes y visiblemente incómodos frente a la presencia del otro pero que, al mismo tiempo, toleran mal la autonomía de su compañero y reaccionan de modo catastrófico frente a la distancia, la separación o la pérdida.

Entre las experiencias que predisponen a organizar personalidades patológicas y posteriores duelos patológicos, se destacan aquellas que facilitan un vínculo humillante, inestable e impredecible tanto en su conexión afectiva como en su cuidado real, sosteniendo el deseo y la esperanza del niño de encontrar un contacto afectuoso pero poniéndolo bajo amenaza.

También incluye las situaciones donde se invierte el cuidado parental que pasa a estar en manos del niño que queda como responsable del equilibrio emocional del adulto.

Por último, en aquellas familias que descalifican la necesidad de un vínculo afectivo empático y valoran

la independencia afectiva, se facilita, sin ser un destino obligatorio, el surgimiento de personalidades que sobrevaloren la independencia afectiva pero que sucumben frente a una pérdida significativa.

Trabajo de duelo

En Freud (9), en *Duelo y Melancolía*, el resultado normal del duelo consiste en "...un apartamiento de la libido de ese objeto que se perdió y su desplazamiento sobre uno nuevo." Este proceso se describe en términos de energía que busca otro destino. La libido sobreinvierte ciertas representaciones, las desinvierte, desplaza sus catexias a un nuevo objeto o queda fijada en el objeto perdido.

El yo ejecuta el trabajo del duelo siguiendo las demandas del examen de realidad, que señala el aniquilamiento del objeto.

En Bowlby, el lazo de apego perdura toda la vida y es compatible con la permanencia afectiva de la persona perdida. Las personas con *apego seguro* en su infancia son menos vulnerables, y compatibles con un duelo normal. Aquellos con *apego inseguro* o *apego ansioso* son propensos a hacer duelos patológicos.

La respuesta del medio constituye una red de sostén, y el sujeto regula esta distancia con el medio.

Bowlby luchó con distintas dicotomías, entre otras el contraste entre lo intrapsíquico y lo interpersonal, que lo ubica en una jerarquía interactiva y no meramente intrapsíquica; se abre al psicoanálisis interpersonal, que ubica al terapeuta en una relación y no sólo en objeto de la transferencia de contenidos previos. El apego incide en hablar de la pérdida y es el interlocutor el sostén empático de la tristeza.

La mente emerge en contacto con otras mentes y es transpersonal y contextual.

Modos de transmisión transgeneracional de los duelos

Un hecho de particular interés es la manera no explícita en que se transmite información a través de las generaciones. Es habitual el estudio de este tema a partir de los efectos que se encuentran en la patología. No sólo se transmite aquello que es un secreto familiar (conceptos de fantasma y cripta en Nicolás Abraham y María Torok (2)), luego largamente desarrollado por numerosos psicoanalistas de familia) sino que se transmite aquello que, aunque consciente, permanece sin elaboración o escindido. Pensamos la transmisión transgeneracional como un fenómeno universal que actúa utilizando especialmente los mecanismos de empatía e identificación, escisión, renegación y construcción de fetiches. También se transmiten estilos de apego. Este modelo se aplica luego a la comprensión de la tramitación de duelos.

¿Cómo es esta transmisión desde Bowlby?

Bowlby, en consonancia con Ferenczi, encontró su fundamento en la idea de que la psicopatología se ori-

gina en experiencias reales de la vida interpersonal. Su principal interés se centró en el estudio de las vicisitudes del vínculo temprano que se da entre el infans y sus cuidadores adultos (figuras de apego), subrayando la manera en que la personalidad del sujeto queda marcada por estos vínculos. Una de sus ideas fuertes es la noción de Sistemas Representacionales. Sostiene que los Modelos operativos internos (modelos representacionales) son mapas cognitivos que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno en relación a él. Se van armando a partir de los primeros contactos hasta convertirse en una estructura interna que organiza la experiencia. También se destaca su particular enfoque de la defensa basada en el procesamiento de la información (exclusión defensiva). Para Bowlby la personalidad no es homogénea y puede estar constituida por dos (o más) Sistemas Rectores, pudiendo coexistir un Sistema Principal de la Personalidad que es el que efectúa la exclusión defensiva de determinados tipos de información que devienen en ser Sistemas Segregados. Este concepto nos acerca al modelo freudiano de la escisión del yo, el mecanismo de renegación y la creación del fetiche, extendiéndolo desde su formulación tradicional hasta la comprensión de los psicodinamismos familiares. En 1927, en su estudio sobre el fetichismo Freud inaugura la problemática de la creencia (diferente del "saber"), al darle toda la precisión necesaria al vocablo alemán Verleugnung (renegación, desmentida). La creencia en la presencia del falo materno es el modelo de todas las otras renegaciones. Octave Mannoni (10) extiende el uso de la renegación al estudio de los fenómenos neuróticos. Cuando Bowlby plantea la utilización de la exclusión defensiva se refiere a la exclusión de una percepción que pudiera desmentir una creencia.

La gran cercanía del niño con respecto a sus figuras de apego logra la transmisión de modelos operativos que al ser incorporados como estructuras internas persisten a través de las generaciones, posibilitando la utilización de la exclusión defensiva como mecanismo privilegiado. Así nos ofrece el ejemplo de un caso clínico, la señora Q., que aún conociendo y aceptando concientemente el hecho de la muerte de su padre, continuaba "en secreto" realizando planes para su regreso.

Autores investigadores post-bowlbyanos (M. Main, M. Ainsworth, P. Fonagy) correlacionaron las modalidades de apego en mujeres embarazadas y posteriormente el estilo de apego en sus niños de un año y medio, encontrando una correspondencia de un 75%. Si se puede conjeturar que junto con los estilos de apego se transmiten recursos defensivos, podemos pensar que éstos modelan las situaciones de duelo.

Duelo por un recién nacido fallecido a los 6 días de vida

Viñeta clínica

En la UTIN (unidad de terapia intensiva neonatal) se interna a un recién nacido prematuro, con una microcefalia grave. Tres semanas antes, durante una ecografía de rutina, los padres se han enterado de la malformación de

su hijo. A pesar de la gravedad, les han dicho que "para saber bien, hay que esperar a que nazca". En la UTIN los padres piden con insistencia que los dos hermanitos, de 11 y 6 años, puedan conocer al bebé, Santi, pues ha sido "un embarazo muy deseado". La visita se planifica, pero las condiciones del bebé empeoran sensiblemente, y, cuando los niños están por entrar, debe suspenderse. Mientras los niños aguardan, el bebé fallece. El padre y el sacerdote plantean que los niños ingresen igual "porque estaban tan ilusionados", *pero que no se les diga que el bebé ha fallecido.*

Durante la etapa previa y posterior a la visita, los niños permanecen con el Equipo de Visita. Los niños hablan, dibujan y juegan acerca del bebé y sobre lo dicho por los padres acerca de las condiciones de éste. El hermano mayor: "se olvida de respirar", "papá lloraba y me decía que va a ser como los nenes discapacitados de mi escuela y lo vamos a cuidar y a querer igual" (antes de la visita); "le recé a la Virgen para que no se olvidara de respirar y ella me lo cumplió", "¿porqué tenía ese color?", "en la televisión vi al bebé más chico del mundo pero ni los médicos pudieron salvarlo" (después de la visita).

El hermanito menor dibuja a su mamá en la camilla de partos, al bebé en brazos del doctor y al padre y ellos esperando afuera (antes de la visita). Después de la visita ambos, además de lo anterior, han jugado con el muñeco: sobre todo le pasan aire con el respirador. Durante la visita misma, los niños miran al bebé con atención, el menor cree ver que mueve la manito y el mayor pregunta "porqué está con ese color, no como el de al lado que está más rosadito".

Cuando la visita finaliza y los hermanitos se retiran sin saber, aún, que ha fallecido, el sacerdote cuenta que les ha pedido a los padres que todos los que sepan que los niños han visto al bebé ya fallecido hagan un juramento de por vida, de nunca contárselos. Durante la evaluación, el equipo decide contactarse telefónicamente con la madre para hacer un seguimiento del proceso de duelo de la familia, que consiste en conversaciones telefónicas semanales con ella.

El primer contacto se efectúa cerca del mes de fallecido el bebé. La madre, S., relata estar pasando por momentos muy difíciles, le cuesta atender a los hijos, trata que no la vean llorar pero tiene que irse a su cuarto porque no aguanta. Su familia le ha dicho que "todo esto no tiene que afectar la vida de los chicos". El menor ha dibujado al bebé como un angelito que está en el cielo con el bisabuelo. En las conversaciones subsiguientes, relata momentos o días enteros en los que casi no se puede levantar, con momentos en los que puede hacer cosas: pone música por "primera vez en mucho tiempo" o tiene ganas de hacer las cosas de la casa. Cuenta que "durante un tiempo yo no me enojaba, ni me reía. Nada me importaba. Incluso pensé que nunca más iba a poder sentir esas cosas."

A partir de la tercera conversación, va apareciendo la historia familiar de la madre, uno de cuyos ejes es una frase, enigmática y repetida durante la internación: "tengo miedo de contarle a mi papá porque tiene problemas al corazón desde que se le murió un nene de cuatro años

hace 30 años". Lenta y dificultosamente la madre relata la muerte de un hermano mayor, Q., a quien ella no conoció, fallecido a los 4 años en circunstancias que no ha podido dilucidar, aún, pues no se atreve a preguntarles a sus padres: "no sé (qué pasó), nunca lo hablé con ellos. Les producía demasiado dolor". Después de la muerte de Q. la madre de S. se va a la casa de sus padres y estos la internan en un psiquiátrico; el padre saca a la madre de la internación diciendo que "mi mujer no está loca". Un tiempo después nace una niña, T., (cinco años mayor que S.), pero "mamá no la quería porque era una nena y ella quería un varón; no la cuidó y le puso una niña". A los once meses nace un niño, J., (cuatro años mayor): "ellos decían: como que volvió a nacer Q... Le pusieron el mismo nombre... Siempre quedó como que había que ser especial con él, ahora también." Los padres se separan cuando S. tiene unos 10 años. Actualmente, para S., su madre "está más en lo de ella", ha salido de un alcoholismo prolongado, no se interesa en los nietos ni la ayuda a cuidarlos. "Mi hermana cumple la parte de mamá...ella me cuidaba, me ayudaba con la tarea, incluso me retaba... Pero yo a mi mamá la quiero...". "Mi papá es especial, nos sobreprotegía"; "me decía que recién mucho después se dio cuenta que el nene había muerto, y que no iba a volver ni en J. (el otro hijo varón) ni en nadie. Me decía "Santi es Santi, que no va a volver... ni en otro bebé...".

El hijo menor, a lo largo de los primeros dos meses, es el que está siempre preguntando: dibuja al bebé como un angelito; pide en un campamento que coloquen un colchón para Santi y se enoja cuando le dicen que "está con nosotros, pero no así...". "¿Entonces adonde está?", pregunta, y mamá le contesta que "está en mi corazón". O dice: "Pero mamá, ¿no le podemos conseguir un cuerpecito a Santi?". Cuenta a los demás lo ocurrido y llora con frecuencia.

El hermano mayor "no me habla demasiado del bebé, es como que no quiere ponerme mal". En el cementerio, adonde la familia va bastante, ha llorado mucho diciendo "¿porqué no lo podemos tener con nosotros?". Más adelante, empieza a plantear que prefiera no ir al cementerio y le pregunta a su mamá si eso le hace mal a ella. La madre lo tranquiliza, cada cual puede hacer lo que quiera: ir al cementerio o rezar en la casa, etc. Unos días antes del segundo aniversario, a raíz de una agresividad no habitual, la terapeuta evoca las circunstancias particulares en que los niños "conocieron" al bebé. La madre recuerda entonces un diálogo con el niño, en el cementerio, a la semana del entierro: "Má, cuando lo vimos, ¿Santi estaba... ya había...?". Y yo le dije que no, que él estaba muy enfermito y que después de salir ellos, "había pasado...". Yo después pensé que lo dicho, dicho estaba. Y que no podía decir otra cosa." Cuenta que, a diferencia de su marido, ha vuelto a pensar en el tema: no quiere que su hijo se entere a través de otros. Si bien la terapeuta aconseja a la madre que aclaren las circunstancias de la "visita", pasan los meses y la aclaración no tiene lugar.

A los cuatro meses, el servicio de genética los asesora: la malformación es de origen genético y les asegura que

"no han hecho algo mal ni antes ni durante el embarazo".

A los cinco meses, la madre decide probar de volver a trabajar. Los niños ya han retomado la escuela. Para su sorpresa, le hace bien trabajar y estar con sus compañeras. Una conocida que "no sé como no se había enterado de lo que pasó", pregunta por el bebé. La reacción siempre es la misma: se queda paralizada, mira sin poder contestar, sin habla, siente que se desvanece, quiere salir corriendo, gritando. Tiene que ir a un lugar privado (el baño) para recuperarse. Sólo con un esfuerzo enorme, lo logra. "¿¿Cuándo me van a dejar de preguntar?!".

Análisis de la viñeta clínica

El proceso de duelo por el cual está pasando S., se manifiesta como un duelo normal. Algunos puntos centrales:

1) Al enterarse de la malformación del bebé, ¿qué mecanismos operaron en los padres? Cuando se entera al final del embarazo, que hay una malformación, S. entra en la primera fase del duelo que Bowlby describe como de *embotamiento de la sensibilidad* junto con una *fase de incredulidad e intentos de revertir el desenlace*, descrita en padres de niños con enfermedades fatales. Uno de sus comentarios es: "No puede ser, los médicos a veces se equivocan". Mediante el mecanismo de defensa descrito por Bowlby como "exclusión defensiva" crea un *contenido segregado: la existencia del bebé microcéfalo*; al mismo tiempo presenta una conducta de introversión, busca dormir y trata de que "todo esto" -lo innombrable- no afecte al bebé. Siguiendo con la idea de un embarazo normal, el día del nacimiento lo describe como el "momento más feliz", pidiendo que los hermanitos puedan conocerlo. Renegación de los hechos.

Para el padre hay un comienzo de elaboración de la malformación cuando, después del nacimiento, le explica al hijo de 11 años que su hermanito va a ser discapacitado pero lo van a querer igual. Es un inicio de elaborar el duelo por el bebé normal que no van a tener.

Estando el bebé en Terapia Intensiva, su hermana T. lo mira y lo "ve bien... sanito... como que no tuviera nada". A través de su hermana, S. recupera durante unos instantes a su bebé sano. Nuevamente actúa la escisión, mantiene fuera de la conciencia el contenido segregado, el bebé malformado. Todo lo excluido y segregado, se encuentra organizado pero desactivado hasta que, más adelante, con ayuda terapéutica y del medio social (pediatra, genetistas), va pudiendo integrarlo a la conciencia.

Recién cuando lo ve sufrir las apneas a repetición, va aceptando que "es mejor que deje de sufrir tanto". Cuando fallece, dice: "Estoy bien, es un alivio. Al principio creímos que iba a vivir, con un retraso mental, pero cuando nos dijeron que no había remedio... yo no quería que sufriese... eso me da fuerzas...".

Más adelante cuenta: "Decidimos que el aniversario fuera el 27, el día que nació que me hizo tan feliz. *El 3 (día del fallecimiento) es tan doloroso que no quiero. ¡El 27 fue tan hermoso!*". Expresión renegatoria del suceso de la muerte.

2) Procesamiento del duelo, fases y presencia de un duelo patológico, congelado, familiar. Cuando se inician las conversaciones telefónicas con la terapeuta, todavía no ha transcurrido un mes del fallecimiento del bebé. S. se encuentra en la *tercera fase del duelo: desorganización y desesperanza*: acepta que el bebé falleció, está deprimida y apática. El insomnio nocturno podría indicar los momentos en que vuelve a la *fase de búsqueda y anhelo (segunda fase)*. La madre va recorriendo las fases del duelo descriptas desde la teoría del apego, el objeto perdido la acompaña, y de un modo fluctuante lo va dejando irse, a medida que comprueba además, que su camino es diferente al de la propia madre, que también perdió un hijo y se enloqueció.

El hermanito mayor ha llorado en el cementerio, entra en un duelo normal; al mismo tiempo se da cuenta que no le han contado todo, que hay temas que no hay que hablar y en una inversión de roles cuida a su mamá: no tiene que hablar para no hacerla sufrir. S. muestra un funcionamiento con sus hijos de cuidado y sostén sensible que ha permitido en los niños una modalidad de apego seguro. Ella también despliega la misma modalidad de apego, quizás sostenida por su hermana mayor, quien funciona más como madre que la misma madre de ellas. S. y T. parecen ser el sostén de su madre en la actualidad y uno podría suponer que en la infancia también. Hay una modalidad de parentalidad invertida en esta familia, que tiende a repetirse y la intervención del equipo terapéutico recoloca el eje de quienes cuidan a la madre.

En relación a la muerte de Q. hay un duelo familiar congelado, patológico, que deja incógnitas y marcas muy fuertes. La muerte de este hermano mayor nunca conocido, donde no se puede saber qué ocurrió ni como murió, porque "les duele demasiado hablar de eso", ha dejado al padre enfermo del corazón y a la madre muy cerca de la locura. La pregunta nos acerca a un no-saber familiar, ¿a algo que se quiso olvidar? A la lealtad familiar para mantener unida a la familia a partir de no-saber y no preguntar. El enfoque transgeneracional puede descubrir la historia genealógica en su verdadero contexto. Sólo que requiere de la contención terapéutica para no resultar intrusiva en el tiempo de tramitación del duelo del bebé.

Para el hermanito menor, las preguntas son más espontáneas: ¿adonde está el cielo?; ¿se puede ir al cielo y estar acá al mismo tiempo?; aunque no se lo ve, está acá con nosotros igual; ¿y si le conseguimos otro cuerpo y solucionamos el problema? ¿Qué es la muerte, cuál es la diferencia entre el cuerpo y el alma? Pasa de una fase de duelo a otras: momentos de búsqueda y anhelo, momentos de aceptación. El riesgo de ser depositario de

las renegaciones familiares es que no pueda procesar un duelo normal y se convierta en un duelo crónico.

Cuando, a los cinco meses del fallecimiento, S. retoma el trabajo, pareciera que en esos momentos puede ir pasando a la *cuarta fase del duelo: aceptación y reorganización*. Durante ese período, va pudiendo integrarse, incluso le hace bien, se puede olvidar. Pero cada tanto ocurren incidentes que le provocan un dolor intolerable: que alguien no sepa lo ocurrido y le pregunte por el bebé; tampoco soporta ver mujeres embarazadas y bebés en los cochecitos. Le resulta "casi imposible", tiene que girar la cabeza.

3) El mandato del sacerdote es acatado por los padres: los niños no deben saber que cuando vieron al bebé ya estaba muerto. A pesar que la terapeuta plantea su desacuerdo y que la madre tiene sus propias dudas acerca de ello, se mantiene esta versión.

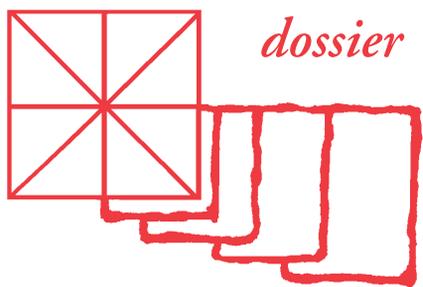
¿Por qué se acata este mandato, siendo una madre que posee un diálogo básicamente fluido con sus hijos? Una hipótesis es que éste refuerza el mandato familiar de las fuertes tendencias renegatorias: el secreto que tienen que mantener todos, se encuentra al servicio de ocultar y no indagar *algo* en la muerte de un hijo/niño.

El sacerdote también representa el sistema de creencias de la familia que dicen ser muy religiosos: a los niños se les plantea que cuando alguien muere se va con Dios y que está mucho mejor allá que aquí. La madre, de niña, creía que su hermano fallecido era su "angelito de la guarda". Esta creencia opera como una respuesta posible a las preguntas acerca de la mortalidad, otorgando un lugar adonde pensar al ser querido (*está con Dios o en el Cielo*) y en una situación de amparo (*está mejor ahí que con nosotros*). Tal vez, los niños se conviertan en depositarios de lo que los adultos no procesan: la muerte en general, pero sobre todo la muerte acaecida prematuramente y el dolor psíquico y la aflicción que conlleva.

4) La intervención terapéutica apuntó a poner palabras a las situaciones y emociones suscitadas por la muerte del bebé; y a intentar elaborar tres duelos: el fallecimiento del bebé, el duelo por la malformación del bebé y el duelo congelado/no elaborado del hermano de 4 años. La hipótesis ha sido intentar discriminar estos diferentes duelos: sus similitudes y sus diferencias, discernir las diferencias en el vínculo con el bebé fallecido, entre los miembros de la familia, y sobre todo fortalecer el apego seguro entre los integrantes, con canales abiertos de diálogo y emocionalidad, en el contexto de sus creencias, a efectos de facilitar en los adultos el poder recuperar seguridad y capacidad de protección para sí y para el crecimiento de sus niños ■

Referencias bibliográficas

1. Aberastury A. La muerte de un hermano. Ed. Paidós, 1976.
2. Abraham N, Torok M. *Lécorce et le noyau*. Paris, Aubier Flammarion, 1978.
3. Abuchaen J. El duelo y la muerte del padre. Edic. Giangiaccomo, 1988.
4. Allouch J. La erótica del duelo en tiempos de muerte seca. Ediciones Literales, 2006.
5. Bowlby J. El vínculo afectivo. Ed. Paidós, 1998.
6. Bowlby J. La pérdida afectiva. Ed. Paidós, 1976.
7. Bowlby J. Una base segura. Ed. Paidós, 1989.
8. DSM-IV. Barcelona, Ed. Masson, 1958.
9. Freud S. Duelo y melancolía. Obras completas. Tomo II. Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1948.
10. Mannoni O. La otra escena. Ed. Amorrortu, 2006.
11. Marrone M. La teoría del apego. Madrid, Psimatica, 2001.
12. Rimbaut G. Hablemos del duelo. Ediciones Visión, 2004.
13. Schutzenberger A. Ay, mis ancestros! Ed. Taurus, Alfaguara, 2008.
14. Spitz R. Primer año de vida. Editorial Aguilar, 1969.
15. Spitz R. No y sí: sobre la génesis de la comunicación humana. Paidós Ibérica, Barcelona, España, 2001.



SERVICIOS DE SALUD MENTAL LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

Coordinación
Silvia Wikinski
Martín Agrest

El título que lleva este dossier desafía, desde su enunciado mismo, una perspectiva que ha marcado por siglos no sólo las relaciones entre los profesionales de la salud y quienes los consultan, sino también la forma en que se generan los conocimientos o se aplican los tratamientos. Paciente, usuario, cliente, persona con sufrimiento mental, son distintos apelativos que aluden a distintos contextos teóricos, clínicos y contractuales. En reciprocidad, según cuál sea el apelativo elegido también puede modificarse el lugar que se nos asigna como profesionales de la salud mental: médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, prestador, proveedor de servicio. Como bien advirtió hace ya muchas décadas Foucault, en estos movimientos se pone en juego el poder y, a su vez, se suscitan fuertes polémicas que el presente dossier se propone avizorar.

A pesar de las tensiones que este tema despierta este viraje de los últimos veinte años, de una práctica paternalista y centrada en la mirada de los profesionales hacia otra democrática en el que la mirada del consultante tenga un lugar, ha llegado para instalarse y promete transformaciones que aun solo podemos intuir. No sin vacilaciones y contradicciones dicho cambio está comenzando a ser sancionado por la cultura y por la ley.

Como señala Jim Geekie (2006) refiriéndose al conocimiento acerca de la esquizofrenia: "¿Cómo podríamos pretender un conocimiento profundo de esa condición sin dar en esta producción de conocimiento ningún lugar al conocimiento de quienes más cerca se encuentran de la experiencia, los directamente afectados?" Aclara:

"Quiero dejar claro que no estoy afirmando que el conocimiento de las personas con esquizofrenia diagnosticada sea necesariamente superior, o más preciso, que el conocimiento profesional y "científico". Más bien propongo simplemente que es una forma legítima de conocimiento y, como tal, puede suponer una contribución importante".

En este número, VERTEX se hace eco de este movimiento y se propone acercar a sus lectores algunos elementos que alimenten la polémica y la teoría. Además, se propone dar a conocer algunas experiencias que, a la luz de la perspectiva centrada en el usuario, están siendo llevadas a cabo en nuestro país.

El trabajo de Ota de Leonardis y Thomas Emmenegger sobre la desinstitucionalización en Italia muestra diferentes caminos para un movimiento que ya tiene décadas y que ahora surge de la mano de reformas jurídicas y a nuevos lugares de parte de los usuarios de servicios.

En la provincia de Chubut se llevan a cabo dos experiencias de empresa social que buscan proporcionar a personas afectadas en su salud mental herramientas para la inserción sociolaboral. En el trabajo "Empresas sociales de salud mental, los relatos de sus protagonistas" tanto los profesionales como los participantes de la iniciativa comentan los antecedentes de los emprendimiento como la forma en que la participación ha impactado en sus vidas personales.

Sara Ardila nos presenta una forma de inclusión de los usuarios muy particular y, en algún sentido, contraria a las pretensiones objetivantes de las investigaciones científicas predominantes a

lo largo del siglo XX en el campo de la Psiquiatría. Su revisión alcanza las diferentes formas de participación de los usuarios en las investigaciones llevadas a cabo en los servicios de salud mental realmente provistos.

Martín Agrest e Ivana Druetta nos introducen en el concepto de recuperación y cómo este se asocia tan estrechamente a la actividad esencial e ineludible de las personas con sufrimiento mental.

Finalmente, dos reportajes, uno a una de las fundadoras de la Fundación de Bipolares de Argentina y otro a una persona con muchos años de participación en Alcohólicos Anónimos nos aproximan a la experiencia de la enfermedad y la recuperación, a las vivencias que de los distintos tratamientos han tenido estas personas. Si bien en nuestra práctica hemos escuchado muchas veces estos relatos, en esta ocasión no somos nosotros sino ellos o ellas quienes hablan.

En el mes de agosto de 2010, el **Journal of Mental Health** dedicó un número completo al problema del diagnóstico y lo ofreció como acceso gratuito. Pero la particularidad que nos hace mencionarlo en esta introducción es que la mitad de los trabajos publicados correspondían a perspectivas personales de quienes habían sido alcanzados, conmovidos, beneficiados o perjudicados por un diagnóstico psiquiátrico. Los testimonios personales o agrupados en torno a foros de "usuarios y sobrevivientes de los servicios de salud mental", que fácilmente pueden hallarse en páginas de internet, están pasando a convivir con artículos científicos y es habitual verlos citados en trabajos producidos por investigadores profesionales.

Como se ve, en este dossier recogemos información empírica, teórica y testimonial. Hablan los profesionales y los pacientes/usuarios. Es entonces un pequeño mosaico que ilustra una forma de aproximación al conocimiento en el campo de la salud mental desde una perspectiva democrática. Para hacer honor al estado del arte actual, no podemos sino señalar que por el momento las voces de los profesionales se funden muy incipientemente con las de los usuarios. Todos tocamos en el mismo concierto, pero distintas partituras escasamente compaginadas. En una pieza de humor gráfico del magnífico Fontanarrosa una mujer le decía a su marido: "Querido, ¿sabés que hoy cumplimos ocho años de casados?" A lo cual el hombre respondía: "¿Y falta mucho?". Parece que esta pregunta es cuando menos prematura para el tema que nos convoca. Por ahora parece que nosotros nos deberíamos preguntar qué estamos haciendo para que sea posible. Habrá que reflexionar no sólo desde la perspectiva ética sino también desde la perspectiva epistemológica y metodológica.

Hace ya casi 10 años, la OMS recomendó en su informe anual que "Las personas a quienes se ha diagnosticado una enfermedad mental tienen derecho a ser escuchadas en los debates sobre políticas y prácticas de salud mental que implican a profesionales, familiares, legisladores y líderes de opinión." Y de hecho, en los últimos treinta años, "han comenzado a articular como consumidores su propia visión de los servicios que necesitan y quieren" (OMS, 2001). El presente dossier puede servir como testimonio de lo que hemos avanzado en sentido pero también de lo que nos queda por recorrer ■

Referencias bibliográficas

1. Geekie J. Escuchar las voces que oímos. La comprensión de los clientes de las experiencias psicóticas. En: Read J, Mosher LR y Bentall RP (ed.). Modelos de locura. Herder; Barcelona: 2006.
2. OMS (2001). Informe de salud en el mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible en : http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf

La desinstitucionalización italiana: pistas y desafíos*

Ota de Leonardis

*Profesora de Sociología y directora del Laboratorio de Sociología de la Acción Pública,
Universidad de Milano Bicocca, Italia
E-mail: ota.deleonardis@unimib.it*

Thomas Emmenegger

*Psiquiatra y psicoterapeuta FMH, Dirección Servicios Psicosociales, Organización Socio-Psiquiátrica Cantonal, Canton Ticino, Suiza.
Presidente de La Fabbrica de Olinda, Milán, Italia*

Resumen

Este artículo apunta a analizar si y cómo el patrimonio de la desinstitucionalización en psiquiatría, particularmente rica en Italia, se vio afectado por los cambios actuales de las políticas en materia social, y cuáles son sus efectos a largo plazo, tanto en la concepción de esas políticas como en la organización de los servicios e intervenciones en ese campo. La primera parte ofrece un marco general de la reorganización de los sistemas de salud y asistencia en Italia, poniendo en evidencia diferentes declinaciones de las consignas Europeas en tales materias y, en forma más general, la influencia del neoliberalismo. En la segunda parte, se trazará el recorrido de la desinstitucionalización que a partir de la psiquiatría y del asilo desplazó a los servicios, saberes y prácticas en estas áreas, pasando de la atención puesta en la enfermedad, a la producción de la salud (no sólo mental) en estos territorios. También se cuestiona sobre qué ha sedimentado ese recorrido en los sistemas de salud y asistencia y, actualmente, en su reorganización a nivel local.

En la tercera parte, se analizan tres casos en los cuales puede reconocerse la metodología de la desinstitucionalización, aunque de forma totalmente renovada, y se destacará lo que está generando en términos de organización social, en su incorporación en las estrategias y las prácticas sobre el terreno. Las conclusiones a las que llegamos apuntan a subrayar el hecho de que ésta soporta la construcción de comunidades locales como espacios públicos.

Palabras clave: Psiquiatría social - Comunidad y psiquiatría - Cambio institucional en salud mental.

THE ITALIAN DEINSTITUTIONALIZATION PATHWAYS AND CHALLENGES

Summary

This article aims to analyze if and how the long-term experience of psychiatric de-institutionalization in Italy has been affected by the neoliberal changes in social policies. And vice versa if and how these policies and especially the service organizations have been shaped by this experience. The first part presents a general picture of the ways the health and welfare system in Italy has been reorganised under the European Union's influence and highlights several differences at the regional level. Can these differences be traced back to different degrees in which a post-asylum mental health system has been achieved? In the second part the pathways of the de-institutionalization are shortly recalled, looking particularly at the displacement of competences and practices from internment to the community, and from curing mental illness to producing mental health. Did the displacement, where it has been accomplished, change the more general cultures and practices of health and welfare services and what has it generated in terms of social organization? It concludes that the de-institutionalization strategies support the construction of local communities as public spaces. In the third part three local cases are analyzed in which the de-institutionalization methodology guides strategies to face and orient the neoliberal principles of the new social policies. These strategies appear to support also the building up of local communities as public spaces. These strategies appear to have strong effects in mobilising local communities and in conferring on them the status of public arena.

Key words: Social psychiatry - Psychiatry and community - Institutional change in mental health.

* Artículo traducido por Alejandra Chaluff, Natalia Luna y cols.

1. Las políticas sociales y de salud en Italia: un marco introductorio¹

Las políticas sociales y sanitarias en Italia se presentan de ahora en más, y desde hace varios años, como una suerte de “obra abierta” en la cual convergen varios impulsos de cambio y se combinan de manera diferente a nivel regional y local. Estos impulsos, que expresan la influencia de los programas y financiamientos europeos en dichas materias, pueden resumirse en las consignas «localización» y «activación», en la concepción de las políticas y las intervenciones. La localización se justifica por la exigencia de concebir sistemas de servicios arraigados a nivel local, concordando con el principio europeo de la subsidiariedad, que en Italia ha dado lugar a un proceso de reforma federal. Con la reforma al título V de la Constitución Italiana, las Regiones tienen ahora una gran autonomía en la gobernabilidad de estas políticas, de manera que el marco nacional se desarticula en modelos regionales distintos unos de otros, y en diferentes “sistemas locales de bienestar social”. Esto afecta profundamente al servicio sanitario nacional, instituido en 1980 -dado que política y servicios de salud se convierten en el principal incentivo (financiero y organizacional) de los gobiernos regionales- así como la asistencia. Tras una lenta gestación, la reforma de la asistencia, se convirtió en una ley nacional de organización del sector en el año 2000, la que finalmente debía dar un marco nacional unitario a la fragmentación de las políticas, la desorganización de la gestión, y los localismos; pero esta ley también encomendó a las Regiones la tarea de legislar en la materia.

La activación y, en general, la configuración «activa» de las políticas, se desarrolla en dos direcciones complementarias. Por un lado, la activación se refiere a los beneficiarios, con políticas que deben promover un rol activo en las intervenciones que le competan, lo que, no obstante, va a ser interpretado de diferentes maneras: en términos de la responsabilización (como consecuencia de los modelos de asistencia social condicionada al trabajo o de la libertad de elección entre diferentes proveedores -como consecuencia del modelo del mercado-), o bien de promoción de las capacidades de los destinatarios (al evocar la teoría de las capacidades de A. Sen 1992) (26). La activación de los destinatarios lleva, en todo caso, a la individualización de las medidas e intervenciones que los conciernen. Por otro lado, la activación también se refiere a la sociedad civil organizada que se debe incluir y valorizar en la organización, así como a la oferta de servicios, siguiendo la idea de la «subsidiariedad horizontal». De esta manera, el «tercer sector» -un archipiélago heterogéneo de empresas sin fines de lucro, cooperativas sociales, asociaciones civiles o voluntarias, voluntariado, fundaciones bancarias, etc., en el que la tradición católica y su influencia política consolidada están muy

difundidas- se convierte en un actor central de las políticas e intervenciones. Sin embargo, el tercer sector, se ve afectado por instrumentos normativos totalmente diferentes, dando lugar a diversas medidas en lo que atañe a las relaciones entre público y privado, a nivel de la organización de los servicios y sus intervenciones, así como a nivel de la gobernabilidad de las políticas (10).

La autonomía de la cual gozan las Regiones se traduce en orientaciones de políticas muy diferentes, como causa de las diferentes culturas políticas que las caracterizan. La Lombardía, por ejemplo, trabaja con “planes socio-sanitarios” que se apartan del marco de la legislación nacional al introducir dispositivos de «mercantilización» (7) tanto en el ámbito sanitario como el social. En el Sur, donde predomina la interpretación del “retraso” en la modernización, existen Regiones -como la Campania- muy comprometida con la construcción de políticas sociales para una asistencia social finalmente universalista, basada sobre derechos y un modelo “social-demócrata”. En las Regiones “rojas”², este modelo de *welfare* ha dado sus frutos desde hace tiempo, gracias a un sistema de servicios sociales muy desarrollado. No obstante, también ha mostrado sus problemas, tales como los cierres corporativos, la influencia excesiva de lo político, la reducida capacidad de innovación. Y se puede registrar aún, en varios contextos, la presencia eventualmente renovada del llamado «asistencialismo» (eventualmente renovado), una distribución particularista de los beneficios y/o basada en una lógica de beneficencia, que nutre los lazos de lealtad, subordinación y clientelismo.

Por último, cabe destacar que la influencia del neoliberalismo contribuye a alentar y orientar este dinamismo general, sobre todo con respecto a las formas de gobierno que se han difundido en Italia en los últimos 30 años: el modelo de la Nueva Gestión Pública -con la transformación de las agencias públicas (hospitales, por ejemplo) en «empresas» y la introducción de la responsabilidad del presupuesto de la administración pública y, en general, la idea de un gobierno «a distancia» que intervenga no ya desde lo alto, por actos de autoridad, sino a través de instrumentos que orienten e inciten a los actores sociales. Pero la influencia del neoliberalismo se expresa en grados y modos diferentes; aquí se ejemplifica comparando dos Regiones -la Lombardía y el Friuli-Venezia-Giulia: éstas, más que otras, invierten en estas políticas como instrumentos de gobierno de sus territorios y se prestan mejor para representar dos formas diferentes de incorporar y someter al neoliberalismo el bienestar social italiano. La Lombardía, la región más poblada y rica de Italia, se presenta como modelo; tiene un gobierno de centro-derecha muy dinámico y decidido a aplicar una orientación neoliberal. El Friuli-Venezia Giulia se caracteriza por una tradición de gran compromiso público en materia social que, en el presente, tiende a definir una estrategia para ir más allá del

¹ Esta primera parte sintetiza algunos resultados de las investigaciones realizadas en los años anteriores en el Laboratorio de Sociología de la Acción Pública *Sui Generis* de la Universidad de Milano Bicocca. Agradecemos a los miembros y colaboradores de este Laboratorio. Ver las contribuciones recabadas en 3,13, 20,21 y las bibliografías allí citadas. Ver también el sitio: www.laboratorio-suigeneris.net

² Las Regiones “rojas” son las regiones del centro de Italia que han sido gobernadas en los últimos 50 años por la izquierda.

“paternalismo” del bienestar social tradicional. Para dar una primera imagen, se podría decir que, mientras que en Lombardía se apuesta a una reducción draconiana del poder público para “dejar hacer” y dejar crecer a este “orden social espontáneo” que forma parte de la tradición liberal (pensemos en von Hayek, 1978) (18), en el Friuli, el gobierno regional conserva la palanca del poder público pero apunta a su transformación en un sentido liberal: apoyándose en inversiones incentivantes (más que en intervenciones de autoridad), invirtiendo en capacidades de auto-organización -de producción endógena de “orden social”- manteniendo a la vez un fuerte control sobre las condiciones para su difusión. Estas dos orientaciones se resumen en el cuadro 1.

Cuadro 1. Comparación de la instrumentación de políticas en salud mental entre dos regiones de Italia con distintas concepciones políticas

	Lombardía	Friuli-Venecia Giulia
1. Instrumentos del Gobierno a distancia	Partenariados público-privados basados en negociaciones y sumas de intereses	Territorialización e integración entre políticas, intervenciones y competencias diferentes
2. Activación a través de dispositivos de contractualización	<i>Vouchers</i>	Proyectos individualizados
3. Formas en que se involucra la sociedad civil	Construir un mercado social	Promover e involucrar organizaciones de ciudadanos (usuarios, habitantes)

1) La primera línea resume un modo diferente de utilizar las políticas sociales como recursos del “gobierno a distancia” del territorio. En Lombardía, el desmantelamiento del sistema de servicios públicos está muy avanzado. La gestión de las políticas se basa en los “partenariados”, entre el público -que financia- y el privado, con y sin fines de lucro, al que se le delega la provisión de servicios. Con los partenariados, el gobierno regional apuesta a apoyar la libertad de empresa y a desarrollar un mercado con un reducido grado de regulación. La Región Lombardía invierte, por consiguiente, en las políticas de salud y asistencia para crear mercados y negocios y, en general, oportunidades de inversión con finalidades no sólo, o no necesariamente, económicas: también se cultivan los “mercados morales”. De hecho, este modelo liberalista se combina con la fuerte presencia de orga-

nizaciones sin fines de lucro de origen católico en los mercados sociales.

El gobierno regional del Friuli mantiene un fuerte control público en el sistema de servicios, que corresponde al principio del derecho a la protección social de la ciudadanía, y que debe ser valorizado como un «capital» para acrecentar el “capital social” en los territorios: “territorialización” e “integración” son aquí las dos consignas más importantes. Por una parte, hay un fuerte impulso al desplazamiento de los servicios en los territorios (lo cual tiene una larga tradición en la Región): las actividades de servicio se desplazan de las estructuras (espacios especializados y separados, que separan a las personas de sus contextos) hacia los contextos (viviendas, inmuebles colectivos, barrios). Por otro lado, los diversos servicios que trabajan sobre un mismo contexto son impulsados a integrarse entre sí a nivel operacional, y a tratar conjuntamente intervenciones sanitarias, sociales, de vivienda y relativas al empleo en los marcos territoriales circunscriptos donde están arraigados. A nivel de gestión, la integración operacional se basa en dispositivos que corresponsabilizan, sobre programas comunes de los sectores correspondientes, a la administración pública (especialmente las municipalidades) y las organizaciones del tercer sector. El objetivo es acrecentar en los territorios tanto la densidad como la variedad del tejido organizacional que apoya a las personas en sus capacidades de elección y de acción. Las políticas sociales y sanitarias están más orientadas al cuidado de los lugares que a proveer lugares de cuidado, en el sentido de que el trabajo con las personas se incorpora y es mediatizado por un trabajo sobre sus contextos de vida. La Región ha legislado mucho sobre la materia, y la ley regional para la asistencia se intitula justamente “sistemas integrados para la ciudadanía social”.

2) Examinemos ahora los modos según los cuales se articula el imperativo de la «activación» de los destinatarios en las dos Regiones, considerando en particular los dispositivos de “contractualización” de sus relaciones con los servicios y las prestaciones. En Lombardía se introdujo el dispositivo de los *vouchers* que los usuarios pueden usar para comprar en forma autónoma las prestaciones sociales a proveedores privados acreditados, quienes compiten entre sí. El objetivo declarado es dar la “libertad de elección” a los ciudadanos (calificados en este caso como “clientes”), los intercambios privados entre demanda y oferta aseguran la regulación del mercado y los resultados. La investigación trae a la luz numerosas limitaciones de este sistema: a) los efectos de atomización de los destinatarios, tratados como consumidores; b) las asimetrías persistentes en cuanto a la información entre proveedores y clientes que debilitan en gran medida la contractualidad de estos últimos; c) la escasez de competencia entre proveedores y la presencia de posiciones monopolistas y de segmentaciones del mercado social; d) la distribución desigual de posibilidades para ejercer la facultad de “salida” propia del consumidor y, en consecuencia, evidentes disparidades de tratamiento; e) la tendencia a reducir los servicios

públicos a un rol residual, no sólo bajo el aspecto de su peso cuantitativo sino, sobre todo, porque se les delega casos de personas en condiciones de marginalidad, instaurando así un bienestar social dual; f) por último, la tendencia a que la demanda se ajuste a la oferta: esta última provee paquetes de prestaciones ya listos, y selecciona a las personas más coherentes y más rentables con estos paquetes.

En Friuli, la activación se presenta en forma totalmente diferente. Los mencionados procesos de integración entre los distintos servicios y sectores de competencia se basan en la construcción de respuestas unitarias y personalizadas, adaptadas a las exigencias de los individuos. Esta Región ha adoptado también dispositivos de contractualización a través de transferencias monetarias con el fin de aumentar el poder de elección de los destinatarios. En el vocabulario empleado en esta Región, estos últimos son calificados como “ciudadanos”, y más que “libertad de elección” es una cuestión de “autonomía” y, de “contractualidad”. Lo más significativo es el dispositivo de los “proyectos individualizados” administrados conjuntamente por Empresas Sanitarias (ndt: son públicas *Aziende Sanitarie*) y Comunas³. Se prevé la institución de un “presupuesto de salud” en el cual los usuarios son reconocidos como titulares sobre la base de un contrato celebrado entre tres partes: con los proveedores, quienes tienen que construir con el usuario los resultados previstos para su proyecto personalizado y no simplemente erogar prestaciones, y con el servicio público responsable, en calidad de garante y evaluador de los resultados obtenidos.

Este dispositivo, experimentado inicialmente en usuarios hospitalizados en instituciones para acompañar el “regreso a la ciudad” reconvirtiendo los gastos de la hospitalización, mantiene el objetivo de reducir radicalmente el recurso a soluciones residenciales -en particular, en lo concerniente a las personas mayores- y aumentar, en cambio, la asistencia a las personas en sus contextos de vida (comprendidos entre ellos, la asistencia domiciliaria durante las 24 horas en los casos más problemáticos). Los proyectos individualizados se desarrollan conjuntamente sobre tres “ejes”: “casa”, “trabajo” y “sociabilidad”. Dicho de otro modo, el mantenimiento de las personas en su contexto de vida requiere intervenciones que: a) mejoren la calidad del hábitat de las personas (en primer lugar, sus condiciones de vivienda; pero como lo veremos, también el barrio se vuelve un tema importante), b) aumenten las oportunidades de trabajo o, en general, las posibilidades de llevar una vida activa, y c) los ayuden a cultivar sus vínculos sociales. Además, los proveedores privados sin fines de lucro ya no son subvencionados directamente por las administraciones públicas en función de la oferta de prestaciones estandarizadas y preconfeccionadas, sino que cada vez deben concebir las intervenciones sobre la base de proyectos, y de las exigencias de las personas y sus contextos de

vida, así como su acreditación, que estará subordinada a la verificación de los resultados obtenidos. La asistencia pública se mantiene fuerte, se presenta como ayuda a la contractualidad de las personas, y las organizaciones responsables se relacionan con los objetivos y caminos deseados y accionados por las mismas personas. Esta asistencia apunta a aumentar la libertad de estos últimos no en términos de “salida” sino de “voz” (19).

3) Comparemos ahora las formas de implicación de la sociedad civil y, en particular, del «tercer sector». La Lombardía se caracteriza, como hemos visto, por una orientación decidida a construir un mercado y promover el desarrollo de empresas de servicios. El reducido grado de regulación de este mercado tiende a producir entre tales empresas dinámicas de división de diferentes géneros: los “nuevos llegados” tienen dificultades de acceso; las organizaciones más grandes y poderosas tienden a absorber o a marginar a las pequeñas; la competencia parece tomar, a veces, las formas de “filantropía adversa” descubiertas por Hunter a propósito de ello en los Estados Unidos, donde la competencia entre proveedores recurre a argumentos morales para desacreditar al adversario. Además, la oferta es fragmentaria -aquí no hay rastro de integración entre materias y actores, como vimos en el Friuli- y la presumida “libertad de elección” de los consumidores se encuentra contrabalanceada por la libertad de las empresas de seleccionar a sus usuarios. Cualesquiera fueren las transacciones y las prácticas, estas permanecen opacas, sustraídas respecto al público. Además, se entrevén alianzas opacas, «sociales» y «solidarias» entre el poder político y el mundo de los negocios.

El Friuli da otra imagen de subsidiariedad y auto-organización, que indica una orientación del gobierno político a valorizar el potencial de organización de la sociedad civil y transformarlo en potencial político. Las palancas ya indicadas sobre las que actúa el gobierno -la integración entre políticas, sectores y diversos actores, la territorialización de las intervenciones, y su individualización a través de proyectos en los que los destinatarios son los actores- convergen en los contextos de vida de las personas y activan en ellas procesos organizacionales con otros actores del territorio: empresas sin fines de lucro, cooperativas sociales de trabajo, asociaciones de ciudadanos, parroquias, grupos de autoayuda, tiendas, organizaciones profesionales, etc. El dispositivo más significativo en este aspecto es el programa regional “micro-zonas”, donde esta estrategia es implementada en conjuntos de viviendas sociales señaladas como problemáticas y controladas desde muy cerca para verificar los cambios que se producen en el contexto (también físico) y en las condiciones de bienestar de los habitantes; y para hacer de estos cambios materia de discusión y evaluación pública, en primer lugar, por parte de los interesados.⁴ De hecho, las redes organizacionales en las

³ Este dispositivo fue introducido también en otras Regiones, a nivel local; volveremos sobre el argumento.

⁴ Más adelante, volveremos a ocuparnos de este último dispositivo.

cuales se dividen la gestión e implementación de estas políticas hacen frente a protestas, reuniones, discusiones, reelaboraciones, elecciones colectivas. El enlace ya señalado entre “cuidado de lugares” y “cuidado de personas” tiende a incrementar la intervención de los ciudadanos en sus comunidades y hacer de ellas el terreno de ejercicio de sus capacidades de “voz”, de su ciudadanía política.

En este terreno también se observa una fuerte intervención pública que, sin embargo, se aplica no ya desde lo alto y por medio de intervenciones directas, sino que se articula a nivel local, adaptándose a los territorios donde se sitúa su patrimonio de servicios públicos. Este último es invertido en procesos cuyo fin es incentivar la potencialidad de iniciativa de la sociedad civil y a organizarla, cultivando tanto la variedad de formas como la intervención, en los cambios producidos en los territorios mismos. Esta participación, mediatizada por instituciones públicas, le otorga a las iniciativas económicas o de compromiso civil características de participación en la cosa pública, y a la sociedad civil, connotaciones políticas.

De esta manera, podemos reconocer en estas dos Regiones la influencia de los impulsos neoliberales que, sin embargo, están incorporados y orientados en dos direcciones diferentes. En Lombardía prevalece el liberalismo económico que se expresa mediante una estrategia de mercantilización y que valora la libertad según el modelo de elección del consumidor -la “salida”- y la libertad complementaria de emprender y perseguir sus propios intereses. En Friuli prevalece la referencia a la tradición política del liberalismo, que acentúa en los ciudadanos los derechos políticos, la “voz”, la protesta, la discusión, la participación.

Para finalizar este cuadro introductorio, es necesario señalar finalmente que, en el transcurso de estos procesos de diferenciación y su ejemplificación sobre estas dos Regiones, también se abren espacios a nivel local para la experimentación y la innovación, la implementación de proyectos y redes cuya localización y activación impulsan hacia la valorización de lo local y de sus actores, recursos, problemas y potencialidades. En el tercer apartado, nos basaremos en el análisis de algunas situaciones locales para explorar los rastros de la ola de desinstitucionalización en psiquiatría y lo que ésta produce en las prácticas de terreno.

2. El patrimonio de la desinstitucionalización en psiquiatría: historia y transformaciones⁵

2.1. La contradicción llevada al espacio público

Llevar a la visibilidad pública la contradicción de la locura, la «experiencia fuera de norma» que cuestiona la normalidad, la hace socialmente tolerable sin rechazar-

la nuevamente, sin «cerrar los ojos»; instituir la -incluso por una ley- como un campo de tensiones legítimo y regulado, como un campo de reflexividad de la vida civil (y en calidad de civil): eso es lo que significó la transformación del campo psiquiátrico, la desinstitucionalización y la creación de nuevas instituciones. Es gracias a ella que fue posible, aunque siempre incierto, “el no ocultar la experiencia fuera de norma en una reificación posterior, el conservar el vínculo que la asocia estrechamente a la historia personal y social” (1).

Para volver a la reflexión sobre la relación que mantiene la psiquiatría, como práctica terapéutica, con la institución, ante todo con sus propios poderes en calidad de institución, conviene recordar la historia de la transformación del campo psiquiátrico, que culmina en Italia con la ley 180, estableciendo la abolición de la internación psiquiátrica; así como la historia del movimiento que fue su principal autor. Vamos a recordar algunas claves de lectura que se refieren a las condiciones actuales del ejercicio de estos poderes en el marco más amplio de la reorganización de los sistemas de bienestar.

La calificación difundida sobre este movimiento, como anti-institucional e incluso antipsiquiátrico, es parcial e incluso rotundamente incorrecta. Es un hecho conocido por todos que se trataba de un movimiento que criticaba el asilo psiquiátrico y la internación en un establecimiento, emblema de las instituciones totales donde el sistema de derechos y garantías universales fueron suspendidos y negados. Es igualmente un hecho conocido por todos que este movimiento, en calidad de tal, fue partidario y expresión de la crítica social (y artística) de los años 60/70 contra el autoritarismo (4), y a favor de la participación de las personas reducidas al silencio. De esta historia, es conveniente recordar un punto central que atañe al «estatuto de excepción» de la psiquiatría y que debe sus orígenes al desmontaje y la reconstrucción de instituciones.

En primer lugar, se trataba ante todo de un movimiento de profesionales, de trabajadores especializados del sector. Sin duda, ha atraído e implicado a numerosas personas e instancias críticas, y ha reunido diversas formas de compromiso político y social. Pero en el centro de la historia hay un mandato institucional -un poder expresado por un saber técnico certificado, un mandato oficial para el “trabajo sobre otros” (15) un estatuto público de los lugares y formas de su ejercicio. Para iluminar la naturaleza política de este mandato, los protagonistas de esta historia lo han invertido en todos los niveles con el objetivo de transformar su carácter. No se sacaron sus delantales para dedicarse a la lucha política; sin embargo -en una época en la cual el vocabulario del cambio social fue político- hicieron política, se podría decir, “política de instituciones”, en nombre y por cuenta de su mandato institucional (10). Se trataba de tomar en serio las promesas de hacer llegar verdaderamente este «trabajo sobre otros» a «una individualidad y una socialización

⁵ Esta parte y la siguiente representan una reelaboración de De Leonardi O, Emmenegger T. Le istituzioni della contraddizione. *Rivista sperimentale di psichiatria* 2006; 3(12).

de la persona» (6, 15): para la psiquiatría, esas promesas no solo eran difíciles de cumplir, sino completamente incompatibles con su “estatuto de excepción”. El mismo consistía esencialmente en imbricar cuidados y controles destinados a normalizar lo anormal; es decir, la experiencia subjetiva, normalizar la expresión irreducible de la diferencia personal, normalizar lo que resista más a la socialización. Es necesario recordar, ya que es decisivo, que tal desafío ha sido señalado por este movimiento al construir y reconstruir cotidianamente la autonomía de la voluntad hasta el derecho de tomar la palabra en público. Esto significaba crear las condiciones que permitan a los internados, así como a los supuestos enfermos, en general, expresarse y ver su particularidad plenamente reconocida. Se hablaba del “protagonismo” de los usuarios, y se lo cultivaba como una consigna crucial para obstaculizar y transformar al propio poder-técnico-reificación.

En segundo lugar, la crítica del asilo de locos practicada por este movimiento fue rápidamente más allá del horizonte de su modernización necesaria: en el '68, la experiencia de Gorizia llegó a su fin; el concepto de “la humanización” del asilo psiquiátrico alcanzó sus límites. Recordemos que a diferencia de los procesos de reforma en otros países industrializados, y en otros sistemas sociales, la experiencia italiana ha madurado la necesidad de vencer -no sólo de limitar- los dispositivos de internación, colocando servicios que le son completamente sustitutivos: sabemos que la ley 180 fue, durante mucho tiempo, la única en proclamar y concretar este objetivo. La apuesta era (y siempre lo es) la posibilidad misma de una psiquiatría capaz de afrontar y “curar” el sufrimiento mental y la locura, sin asilo psiquiátrico, sin internación, sin lugares y dispositivos de separación y aislamiento. Y permitir a los implicados directos -los “enfermos”- así como a su entorno social y la sociedad en su conjunto, experimentar este sufrimiento, vivir la subjetividad irreducible de la experiencia anormal, de hacerla tolerable sin ocultarla, sin “cosificarla”, sin alejarla como un residuo de la modernidad, sin que sean considerados “desechos” de los cuales uno se libera porque, como dice Bauman (2), se tiran en una “descarga”.

En tercer lugar, fue necesario un trabajo intenso y conflictivo para identificar, en el seno de las técnicas terapéuticas, el núcleo de este mandato institucional que consiste en controlar, separar, gestionar estos “desechos” sociales. Esta misión de “objetivación” conferida a la psiquiatría es, a la vez, intrínseca a su estatuto particular y substancialmente contradictoria con sus promesas terapéuticas. Por un lado, consistía en apoyarse en las competencias profesionales y el poder normativo que le es propio, con el fin de valorizarlas como “recursos-puente” de las personas para su relación con el mundo. Por otro lado, era necesario hacerles reconocer su potencial -también intrínseco- de negación e invalidación a los fines de que tomen conciencia de su función de “recursos-barrera” de separación del mundo, y esto también fuera del manicomio, tanto a nivel de servicios en el territorio o en ocasión de una visita domiciliaria, o en contextos donde la violencia de la invalidación no

fuera perceptible. Es conveniente recordar que la obra de deconstrucción realizada sobre el saber especializado y de las técnicas en las cuales se traduce, no ha conducido a una desprofesionalización o a una banalización. Por el contrario, ello ha enriquecido enormemente las competencias profesionales de la psiquiatría y de los trabajadores especializados en este ámbito, que aprendieron a aprender de la experiencia, y a apropiarse de un saber adquirido por el esfuerzo de comprender a las personas reales en una situación real, por el contacto con otras competencias, con otras experiencias. Esta adquisición ha tenido efectos de conocimiento importantes para el ejercicio de todas las distintas competencias profesionales, comprendidos entre ellas las de los “especialistas”. Es cierto que se abrió una brecha en el aislamiento, en la autosuficiencia pretendida del “saber que ya sabe”.

En resumen, se podría decir que, contrariamente a los otros movimientos de lucha de aquellos años, y también por la presión ejercida por ellos en el campo psiquiátrico, la crítica de la institución es superada por la práctica de la desinstitucionalización (desmontaje y transformación de lo instituido) activando, a la vez, un proceso instituyente. La desinstitucionalización se valió ante todo de la crítica del derecho como parcial e incompleto, para reivindicar la promesa universalista y la restitución de sus derechos civiles a los internados. Derechos a aplicar: ha desmontado dispositivos administrativos, procedimientos técnicos, lugares y saberes instituidos para “crear”, antes y después de la ley 180, nuevas instituciones completamente sustitutivas a la internación (23). De esta manera, fueron creados los centros de salud mental, abiertos las 24 horas, como “servicios fuertes” en condiciones de multiplicar en el territorio lugares, actores y formas de intervención; el Servicio de Diagnóstico y Cura en los Hospitales Generales donde la internación de una persona es limitada en el tiempo y con una misión terapéutica claramente definida; las normas para el tratamiento terapéutico obligatorio que crea la obligación para la autoridad de salud de respetar los derechos de los pacientes a la libertad; las cooperativas sociales que construyen oportunidades de vida para multiplicar los intercambios sociales alrededor de un estatuto del trabajador y para crear ingresos. Además, este proceso instituyente llevó a una ley que -recordémoslo- fue impuesta ante todo por Franco Basaglia para contrastar al Partido Radical, que no era partidario de las leyes, y ya comenzaba el auge de un estado neoliberal paulatinamente reducido al mínimo. El cambio ha sido elaborado con este perfil institucional en contra de esta perspectiva, pero también en contra de los reformistas prudentes para los que era suficiente una modernización de las técnicas paternalistas y “objetivantes”.

Este proceso instituyente estuvo (y lo está hasta el presente) abierto, colmado de conflictos y diversidad en sus resultados. Solo pensemos en las familias de los pacientes: para ellas, la experiencia de la “contradicción llevada al espacio público” fue dura, pero al mismo tiempo las activó, promovió la creación de asociación de familias, les dio un papel importante de interlocutores conflictivos y, de este modo, fue una fuente de aprendi-

zajes extraordinarios en la vida pública con la participación de los familiares y de los mismos pacientes. A pesar de todo, es necesario precisar que en muchos casos, este proceso instituyente fue reducido a una práctica administrativa de reducción de la cantidad de camas de hospitalizaciones, y la creación de servicios ambulatorios suplementarios, pero de ninguna forma substitutivos del asilo: nada fue “creado” (23), y poco fue aprendido en cuanto a la posibilidad de hacer superflua la internación. Por el contrario, allí donde este proceso instituyente se intersectó con la desinstitucionalización, liberó energías considerables, y esas energías pudieron servirle en su momento para continuar creando nuevos lugares y descubrir nuevas posibilidades de acción en un escenario modificado, como lo veremos ahora.

Por otra parte, son las tensiones, los conflictos, las resistencias y los desafíos los que constituyen los elementos intrínsecos a la razón de ser de este proceso: la cultura y las prácticas de la desinstitucionalización cuestionan “la presunción de dominar lo que por definición no es dominable” (24), instauraron el teatro de una contradicción incurable, la contradicción de la locura que interroga la normalidad, y la llevaron a la conciencia pública haciéndola tolerable tanto para el mismo enfermo como para su entorno, así como para la sociedad en su conjunto. La “experiencia fuera de la norma”: se hizo más difícil justificar su inhibición en un más allá; en cambio, se hizo posible «volver la locura relativa»; es decir, ponerla en circulación como una oportunidad para los individuos y la colectividad de aprender las condiciones de la vida en común, con sus diferencias irreconciliables, para poder honrar los derechos subjetivos e invertir en las capacidades (24). El estatuto particular de la psiquiatría, puesto al servicio de la desinstitucionalización, adquiría la dignidad de una contribución fundamental para la democracia. Es por lo cual la consistencia de esta contradicción, las razones y los modos de llevarla al espacio público, de hacerla tolerable en lugar de suprimirla, constituyen el patrimonio decisivo de esta historia. Aquí, seguiremos la evolución actual de este patrimonio, si y cómo ha dado frutos, si y cómo la psiquiatría continúa elaborando su estatuto particular incluso después de haber sido absorbida por el desarrollo del Estado del bienestar (*welfare State*), su crisis y sus transformaciones.

2.2. Salud mental y pluralismo de actores público-privado

El proceso de transformación del campo psiquiátrico al cual hicimos referencia en sus puntos cruciales es parte integrante del desarrollo del Estado del bienestar donde la generalización de los derechos civiles va acompañada de la instauración de los derechos sociales: la ley 180 será incorporada a la ley 833. Este acto instaura el Servicio Público de Salud y hace definitivos no sólo la integración de la psiquiatría en el sistema de salud pública, sino también el paso del tratamiento de la enfermedad mental –materia híbrida a los confines del orden público- a las políticas de salud. Esta nueva configuración institucional constituye de alguna manera el momento culminante del desarrollo del Estado del bienestar en Italia. En la

práctica, coincide con la ‘crisis’ de este último, con su cuestionamiento. A los términos de justicia social –contra la homologación y el paternalismo de los servicios y las intervenciones burocráticas– se agregan los argumentos de compatibilidad económica, exigiendo una mayor eficiencia y una mayor responsabilidad en materia de gastos. A la vez, lanzan esta profunda revisión del bienestar que hemos recordado anteriormente, que puede resumirse en el pasaje del Estado de bienestar a un mix de actores públicos y privados: superar el monopolio del Estado para la prestación de los servicios; participación de las organizaciones del tercer sector; creación de mercados sociales y una gestión económica empresarial de las estructuras públicas (10,11). Esta reorganización toca también de cerca a las orientaciones de las políticas en materia de salud mental. El punto crítico de esta reorganización –que atañe a la psiquiatría más particularmente en lo que aprendió entre tanto– consiste en una multiplicación de personas socialmente “desechadas”, de grupos sociales e individuos superfluos que el imperativo de la flexibilidad del “nuevo espíritu del capitalismo” tiende a producir (4, 28): ¿cuáles son las alternativas a las descargas? Y, además, ¿cuáles son las alternativas en la reproducción de personas superfluas?

Decíamos que la integración de la salud mental y la psiquiatría en el Estado de bienestar y sus transformaciones se cumplen a través del sistema de servicios sociales y de salud. Esta vía engendró dos caminos diferentes o, mejor dicho, divergentes, de reelaboración de la materia, del vocabulario y las prácticas de salud mental, dando lugar a diferencias importantes entre servicios y situaciones locales, y sacando a la luz lógicas de acción que alimentan un diálogo de sordos: cada una enfrenta la contradicción llevada a la conciencia pública a su manera.

Por un lado la psiquiatría ha seguido la ilusión de remover su estatuto especial y de realizarse como una especialidad médica entre otras uniformándose a la sanidad y a la lógica clínica del hospital. Pero el resultado confirma la psiquiatría en sus funciones de objetivación y de separación del propio objeto incongruente, el loco, y resurgen formas “medicalizadas” de encierro. Otro hecho notable, el imperativo de gestionar este sector de baja intensidad tecnológica según criterios económicos se traduce en una racionalización de recursos humanos (una queja recurrente a menudo presentada como justificación del encierro), así como en las formas *taylorizadas* de prestaciones especializadas. Poco a poco, se volvió difícil justificar la internación en asilo psiquiátrico –prohibido por la ley–, también desde un punto de vista económico. De esta forma, el nuevo régimen del pluralismo de actores públicos y privados (en 1998, el decreto del Ministro Bindi ordena el cierre de los hospitales psiquiátricos que todavía tenían personas internadas) presta auxilio, justificando y organizando -primero por contratos con actores privados- la hospitalización en clínicas privadas más o menos en base no lucrativa, y en la privatización del encierro. Por esta vía, la psiquiatría se verá nuevamente relegada al rechazo de la contradicción; lo que, inevitablemente, continúa produciendo “contenedores” donde descargar los “desechos” sociales

del saber biomédico y sustraerlos de la mirada pública, continuando con la lógica de los manicomios.

Por otro lado, integrándose al sistema del bienestar social, se presentaba a la nueva psiquiatría la posibilidad de orientar la transformación del este sistema sanitario de la cura de la enfermedad a la producción de salud (9). El mismo Basaglia había indicado el desafío de la «desinstitucionalización» en la medicina y la salud. Analicemos ahora los elementos más significativos.

Se trataba de continuar la estrategia de superar la lógica de la hospitalización y la internación en el sistema de salud en general, y no solo en los servicios de psiquiatría. Esta estrategia se basa en la experiencia y las prácticas aprendidas por el trabajo profesional en psiquiatría: apunta a poner en discusión la centralidad del hospital y su lógica de separación, de substracción de gente de sus contextos de vida y, más en general, contrastar la lógica médica en la definición y el tratamiento de problemas de salud (esta última siendo algo diferente de la cura médica de la enfermedad). Esta estrategia sitúa la creación de servicios fuera del hospital, anclados en el territorio y donde las intervenciones apuntan a evitar la hospitalización. El contacto directo con la vida cotidiana de las personas ayuda también a reconocer la complejidad concreta de sus problemas, y a dar menor peso a la respuesta médica en favor de una respuesta más bien social implicando a las mismas personas en este proceso de redefinición de sus propias necesidades y demandas.⁶ Es en este sentido, que el saber de la desinstitucionalización en psiquiatría va a ser valorizado en la identificación y el tratamiento de un malestar social difuso –estos *mix* de privaciones, hábitats degradados, aislamiento, falta de trabajo, enfermedades, etc.– que está en el centro de sistema del bienestar social en su conjunto. La psiquiatría ha adquirido allí, ante todo, la capacidad de comprender el carácter complejo de este malestar social, imposible de tratar por operaciones reduccionistas de clasificación clínica y de separación en un lugar especializado, y de darle el estatus de una cuestión social, pública.

De esta forma, los profesionales se propusieron participar en el trabajo de producción de salud (no sólo mental), construyendo estrategias de implicación compartida, valorando los contextos de vida y los recursos no específicos, multiplicando los lugares, las pequeñas redes organizadoras, las personas implicadas, los intereses y las competencias precisas y pertinentes. Se trataba de producir la salud y no sólo curar las enfermedades. Es en este sentido que se implementó el concepto del pluralismo de actores públicos y privados de la salud y del ámbito social. Se combinan, además, los recursos y las competencias de los servicios públicos con las del tercer

sector, como una oportunidad de enriquecer las intervenciones médicas, profesionales y técnicas por dotaciones en capital social de salud. Cuando se trata de producir salud, entran en juego recursos y personas distintas del trabajador especializado, comenzando por el mismo paciente: el papel activo y decisivo que juega la relación entre el médico y el paciente a lo largo de su camino hacia la salud es, de ahora en más, un saber adquirido (9). La salud «es un proyecto, no un producto; en calidad de tal no puede ser delegado» (25). La incitación que proviene de los programas europeos para integrar las diferentes políticas sobre las materias sociales es, en este sentido, valorizada como una oportunidad estratégica.⁷ Se apunta, por consiguiente, a integrar a los diferentes actores y empleados con el fin de crear, a nivel local, una intervención estratégica concertada sobre el territorio.

La experiencia realizada por el trabajo en psiquiatría ayuda a comprender cómo es posible salir adelante, teniendo en cuenta los propios registros de acción, para adjuntarse a los otros registros de acción, desde que son reconocidos y valorizados como tales, y para confrontarse a las personas en carne y hueso en un marco de vida cotidiano y concreto; y cómo llegar a construir un contexto social apto para soportar las diferencias, la discapacidad, los conflictos – y para volver a ello – las contradicciones, y para aprender a compartir su peso. Por estas estrategias que fomentan la desinstitucionalización y la enriquecen con nuevos contenidos potenciales de cambio, la contradicción de la locura, la experiencia fuera de la norma – cuya depositaria es la psiquiatría – permanece abierta, el trabajo hacia la socialización se continúa. El aislamiento de la persona que se encuentra en el torbellino de la contradicción (sin ser el epicentro) es rota por la creación de vínculos sociales que permiten compartirla. La contradicción se socializa, permite ser identificada en el malestar difuso que decíamos, y tratada con estrategias que apuntan a « hacer sociedad » (14).

3. Al observar experimentos locales

Este es el camino que tomó un cierto número de proyectos locales en los cuales la experiencia de la desinstitucionalización es implementada: su ejemplo nos permite comprender mejor las posibilidades, metodologías, problemas y resultados de estas estrategias.

a. La palanca del territorio

Un primer caso es el del programa llamado “Microzonas” de la Región Friuli, en el marco de una orientación para integrar políticas y servicios diferentes por su terri-

⁶ Ver Rotelli (22) “No hay duda que la señal grave ofrecida por la institucionalización de 10.000 ancianos en esta Región (Friuli); así como el crecimiento exponencial del gasto farmacéutico, de los exámenes de laboratorio, de las visitas especializadas y por lo tanto de las listas de espera; configuran a menudo una dependencia perversa y una delegación pasiva al sistema de los servicios además de un mayor consumismo sanitario. Por otro lado son escasas las señales de una responsabilización inteligente de los ciudadanos, de un crecimiento de su conciencia. (En algunos casos sin embargo da ganas de sonreír y/o de entristecerse cuando descubrimos que para muchos ancianos ir al médico o a la farmacia, o ponerse en la fila en el CUP no es más que un diálogo, el último con la vida, el único modo de socializar algo, no más el trabajo, el juego, el bar, pero el único bien del cual se dispone, la enfermedad –verdadera o presunta no tiene más importancia alguna)”.

⁷ Bien comprendido, se trata de una oportunidad. Los programas europeos pueden ser implementados en forma diferente, por ejemplo, traduciendo la integración simplemente como un conjunto de estructuras en el mismo establecimiento, o como repartición de los recursos.

torialización. Este programa fue lanzado por la Administración Regional de la Salud y de la Protección social, en acuerdo con otras administraciones (Dirección Trabajo y Formación, Dirección Educación y Cultura, Dirección para las Relaciones Internacionales, Comunitarias y de la Autonomía Local), y desde el año 2004 se implementó en particular en Trieste, para sistematizar las experiencias de desplazamiento de las intervenciones en los barrios deteriorados y la colaboración entre la administración local de salud la Agencia de Servicios Socio-Sanitarios N.º1 Triestina (ASS), la Comuna, la Entidad de Gestión de las Viviendas Públicas (ATER). El objetivo, como lo llaman ellos, es el de construir un “bienestar urbano” que integre «por medio de políticas de salud y asistencia social, (...) los programas de inserción en el trabajo y los de mejoramiento de viviendas y barrios». Este programa integrado se cumple en territorios delimitados, identificados por la presencia de una aglomeración de inmuebles públicos. En aquel momento, en Trieste, 12 Micro-zonas fueron puestas en marcha. La idea básica es producir salud a partir de la atención del “estar-bien” de la población en su conjunto: la micro dimensión de estos laboratorios se justifica por la intención de controlar de cerca los cambios producidos por los servicios en las condiciones de vida de las personas, aunque esta dimensión facilita también la activación y la convergencia sobre el terreno de todos los recursos locales, incluidos el conocimiento, la experiencia y las aspiraciones de los habitantes. De esta manera, los servicios se transforman en promotores de vínculos sociales, de actividades y de organización social en general, valorizándolos como apoyo para las personas más desprovistas. En síntesis, podemos decir que las Micro-zonas representan hoy la estrategia conforme a la cual la metodología de la desinstitucionalización –que tuvo en Trieste su mayor desarrollo– es más explícitamente continuada y aplicada en los servicios territorializados.

b. La empresa social

El segundo caso que queremos presentar aquí se refiere al proyecto Olinda, una organización compuesta por una cooperativa social de tipo B y una asociación de voluntariado, que llevó al cierre del hospital psiquiátrico “Paolo Pini” de Milán (uno de los últimos, en 1998) y creció conduciendo su reconversión. Con la metodología de la desinstitucionalización, Olinda trabajó simultáneamente en la transformación del medio ambiente y de la vida de las personas implicadas. Para ello, Olinda valorizó, por un lado, la biografía de las personas vinculadas a ese lugar, cultivando de este modo su memoria institucional, para transformar el parque y los estructuras asilares en « plaza pública »: un espacio para servicios comerciales, iniciativas culturales, encuentros, diversión, manifestaciones políticas, fiestas, torneos de fútbol y momentos de reflexión colectiva; un lugar frecuentado por los habitantes de los barrios vecinos y del centro de la ciudad. El festival cultural de verano en el “Paolo Pini”, por ejemplo, está en su doceava edición, dura un mes y medio y atrae cada año alrededor de 25000 visi-

tantes. Es necesario decir que la gestión de la totalidad del terreno (y en parte igualmente la propiedad) depende de la Agencia Pública de salud de la Ciudad de Milán: este hecho es tanto más importante si se desea, como es aquí el caso, perseguir el objetivo de construir una “plaza pública” integrada a la ciudad y que signifique “algo” para la ciudad en su conjunto (17). Por otro lado, Olinda hizo propio el objetivo central de construir las condiciones que permitan a la gente involucrada actuar, elegir, vivir y reconocerse en la vida social. Mediante los instrumentos de la inserción por el trabajo y los programas europeos adaptados, las personas involucradas (los ex internados y los nuevos usuarios tomados a cargo por los servicios psiquiátricos, y otros) son incluidos en estas actividades de empresa, tanto en el trabajo como en su gestión. Es a través de estas actividades de empresa –el festival, el bar y el restaurante, el albergue para la juventud, el teatro, etc.– que se construirá ese lugar como una « plaza pública ». Vale precisar que este espacio es público, no sólo en el sentido de que está abierto a la frecuentación y al disfrute de la vida social que se despliega allí, sino también porque son los “locos” quienes hacen posible esta frecuentación abierta del parque. El espacio es público, es decir públicamente siempre representado y argumentado, porque es visible públicamente quien es protagonista de lo que allí sucede: ellos son “los mismos” que antes, en estos lugares en los tiempos del asilo de los locos, hubieran estado internados y prohibidos, destinados a la “muerte civil”. Esa es la contradicción llevada al lugar y a la conciencia pública, y que se torna socialmente tolerable.

Sobre este concepto de fondo, la vocación tradicionalmente médica de este entorno y de las actividades es ahora reconsiderada en términos de producción de salud (no sólo mental). Esta vocación es apreciada de acuerdo a su capacidad de incidir sobre el malestar social difundido en los barrios vecinos, sobre las condiciones del “estar-bien” o mejor- estar de las personas (sanas y enfermas): creando relaciones sociales, organizaciones, proyectos para compartir; produciendo recursos económicos como fuentes de ingresos, pertenencias como fuentes de reconocimiento social, así como resultados materiales y simbólicos que argumenten lo que Richard Sennett definió como «respeto». Recordemos el papel decisivo que juegan los no profesionales para romper el aislamiento de la relación terapéutica y aportar «inyecciones de normalidad» (8): los artistas, artesanos, urbanistas, comerciantes, diseñadores, técnicos, etc. involucrados en distintas iniciativas -no teniendo nada que ver con lo «social» o la «enfermedad»- contribuyen a efectuar un trabajo terapéutico así redefinido; con el efecto indirecto de valorizar también el personal técnico y administrativo, enriqueciendo sus competencias.

El proyecto individualizado

El tercer ejemplo es el del dispositivo del proyecto individualizado, introducido en el primer párrafo (20). Este dispositivo –creado por la empresa socio-sanitaria de Palmanova (Friuli) en el terreno de la salud mental, incorporado a las políticas de esta Región y adoptado

por otras agencias locales en otras Regiones (Veneto, Campania, Sicilia)- hace una evidente referencia a la desinstitucionalización. También justificado por los imperativos de la Nueva Gestión Pública en la gestión responsable y eficiente de los recursos públicos, este dispositivo transforma los gastos previstos por las hospitalizaciones (psiquiátrica, de menores, discapacitados, personas mayores, etc.) en inversiones para proyectos de rehabilitación de las personas y sus contextos de vida. Recordamos aquí los tres «ejes» de estos proyectos, que observan al mismo tiempo el vivir, la posibilidad de llevar una vida activa y, si fuera posible, tener un trabajo remunerado, así como la participación en una red de vínculos personales, afectivos -al mismo tiempo estos proyectos continúan a asistir plenamente las personas, aunque sea de otra forma. Pasar de una asistencia de alta intensidad sanitaria a una asistencia de baja intensidad sanitaria no sólo transforma los gastos, pero también los tipos de actividades y las competencias en juego: después de todo, se trata de producir salud. Los gastos hospitalarios son transformados en una suerte de “crédito” a disposición de la persona interesada, el usuario, y llamado a justo título «presupuesto de salud». El hecho de que ese crédito le sea atribuido “por derecho” es formalizado por un acto público, un contrato firmado por los tres participantes: el servicio prestatario, la autoridad pública competente, y el usuario. Basta con pensar en el marco del neo-liberalismo -en la difusión de las formas contractuales para el aprovisionamiento de los bienes y servicios y, en particular en el modelo de los “voucher” (son también bonos; es decir, créditos)- para darse cuenta de una diferencia importante: el contrato es concebido de manera tal que los dos primeros firmantes deban aumentar la capacidad contractual del interesado. La capacidad de la persona para comprometerse en un contrato no sólo es una condición previa -como en el caso de los “voucher”- sino precisamente lo que va a ser construido a través del proyecto personal establecido por contrato, y que rige la relación de las partes contractuales. Es importante recalcar cómo se inscribe en ese marco el firmante que los actos definen como el “organismo social”; es decir, una organización del tercer sector y, en particular, las cooperativas de tipo A y B (en este caso, a menudo mixtas). Por medio de un sistema de acreditación, participan en un concurso para la gestión de proyectos personales y sus presupuestos, el cual es muy preciso en vincularlos al realizar los objetivos de los tres ejes de los que hablamos. Además, hay plazos para volver sobre los objetivos fijados en el contrato de suscripción en el proyecto, existen verificaciones y evaluaciones periódicas de las cuales depende la posibilidad de continuar gestionando el presupuesto. El usuario puede cambiar de servicio, puede dirigirse a otra organización. El caso inverso está excluido. Es de recalcar que la única función de los “organismos sociales” es la de gestionar lo mejor posible el presupuesto para la cuenta del usuario, bajo el estricto control del servicio público competente.

c. Factores de conversión de los recursos en capacidades individuales y colectivas

Cada una de estas tres experiencias trae a la luz la importancia de la posición que ocupan los destinatarios, quienes son «activados», según el imperativo de la activación que decíamos al comienzo, pero de una forma que recuerda el concepto del «protagonismo de los usuarios» en el centro del proceso de desinstitucionalización. Ya que, en los casos examinados, el rol activo de los usuarios en las intervenciones que le conciernen se presenta como un derecho a, y una capacidad de “voz”: en vez de «responsabilización» o libertad de “salida”. La experiencia ha enseñado a reconocer por qué este derecho es decisivo, y cómo seguirlo, si se piensa en la persona que hace pedidos incoherentes, que no llega, que no puede o no quiere adherir al programa de normalización; conocemos la mecánica de la producción de “desechos”. La experiencia de la conquista y la construcción práctica de los derechos civiles y sociales de los internados, los locos, las personas no normalizables, ha enseñado una inversión de la perspectiva que desplaza el juzgamiento de los beneficiarios de las intervenciones a las intervenciones mismas. Lo cual hace necesario evaluar estas últimas según su capacidad para valorizar a las personas, para perseguir y construir su subjetividad y para realizar un despliegue entero de su particularidad. Este desplazamiento práctico va de la lógica del tratamiento de la persona en razón de su inaptitud, su discapacidad y sus carencias, hacia la lógica del reconocimiento y de la promoción de sus capacidades: el empoderamiento significa aquí aumentar las posibilidades de las personas para decidir y para actuar por sí mismos. Esta perspectiva cambia radicalmente la posición del profesional en el seno de un proyecto personal de vida.

No es extraño que el comienzo de dicho recorrido esté caracterizado por una doble marginación o una doble falta de confianza de la persona sea en sí misma sea en su contexto. No tiene confianza en ella misma, ni tampoco en otras personas. El primer cambio a realizar es fiarse de la persona, suspender todo tipo de juicio porque un cambio inicial es necesario para que una persona encuentre la fuerza de interesarse por cosas nuevas, aprender, involucrarse en cosas para hacer, y reconocer sus propias capacidades. Este aprendizaje radical (aprender cosas nuevas y no sólo perfeccionar lo que uno ya sabe) es posible solamente si se da crédito a la persona. Esta inversión en la persona necesita, por un lado, de una puesta en perspectiva, la capacidad de anticipar las evoluciones positivas, pero también contextos prácticos en los que la persona puede experimentar y explorar por sí sola lo que significa la inversión en su propio recorrido. Este aprendizaje es acompañado por un trabajo profundizado de reconstrucción de la biografía personal que no está comprendida como una operación clasificatoria (o como la compilación mecánica de una ficha personalizada), sino como un ejercicio fundamental

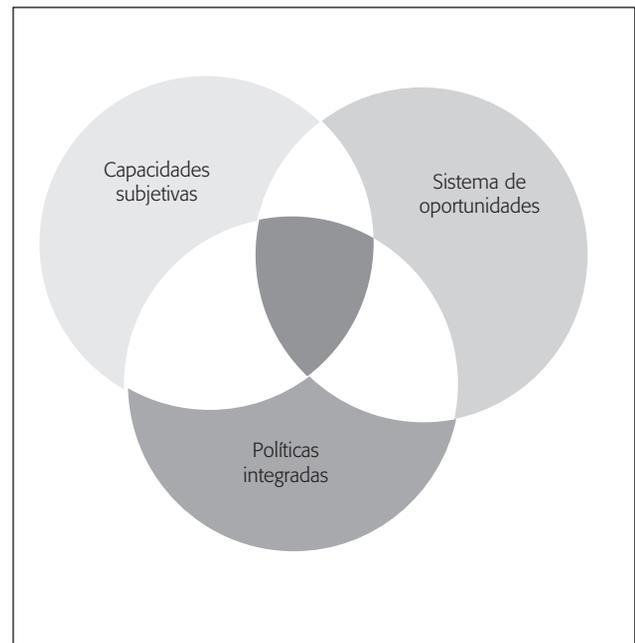
para volver a contar a la persona el sentimiento de su propio valor y a hacerla retomar esa confianza en sí misma. Permanecer concentrado en una persona en particular no significa renunciar a introducir desde el comienzo, las dimensiones colectivas del contexto y el proyecto con sus objetivos, sus ambiciones generalizables y funciones articuladas. Franco Basaglia afirmó:

“vi lo que significa y lo que produce, para una persona que sufre, el hecho de ser verdaderamente parte de un proyecto, de una esperanza común de vida, el estar comprometido en una acción común donde te sentís parte de un tejido práctico, intelectual, afectivo, donde lo serio alterna con el humor y tus problemas se suplen y forman parte también de aquellos con quienes los compartís. Y, en ese punto, la salud y la enfermedad puede mezclarse en una calidad de vida que sea humana, con vínculos y relaciones, reconocimiento de sí mismo como de otros, una complicidad en el proyecto común que une en lugar de dividir y destinarlos a un asilo.” (1)

Cada uno de los tres casos presentados ofrecen un patrimonio de experiencias y competencias para responder al imperativo neoliberal de la activación de los destinatarios: construyen un “sistema de oportunidades” en el cual sus capacidades pueden expresarse y aumentar con la práctica concreta, y donde se saben seguros de ser reconocidos. En la literatura europea, que desarrolla la perspectiva de las capacidades en el ámbito social, los servicios e intervenciones encargados de construir dicho sistema de oportunidades están calificados como “factores de conversión” de los derechos en capacidades, de los derechos en los beneficios sociales en libertades de ser y actuar, efectivamente (5, 26, 27). Recordemos que los beneficios, las medidas y prestaciones en cuestión sólo funcionan como factores de conversión si los destinatarios están en condiciones de transformarlos en capacidades efectivamente ejercidas, en libertad vivida: son ellos los actores de esta “conversión”. Dicho de otra forma, las capacidades no son materia a tratar con el vocabulario de dar y recibir bienes y prestaciones, sino con el vocabulario del actuar.

En resumen, podemos decir que los procesos en cuestión se basan: a) en la integración mutua de las políticas, servicios, intervenciones y actores para construir b) sistemas de oportunidad en los cuales c) cada actor comprometido -sobre todo, las personas socialmente más vulnerables- puedan expresar y desarrollar sus capacidades. Estos últimos funcionan a la vez como energías que alimentan y orientan la integración misma, construyéndola y haciéndola reconocible en estos procesos y en sus resultados como un campo de acciones común. Y podemos agregar que las capacidades que se desarrollan son también las de los profesionales (17).

Figura 1. Factores de conversión (capacidades personales, sistema de oportunidades, políticas integradas).



4. Conclusiones acerca de comunidad. Hacer pública la contradicción

Los servicios e intervenciones, las empresas y los proyectos que operan como factores de conversión, en el sentido indicado, tienen una función pública: producen espacios aptos para favorecer la particularidad personal, soportándola y apoyando su despliegue -incluso cuando las personas son portadoras de diferencias irreducibles. En este sentido, absuelven lo que Dubet (15) define como un “programa institucional”, en particular, ese programa de individualización y socialización que, a la vez, había guiado y justificado el desarrollo del Estado del bienestar.

En los casos analizados, se plantea una cuestión pública, elaborada, y socializada en los contextos sociales. El pluralismo de los actores que se desarrolla en los sistemas locales de bienestar social con la activación de actores privados en las políticas socio-sanitarias, ha roto la identificación entre lo público y estatal, y el estatuto público de los actores del campo social -los profesionales, ante todo- ya no es evidente. Son llamados a interrogarse sobre lo que hacen, si y en qué medida contribuyen a cumplir, en el marco de un programa institucional, la tarea de producir beneficios para la colectividad en la cual trabajan, bienes comunes. Como se afirmaba, esto es lo que los actores del campo psiquiátrico han aprendido, especialmente cuando acompañaron una contradicción del vivir en un contexto social, y lo cambiaron para hacerlo capaz de soportar y soportar esta contradicción. Esa es llevada al espacio público y reconocida como una cuestión compartida mutuamente. “Visto de cerca,

nadie es normal" (*Da vicino nessuno è normale*), el título del festival cultural de verano organizado por Olinda en el "Paolo Pini", es una buena manera de definir el tema. Por un lado: "ya no llegamos a diferenciar a los normales de los locos"; pero del otro: "continuamente existen roces entre los tiempos rápidos requeridos por la eficiencia del servicio para la colectividad que abastecemos en calidad de empresa, y los tiempos largos de las personas que tienen problemas para permanecer en esta empresa" (16). Si estos roces se vuelven tolerables, es ante todo porque son aceptados y afrontados por todos: conservando abierta la contradicción, en el centro de la cual se produce y se reproduce cada día algo compartido. Y esa es la clave de la función pública de la cual hablábamos, y que es cumplida conjuntamente por los actores comprometidos, privados y públicos, en primer lugar los usuarios.

Según el lenguaje de las políticas Europeas en materia social, esta función consistiría en la producción de "cohesión social": en los casos analizados este objetivo consta de procurar no sólo la integración de las personas en contextos normales (como en el Estado del bienestar), sino por la construcción de contextos sociales integrantes, en condiciones de soportar y suportar situaciones

incoherentes, tensiones, conflictos: es decir, contextos capaces de tolerar pero también de apoyar contradicciones insuperables, sin reprimirlas ni esconderlas en otro lugar, sin cerrar el círculo. En esta perspectiva se trata al mismo tiempo de mantener la pluralidad y de hacer hibridaciones entre realidades, objetos y personas diferentes, combinar principios de organización y de acción, que no son homogéneos entre ellos, incluso a menudo incongruentes: con estas hibridaciones se construyen y se alimentan un tiempo y un espacio comunes -como en el *oxímoron* de la «empresa social»-, aunque cada una de las organizaciones y personas involucradas mantienen su propia razón de ser particular. En estas dinámicas combinatorias -en las tensiones que allí se despliegan, las incongruencias a trabajar nuevamente, los conflictos a valorizar- las materias, los actores, los poderes, las acciones y los instrumentos para la acción se vuelven «cosa pública» (*res publica*): incluso la contradicción hecha visible y socialmente tolerable -ya que lo público sólo es tal en tanto se encuentra en un campo de aprendizaje individual y compartido, un proceso constitutivamente inacabado que invite a la reflexión social. Es la diferencia entre la construcción de comunidades «comunitarias» y la construcción de espacios públicos ■

NOTA DE LA REDACCIÓN: Se transcribe a continuación una nota enviada, al cierre de este número de Vertex, por los autores del presente artículo.

Es un gran honor y motivo de alegría, que nuestro artículo se publique inmediatamente después de la sanción de la Ley nacional de reforma de la salud mental, aprobada por unanimidad por el Congreso de la República Argentina el 25 de noviembre pasado, promulgada el 2 de diciembre por el Poder Ejecutivo Nacional y vigente desde su publicación en el boletín oficial el 3 de diciembre de 2010.

Es un honor y motivo de alegría porque esta ley confirma y da mayor fuerza a la perspectiva -que se sostiene en el artículo a través de la larga y fecunda historia de la desinstitutionalización en Italia- de la profunda e imprescindible relación entre promoción de la salud mental, derechos humanos y democracia.

El reconocimiento como sujetos de derecho de los ciudadanos usuarios de los servicios de salud mental, que antes que nada se expresa en la subordinación a su consentimiento, a su voz y elecciones respecto a las intervenciones que los conciernen, es el centro de esta relación: este estatuto ha sido instituido por la reforma argentina, con claridad y precisión.

Éste es un proceso necesario de democratización de la autoridad, técnica y de gestión de la psiquiatría, proceso impulsado por un amplio y variado frente de grupos, organizaciones, instituciones y sistemas de servicios que desde el campo de la salud mental y los derechos humanos ha sido un soporte importante de experiencias y competencias en la elaboración y diseño de la ley.

Este artículo tiene el privilegio de poder contribuir a este colectivo, que aún ahora, mientras escribimos, anima la discusión -incluso a nivel internacional- sobre la reforma Argentina, y de sostenerla y de poder ofrecer un aporte, cierto, indirecto y lejano pero no equívoco.

Referencias bibliográficas

1. Basaglia F. *L'utopia della realtà*. Torino, Einaudi, 2005.
2. Bauman Z. *Vite di scarto*. Bari, Laterza, 2005.
3. Bifulco L. *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*. Roma, Carocci, 2005.
4. Boltanski L, Chiappello E. *Le nouvel Esprit du Capitalisme*. Paris, Gallimard, 2002.
5. Bonvin JM, Farvaque. Promoting Capabilities for work. En: Deneulin S, Nebel M, Sagovsky N, editors. *Capability and Justice. Towards Structural transformations*. The Hague, Kluwer Academic Publications, 2005.
6. Castel R. *L'insécurité sociale*. Paris, Seuil, 2003.
7. Crouch C, Eder K, Tambini D. *Citizenship, Markets and the State*. Oxford, Oxford University Press Editors, 2001.
8. De Leonardis O, Mauri D, Rotelli F. *L'impresa sociale*. Milano, Anabasi, 1994.
9. De Leonardis O. Social Capital, Social Quality and Health. *Europ J Soc Qual* 2006; 3.
10. De Leonardis O. In un diverso welfare. Sogni e incubi. Milano, Feltrinelli, 1998.
11. De Leonardis O. Social Market, Social Quality and the Quality of Social Institutions. En: Beck W (ed.). *Social Quality: A Vision for Europe*. Hague: Kluwer Law; 2002.
12. De Leonardis O, Emmenegger T. Le istituzioni della contraddizione. *Rivista sperimentale di psichiatria* 2006; 3.
13. Donzelot J. Villes, violence et dépendance sociale. Les politiques de cohésion en Europe. Bricocoli M, De Leonardis O, Tosi A. *L'Italie. Les politiques sociales, du logement et de sécurité: inflexions néo-liberales dans les politiques locales*. Paris, La Documentation Française, 2008.
14. Donzelot J, Mervel C, Wyvekens A. *Faire Société. La politique de la ville aux Etats Unis et en France*. Paris, Seuil, 2003.
15. Dubet F. *Le déclin de l'institution*. Paris, Seuil, 2002.
16. Emmenegger T. I risultati imprevisi. En: Una città, editors. *Almanacco delle buone pratiche di cittadinanza*. Forlì, Coop. Una città, 2004.
17. Emmenegger T. Effective Incentives in Critical Situations. Department of Human Resources for Health, HRH/EIP, WHO. Geneva, Occasional Paper, 2005.
18. Hayek von F. *New Studies in philosophy: politics, economics and the history of ideas*. London, 1978.
19. Hirschman A. *Salida, voz y lealtad*. México, Fondo de Cultura Económico, 1984.
20. Monteleone R. La contrattualizzazione delle politiche e dei servizi di welfare: forme organizzative ed effetti sui territori. En: Cecchi C, Curti F, De Leonardis O, Karrer F, Moraci F, Ricci M (a cura di). *Il management dei servizi urbani tra piano e contratto*. Roma; Officina Edizioni: 2008.
21. Monteleone R. La contrattualizzazione delle politiche sociali: forme ed effetti. Roma, Officina, 2007.
22. Rotelli F. Foucault, Trieste e Totò. En: Seminario Il soggetto che non c'è - Michel Foucault 1984-2004, Università degli Studi (Trieste), Centre Culturel Français (Milano), Centre Michel Foucault (Parigi), Associazione Franco Basaglia (Trieste), Trieste 5-6 novembre. Disponibile en: <http://www.exclusion.net> 2004b.
23. Rotelli F. *Per la normalità*. Taccuino di uno psichiatra. Trieste, Edizioni E, 1994.
24. Rotelli F. Nodi del Welfare sociosanitario in Friuli Venezia Giulia. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Disponibile en: <http://www.exclusion.net> 2004
25. Rotelli F. Un quadro di riferimento per l'evoluzione dei sistemi sociosanitari, qualche proposta per il Friuli Venezia Giulia. En: Congresso I programmi delle attività territoriali e i piani di zona. Un percorso da condividere. Assessorato alla Salute e Protezione Sociale e Agenzia Regionale della Sanità della Regione Friuli-Venezia Giulia. Udine, 15 marzo 2005. Disponibile en: <http://www.exclusion.net> 2005.
26. Sen A. *Inequality Reexamined*. Oxford, Clarendon Press, 1992.
27. Sen A. Justice: Means versus Freedoms. *Philos Pub Aff* 1990; 9(2).
28. Sennett R. *Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin, Verlag, 2005.

Empresas sociales de salud mental: los relatos de sus protagonistas

*Coordinadores y emprendedores de las empresas sociales Hilando Caminos (Trelew) y Nuevos Sabores (Puerto Madryn)¹
E-mail: saludmentalchubut@yahoo.com.ar*

Introducción

El presente artículo se propone relatar la experiencia de trabajo en las empresas sociales de salud mental de las ciudades de Trelew y Puerto Madryn, desde la perspectiva de sus protagonistas, los emprendedores.

Estos dispositivos, en el contexto de la red asistencial socio-sanitaria de salud mental de la provincia de Chubut, nacen en el marco del proyecto IsoLE (Integración Socio Laboral y Lucha contra la Exclusión Social en Áreas Prioritarias de la Argentina), que se inicia a fines del 2008, a través de la gestión asociada del Estado con el Tercer Sector. Dicho proyecto se propuso fortalecer y desarrollar 18 empresas sociales de salud mental en cua-

tro áreas de la Argentina: Chaco, Chubut, Río Negro y Capital Federal. En el territorio chubutense, se proyectaron tres emprendimientos, de los cuales a la fecha se han concretado dos: uno de hilado artesanal, y otro de gastronomía, perteneciente a Puerto Madryn, ambos integrados a los dispositivos de salud mental de las respectivas localidades.

La decisión política y técnica de las autoridades provinciales de participar del proyecto y viabilizar su implementación local, estuvo dada por la consonancia del mismo con las políticas provinciales para el área de salud mental, siendo conscientes también de la necesidad de

Resumen

El presente artículo tiene por objetivo socializar una experiencia de trabajo que se realiza en los dispositivos de empresas sociales de salud mental de la Provincia del Chubut desde el año 2009. En la introducción se contextualiza el nacimiento de dichas empresas dentro de un programa que involucra al Estado y a la Sociedad Civil, acorde a las políticas provinciales de salud mental. Se describe brevemente la lógica de las empresas sociales, tomando al trabajo como paradigma de la rehabilitación psicosocial de personas con problemáticas de sufrimiento mental, en interacción efectiva con otras personas de la comunidad. Luego se presentan los testimonios de los emprendedores, tanto en su definición del dispositivo como en sus vivencias personales del tránsito por las mismas. Y para concluir se enumeran algunos de los desafíos que este tipo de práctica plantea para el futuro.

Palabras clave: Rehabilitación basada en la comunidad - Integración sociolaboral - Identidad laboral y estigma social.

SOCIAL ENTERPRISES IN MENTAL HEALTH: THE NARRATIVES OF THEIR PROTAGONISTS

Summary

This paper aims to share the experience carried on in the Social Enterprises which are part of the Mental Health System of the state of Chubut (Argentina) since 2009. First, the context of the founding of the social enterprises inside a program which involves the government and the civil society in line with the state policies is presented, taking labour as a paradigm of psychosocial rehabilitation of people with mental suffering in effective interaction with other people from the community. Then, testimonies of entrepreneurs, as well as their definition of the enterprise and their personal experiences when participating in it are presented. Finally, the future challenges of this type of practice is summarised.

Key words: Community-based rehabilitation - Sociolabour integration - Labour identity - Social stigma.

¹ Las empresas sociales forman parte de los dispositivos de rehabilitación de salud mental del sistema público de salud de la Provincia de Chubut.

la población objetivo, debido a que la misma está desempleada en alrededor de un 90%.

Una de las consecuencias de la estigmatización de quien padece un sufrimiento psíquico, es el proceso de descalificación laboral. Sólo un bajo porcentaje de la población asistida en el nivel público tiene respuesta a esta necesidad sentida.

Estos dispositivos permiten generar capacidades en las personas e ingresos económicos, siendo indispensable la articulación de una red intersectorial con otros dispositivos y sectores gubernamentales y no gubernamentales, fundamentándose en el concepto de rehabilitación basada en la comunidad.

Cabe mencionar que en el documento de posición conjunta del año 2004 elaborado por la OIT, la OMS y la UNESCO, se señala que la rehabilitación basada en la comunidad es una estrategia para lograr la rehabilitación desde la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad.

Dada la complejidad de esta problemática, es necesario construir una respuesta también compleja por lo cual se requiere la articulación entre el Estado y la Sociedad Civil para potenciar recursos y en particular para el sostenimiento de estos dispositivos.

Las empresas potencian el esfuerzo conjunto de las personas, sus familias, las organizaciones de las comunidades y los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en las áreas de salud, educación, trabajo, acción social, cultura o cualquier otra que pudiera presentar un nicho de mercado viable para la producción de los beneficiarios del programa.

Implícitamente subyace el concepto de que el sujeto tiene participación directa en la estrategia de rehabilitación, poniendo énfasis en los Derechos Humanos y en las acciones que permiten abordar las desigualdades y aliviar la pobreza, dando mayor jerarquía a las organizaciones comunitarias y ejercitando su Derecho de Ciudadanía.

Las empresas sociales constituyen el elemento clave de una estrategia general que intenta hacer frente a las dificultades prácticas con que se encuentran muchas personas con problemas de salud mental tanto a la hora de conseguir un empleo como de mantenerse en él. Pretende conseguir las ventajas de una empresa "normal" sujeta a los imperativos del mercado, y no solo funciona como fuente de retribución económica ligada al rendimiento sino también como vehículo de reconocimiento social e incremento de la autoestima personal.

La característica principal de esta modalidad es permitir el desarrollo personal de cada uno de los integrantes respecto a su identidad laboral dentro del proceso general de la empresa social, facilitando la adquisición de los diferentes roles laborales, desde la relación de dependencia hasta el posible desarrollo de la capacidad emprendedora.

Estas empresas son un dispositivo más de la red asistencial socio sanitaria para el abordaje de las problemáticas de salud mental. Se podría decir que en términos

generales, a través de una estrategia comunitaria de intervención, tienen como fin la promoción de la salud y la integración sociolaboral de las personas utilizando como medio la producción, la capacitación en tarea y la comercialización de bienes y/o servicios. Están destinados a brindar alternativas para la inclusión social y la capacitación en oficio para la posterior inserción laboral de personas usuarias del sistema público de salud mental en interacción con otras personas con necesidades básicas insatisfechas y desocupadas.

La modalidad de trabajo se asienta en lo grupal, fundamentalmente debido a la necesidad de una integración real entre aquellas personas con padecimiento psíquico y el resto de la población. Esta sinergia garantiza la reducción del estigma social que provoca la enfermedad mental a la vez que potencia el proceso productivo. Se favorece así el acceso a los derechos de ciudadanía en el marco de la economía social, el ejercicio efectivo de esos derechos y la construcción de nuevos proyectos de vida.

Nuestras empresas

La puesta en marcha de las dos primeras empresas en Chubut implicó el trabajo articulado de diversos sectores del Estado y la Sociedad Civil. Desde el financiamiento del tercer sector se pudo comprar equipamiento y materia prima así como contratar para cada emprendimiento un técnico en salud y un técnico en oficio. La Secretaría de Salud de la provincia, a través del área de salud mental, proveyó el espacio físico, y con la colaboración de una ONG local, ALIBUEN PATAGONIA, se gestionó frente a la Secretaría de Trabajo provincial becas de capacitación para los emprendedores y la presencia de otros capacitadores en los emprendimientos.

Desde sus inicios, cada empresa se armó con el trabajo de todos los emprendedores, los cuales ayudaron a limpiar y arreglar el lugar así como a buscar los presupuestos y hacer las compras de equipamiento e insumos. El ingreso al emprendimiento implica la firma de un acta acuerdo con la Dirección Provincial de Salud Mental en el que se pautan los compromisos y acuerdos de convivencia en el dispositivo.

Cada una de las empresas trabaja alrededor de seis horas en los turnos de mañana y tarde, teniendo actividades de capacitación en oficio y en empresa social. Todas las decisiones se toman conjuntamente en el espacio de asamblea semanal, el cual se utiliza tanto para consensuar las decisiones comerciales como para generar acuerdos de convivencia así como solucionar conflictos grupales. Además del aprendizaje de un oficio, son igualmente importantes la inclusión de ambos grupos en las redes sociales locales, por lo que mensualmente se estimula la participación en algún evento comunitario, sea una capacitación para artesanos, una feria, o cualquier oportunidad de interactuar con otros grupos locales dedicados a actividades similares a la de los emprendedores. Como referíamos al inicio del artículo, nuestro objetivo es poder socializar el punto de vista de los emprendedores, ellos relatan la experiencia de qué es una empresa social del siguiente modo:

Empresa Social Nuevos Sabores, artesanos gastronómicos de Puerto Madryn

“Somos un grupo de personas de diversas edades que formamos parte de una empresa social dedicada al rubro gastronómico, uno de nuestros objetivos es capacitarnos en el oficio para insertarnos en el mundo socio-laboral.

Porque algunos hacen excepción de persona y porque nos sentimos discriminados a la hora de buscar trabajo, ya que, en muchas ocasiones debemos ocultar nuestro diagnóstico y viéndonos obligados a mentir.

Sentimos que en la empresa social tenemos nuestro espacio y a la vez nos capacitamos. En este espacio hacemos amigos, aprendemos a hablar y saber escuchar y comprender a los compañeros, esto nos ayuda a tolerar nuestras dificultades.

Consideramos que la empresa social es como el nexo con la salud, es la puerta de entrada para el intercambio de conocimientos, experiencias, comunicación, que nos facilita aun más en el proceso de integración socio-laboral.

Comprendemos que a diferencia de otros trabajos en relación de dependencia, contamos con la flexibilidad a nuestro favor, en situaciones cotidianas, como: las llegadas tardes por retirar medicamentos, concurrir a terapia individual, descompensaciones, situaciones familiares, particulares como madre soltera con hijos y madre usuaria del servicio, dificultad en el cumplimiento de horario, y en cuanto al rol del trabajador.

Creemos que la empresa social funciona como apoyo en el proceso de rehabilitación, en tanto espacio de contención grupal, nos eleva la autoestima, podemos dialogar cosas que en otros medios no podemos (por ejemplo, en la terapia individual). Nos mantiene la mente ocupada, nos enseña a separar los problemas, nos obliga a salir de casa, a no encerrarnos en nosotros mismos, a conocer gente que nunca pensamos conocer.

Uno de los objetivos es la inclusión social a través de diferentes actividades como la participación en “Madryn al plato”, Escuela Bional, Chubut Capacita, visitas a Hilando Caminos, producción de pan dulce en el hotel Gran Madryn junto a FEGHRA, etc.

Otro de los objetivos es capacitarnos en el oficio gastronómico para insertarnos en el mundo socio-laboral con un producto de calidad, que nos permita competir en igualdad de condiciones en el mercado.

Lo más importante es saber que contamos con un espacio donde todos podemos trabajar y poner en práctica los conocimientos y saberes que se necesitan para vivir con dignidad teniendo como principios la solidaridad y la cooperación.”

Empresa Social Hilando Caminos, artesanos textiles de Trelew

“Se toma un bollito de lana cruda y se empieza a estirar con las yemas de los dedos. Se “amasa” hasta que el bollito se convierte en un fleco largo y algo desperejo, lleno de pelusas. Luego, gracias a la magia del huso o la rueca, se va torzando hasta transformarlo en un largo hilo, que formará un ovillo. Este procedimiento, llamado hilado, se practica desde los ini-

cios de la civilización. Y hoy vuelve a ser un medio de subsistencia para mujeres y hombres que quieren trabajar”.

El emprendimiento comenzó en el mes de Julio del 2009 con un grupo de personas, muy interesadas en trabajar y poder relacionarse con el entorno social desde otro lugar, la dignidad en el trabajo.

La primera etapa del proceso, construir la identidad del emprendimiento. ¿Por qué hilado? Nunca se cuestionó. La mayoría ponía en primer lugar la pertenecía al grupo, que el trabajo en sí. El nombre que se eligió, desde el principio identifica al grupo humano en relación al trabajo.

De a poco nos explicaron el proceso del hilado. El entusiasmo de todos comenzó a inquietar.

Los protagonistas de Hilando Caminos nos cuentan quiénes son

“Somos un grupo de seres humanos de diferentes edades, somos distintos todos, pero a pesar de todas las diferencias nos llevamos bien. Y esa es la base de nuestro éxito. El grupo ha logrado en poco tiempo lo que a la gente en otros ámbitos le cuesta años... aprender un oficio, llevarse bien, trabajar en grupo y divertirse.

Hilando Caminos preserva tradición y costumbres de nuestros pueblos originarios (mapuche-tehuelche) y es importante que esto no se pierda. Lo que más rescatamos es la posibilidad de trabajar en grupo, en un clima agradable, con técnicas simples pero que vienen de una tradición muy importante.

Nos sentimos bien participando de este espacio, mejor a veces que en nuestra casa y hemos aprendido a disfrutar tanto de esta actividad que algunos de nosotros nos llevamos el huso a casa y allí seguimos hilando.

En nuestros encuentros cotidianos, además de aprender a hilar tenemos momentos para compartir el desayuno, hacer gimnasia, caminar y una vez a la semana tenemos nuestra asamblea en la cual discutimos sobre la vida de Hilando.”

Además de estas construcciones grupales hechas por los emprendedores, resulta oportuno compartir también algunos testimonios personales de los protagonistas.

“Comenzamos en julio del 2009, un grupo salimos a buscar presupuestos para los insumos, todo fue perfecto. Comenzamos a hilar en huso, la producción fue muy buena, para mediados de agosto llegaron los insumos. Hilando me siento muy bien, tuvimos varias ferias artesanales. Al comienzo estuvimos en el Centro de Día. Viajamos a Epuyen a vender y exponer lana, el lugar es hermoso tal es así que viajamos nuevamente a esa feria. Cuando comenzamos con el huso éramos cinco personas, luego se fue agrandando el grupo, hace un año y cuatro meses que estamos trabajando. Pilar nos enseñó a utilizar el huso y las ruecas, también hicimos un catering. La experiencia adquirida para mi es muy buena, hay buenas perspectivas para el futuro, espero seguir trabajando como hasta ahora. También fuimos a la rural donde exhibimos las lanas TOP y tintes, es todo una belleza. Yo me siento muy bien en el taller, en mi vida cambio mucho la monotonía, me siento feliz y espero seguir trabajando.” (Aída, 58 años, Hilando Caminos)

“Me siento bien trabajando, aprendí a hilar con huso. Me

costaba cuando se cortaba la lana, aprendí a encimar, me gusta trabajar, me levanto temprano, antes no tenía ganas de levantarme. Después aprendí a hilar con la máquina, me gusta porque es muy ligera y hago más lana hilada. Me siento bien con mis compañeros, prefiero estar acá y no en el Centro de Día, porque me siento útil, sólo vamos al Centro de Día a buscar la comida. Me gustó viajar a Epuen, había muchos artesanos que nos trataban de igual a igual y eso nos hacía bien, nos divertimos mucho. Antes me costaba hablar con la gente porque tenía miedo, ahora charlo más con la gente, les cuento de mi trabajo, de mis compañeros que son buenos, de los viajes, de las ventas. Ahora todos los meses gasto mi plata para comer, me compré zapatillas, pantalón, yo trabajo para comer.” (Norma, 36 años, Hilando Caminos)

“Me llamo Lorenzo, me enteré en el Centro de Día de esta empresa, lo pensé unos días y me decidí a venir con Elva, mucama del Centro de Día. Los primeros días empecé con el huso, después de una semana comencé con la rueca. Al principio me costaba aprender pero lo logré. Mis compañeros me ayudaron mucho, Cynthia, Porfirio, Joshua, Pilar, estuve probando con rueca eléctrica pero me costaba y se me cortaba el hilo. Volví al pedal y continué con eso. La primera feria fue en la escuela 122, fuimos todos, vendíamos la lana, fuimos a la rural, le contamos a la gente nuestro trabajo y también vendimos la lana. Me siento bien viniendo y quiero continuar, quiero agradecer a toda la gente de Hilando Caminos”. (Lorenzo, 31 años, Hilando Caminos)

Somos un emprendimiento social, que incluye a las personas con distintas discapacidades u o problemas de salud, que la sociedad discrimina, porque tenemos o dependemos de un tratamiento; al cual debemos atendernos una vez por semana y estamos medicados. Formamos parte de una empresa social porque la sociedad como dije anteriormente nos discrimina o porque somos flacos o gordos, o porque creen que no somos capaces de trabajar ocho o diez horas diarias.

La empresa para mí ver funciona como proceso de rehabilitación, ya que somos un grupo de amigos o compañeros de trabajo en el cual compartimos nuestros proyectos, nuestras necesidades y también nuevos amigos.

Tenemos una terapeuta la cual nos anima cuando está todo mal, nos alienta y acompaña cuando sufrimos, por nuestros hijos, o padres, familia o por esta sociedad.

Nuestro objetivo es poder crecer, formarnos y capacitarnos para un trabajo seguro y estable, sin que nos discriminen o viceversa.

Pienso que nos observan pero también nos ayudan y depende las ganas que tengamos de ponerle la mejor onda, nos alientan y nos compran los productos que vendemos. (Elizabeth)

Me llamo Graciela, tengo 41 años, ingrese a Salud Mental a los 36 años con un intento de suicidio, de ahí en más los siguientes 4 años iba de internación en internación, se me fueron cuatro años de los cuales no puedo creer haberlos perdidos, en todo sentido, con mis hijos (tengo 3, dos varones y una nena), tiempo con mi casa, mi marido, conmigo misma. Trato de recordar mi cumpleaños o haber hecho algo, pero no hay nada, solo dolor y angustia, no querer vivir más, no le veía ningún sentido a la vida, nada a que aferrarme. Hubo tres intentos de suicidio más, gracias a los médicos que me salvaron y no tengo secuelas, hoy aun con medicamentos y

terapia recién estoy saliendo adelante.

Trabajar y capacitarme en la empresa social me permitió volver a tener contacto con gente fuera de mi ámbito familiar, con la compañía de los emprendedores, casi sin darme cuenta, pude saber cada día podía dar más.

Actualmente estoy cursando el secundario, el cual me va muy bien, quiero cursar computación y seguir capacitándome en la empresa, disfrutar con mi marido y mis hijos de la vida, que me sorprende todos los días ¡como pude estar tan ciega!

La depresión crónica que me diagnosticaron es una lucha de todos los días, pero ahora lo enfrento de otra manera, no todo es perfecto pero lo tomo de otra forma, ya no me encierro ni me acuesto a oscuras en mi cuarto por días, me dedico a leer, mirar películas, escuchar música lo cual me ayuda a pasar los malos momentos pero por sobre todo cuento con el apoyo de mi familia, que siempre me ayudaron y nunca bajaron los brazos, cuando me encuentro en una situación limite recurro enseguida a los terapeutas y familia.

Dios está presente en mi vida, fue y es quien me ayuda todos los días, creo que puedo ganarle a la enfermedad, ahora entiendo que sola no estoy y que sola no se logra, necesitamos el apoyo de la gente que te acompañe, te ayude y entienda que en este proceso, algunos días son buenos y otros no tantos, pero se puede salir.

Soy David y tengo 19 años, hoy me encuentro en una Empresa Social por varios factores, pero el más fuerte de ellos era mi falta de empleo; habiendo terminado el colegio secundario en una escuela técnica el año 2009 con especialidad en Técnico Electrónico, me dedique a la búsqueda de un empleo, pero fue una búsqueda frustrante, ya que en todos los empleos que buscada se necesitaba experiencia laboral, pero como muchos no la tenemos por lo general las respuestas son no.

Se me presentó este emprendimiento gracias a una amiga, y me interesó mucho, su principal objetivo fue lo que más me llamo la atención, esto de incorporar a personas que nunca han podido trabajar, por diversas dificultades, es algo que me interesa y bastante; los primeros días fueron un poco pesados, porque al no saber nada sobre lo que era una Empresa Social me costaba mucho tener una visión de cómo iban a ser las cosas más adelante, pero al transcurrir el tiempo ves la posibilidades que uno tiene al conocer gente que uno nunca pensó cruzarse, yo nunca pensé que iba a tener la posibilidad de tener una cálida charla con personas tan importante y reconocida en el ambiente de salud mental; otra cosa en muy importante de rescatar de la empresa en la que hoy me encuentro es su horizontalidad, esto es algo que también es interesante, porque siendo así uno no solo ve la parte que siempre tenemos como empleados sino también tiene la visión de un jefe, el futuro de la empresa, tener que buscar formas de cómo hacernos conocidos en la ciudad, tener que llevar a cabo la parte administrativa y esto es importante ya que si uno en un futuro uno quiero tener su propia empresa o emprendimiento ya sabes con lo que te vas a encontrar y no te agarra desprevenido.

Para mí, este paso por la Empresa Social es un gran comienzo, y pienso que para cualquier persona que tenga la posibilidad de trabajar en una de ella también, por el aporte que puede llegar a dejar en conocimientos y experiencias, gracias a sus capacitaciones, sus vínculos, su forma de trabajo,

futuros trabajos, reconocimiento en la ciudad, ya que en la Ciudad de Puerto Madryn es la primera.

Es por eso que hoy me encuentro acá por un lado gracias a que pude encontrar un trabajo, a que pude ver todo lo que podía llegar a aprender, y porque me gusta mucho tratar de generar cambios que produzcan un bien a los demás, tratando de dignificar y valorar a todas las personas.

Conclusiones

En el presente artículo quisimos compartir una experiencia de trabajo que se está llevando a cabo en la provincia del Chubut, dentro del marco de la red asistencial socio-sanitaria de salud mental desde el año 2009, el trabajo en las empresas sociales de salud mental. Nos interesaba especialmente dar espacio a las voces y testimonios de los protagonistas.

Desde nuestro lugar técnico, consideramos que el trabajo es uno de los objetivos paradigmáticos de la rehabilitación, ya que además de las habilidades específicas del oficio en cuestión, implica desarrollar toda otra serie de habilidades para las relaciones sociales que les permiten interactuar en otros ámbitos comunitarios.

En el caso de Hilando Caminos el reconocimiento por parte de la secretaría de cultura de la provincial a través de la inscripción y acreditación en el registro provincial de artesanos, produjo un cambio en el modo de percibir y posicionarse frente a la mirada del otro, ahora son Artesanos reconocidos por un ente estatal al igual que otros grupos y productores de la localidad. Asimismo, Nuevos Sabores trabaja conjuntamente con la Asociación de Hoteleros de la provincia de Chubut, colaborando en el crecimiento, desarrollo e inserción laboral.

Las empresas sociales de salud mental son uno de los dispositivos más jóvenes de la red, cuyo trabajo implica la compleja articulación de diversos actores sociales.

Su identidad como un dispositivo más de salud mental, genera cierta controversia desde prácticas asistenciales tradicionales. Si bien discursivamente su existencia es apoyada por el resto de los equipos de salud mental, hay actitudes que dejan entrever un desconocimiento su importancia y cierta reticencia a poder implementar un trabajo real y efectivo en red.

En ocasiones, aparecen resistencias que obstaculizan el avance de las personas implicadas en el proceso de inserción social, limitando sus capacidades. Cuestiones básicas como evitar la superposición de horarios entre el tiempo en la empresa y los espacios de control farmacológico o de terapia individual, ilustran esta dificultad de articulación a la que aludíamos.

En la actualidad, a través de la gestión de la secretaría de salud, ambas empresas tienen un lugar propio, ubicado en el corazón de la ciudad. Las nuevas instalaciones presentan espacios amplios que permite la multiplicidad de tareas y, en el caso de Hilando Caminitos, permitió la proyección e implementación de una nueva rama dentro de la cadena productiva de la Lana, el tejido artesanal.

Ambos emprendimientos han logrado, en su corto tiempo de vida, un lugar dentro de la comunidad desde su identidad como grupo de trabajadores artesanales. Para los técnicos que no dudamos en la importancia de este dispositivo y en su pertenencia a salud mental, surgen igualmente una serie de interrogantes que día a día nos presentan nuevos desafíos. El horizonte de crecimiento tiene como límite la imaginación y la creatividad, nuestra y de los emprendedores.

Cuestiones como la temporalidad dentro de la empresa, el acompañamiento de los emprendedores por fuera del ámbito de salud, la posibilidad de conceptualizar criterios de sustentabilidad adecuados para las características de estas empresas y balancear adecuadamente los componentes económicos son los desafíos que se nos presentan para este año ■

La inclusión de la perspectiva de los usuarios en los servicios de Salud Mental

Sara Ardila

*Psicóloga (Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá). Magister en Psicología Social Comunitaria (Universidad de Buenos Aires)
Doctorada en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Becaria CONICET (2011-2013)
E-mail: saraardi@gmail.com*

Introducción

Actualmente la evaluación de los servicios de salud mental es vista como fundamental, no sólo para el desarrollo de éstos, sino incluso para su “supervivencia”. Desde la primera vertiente, la evaluación hace parte del proceso de gestión, siendo su función la de adjudicar un valor o emitir un juicio sobre lo realizado con respecto a lo planificado. Contribuye de este modo a la mayor racionalidad en la toma de decisiones, a la transparencia y a la democratización de los programas y servicios (30), así como a determinar si la atención brindada ayuda a la mejoría de las personas

a quienes se dirige, de acuerdo a los objetivos planteados (22).

Desde la segunda vertiente, en un contexto sanitario en el cual se han incrementado los costos de la atención en salud así como las necesidades y demandas de la población, resulta necesario tomar decisiones respecto de la asignación de recursos. Si se desconoce el modo en el cual funciona la atención en salud mental y cuáles son sus procedimientos y resultados, se torna difícil, desde una perspectiva de salud pública, destinar recursos a esta área (8, 26). A su vez, en

Resumen

Progresivamente ha ganado reconocimiento la importancia de incluir a los usuarios y su perspectiva en la evaluación de servicios de salud, y específicamente de salud mental. El presente trabajo desarrolla algunas ideas referidas al lugar de éstos en el proceso de mejoramiento de los servicios provistos -desde su inclusión en calidad de consumidores hasta su lugar de ciudadanos en pleno ejercicio de derechos-, el modo en que perciben a los servicios de salud mental y la atención que allí reciben, así como algunas discusiones acerca de las posibilidades y dificultades para considerar dicha perspectiva.

Palabras clave: Evaluación - Usuarios - Servicios - Salud Mental.

USERS' PERSPECTIVE INCLUSION IN MENTAL HEALTH SERVICES EVALUATION

Summary

It has been progressively recognized the importance of including users and their perspective in the evaluation of health and mental health services. This paper develops some ideas related to the involvement of users in the service improvement process -from their participation as consumers up to their citizens' place in full exercise of rights-; and the way in which they perceive received services and attention, as well as some discussions about the possibilities and difficulties for taking into account that perspective.

Key words: Evaluation - Users - Services - Mental Health.

medio del proceso de transformación de la atención psiquiátrica, la evaluación es una herramienta esencial para respaldar con argumentos sólidos las discusiones y comparaciones entre distintos modelos de atención y distintos tipos de tratamiento (3).

Los desarrollos de las últimas décadas en materia de evaluación de servicios plantean la necesidad del involucramiento de todos los actores, para así ampliar su margen de utilidad, pertinencia e incluso viabilidad de la puesta en marcha de las propuestas derivadas de las evaluaciones. Es claro que los diversos actores de los servicios tienen necesidades e intereses diferentes, y de allí la importancia de considerar esta pluralidad.

Desde hace varias décadas, la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud comenzó a ser reconocida como central para la evaluación de éstos. Entre los beneficios de su inclusión se han señalado aspectos como la mejoría en los resultados de la atención y el incremento en la accesibilidad y efectividad de los servicios (20).

En el caso de los servicios de salud mental, y ligado a los procesos de transformación de la atención psiquiátrica y del desarrollo del modelo de atención comunitaria, se empezó a considerar la necesidad de la participación de los usuarios en los procesos de gestión y atención provista y, dentro de ellos, en la evaluación de los mismos (46). Esta inclusión da a los usuarios un rol activo, el cual es esencial en su proceso de recuperación, e implica a su vez un ejercicio de ciudadanía, que es desde ciertas perspectivas hacia donde debe orientarse la "rehabilitación" (20, 39).

Sin embargo, y a pesar de existir cierto consenso a nivel de declaración de principios respecto a la importancia de dicha inclusión y participación, su efectivización ha tendido a ser más reducida (10). Múltiples obstáculos, que habremos de revisar a continuación, han limitado la transformación de esta declaración de principios en práctica real y efectiva, sumándose a los ya existentes para evaluar tanto procesos como resultados en el ámbito de los servicios de salud mental.

Panorama general: la evaluación de servicios de Salud Mental y la perspectiva de los usuarios

La evaluación de servicios de salud mental, así como la inclusión de los usuarios en la misma, está necesariamente ligada al desarrollo de la evaluación de servicios de salud en general (1). Pese a que el interés por evaluar la atención sanitaria surge en el siglo XIX, su desarrollo formal se produce en el contexto del despliegue de los sistemas nacionales de salud tras la segunda guerra mundial, y las tendencias en evaluación han estado ligadas a los cambios en la organización y funcionamiento de dichos sistemas de salud, enmarcadas en las transformaciones de los Estados que se han producido desde entonces. En este escenario, la inclusión de los usuarios en la evaluación de la atención se ha hecho presente de diversas maneras de acuerdo a la lógica imperante en cada momento sobre los sistemas y servicios de salud.

Al respecto se ha planteado que existen dos lógicas sobre la atención en salud. Por un lado, la salud vista

como un derecho social y por el otro la salud vista como mercancía (27). Podría agregarse una tercera, que sería la de la salud como un "favor", ligada a la caridad y beneficencia (2, 15, 18). En todo caso, la cuestión a destacar reside en que la participación de los usuarios en la evaluación se fundamentará y responderá a aspectos distintos de acuerdo a cada una de estas lógicas así como al rol asignado a las personas dentro de éstas.

Desde la lógica del "favor", definida por algunos como filantropía (16) y consistente en que la asistencia brindada no se reconoce como producto de un derecho (44), la inclusión en la evaluación será infrecuente, o de darse, tomará la forma de "sondeos de opinión" en donde los usuarios simplemente proveerán información acerca de la atención que reciben pasivamente y ante la cual nada pueden hacer. Desde la lógica de la salud como mercancía, al ser los usuarios quienes eligen los servicios en los cuales atenderse de acuerdo a su capacidad de pago, resulta fundamental la consideración de sus intereses a fin de poder adecuar la oferta de los servicios a sus demandas (5).

Finalmente, desde la lógica de la salud como derecho, los usuarios son vistos como interlocutores indispensables para poder orientar los servicios al cumplimiento de sus necesidades. Aquí los servicios deberán dar cuenta de su pertinencia ante la ciudadanía, pero a su vez tal pertinencia sólo será posible de evaluarse si se conocen e integran las percepciones y necesidades de los usuarios a los objetivos de los servicios. (17, 34).

A pesar de tales diferencias de enfoque, algo que comenzó a ser un aspecto compartido fue la visión de que los servicios y las prestaciones en salud estaban compuestas por diversos actores (profesionales, financiadores, usuarios, familiares, etc.) y que todos ellos tenían percepciones diferenciales y también necesidades e intereses distintos respecto a éstos. De allí que fuese necesario tener en cuenta esta pluralidad de visiones. En términos conceptuales, con fundamentos en la teoría constructivista, esto se ha denominado como evaluación de "cuarta generación". Desde esta posición, si se quiere que una evaluación sirva para producir cambios y mejorías en la atención, resulta indispensable considerar la perspectiva de todos los actores involucrados en la misma (21).

De este modo, la forma en la cual se ha llevado a cabo la inclusión de los usuarios en la evaluación de los servicios ha ido variando, tanto teórica como metodológicamente. Ha ido desde las encuestas de satisfacción hasta la definición de objetivos e indicadores de resultado de la atención por parte de los mismos usuarios. A su vez se ha planteado que la retroalimentación de los servicios por parte de los usuarios puede darse en un margen amplio de acciones, más o menos directas y más o menos evaluativas, incluyendo, entre otras, hacer un comentario puntual al profesional tratante sobre su accionar, dejar comentarios en los buzones dispuestos para tal fin en los servicios, mecanismos de quejas y reclamos, grupos focales sobre el funcionamiento de los servicios, hacer parte de investigaciones evaluativas sobre los servicios, y votar por determinados planes y programas de atención en salud (40).

Dentro de esta gama de opciones, las encuestas de satisfacción ocupan un lugar privilegiado, pues han sido uno de los métodos más utilizados para indagar las percepciones de los usuarios sobre los servicios. Su aparición en la literatura científica se da en la década de los 60s en el contexto norteamericano, posiblemente ligado a los desarrollos de evaluación de la calidad que buscaban asemejar a los servicios de salud y su evaluación a los parámetros utilizados para determinar la calidad en la producción industrial. Así, la idea de evaluar la satisfacción de la atención en salud hace parte del movimiento del *consumerism* (36), el cual a grandes rasgos pone el eje de la organización de los servicios en los “consumidores”, llegándose a señalar, por ejemplo, que el dilema real no radica en que los servicios sean públicos o privados, sino en quién tenga la soberanía, si los proveedores, los aseguradores o los consumidores (29).

A pesar del lugar que han tenido las encuestas de satisfacción, al poner de presente la importancia de conocer la percepción de los usuarios sobre la atención, han recibido también diversas críticas. Para empezar, se ha planteado que el concepto mismo de “satisfacción” de los pacientes carece de fundamentos teóricos, señalándose, por ejemplo, la necesidad de relacionarlo con el de “expectativas”, no en el sentido de que se cumplan las mismas para poder hablar de satisfacción, sino de que la experiencia sea mejor que las expectativas que se tenían frente a la atención (47).

Así mismo, se ha señalado la incongruencia que suele existir entre los resultados de las encuestas de satisfacción y los datos obtenidos mediante otros métodos, por ejemplo, la observación directa de la atención en los servicios (24). Finalmente, se ha planteado que la construcción de los ítems que se incluyen en las encuestas de satisfacción suelen enfocarse en la medición de aspectos que son de interés para el personal de salud, dejando de lado aquellos que suelen ser más importantes para los usuarios (9, 12). Por ejemplo, se ha destacado que, por sobre los aspectos técnicos, son mucho más importantes para los usuarios elementos de la atención tales como la relación personal con el profesional tratante, que éste muestre tener “esperanza” respecto a sus posibilidades de recuperación, y la “confianza” que éste le pueda generar (12, 28).

Es así como se han ido ampliado las formas de inclusión de la perspectiva de los usuarios en la evaluación, desde ser quienes responden a las encuestas que se hacen en los servicios, hasta ser quienes definen los indicadores mismos de evaluación mediante metodologías tales como grupos focales, entrevistas, o la elaboración de mapas conceptuales; o incluso, su participación como integrantes de los equipos de evaluación de los servicios (12). Se ha señalado en este sentido que la complejidad de la visión de los usuarios acerca de los procesos de atención no puede reducirse a la utilización exclusiva de métodos estandarizados de obtención de información cuantificable (14) y en consecuencia se han ido ampliado los estudios de corte más cualitativo que buscan profundizar en la comprensión de la perspectiva de los usuarios sobre los servicios. De este modo, se ha planteado que la

“inclusión” o “participación” tiene diversos niveles, en una gama que va desde la manipulación hasta el control ciudadano, de acuerdo al clásico modelo de la “escalera de la participación” de Arnstein (23).

En lo que respecta a la evaluación específica de servicios de salud mental, sus desarrollos han estado ligados a los procesos de reforma de la atención en este campo, ya que ha sido necesario evidenciar las diferencias existentes entre la atención de carácter comunitario y la atención psiquiátrica tradicional. Desde los inicios de la década del 70, con el fin de probar una serie de supuestos sobre las propuestas innovadoras de atención, pueden encontrarse varios esfuerzos en esta línea. Por ejemplo, hubo intentos de probar que éstas eran más “humanas”, más terapéuticas, y más costo-efectivas que la atención psiquiátrica tradicional (4). Así, la evaluación en el terreno de la atención en salud mental busca construir argumentos que impulsen y consoliden la reforma, tanto en lo que se refiere a los aspectos referidos a la dignidad de la atención, como en aquellos relacionados con la distribución de recursos entre programas e intervenciones (25, 26).

De modo análogo, en las últimas décadas, los servicios de salud mental han sido particularmente vulnerables frente a las reformas de los sistemas de salud debido, entre otras cosas, a la escasez de evaluaciones y de posibilidades de dar cuenta de su accionar y resultados. Por todo lo anteriormente señalado, resulta claro que la evaluación de los servicios constituye una herramienta estratégica de la transformación de la atención en salud mental.

Respecto a la inclusión de la perspectiva de los usuarios en la evaluación de servicios de salud mental, ésta se fundamenta en dos corrientes teóricas. Por un lado, en la *fenomenología*, y por el otro, en la *teoría crítica*. Desde la primera, se produce un cuestionamiento a la objetivación de los problemas de salud, poniéndose el foco de interés en el significado subjetivo de la experiencia de estar enfermo y/o de ser atendido en un servicio. Desde la segunda, el acento se pone en las relaciones de poder que se producen en la atención así como en la necesidad de reducirlas, considerando la importancia de dar cabida y voz a los usuarios de los servicios que, para el caso de la atención en salud mental, han sido particular e históricamente objeto de abuso y dominación (10).

Es así como la inclusión de la perspectiva de los usuarios en la evaluación de los servicios de salud mental constituye de manera simultánea una cuestión ética y técnica. Las declaraciones de principios sobre los derechos de las personas con trastorno mental producidas en las últimas décadas a nivel internacional, señalan que la participación de los usuarios en su propio tratamiento es un derecho y, a la vez, un criterio de calidad de la atención. Y ésta los concierne desde la planificación y evaluación de los servicios, hasta la toma de decisiones sobre su propio tratamiento (41, 48, 49, 50).

Por otro lado, la mayoría de indicadores de resultado de la atención en salud mental implican la consideración, por lo menos, de la “opinión” de los usuarios, lo cual dicho en otros términos significa que buena parte de los

indicadores de resultado de la atención en salud mental -por ejemplo, mejoría de la calidad de vida, reducción de la discapacidad, o respuesta frente a las necesidades (36, 42, 45)- son accesibles mediante el reporte hecho por los mismos usuarios. Algo similar ocurre con los indicadores de proceso.

A su vez, desde los planteamientos de la planificación estratégica podría agregarse a las dimensiones ética y técnica, la política, la cual se fundamenta en la consideración de la lógica de actores y sus intereses diversos (35, 43). Es de señalar en este sentido que la inclusión de la perspectiva de los usuarios ha sido posible a partir de su organización como colectivo, produciéndose a partir de ello su reconocimiento como un actor dentro del campo de la salud y la salud mental con capacidad de posicionar temas en la agenda de los servicios y de la atención (13).

Aspectos problemáticos de la inclusión de los usuarios en la evaluación de servicios de Salud Mental

Se ha señalado que la atención en salud mental, y en consecuencia su evaluación, presenta algunas dificultades. Entre ellas está el que dicha atención se encuentra en un proceso de cambio de estructura, hacia el desarrollo de servicios más heterogéneos y diversificados, lo cual implica una diversidad de equipos y profesionales necesarios para realizarla. A su vez, la atención de las personas con trastorno mental, derivada de sus necesidades, no es posible de realizarse en un sólo ámbito y nivel del sistema sanitario. Se destacan también los problemas del diagnóstico en psiquiatría, lo cual dificulta la evaluación de resultados; así como la gran incidencia de los factores "externos" en el curso de una enfermedad mental (1). Otro dificultad está dada por el hecho de que los objetivos de los servicios de salud mental suelen estar escasamente explicitados, y si lo son, resultan difícilmente operacionalizables (42). Por último, está la "carga doctrinal" de la atención psiquiátrica y de sus propuestas de reforma, lo cual ha dificultado que se adelante un análisis riguroso de sus defectos (38).

La inclusión de los usuarios en la evaluación de los servicios podría contribuir a sortear algunas de tales dificultades. Por ejemplo y como ya se señalara, son ellos quienes pueden dar cuenta de los resultados de la atención, y quienes pueden incluso definir qué es un "buen resultado" en salud mental (36, 45). Por otro lado, al ser quienes reciben la atención, son a su vez los llamados a establecer qué tan coordinada y continua está siendo la atención que reciben entre los diversos profesionales, equipos, niveles e instancias de la atención.

No obstante, y pese al reconocimiento progresivo que se atribuye a la participación de los usuarios en la evaluación de los servicios de salud mental, su puesta en práctica ha tendido a ser considerablemente más reducida. Esto se debe a varias razones, siendo una de las principales la vigencia de prejuicios respecto a la capacidad de las personas con trastorno mental para poder evaluar, opinar o dar cuenta de la atención que reciben, más si se

trata de evaluaciones "negativas". Es así como los problemas y dificultades en la atención suelen adjudicarse a características propias de las personas que son atendidas, más que a características del servicio (14, 31).

Ligado a lo anterior está el hecho de que la atención en salud mental sigue desarrollándose en muchos lugares, en contextos de gran asimetría de poder entre aquellos que reciben la atención y aquellos que la ofrecen, razón por la cual resulta difícil para los usuarios poder decir lo que "realmente" piensan acerca de los servicios, sin temer a las consecuencias de explicitar sus percepciones. En este sentido, se ha observado que las respuestas de los usuarios respecto a la atención recibida varían considerablemente de acuerdo a quién sea el que les pregunte, por ejemplo, si es el mismo prestador de la atención, otro profesional, o un usuario (14).

Otra dificultad se deriva de la discusión acerca de lo que significa la inclusión de la perspectiva de los usuarios que, como ya se mencionó, puede contemplar prácticas muy diversas que permiten acceder y evidenciar en grados distintos su visión. Es claro que si las preguntas son reducidas y construidas desde la óptica de los prestadores de la atención, los resultados necesariamente caerán dentro de las categorías posibles de respuesta para dichas preguntas, por lo cual, esta "inclusión" de la perspectiva de los usuarios conduciría a una percepción del servicio que podría estar alejada de aquello que para los usuarios sería lo importante de la atención.

Está también el hecho de que la inclusión de su perspectiva resulta de más difícil aceptación entre el personal de los servicios si se trata de medir variables "duras" que variables "blandas" de la atención. Es decir, se puede reconocer su valor para medir cuestiones tales como la calidad de vida, la satisfacción o las necesidades, pero se considera reducido su valor entre los profesionales para medir aspectos como la severidad de los síntomas clínicos (37).

Finalmente, y retomando la idea de que la inclusión y participación ha sido posible gracias a la agrupación de los usuarios, esta construcción como colectivo presenta a su vez dificultades, en el sentido de que implica asumir una identidad grupal en torno a la enfermedad, identidad contra la que paradójicamente se resiste desde tales agrupaciones (13). Se entra así en lo que Bauman (7) plantea como problemático de las "comunidades" conformadas en torno a la defensa de algún derecho particular, y es que en pos de la lucha y búsqueda del reconocimiento de la igualdad con otros, se queda atrapado y encerrado en la diferencia.

Algunas ideas y percepciones de los usuarios acerca de los servicios de Salud Mental

Al incluir la perspectiva de los usuarios en la evaluación de los servicios de salud mental, surgen algunos elementos que resultan de interés acerca de lo que se podría denominar como "la vida real de los servicios", es decir, aquellos aspectos que por su complejidad muchas veces quedan excluidos de las evaluaciones en aras de la pretensión de objetividad (39).

Algunos de ellos se refieren al hecho de que los usuarios de los servicios de salud mental consideran que éstos son mucho más adecuados proporcionando ayuda en el trato hacia ellos como “pacientes”, es decir, en los aspectos relacionados con su enfermedad, que en comprender sus preocupaciones y problemas como personas que no desean ser definidas por sus historias psiquiátricas (33).

A su vez señalan como importante el considerar en la evaluación, no sólo su involucramiento con los servicios, sino también la distancia que pueden tomar respecto de éstos, como una señal posible de mejoría. Esto es, considerar de manera más compleja la distancia y cercanía con los servicios. En este sentido, los usuarios consideran importante incluir en la evaluación de los servicios la revisión tanto de los aspectos positivos de la atención, como aquellos que podrían resultar discapacitantes o iatrogénicos, y considerar como principio que el hecho de tener una enfermedad crónica no significa ser crónicamente un paciente (33).

Por otro lado, se ha encontrado que al evaluar la calidad de los servicios de salud mental, los usuarios basan su juicio en aspectos como el nivel de coerción percibida del servicio; en la disponibilidad de elección entre recursos, tratamiento y proveedores; en la accesibilidad a la información relevante sobre su plan de atención; en el hecho de sentir que son tratados como “personas” - que el personal de atención los escucha, respeta y los toma en serio-; en sentir confianza hacia la persona que lo esté tratando; al ser tratados de acuerdo a sus necesidades y capacidades singulares; así como percibir que los profesionales tienen “esperanza” acerca de sus posibilidades de mejoría (9, 11, 12).

Con respecto a lo anterior, cabe recordar que el acceso a la información constituye un derecho consagrado en los *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental* (32). Pese a su importancia y a la necesidad de extender la práctica del ejercicio efectivo de este derecho, se ha planteado también la necesidad de considerar las “preferencias de autonomía” de los usuarios, en el caso por caso. Lo que se ha encontrado es que las personas varían en sus preferencias de autonomía de acuerdo a dos dimensiones: la primera referida al “control” en la toma de decisiones sobre el tratamiento, y la segunda relacionada con el “contenido”, es decir, con el acceso a la información. Pese a que durante un tiempo se estimó que siempre se debía involucrar a los usuarios en ambas dimensiones, se ha encontrado que la evaluación de los usuarios acerca de la atención se relaciona con el hecho de que el profesional tratante tenga la capacidad de particularizar su estilo de tratamiento a partir del reconocimiento de las preferencias de cada usuario (28).

Ahora bien, lo señalado por los usuarios acerca de la importancia de ser tratados como “personas” y no sólo como “pacientes”, se relaciona con el hecho de que la identidad de “paciente” tiende a extenderse y a apropiarse de la totalidad de la identidad y existencia de quienes padecen de una enfermedad mental y a que, en consecuencia, sus relaciones con otros están siempre enmarcadas por el “ser” pacientes. Así, un cambio real

de la atención en salud mental daría cuenta del proceso inverso del cual hablase Goffman (19) cuando describía la “carrera” por la cual una persona se convertía en paciente psiquiátrico. Se trataría entonces de volver a ser “persona” y es a ello a lo que apuntan los usuarios en sus evaluaciones de los servicios.

Finalmente, podría señalarse con relación a la importancia que los usuarios atribuyen al modo en el cual son percibidos por los profesionales responsables de su atención, que un aspecto a evaluar sería lo que podría denominarse como la “cronicidad de los profesionales”; esto es, la pérdida progresiva de su capacidad de esperar y, en consecuencia, alentar y acompañar la recuperación de las personas a quienes atienden.

Conclusiones

Se ha destacado que existen diversas razones por las cuales resulta necesario incluir a los pacientes y su perspectiva en la evaluación de los servicios de salud mental. Ésta aporta elementos valiosos a la comprensión de los servicios, su funcionamiento y su utilidad, y a su vez constituye un modo diferente de considerar a los usuarios y a su rol dentro de la atención.

Sin embargo, la inclusión efectiva de los usuarios y su perspectiva sólo es posible si se considera que tienen algo válido e importante que decir sobre la atención, y a su vez, si se está dispuesto a escuchar, dar valor y a hacer algo con la información que de ellos se obtenga.

La evaluación es vista no sólo como una forma de retroalimentar y mejorar el funcionamiento de los servicios, sino también como una instancia de intercambio y comunicación entre los diversos involucrados en los mismos (21). Esto significa que incluir a los usuarios es también hacerlos conocedores de las perspectivas de otros actores de los servicios, que dicho en otros términos significa no sólo hablar *de* los usuarios, sino también hablar *con* los usuarios. A su vez, es importante tener presente que los usuarios no constituyen un grupo homogéneo, y que de hecho uno de sus señalamientos sobre los servicios está del lado de ser reconocidos desde sus características singulares.

Asimismo, se ha planteado la necesidad de evidenciar y poder dar cuenta de la “vida real de los servicios” en las evaluaciones. Se ha sugerido que posiblemente las acciones en torno al tratamiento (el contexto dentro del cual ocurre el tratamiento, las motivaciones y expectativas que se ofrecen, las formas materiales y efectivas que constituyen la ayuda, entre otras) pueden tener una mayor incidencia en la recuperación de los usuarios que el “tratamiento” en sí (39). Sin duda, cuando los usuarios hablan de lo que resulta importante para ellos en la atención, dan cuenta de estos aspectos, y en consecuencia parecería ser un contrasentido continuar hablando solamente entre “técnicos” para intentar adecuar los servicios a las necesidades e intereses de los usuarios (6).

A su vez, la inclusión en la evaluación ha de ser una verdadera opción para los usuarios: esto significa que puedan tener libertad de querer o no querer participar en

ella, pero también significa que ésta ha de ser una práctica que devenga en pauta habitual de funcionamiento de los servicios, y no en "excepción", que es a lo que suelen quedar reducidas en muchos casos las prácticas de transformación de la atención en salud mental.

Finalmente, cabe destacar que además de los efectos para la organización y funcionamiento de los servicios que puede tener la inclusión de los usuarios en la evalua-

ción, es decir, viendo la cuestión desde una perspectiva de salud pública, se deben remarcar sus fundamentos tanto clínicos como éticos. En la inclusión, y a partir de la inclusión, se produce un verdadero acto de reconocimiento que puede operar como factor clínico decisivo para su recuperación. Al mismo tiempo, mediante ella se materializa un acto ético de reconocimiento y ejercicio de derechos ciudadanos ■

Referencias bibliográficas

1. Aparicio V. Evaluación de los servicios de salud. Conceptos y componentes. En: Aparicio, V (ed.). Evaluación de servicios de salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1993. p. 15-50.
2. 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.
3. Ardila S, Stolkner A. ¿Cómo, quién, por qué y para qué evaluar programas y servicios de salud mental? Preguntas y Reflexiones desde la Planeación Estratégica. Trabajo presentado en el XXVI Congreso Argentino de Psiquiatría, Mar del Plata, 21 al 24 de abril de 2010.
4. Bachrach LL. Desinstitutionalisation: promises, problems and prospects. En: Knudsen HCh. & Thornicroft G. (eds.) Mental Health Service Evaluation. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 3-18.
5. Balogh R, Simpson A, Bond S. Involving clients in clinical audits of mental health services. *Int J Qual Health Care* 1995; 7 (4): 343-353.
6. Basaglia F. ¿Psiquiatría o ideología de la locura? En: Basaglia F, Langer M, Caruso I, Szasz T, Verón E, Suárez A, Barrientos G. Razón, Locura y Sociedad. México: Ed. Siglo XXI; 1979. p. 35-49.
7. Bauman Z. Comunidad: En busca de seguridad en un mundo hostil. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, 2001.
8. Bertolote JM. A framework for quality assurance in mental health care. En: World Health Organization. Quality assurance in mental health care. Volume 2. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization, 1997. p. 87-99.
9. Bjorkman T, Svensson B, Berglund I. What is Important in Psychiatric Outpatient Care? Quality of Care from the Patient's Perspective. *Int J Qual Health Can* 1995; 7 (4): 355-362.
10. Borg M, Karlsson B, Kim HS. User involvement in community mental health services. Principles and practices. *J Psychiatric Mental Health Nurs* 2009; 16: 285-292.
11. Bramesfeld A, Klippel U, Seidel G, Schwartz F, Dierks ML. How do patients expect the mental health service system to act? Testing the WHO responsiveness concept for its appropriateness in mental health care. *Soc Sci Med* 2007; 65 (5): 880-889.
12. Campbell J. How consumers/survivors are evaluating the quality of psychiatric care. *Evaluation Review* 1997; 21: 357-363.
13. Ceriani L, Obiols J, Stolkner A. Potencialidades y obstáculos en la construcción de un nuevo actor social: las asociaciones de usuarios. En: Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII

- Jornadas de Investigación. VI Encuentro de Investigadores del Mercosur. Tomo IV. Buenos Aires, Noviembre 22-24 de 2010. p. 71-73.
14. Crawford MJ, Kessel AS. Not Listening To Patients - the Use and Misuse of Patient Satisfaction Studies. *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45 (1): 1-6.
 15. De Currea-Lugo V. La Salud: De la Caridad al Negocio sin Pasar por el Derecho. En: De Currea-Lugo V, Hernández M, Paredes N, Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos. La Salud Está Grave: Una Visión desde los Derechos Humanos. Bogotá: Ed. Ántropos; 2000. p. 189-308.
 16. Donzelot J. La policía de las familias. 2ª ed. Valencia, Ed. Pre-textos, 1998.
 17. Edwards C, Staniszewska S. Accessing the user's perspective. *Health Soc Care Comm* 2000; 8 (6): 417-424.
 18. García Canclini N. Culturas híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad. México D.F., Ed. Grijalbo, 1989.
 19. Goffman E. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1961.
 20. Gordon S. The role of the consumer in the leadership and management of mental health services. *Australasian Psychiatry* 2005; 13 (4): 362-365.
 21. Guba GE, Lincoln YS. Fourth Generation Evaluation. Newbury Park, SAGE Publications, 1989.
 22. Häfner H, an der Heiden, W. Background and goals of evaluative research in community psychiatry. En: Knudsen HCh. & Thornicroft G. (eds.) Mental Health Service Evaluation. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 19-36.
 23. Hostick T. Developing user involvement in mental health services. *J Psych Mental Health Nurs* 1998; 5: 439-444.
 24. Iriart C, Nervi L. Modelo Médico y Técnicas de Investigación Social: la encuesta de satisfacción de los usuarios en la evaluación de servicios de salud. *Cuadernos Médico Sociales* 1990; 52: 27-35.
 25. Knapp M & Beecham J. Programme-level and system-level health economics. En: Knudsen, H.Ch. & Thornicroft, G. (eds). Mental Health Service Evaluation. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 341-364.
 26. Knudsen HCh. & Thornicroft G. "Preface". En: Knudsen HCh. & Thornicroft G. (eds.). Mental Health Service Evaluation. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. XV-XX.
 27. Laurell AC. La salud: de derecho social a mercancía. En: Laurell AC (coord.). Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. México, Fundación Friedrich Ebert/Universidad Autónoma de México-Xochimilco, 1994. p. 9-31.
 28. Lee YY & Lin JL. Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes. *Soc Sci Medicine* 2010; 71: 1811-1818.
 29. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. *Documento de Trabajo 353, Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997.
 30. Nirenberg O, Brawerman J, Ruiz V. Evaluar para la transformación: Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales. Buenos Aires, Ed. Paidós, 2000.
 31. Noble LM, Douglas BC, Newman SP. What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Soc Sci Med* 2001; 52: 987-998.
 32. Organización de Naciones Unidas. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991.
 33. Richards HL, Barham P. The consumer contribution to qualitative evaluation in mental health care. WHO, Division of Mental Health, *Innovative Approaches in Service Evaluation*. Geneva: WHO, Division of Mental Health; 1993. p. 7-34.
 34. Rodríguez del Barrio L, Corin E, Poirel ML, Drolet M. Evaluación cualitativa de los servicios de salud mental a partir de las perspectivas de los usuarios. En: Bosi MLM, Mercado FJ (org.). Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud. Buenos Aires: Lugar Ed; 2007. p. 327-363.
 35. Rovere M. Planificación Estratégica en Salud: Acompañando la Democratización de un Sector en Crisis. *Cuadernos Médico Sociales* 1999; 75: 31-63.
 36. Ruggeri M. Measuring satisfaction with psychiatric services: towards a multi-dimensional, multi-axial assessment of outcome. En: Tansella M, Thornicroft G (eds.). Mental Health Outcome Measures. 2ª ed. London: Gaskell; 2001. p. 34-47.
 37. Ruggeri M, Tansella M. Individual patient outcome. En: Knudsen HCh, Thornicroft G (eds.). Mental Health Service Evaluation. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 281-295.
 38. Salvador-Carulla L, Romero C, Rodríguez-Blázquez C, Atienza C, Velázquez R. (1998). ¿Se puede plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia? La reforma psiquiátrica desde una perspectiva Internacional. *Revista Electrónica de Psiquiatría*; 1998; 2 (3). Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/artic_4.htm
 39. Saraceno B. La liberación de los pacientes psiquiátricos: De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. México, Ed. Pax, 1995.
 40. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45 (12): 1829-1843.
 41. Solitario R, Garbus P. (2010) Sobre la categoría de sujetos de derecho en pacientes de salud mental. El consentimiento informado y el acceso a la información. En: Trimboli A, Fantin JC, Raggi S, Fridman P, Grande E, Bertran G (comps.). Trauma, Historia y Subjetividad". Buenos Aires: Ed. AASM. Serie Conexiones; 2010. p. 430-432.
 42. Speer DC. Mental Health Outcome Evaluation. San Diego, Academic Press, 1998.
 43. Stolkiner A, Ardila S. Metodologías de Evaluación No Tecnocráticas. Trabajo presentado en el XI Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva. Bogotá, 15 al 19 de noviembre de 2009.
 44. Stolkiner A, Garbus P. Ética y Prácticas en Salud Mental. En: Fridman P, Fantin JC (comps.). Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis. Buenos Aires: Ed. Polemos; 2009. p. 171-186.
 45. Thornicroft G, Tansella M. The Mental Health Matrix: A manual to improve services. Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
 46. Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005; 14 (1): 1-3.
 47. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* 1998; 47 (9): 1351-1359.
 48. World Health Organization, Division of mental health and prevention of substance abuse. Quality assurance in mental health care. Check-lists & glossaries. Volume 1. Geneva, Author, 1994.
 49. World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders. Geneva, Author, 1996.
 50. World Health Organization, Division of mental health and prevention of substance abuse. Quality assurance in mental health care. Check-lists & glossaries. Volume 2. Geneva, Author, 1997.

El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios

Martín Agrest

*Psicólogo Clínico. Coordinador de Docencia e Investigación, Proyecto Suma
E-mail: magrest@proyectosuma.org*

Ivana Druetta

Médica Psiquiatra. Integrante del equipo de Acción Comunitaria y del SUM, Programa de Actividades y Talleres, Proyecto Suma

Introducción

El presente trabajo se propone revisar y conceptualizar, de modo general, el fenómeno de la recuperación de las personas que padecen o han padecido un problema mental severo y, en particular, cuál sería su participación en este proceso. Esto nos llevará a analizar tanto qué es aquello que se entiende por “recuperación” como a qué llamamos “la participación de los usuarios” y cuáles son los fundamentos éticos y clínicos que sustentan su importancia.

Hace 18 años uno de nosotros realizaba su Residencia en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas “T. de Alvear” y decidía hacer su rotación de Atención Primaria de la Salud llevando adelante una investigación con tres compañeros de año (1). El trabajo consistiría en reunirse con las personas que hubieran estado internadas en ese hospital con anterioridad, en un lapso determinado, con algún diagnóstico de psicosis crónica. Buscamos sus direcciones en las historias clínicas y procedimos a

Resumen

El presente trabajo desarrolla el concepto de recuperación y repasa su relación con los aspectos clínicos o de remisión sintomática, así como con las dimensiones experienciales, físicas, funcionales y sociales. Los factores o condiciones internas y externas para la recuperación son revisados poniendo especial énfasis en los problemas del estigma sobre las personas con enfermedad mental como factor externo que dificulta la recuperación. Se argumenta que la perspectiva y participación de los usuarios en este proceso es absolutamente indispensable y se la compara con aquella que tradicionalmente han tenido en los tratamientos farmacológicos y psicológicos. A modo de conclusión se señala que este movimiento de participación de usuarios y el desarrollo de la recuperación como eje central de los servicios de salud mental podrían constituir un punto de inflexión en la asistencia psiquiátrica de las próximas décadas.

Palabras clave: Recuperación - Perspectiva de los usuarios - Participación - Estigma - Rehabilitación.

THE CONCEPT OF RECOVERY: THE IMPORTANCE OF USERS' PERSPECTIVE AND THEIR PARTICIPATION

Summary

The present paper develops the concept of recovery and its relationship with clinical aspects or symptomatic remission, as well as with other dimensions such as the experiential, physical, functional and social ones. Internal and external factors conditioning recovery are reviewed giving special emphasis to stigma, a powerful external factor that deeply affects recovery in mental illness. Users' perspective and participation in this process are considered to be essential and are compared to their place in traditional psychopharmacological and psychotherapeutic treatments. As a conclusion, it is mentioned that users' participation movement and the concept of recovery could be central axes of mental health services and a turning point of a service delivery transformation for the next decades.

Key words: Recovery - Users' perspective - Participation - Stigma - Rehabilitation.

contactarlos. Nuestra ingenua mirada y lo que encontramos ha tenido un efecto duradero para pensar cuál es el destino y cuáles los avatares de las vidas de personas que atraviesan situaciones críticas en su salud mental, al punto de llegar a tener algún tipo de internación. En ese momento decíamos: “El estado en que encontramos a muchos pacientes nos hizo reflexionar sobre cuáles son los determinantes que conducen a las internaciones. Varias personas fueron halladas en condiciones similares a las que observamos cuando llegan a nuestro hospital; esto no parece suficiente para que alguien se interne. (...) Aquello que vemos en la Guardia o en las Salas sólo representa un pequeño segmento de largos procesos que luego continúan fuera de la Institución.” Hoy, creemos que el concepto de recuperación y el comprender cómo vive la gente con lo que le sucede (más que apuntar exclusivamente a que eso *deje de sucederle*) serían aspectos claves para abordar el fenómeno que detectamos oportunamente.

De modo general, hemos podido observar a lo largo del tiempo que hay personas que se recuperan de un episodio que afecta severamente su salud mental en breve lapso y, tras una rápida mejoría sintomática al cabo de algunas semanas, regresan a sus actividades previas o, incluso, a otras nuevas luego de haber “aprendido” algo de cuanto les aconteció. Otras veces, el tiempo para lograr la mejoría es mayor y, tras algunos meses, se suele plantear cómo retomar esas tareas, cómo enfrentar la mirada de otros que pudieran haberse enterado de lo sucedido y cómo superar la sensación de vulnerabilidad a volver a atravesar algo similar. Pero en ocasiones, quedan por fuera de la mirada de aquellos otros, la mejoría no llega nunca del todo y transcurren muchos años de permanecer alejados de toda posibilidad de inclusión. A esta altura, la dificultad no es tanto una cuestión que pueda ser atrapada por la Psicopatología (aquello que forma parte de las tradicionales descripciones psiquiátricas) cuanto los efectos derivados de años de exclusión (9). Es esta marginación la que, tantas veces, finalmente desemboca en nuevas internaciones, con cierta independencia de la severidad de los síntomas. En este caso, se hace imprescindible contar con el concepto de “recuperación” para avanzar en la comprensión de la dinámica de curación, inclusión y exclusión de estas personas. Y será en dicha dinámica que la perspectiva y actividad del usuario de los servicios de salud mental cobrará tan fundamental importancia que intentaremos ponerla de relieve.

¿Qué es la recuperación?

El concepto de recuperación presenta una doble vertiente que hace que incluso su definición sea problemática. En el sentido académico y profesional alude al “proceso en el cual la gente es capaz de vivir, trabajar, aprender y participar de lleno en su comunidad. Para algunos individuos la recuperación es la capacidad de vivir una vida plena y productiva pese a seguir teniendo una discapacidad. Para otros, la recuperación implica la reducción o completa remisión de los síntomas” (23). Pero en el sentido más subjetivo y que mejor captura

la vivencia de los usuarios, la recuperación es una experiencia de cambio personal que nada tiene que ver con la sintomatología y que mantiene una relación de controversia a nivel conceptual respecto de la funcionalidad social (25). Este amplio espectro permite pensar que una persona podría continuar experimentando exacerbaciones en sus síntomas pero aún así haber restaurado de un modo significativo sus tareas y su desempeño en la comunidad y/o haber superado significativamente las barreras de la falta de oportunidades (4) y, en cualquier caso, estaría expresando una “recuperación”. En tal sentido, la cura no es parte indispensable de la recuperación y, en ocasiones, cualquiera de ellas puede suceder con independencia de la otra. Alguien podría curarse sin recuperarse y otra persona podría recuperarse sin haberse curado, y allí radica la potencia de este enfoque que ha cobrado gran envergadura en los últimos años. Por este motivo, Slade y cols. han propuesto hablar de dos tipos distintos de recuperación: una *clínica* (que incluye las dimensiones sintomáticas junto a las de la inclusión) y una *personal* (que no requiere de la mejoría de los síntomas pero que sí involucra cambios a nivel personal en términos de valores, actitudes y roles sociales) (35).

Whitley & Drake (41) revisaron recientemente cómo se usa el concepto de recuperación y plantearon que ésta, en realidad, tendría cinco dimensiones: una clínica y otra existencial (como plantean Slade y cols.) pero también una funcional, otra física y, por último, una social (35). Cada una de estas dimensiones captura un aspecto de lo que generalmente se comprende por recuperación y rara vez, los teóricos del campo, se refieren a todos ellos cuando hablan de este concepto.

Cada uno de estos aspectos involucra una serie de factores que estarían comprendidos, una serie de agentes involucrados y un tipo de resultados que serían mensurables. En la Tabla 1 se reproducen, con modificaciones, los aportes de Whitley y Drake (41) antes mencionados.

Al considerar estas cinco dimensiones se puede comprender que algunos autores asimilen el concepto a la remisión (o aspecto clínico de la recuperación), otros a la funcionalidad, a cuestiones sociales o del cuidado físico, mientras que otros adoptan la perspectiva más propia de los usuarios y que Whitley & Drake (41) conceptualizan como “existencial”. En consecuencia, la recuperación puede ser equiparada a una sola o a algunas de estas dimensiones y distinguida de las restantes (2, 7, 33). Cabe la posibilidad de ver que algunos autores hablan de recuperación sin mejoría clínica o remisión, o sin considerar aspectos físicos, o existenciales. Como contrapartida, otros hablan de cambios existenciales (en los valores, la experiencia de sí mismo, la esperanza, etc.) sin considerar los cambios clínicos o los físicos. La disociación más controvertida es la existente entre la recuperación en su dimensión existencial y la social o de funcionamiento psicosocial.

Por ejemplo, el grupo dedicado al estudio de la remisión en personas con esquizofrenia definió la remisión como “el estado en el cual los pacientes hubieran experimentado una mejoría en los signos y síntomas principales al punto que los síntomas remanentes fueran de tan

Tabla 1. Factores y agentes involucrados en las distintas dimensiones de las que se compone la recuperación en Salud Mental, así como su operacionalización y los conceptos y teorías subyacentes..

Dimensión	Factores comprendidos	Agentes involucrados	Resultados mensurables	Teorías subyacentes
Clínica	Síntomas	Psiquiatras	Rehospitalizaciones	<i>Psiquiatría clínica</i>
	Cuidado médico	Médicos generalistas	Adherencia	<i>Administración de servicios hospitalarios</i>
	Medicación psicotrópica	Enfermeras comunitarias	severidad sintomática	
	Terapias comportamentales y verbales	Gerenciadores de caso		
		Equipos de tratamiento comunitario asertivo		
	Psicólogos clínicos			
Existencial	Religión y espiritualidad	Líderes religiosos y congregaciones	esperanza	<i>Fenomenología</i>
	Autoeficacia y control sobre la propia vida	un poder superior (Dios)	Bienestar emocional	<i>Movimiento de usuarios</i>
	Empoderamiento personal	compañeros	Bienestar espiritual	
		familia y amigos	Sentido de autoeficacia y autonomía	
		Gerenciadores de caso	Sentido de empoderamiento	
		Psicólogos clínicos		
Funcional	Empleo	especialistas en empleo asistido	obtener o mantener un empleo	<i>Psiquiatría social</i>
	Educación	Rehabilitadores vocacionales	iniciar o completar un estudio	<i>Salud mental comunitaria</i>
	Vivienda	Especialistas en vivienda	Obtener una vivienda segura	<i>Ciencias sociales aplicadas (medicina antropológica y sociología de la salud)</i>
		Gerenciadores de caso		
		Trabajadores sociales		
	Maestros y educadores			
Física	Dieta	Nutricionistas	Ingesta calórica	<i>Medicina preventiva y promoción de la salud</i>
	Ejercicio	Entrenadores físicos	Nivel de ejercicio físico	
	Fumar	Consejeros de adicción	Peso y circunferencia abdominal	
	Abuso de sustancias		abuso de sustancia	
Social	Familia	familia y amigos	Sostén social	<i>Psiquiatría social</i>
	Amigos	gerenciadores de caso	Capital social	<i>Salud mental comunitaria</i>
	Compañeros	Trabajadores sociales	Actividad social	<i>Ciencias sociales aplicadas (medicina antropológica y sociología de la salud)</i>
	Comunidad	Líderes comunitarios	Integración en la comunidad	
	Actividad social	Compañeros	Ciudadanía	
		Líderes religiosos	Sentido de pertenencia	

- Traducido (con modificaciones) de Whitley R & Drake R. Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services* 2010; 61: 1248-1250.

baja intensidad que no interfirieran significativamente en su comportamiento y que estuvieran debajo del umbral típicamente utilizado en la justificación inicial del diagnóstico de esquizofrenia". Por otra parte, estos

autores opusieron este concepto al concepto de recuperación, el cual es descripto como "la habilidad para funcionar en la comunidad, social y vocacionalmente, así como estar relativamente libre de psicopatología" (7).

Sin embargo, hay otros estudios en los que el concepto de recuperación incluye algunas de las dimensiones de la remisión sintomática y su distinción se torna más borrosa. Por ejemplo, Torgalsbøen y Rund incluyeron dentro de la recuperación “el que hubiera un diagnóstico confiable de esquizofrenia en el pasado y que no fuese aplicable en el tiempo presente, que no hubiera tenido hospitalizaciones en el curso de los últimos 5 años y un funcionamiento psicosocial en el rango normal” (7).

La recuperación y el cambio clínico pueden, por lo tanto, estar en disyunción o integrados, y este último no suele ser presentado como dimensión única de la recuperación sin considerar o bien el funcionamiento psicosocial o la experiencia personal.

En su dimensión social y funcional ésta suele ser aquello que, desde la perspectiva profesional, se tiene por un proceso de rehabilitación exitoso, aunque acá cabe plantearse si podría no acompañarse de un cambio en los valores y actitudes personales –propios de la recuperación desde la perspectiva del usuario. La posibilidad de disociar la vertiente objetiva y subjetiva, la inserción social y el cambio funcional y la recuperación en su sentido existencial, es cuanto menos un punto de controversia. ¿Es posible señalar que alguien se ha recuperado, por el solo hecho de que afirme que ha cambiado sus valores y actitudes personales respecto de su padecimiento, o que se sienta que ha modificado su posición respecto de la sociedad, sin que se haya insertado en la misma ni mejorado en su funcionamiento psicosocial ni recuperado derechos? ¿Puede haber un verdadero cambio personal sin inclusión social?

En ocasiones observamos que la cura es privilegiada por los profesionales por sobre la recuperación y dejan a ésta para un segundo momento, una vez que han “logrado” aquélla. Pero, aún la cura misma puede (o no) ser considerada desde la perspectiva de la recuperación. No es lo mismo tener como meta última la reducción o eliminación de los síntomas de la enfermedad mental para reducir el malestar que, en cambio, intentar atenuarlos o suprimirlos porque su presencia está siendo un obstáculo insalvable para la recuperación; o intentar dominar las crisis por una cuestión de seguridad personal en vez de hacerlo debido a la forma en que dichas crisis atentan contra las posibilidades de recuperación (4).

La idea de recuperación como guía para el tratamiento o como un proceso que debe tener lugar junto a éste, no se basa en concepción específica alguna acerca del enfermar. No pelea ni con concepciones biológicas ni psicosociales y tampoco requiere la verificación de ninguna de ellas. Independientemente de una u otra posición, el concepto de recuperación se sostiene en la posibilidad de que una persona se incluya socialmente sin importar el grado de compromiso orgánico que la haya llevado a tal situación.

La recuperación incluye el uso de medicación provista y controlada profesionalmente, pero también la consideración de que ésta debe contribuir a la mejor inclusión social y a la posibilidad de llevar el control sobre la propia vida, y no tanto de forma dirigida únicamente a la erradicación de síntomas.

El origen del concepto de recuperación en su forma actual está ligado a los grupos de ayuda mutua para personas que padecen de alcoholismo, a los movimientos de Derechos Civiles que comenzaron a tomar mayor auge a partir de los años '60 y a los modelos que toman como ejemplo la superación de las limitaciones impuestas por dolencias físicas crónicas. Durante la década del '80, cobra importancia a partir de la aparición de una serie de estudios longitudinales que muestran que el pronóstico para muchas personas con padecimientos severos de su salud mental podía no ser tan sombrío y que un alto porcentaje, cercano al 50%, incluso, podía recuperarse (17, 18, 19, 38).

El concepto kraepelineano de evolución de cuadros tales como la esquizofrenia comienza así a cuestionarse, incomodando la inercia profesional que habitualmente lleva a fusionar diagnósticos con pronósticos.

Uno de los problemas con el término de recuperación es lo sencillamente que se confunde con un vocablo habitual de la lengua española. Según el Diccionario de la Real Academia Española, la recuperación deriva de latín *recuperatio*, -onis y designa la “Acción y efecto de recuperar o recuperarse”, el “Examen que se realiza para aprobar la materia no aprobada en otro precedente”. En algunos casos, cuando se quiere utilizar este término en su sentido más propio y específico del campo de la salud mental se agrega el adjetivo “psicosocial”. Por el contrario, en inglés, el término “*recovery*” se encuentra instalado tanto a nivel social general como a nivel de la literatura especializada para referirse a un término específico de salud y no suele acompañarse de adjetivo alguno. Como ejemplo, valga la dificultad para hallar el término “recuperación” en su vertiente psicosocial en la versión española de la wikipedia y la accesibilidad del término “*recovery*” en la versión inglesa. Tal vez por este motivo, la literatura internacional (incluida la italiana) suele hablar de “*recovery*” mucho más que de “recuperación”.

Recuperarse es lo que puede hacer alguien a partir de una enfermedad o de un padecimiento y, por lo tanto, no es algo que pueda ser provisto o producido por otro. Para ello, el campo de la Salud Mental cuenta con un término específico, que a veces se confunde con el de recuperación y que es el de “rehabilitación”. Mientras que lo primero es lo que hace quien padece y, por lo tanto, es un concepto “en primera persona”, el segundo es lo que hacen los profesionales para contribuir con aquélla y, como tal, sería un concepto ligado a la actividad profesional (8, 10).

Es de particular importancia la dificultad de mensurar “el grado de recuperación” en la versión subjetiva que deriva de la perspectiva del usuario, en contraposición con la facilidad y proliferación de medidas para atrapar este fenómeno cuando se emparenta con los conceptos de cura o, aún, de funcionamiento psicosocial.

La perspectiva de los usuarios

La perspectiva de los usuarios parte de dar crédito a la idea de que cada persona tiene algo importante para

decir de sí mismo y de cuanto le acontece, y de hacer mucho respecto a su posibilidad de bienestar. "Nada sobre nosotros, sin nosotros" es el título del libro de David Werner en donde habla del desarrollo de tecnologías innovadoras para, por y con personas discapacitadas, fundamentando un movimiento que ha pasado a formar parte de los estándares de las prácticas recomendadas en salud mental (40). De hecho, es esta misma frase la que encabeza los recuadros del blog de la Asamblea Permanente de los usuari@s y sobrevivientes de Servicios de Salud Mental, con cita regular en la ciudad de Buenos Aires (<http://www.asambleadeusuariosdesaludmental.blogspot.com/>).

En 2001, el departamento de salud inglés elaboró un documento en el que proponía elevar a la categoría de experto al paciente que padeciese alguna enfermedad crónica (11). Poco después, Hilary Pegg (una usuaria de los servicios de salud mental), sugería que los usuarios vendrían a ser los "expertos por experiencia" (27). Más recientemente, Palomer y otros, desarrollaron lo que llamaron el Proyecto "EMILIA", y propusieron potenciar la experiencia de los usuarios retomando la categoría de "expertos" (26).

¿En qué sentido se entiende que alguien es "experto"? En la Wikipedia podemos encontrar que "un *experto* o *perito* es una persona reconocida como una fuente confiable de un tema, técnica o habilidad cuya capacidad para juzgar o decidir en forma correcta, justa o inteligente le confiere autoridad y estatus por sus pares o por el público en una materia específica." (...) "Se cree que un experto puede, gracias a su entrenamiento, educación, profesión, trabajos realizados o *experiencia* (el destacado es nuestro), tener un conocimiento sobre un cierto tema que excede el nivel de conocimiento de una persona común, de manera tal que otros puedan confiar en la opinión del individuo en forma oficial y legal."

Ser experto significa, entonces, "ser una fuente confiable", "considerada con capacidad para juzgar y decidir en forma correcta, justa o inteligente" y, por lo tanto, "con autoridad". En este caso, ésta derivaría de su "experiencia" y le permitiría exceder el nivel de conocimiento de una persona común. El tradicional signo menos con el que se ha tratado a las personas con padecimiento mental se intentaría revertir con esta nueva consideración acerca de su autoridad y confiabilidad. Dicha transformación configura lo que podemos denominar una verdadera "perspectiva ética" de cuanto acontece entre usuarios y profesionales de los servicios de salud mental.

¿De qué forma pueden participar los usuarios en esta nueva concepción? El modo más clásico es a través de los grupos de ayuda mutua y las asociaciones de usuarios, el relato testimonial de experiencias en primera persona, pero también hay trabajos en donde se estudió el aporte que pueden hacer a la formación de profesionales de la salud mental (5), el mejoramiento del sistema de salud a fin de mejorar la experiencia de los usuarios (14), otros que destacan su participación en la evaluación de los servicios que utilizan (29, 36) e inclusive en la provisión misma de los servicios (34).

Caben pocas dudas de que la participación de los usuarios en las decisiones sobre sus tratamientos específicos (ya sean farmacológicos o psicológicos) es poco menos que imprescindible (12). La adherencia a los mismos, la confianza en el espacio de trabajo con el profesional y la posibilidad de alinear los intereses de unos y otros, serían ventajas insoslayables de una colaboración activa entre usuarios y profesionales. Pero a la hora de la recuperación, esta participación se tornaría aún más decisiva. Recuperarse es un proceso de muy larga duración y, dado que está fundamentalmente centrado en la actividad del usuario, no hay forma de prescindir de su participación ni por un instante. Alguien puede recibir una medicación sin mayor convencimiento y, en algunas ocasiones puede suceder que se haga en contra de su voluntad. Cualquier psiquiatra sabe que semejante forma de administrar un psicofármaco tiene pocas posibilidades de funcionar más allá de un plazo muy breve y al cabo del cual o se cuenta con el consentimiento o el paciente abandona la medicación.

Con la psicoterapia es aún más evidente que con la medicación y es casi imposible un tratamiento contra la voluntad del usuario más allá de alguna etapa muy inicial o durante alguna breve etapa "resistencial" una vez que el tratamiento ya está instalado y existe una confianza en y con dicho profesional.

"No existe, no debiera existir, una distinción entre tratamiento y rehabilitación; la separación entre rehabilitación y tratamiento es peligrosa e inútil. Uno de los cambios sociales más importantes en los últimos años es la importancia creciente que los sistemas asistenciales conceden a los usuarios-clientes, tanto en el diseño y toma de decisiones en su plan de tratamiento, como en el diseño de los planes asistenciales generales, guías de práctica clínica, y desarrollo de recursos. (...) "*Nada sobre nosotros sin nosotros*", debe conducir a una mayor dignidad y autonomía para los usuarios objeto de nuestros servicios" (39).

El artículo publicado por Patricia Deegan en 1988 por el *Psychosocial Rehabilitation Journal* es uno de los trabajos pioneros respecto de hacer escuchar la voz de los usuarios acerca de su experiencia en la recuperación (10). Allí, la autora, psicóloga clínica que recibiera un diagnóstico de esquizofrenia en su juventud, relata de modo conmovedor el impacto de la enfermedad en su vida y el camino singular que recorrió de modo que los distintos factores y condiciones de la recuperación quedaran plasmados en su particular experiencia. Comienza diciendo que las personas no se rehabilitan del modo en que un televisor es reparado o puesto a punto, cuestión que muchas veces no logran distinguir los profesionales centrados en curar al paciente y en lograr que se adhiera a tratamientos que no quiere seguir debido a sus elevados efectos adversos. Por el contrario, recuperarse implica un cambio respecto del sentido de sí mismo y del propósito dentro y más allá de la discapacidad, algo que no puede suceder de modo alguno sin la actividad y el compromiso fundamental de esa persona.

Llegado a cierto punto de la mejoría de los síntomas, especialmente en personas con sufrimiento moderado y

severo en su salud mental, puede no producirse aquello que, en definitivo, da mayor sentido a todo el proceso: la mejoría en la calidad de vida y la disminución del nivel de sufrimiento de esa persona. Es en este punto en el que “seguir las indicaciones”, “adherirse al tratamiento” y hasta “ser un buen paciente” tienen algo de obstáculo para que esa persona haga con su vida algo que le dé sentido, que reciba un reconocimiento (material y no material) por lo que aporta a quienes lo rodean y que vean en él a alguien valioso, que despliegue sus potencialidades, recupere esperanzas y pueda sentir la satisfacción de tener mayor control y autodeterminación sobre su vida. En este sentido, aún si no fuese deseable nunca y solo fuese posible a veces, la cura podría ser viable sin mayor compromiso de la persona que sufre. No así su recuperación. Como dice William Anthony (4) y dan testimonio numerosas personas, puede haber recuperación sin profesionales pero no sin la participación comprometida del sujeto (por ejemplo, en las actividades con otros que le permitan alguna forma de inclusión).

El aporte de la conceptualización de la “enfermedad mental”, el beneficio que deriva de pensar lo que le sucede a las personas en términos de “enfermedad mental” no debiera ser menospreciado. Alguien encuentra un tratamiento específico, puede nombrar lo que le sucede, esperar algo sobre su futuro, ser protegido de sí mismo en algunos casos, y en ciertos casos su mejoría sintomática hacerse evidente. Pero también, dicha nominación tiende a la pasividad de la persona que sufre (mientras espera ser curado por quien se supone que sabe de lo que le pasa), desbalancea el poder de su voz en favor del técnico que lo nombra y, si bien implica un grado de reconocimiento por parte de éste, exige un trabajo aun mayor para desplegar la singularidad, la potencialidad y la esperanza de ser reconocido en su diferencia por algún atributo que posibilite su inclusión.

Pensar en la participación del “usuario con sufrimiento mental” en su recuperación, aún si pierde algo de precisión y diluye los aportes de los diagnósticos (psicopatológicos y psiquiátricos), contribuye a pensar en el usuario como persona más que como paciente, alienta su rol activo y protagónico en el destino de su vida en general y de su tratamiento en particular, y constituye un acto clínico y ético a una misma vez (6, 8).

Condiciones internas y externas para la recuperación

Según el modelo de recuperación planteado por Jacobson y Greenley la misma hace referencia a condiciones internas y externas (20). Por las primeras se entiende aquellas actitudes, experiencias y procesos de cambio de las propias personas consideradas a ellas mismas “en recuperación”. Por otro lado, las condiciones externas aluden a aquellas circunstancias, eventos, políticas y prácticas que facilitan la recuperación. Juntas, estas condiciones producen el proceso denominado “recuperación”.

Tradicionalmente se ha puesto el acento en los factores internos, de los que nos ocuparemos en breve,

pero no podemos soslayar la importancia de los factores que hacen al compromiso social con las personas que viven con sufrimiento mental severo.

Condiciones externas

Una sociedad que se guía fundamentalmente por la competencia, a veces feroz, para seleccionar a los más aptos y descartar a los más débiles, que tolera mal las diferencias o sólo valora un tipo de éxito personal, estigmatiza y discrimina a quienes no logran mimetizarse con el resto, que hace poco accesibles los servicios generales de salud o los especializados (y no los piensa en función de este propósito sino como un par dicotómico de “curación sintomática vs. exclusión”), que supone que la recuperación es un problema únicamente de la persona y no algo que la sociedad deba fomentar, hará de esta tarea una misión poco menos que imposible. Como dice Ricardo Guinea Roca, que la “dis-habilidad” pueda venir aparejada de un “handicap” (o limitación) no significa que las sociedades no puedan hacer mucho para que esas personas no sufran tantas limitaciones o queden equiparadas lo más posible con el resto de la sociedad (16).

Dicho de otro modo, y siguiendo el planteo de Benedetto Saraceno, la pregunta es: “¿Cómo lograr que quienes tienen dificultades participen con otros que no las tienen tanto y no resulten derrotados, excluidos o sometidos?” (32)

Pensar la realidad de esta manera implica romper la lógica unidireccional del proceso rehabilitativo, que siempre se entiende como un proceso de readaptación a una realidad a la que nunca se le pide adaptarse a la necesidad de los más débiles (32).

El proceso de rehabilitación puede ser entendido, usando palabras de Tikanori como “un proceso de restitución del poder contractual de los usuarios, con vistas a ampliar su autonomía” (37).

Vemos así que el concepto de autonomía ocupa un lugar estratégico en la clínica de la rehabilitación. Pero, si bien la autonomía puede entenderse como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” (21) no debe confundirse dicho concepto con autosuficiencia o independencia.

De ahí que algunos autores postulen que el eje del trabajo en rehabilitación psicosocial no debería estar en la autonomía, responsable, según esa lectura, de una hiperselección de pacientes para los programas de rehabilitación con el consecuente abandono de aquellos no seleccionados, sino más bien en la participación.

Saraceno dirá que “la rehabilitación no es la sustitución de discapacidades con capacidades, sino un conjunto de estrategias orientadas a aumentar las oportunidades de intercambio de recursos y emociones...” (32).

En la medida en que la persona aumente su poder

de efectuar intercambios, crece proporcionalmente su poder de responsabilidad, pudiendo entenderse esta autonomía como una condición adquirida por el paciente a través de su participación en la rehabilitación (28).

Uno de los conceptos fundamentales en el abordaje de la inclusión social y, por lo tanto de la recuperación de personas con padecimiento psíquico gira en torno a la necesidad de restitución de ciudadanía como identidad integral. "La ciudadanía es el marco ineludible de cualquier discurso de la diversidad" (31).

El principio de igualdad de derechos implica que las necesidades de cada persona tienen igual importancia y que esas necesidades deben constituir la base de la planificación de las sociedades (13).

Son muchos los obstáculos que se interponen en estos procesos de inclusión y de posibilidad de ejercicio de una ciudadanía plena. Entre ellos no podemos soslayar al estigma asociado a la enfermedad mental.

Hay consenso sobre el impacto negativo que juega lo que llamamos estigma en las personas con enfermedades mentales graves.

La Organización Mundial de la Salud, en su reporte de Salud Mundial del año 2001, afirmó que el estigma asociado a la enfermedad mental es uno de los principales condicionamientos sociales que afectan la vida de las personas con padecimiento psíquico, siendo la barrera más importante para lograr la reinserción social (42).

Es a partir de la década del '60, y como consecuencia de los movimientos de atención comunitaria y las alternativas a la reclusión institucional, en que aquellas actitudes sociales negativas que se engloban bajo el término de estigma se convierten en un área de intervención de interés creciente ya que resulta inviable cualquier intento de mejorar la situación de las personas con trastornos graves desde una óptica de recuperación y ciudadanía activa sin abordar esta barrera social.

El estigma es un fenómeno universal, que actúa sobre personas o grupos concretos entre los que se encuentran las personas con enfermedades mentales y los actores relacionados con la enfermedad mental. Es un fenómeno social que se traduce en una actitud negativa y se constituye en el núcleo básico de distintas barreras sociales.

Se han suscitado diferentes definiciones de este proceso, el cual toma la palabra estigma de la antigua Grecia, en donde se hacía alusión a un tatuaje o marca realizada a los esclavos o criminales que permitía a los demás saber quiénes eran.

De la visibilidad absoluta de una marca llegamos a la clásica definición de estigma de Goffman, quien pone en el centro de la conceptualización al atributo. El estigma es ese atributo profundamente desacreditador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo (15).

A lo largo de los años las diferentes definiciones comienzan a incluir la variable del contexto como requisito primordial para la instalación del estigma.

Dirán Stafford y Scott que el estigma es aquella característica de una persona contraria a una norma o unidad social, entendiendo como norma a una creen-

cia compartida dirigida a comportarse de una manera determinada en un momento dado (22).

Y Crocker reforzará la idea del contexto facilitador de estigmatización afirmando que "los individuos estigmatizados poseen (o se cree que poseen) algún atributo o característica que conlleva una identidad social la cual es devaluada en un contexto social particular" (22).

Link y Phelan, en una conceptualización más reciente, definieron el estigma como un proceso en el que convergen 5 componentes:

- Etiquetamiento de las diferencias
- Estereotipación: vinculación de las etiquetas con características indeseables (estereotipos)
- Separación: las personas etiquetadas como un grupo diferente
- Pérdida del status y discriminación efectiva, generando un escenario de desigualdades
- Contingencia del estigma con el poder social, económico y político.

Así, en palabras de los autores, el estigma existe cuando el etiquetamiento, la estereotipación, la separación, la pérdida del status y la discriminación coexisten en una situación de poder que los permite (22).

Las repercusiones del estigma social se dan no sólo sobre el grupo de personas afectadas por una enfermedad mental, sino también sobre el entorno familiar e incluso sobre los propios servicios y los profesionales de la salud mental.

Dichas repercusiones generan consecuencias objetivas, traducidas en contundentes formas de discriminación, que muchas veces se ven reforzadas además por el impacto subjetivo en las personas afectadas, bajo la forma de autoestigma.

Condiciones internas

El consenso de la SAMHSA (30) hace particular hincapié en los aspectos internos y señala en el primer lugar, dentro de los diez componentes fundamentales de la recuperación, a la autodirección (entendida como aquello según lo cual los consumidores dirigen, controlan, eligen y determinan su propio sendero de recuperación, optimizando la autonomía, independencia y control de recursos con el fin de lograr una vida que ellos mismos puedan determinar). El resto de los componentes son: que es algo individualizado y centrado en la persona (lo cual incluye el fortalecimiento u otorgamiento de poderes al consumidor y el basarse en sus necesidades, preferencias, experiencias y antecedentes culturales en todas sus diversas representaciones), el hecho de ser integral (y abarcar todos los aspectos de la persona en la comunidad, entre ellos la vivienda, el empleo, la educación, los tratamientos y servicios de salud mental y cuidado de la salud, los servicios complementarios y naturalísticos, el tratamiento contra adicciones, la espiritualidad, la creatividad, las redes sociales, la participación comunitaria, y los apoyos familiares tal como los determine la persona), su no linealidad (el cambio es continuo pero

no está exento de contratiempos y oportunidades para aprender de las dificultades y, eventualmente, de recaídas), el basamento en las fortalezas y posibilidades (lo cual implica no centrarse en lo que no puede hacer esa persona y seguir la concepción de que cada persona tiene la autoridad de elegir y de participar en todas las decisiones, incluyendo la asignación de recursos, que afectarán su vida), la importancia de los pares y la posibilidad de estar en compañía de los otros, el privilegio del respeto, la responsabilidad y la esperanza.

En un intento de categorizar aquellas condiciones internas claves en el proceso de recuperación, Andresen y otros llevaron adelante una revisión bibliográfica a partir de análisis de los relatos de los propios pacientes sobre sus experiencias de recuperación. Surgieron así 4 componentes claves de dicho proceso, relacionados directamente con las experiencias de cambio a las que hacen alusión las condiciones internas. Dichas condiciones o componentes esenciales son la esperanza (no sólo como disparadora de la recuperación sino como aquello que sostiene el proceso), la redefinición de la identidad, el encontrar un nuevo sentido a la vida y la posibilidad de tomar responsabilidades en el proceso de recuperación (3). Este último aspecto permite abrir la reflexión hacia el concepto de "empowerment".

Es habitual el uso del término "empowerment" para hacer referencia a un factor importante en la recuperación. Este puede ser traducido como fortalecimiento o potenciación, aunque ha pasado a nombrarse como empoderamiento. Maritza Montero se inclina por el fortalecimiento y cuestiona la idea de que sea una fuente del poder que lo presta, regala, ofrece o delega a otro. En cambio, en la psicología social comunitaria este concepto se refiere al logro y la capacidad de reflexión, conciencia y acción de las personas interesadas (24).

El fortalecimiento, desde esta perspectiva se refiere al "proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados) desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr

la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos." (p. 72) (24).

Jacobson y Greenley destacan como componentes fundamentales de la "sanación" a la definición de un ser más allá de su enfermedad (que debemos entender como un proceso continuo de construcción) y el control sobre la propia vida (20).

Conclusiones

Durante largos períodos el campo de la Psiquiatría estuvo dominado por una serie de mitos que guiaron las prácticas profesionales: los pacientes estarán mejor únicamente si siguen nuestras indicaciones (farmacológicas o psicoterapéuticas), aquellos que tienen perturbaciones severas (como la esquizofrenia) inexorablemente tendrán impedida su inclusión social, solo la medicación continua puede asegurar el bienestar de los pacientes. Los estudios longitudinales y aquellos sobre la participación de los usuarios en el proceso de recuperación son dos de las grandes contribuciones que permiten cuestionar estos mitos.

Difícilmente la práctica en salud mental pueda ser igual luego de este movimiento de participación de los usuarios y hasta sería posible que en este campo se estuviese amplificando lo que se observa a nivel de redistribución del poder en el campo de la medicina en general. Conjeturamos que esto podría deberse a que los profesionales de la salud mental podríamos llegar a comprender mejor que otros profesionales de la salud que los usuarios y pacientes pueden no hacer lo que se les indica como tratamiento o que el no seguimiento de esas indicaciones pueda ser lo que finalmente lleva a mejorar la calidad de vida de esas personas.

En qué medida, el hecho de que el concepto de recuperación esté ligado al de la reforma italiana de los años 60 y 70 es un atentado contra la psiquiatría o esta pueda albergarla en su seno es motivo de controversia y un tema central al que deberemos prestar atención en el futuro inmediato ■

Referencias bibliográficas

1. Agrest M, López G, Nemirovsky M, Rosenberg F. Factores asociados a las reinternaciones de los pacientes psiquiátricos. *Vertex* 1994; 5 (17): 167-175.
2. Andreasen NC, Carpenter W, Kane J, Lasser R, Marder S, Weinberger D. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 441-449.
3. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically-validated stage model. *Aus New Zeal J Psychiatry* 2003; 37: 586-594.

4. Anthony W. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16 (4): 11-23.
5. Ballester Gil de Pareja M, Ramos Vidal C, Rodríguez MN, Marques Mateu MJ, Santiago Alfaro C, Munarriz Ferrandis M. Personas con enfermedad mental grave que forman a profesionales de la salud mental. Una revisión de la literatura. *Archivos de Psiquiatría* 2009; 72: 14-27.
6. Baresi M, Cáceres C, Grenz V. La recuperación de derechos, una experiencia subjetivante. Disponible en: http://www.personaedanno.it/cms/data/.../004297_resource1_orig.doc
7. Bellack AS. Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32 (3): 432-442.
8. Davidson L, Miller R, Flanagan E. What's in it for me? The utility of psychiatric treatments from the perspective of the person in recovery. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2008; 17 (3): 177-81.
9. Davidson L, O'Connell M, Tondora T, Styron T, Kangas K. The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation. *Psychiatric Services* 2006; 57: 640-645.
10. Deegan P. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1988; 11 (4): 11-19.
11. Department of Health. The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century. London, Department of Health, 2001.
12. Drake RE, Deegan P, Rapp Ch. The Promise of Shared Decision Making in Mental Health. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2010; 34 (1): 7-13.
13. Galende E, Kraut A. El sufrimiento mental. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006.
14. Gilbert H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 92.
15. Goffman E. (1963) Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires, Amorrortu, 2003.
16. Guinea Roca R. Rehabilitación psicosocial: una teoría, una práctica, una ética. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1997; 18 (65): 151-164.
17. Harding C. Course types in schizophrenia: An analysis of European and American studies. *Schizophrenia Bulletin* 1988; 14: 633-643.
18. Harding C, Zahniser F. Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90 (suppl. 384) : 140-146.
19. Harrison G, Hopper K, Craig T, et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 506-517.
20. Jacobson N, Greenley D. What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services* 2001; 52: 482-485.
21. Ley española 39/2006. Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Aprobada por el Congreso de los Diputados el 30 de noviembre de 2006 (publicada en el BOE nº 299 de 15-12-2006).
22. Link B, Phelan J. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27: 363-85.
23. Mental Health Commission. *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*, 2003. Disponible en internet en <http://www.mentalhealthcommission.gov/reports/FinalReport/downloads/downloads.html>
24. Montero M. Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. Buenos Aires, Ed. Paidós, 2005.
25. Office of Mental Health, Department of Health, Government of Western Australia. *A Recovery Vision For Rehabilitation Psychiatric Rehabilitation Policy And Strategic Framework*, 2004. Disponible en : http://www.health.wa.gov.au/docreg/Education/Population/Health_Problems/Mental_Illness/A_recovery_vision_for_rehabilitation.pdf
26. Palomer E, Izquierdo R, Leahy E, Carme Masferrer C, Flores P. El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2010; 30 (105): 109-123.
27. Pegg H. (2003) *A Service User's Perspective – Further Reflections*. Disponible en: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Hilary%20Pegg%201.11.03%20%20A%20Service%20Users%20Perspective%20-%20Further%20Reflections.pdf>
28. Pereira MAO. Psychosocial rehabilitation in mental health care: strategies under construction. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15 (4): 658-64.
29. Rose D, Sweeney M, Leese S, Clement I, Jones R, Burns T, et al. Developing a user-generated measure of continuity of care: brief report. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 320-324.
30. SAMHSA. (2004) Declaración nacional de consenso sobre la recuperación en salud mental. Disponible en: <http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA08-4129S/SMA08-4129S.pdf>
31. Saraceno B. La ciudadanía como forma de tolerancia. *Tres al Cuarto. Actualidad. Psicoanálisis y Cultura*. Barcelona, 1999. p. 51-57. Disponible en: <http://www.educared.edu.pe/modulo/upload/68392147.pdf>
32. Saraceno B, Miret M. La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. México, Editorial Pax, 2003.
33. Schrank B, Slade M. Recovery in Psychiatry. *Psychiatr Bull* 2007; 31: 321-325.
34. Simpson EL, Barkham M, Gilbody S, House A. Involving service users as service providers for adult statutory mental health services. (Protocol) *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; 4. Art. Nº.: CD004807. DOI: 10.1002/14651858.CD004807. Disponible en: <http://wdh.state.wy.us/Media.aspx?mediald=1028>
35. Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2008; 17 (2): 128-137.
36. Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005; 14 (1): 1-3.
37. Tikanori R. Contractualidad y rehabilitación psicosocial. En: Pitta A. Rehabilitación psicosocial en Brasil. San Pablo: Hucitec; 2001.
38. Turner-Crowson J & Wallcraft J. The recovery vision for mental health services and research: A British Perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2002; 25 (3): 245-254.
39. Uriarte JJ. Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 2007; 7 (2): 87-101.
40. Werner D. Nada sobre nosotros sin nosotros. México, Editorial Pax, 1999.
41. Whitley R, Drake R. Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services* 2010; 61: 1248-1250.
42. World Health Organization. *The World Health Report. Mental health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization, 2001.

La voz de los usuarios y el proceso de recuperación, a cargo de su perspectiva

El presente artículo busca presentar la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud mental por medio de reportajes que les permitan hacer oír su voz. Quienes trabajamos junto con ellos pensando cómo ayudarlos a superar las barreras de sus síntomas pero también las de la marginación y del estigma que se les asocia, escuchamos frecuentemente este tipo de relatos. Pero, ¿los escuchamos realmente? ¿Qué lugar hacemos a la perspectiva de cada usuario sobre lo que considera que lo ayuda a recuperarse y a sentirse persona?

Estamos acostumbrados a incluir relatos en primera persona en muchos de nuestros ateneos. Allí nos preocupamos por “enmascarar” los nombres o evitar que estas personas puedan ser identificadas. Y es éticamente correcto hacerlo. Lo que decimos de ellos debe ser extremadamente cuidadoso de su identidad y su privacidad. En este caso, con el consentimiento de Dina y Marcela, y respetando los principios de funcionamiento de sus respectivos grupos de ayuda mutua, no reparamos en que aparezcan con sus nombres verdaderos. No es lo que decimos de ellos sino lo que, en pleno ejercicio de sus derechos, ellos dicen de sí mismos. Han sido los usuarios, como expertos en lo que les pasa y con un voto fundamental en cuanto a afirmar qué es realmente una ayuda para sí, quienes eligieron aparecer con su nombre. Les damos la palabra.
(Silvia y Martín)

Vertex: ¿Cómo es para usted vivir con un trastorno bipolar?

Dina: Durante muchos años no dieron con el diagnóstico. Yo me sentía enferma. Yo siento que estoy enferma. Que esto no pasa solamente por la palabra, que necesito una medicación. Yo sé cuando estoy angustiada, tengo conciencia de la diferencia en relación a cuando tengo uno de mis episodios. Y para mis primeros terapeutas yo no estaba enferma, estaba neurótica. Yo tenía tan claro lo que me pasaba que cuando en la Facultad tuve que rendir Psicopatología me senté frente al tribunal y les dije “Les voy a hablar de la patología que creo que me afectaría a mí en caso de psicotizarme: la psicosis maníaco depresiva”. A pesar de que tenía absoluta conciencia de lo que me pasaba, pasaron muchos años antes de que recibiera la medicación adecuada. Pasé momentos, épocas, muy difíciles. Tuve épocas de estar seis meses deprimida. Pero curiosamente me levantaba para trabajar. No sé de dónde sacaba energía, pero cuando tenía un paciente me bañaba, me maquillaba, me arreglaba y venía a atender. En la cocina temblaba, pensando que me iba a morir delante del paciente. Pero sentía que la conexión con el trabajo era el último hilo que me ataba con el mundo. Si no podía trabajar, ya no podía nada. Porque a mis hijos los cuidaba mi marido, la comida la preparaba mi marido. En otras áreas yo tenía quién me reemplazara. En el trabajo no. Yo sentía que si ni siquiera podía trabajar, ya había que replantearse seriamente si valía la pena seguir en

este mundo. Fantasé todas las formas posibles de suicidio. Después, de alguna manera, lo tomé en broma. Pensé que no me podía tirar del séptimo piso porque vivo en planta baja, que no me podía cortar las venas porque mi marido ve sangre y se desmaya... Al final, lo que me convencía de que el suicidio estaba descartado era tener hijos. No les podía dejar esa herencia. Conocía casos de gente cuya madre o padre se habían suicidado. Son duelos muy difíciles de elaborar. Así que bueno, me dije “pasaré lo que tenga que pasar, viviré lo que tengo que vivir, pero tengo que vivir y tengo que pasar todo esto”.

Vertex: ¿Y qué cree que la ayudó a recuperarse de esos momentos tan difíciles?

Dina: En el proceso de recuperación lo que más me ayudaba era la confianza en el médico. Tanto es así que el efecto de la medicación creo que también depende de la confianza en quien me la da. Pasaron muchos años antes de encontrar a Alejandro Lagomarsino. Y con él tuve también al principio mis encontronazos. Porque cuando él me daba una medicación que según el prospecto era para epilépticos yo le decía “dígame que soy epiléptica y yo lo tomo”. En realidad en el prospecto aclaraba que también era para bipolares, pero a mí me generaba duda. Entonces él me daba literatura. Fue un proceso. No fue que a la semana de estar con él... finalmente se ganó mi confianza. Yo ya no creía en ningún médico. Estaba harta de los médicos.

Vertex: O sea que un elemento muy importante fue la confianza...

Dina: Sí, totalmente. Cuando yo estaba mal, un día me llamó Carlos Vinacour, que había trabajado conmigo en la Liga Israelita contra la Tuberculosis, donde ejercí durante 20 años. Me dijo que había un médico especialista en lo que a mí me pasaba, que era el doctor Alejandro Lagomarsino.

Vertex: ¿Y cuánto tiempo después del primer episodio apareció esta opción de tratamiento?

Dina: Mucho. Yo tuve mi primer episodio en el año '70. Yo venía de estar viviendo siete años en Cuba. La vuelta fue catastrófica. Fue un enorme esfuerzo. En enero del '69 había nacido mi primer hijo. Yo llegué a Buenos Aires en septiembre y si no rendía las materias que debía en la Facultad de Psicología en diciembre perdía toda la carrera. Yo no sé de dónde saqué fuerzas para hacer lo que hice. Pero después de que nació mi hijo y rendí las materias, me "pinché". Bueno, la cosa es que yo fui a ver a Lagomarsino más que nada porque me conmovió el gesto de Vinacour de acordarse de mí y pensar que Lagomarsino me podía ayudar. No fui por Lagomarsino, a él no lo conocía, no le podía hablar a Vinacour. Él se había tomado el trabajo de buscarme un médico. Yo habré ido a verlo en 1990. Lagomarsino me invitó a trabajar en FUBIPA. En ese momento FUBIPA era algo muy chiquito, que recién empezaba. Yo tengo una larga vida de actividad institucional. A mí eso me gustaba, me venía bien. Estaba ligada a otras cosas, no sólo a la enfermedad. Era hacer una tarea social, ayudarnos unos a otros.

Vertex: ¿Eso lo podemos contabilizar como una de las cosas que la ayudaron a recuperarse?

Dina: Totalmente. Porque, además, como era de las primeras, formé parte del Consejo de Administración. En eso yo me sentía persona. Cuando yo tenía las depresiones (porque yo nunca tuve manías muy grandes, mis manías eran hablar mucho, enojarme un poco, más que nada con mi marido), mi marido me trataba divino. Pero cuando yo quería recuperar el tiempo, quería salir, ir al cine, ir al teatro, a conferencias, él se negaba. Yo después entendí que para él el cambio era muy brusco. Pero cuando yo estaba deprimida me quedaba sin habla. No tenía palabras. Entonces no quería que vengan mis amigos a verme. Levanté una barrera. Hablaban por teléfono, mi marido les pasaba el parte diario de cómo estaba, qué había hecho o qué no. Después, cuando yo estaba bien, me decían que no me venían a ver porque yo no los dejaba. Está bien, yo podía no dejarlos, pero ellos podían saltar la barrera. ¿Qué iba a hacer? ¿Los iba a echar? Yo no tenía ganas de ver a nadie.

Vertex: ¿En esos períodos no se sentía persona? ¿Qué era?

Dina: Un ente. Un objeto. Alguien que no estaba vivo. Alguien que respiraba, dormía. Mi marido decía "Yo entiendo que duermas mucho. Lo que no entiendo es que no tengas hambre". Si no me traía la bandeja con algo para comer era muy difícil que pidiera comida. Pero dormía todo lo que podía. Era mi manera de evadirme, de escaparme. Porque mis pensamientos venían de la depresión. Ustedes lo deben saber por sus pacientes, o alguna vez habrán tenido sus propias depresiones. Pero realmente era torturante. Porque uno ya no es uno. Y además el fantasma de que eso no terminara, que siguiera toda la vida. Después aprendí que esto venía, en mi caso, de un día para otro, y que de un día para otro se iba. Yo me levantaba un día y sentía que se había ido. Otro día me levantaba y sentía que había caído. De alguna manera me fui acostumbrando a los ciclos. Yo trabajaba en la Liga Israelita y quise dejar de trabajar. Me parecía que en esas condiciones no podía trabajar. Pero el jefe de Psicopatología no me dejó renunciar. Me dijo: "Vos trabajás mejor cuando estás deprimida porque hablás menos". Y realmente, había días que era una tortura ir a trabajar. A todo esto, a mí me daban litio. En un momento dado empecé a tener una sed... salía de mi casa, iba a tomar el colectivo, y tenía que parar en el quiosco a comprar una bebida. Llegaba a la Liga, enfrente había un quiosco, y me tomaba otra bebida. Llegué, creo, a tomar siete litros por día. Desarrollé una diabetes insípida por litio y me suspendieron la medicación. Años después volví al litio. En fin, hubo cambios en mi medicación. Pero la de ahora me ha mantenido estable por 15 años. Eso para mí tiene un valor enorme. Se confirma lo que nos dijeron todo el tiempo: que la medicación es fundamental. Yo con eso no tengo ningún conflicto. La tomo religiosamente aunque sea para toda la vida. Si eso me ayuda a estar bien, ¿por qué me voy a pelear con eso?

Vertex: ¿Y qué lugar ocupa la psicoterapia en el tratamiento?

Dina: Hice tanta terapia en mi vida que llegó un momento en que dije "basta". Durante mi período depresivo iba a terapia. Pero bueno, algunos terapeutas entendían lo que era la bipolaridad y otros no tanto. Fui más constante en el período más agudo con la medicación y con FUBIPA que con la terapia. Realmente, entre la terapia que hice antes de irme a Cuba, y la que hice cuando volví, cuando no teníamos ni un peso -de Cuba no se vuelve con dinero- yo era la más cara de mi familia. En un momento dije "basta". Sobre todo cuando el terapeuta se casó y se mudó de departamento y me aumentó los honorarios, hice un "click" y dejé terapia.

Vertex: ¿Entonces usted asigna un papel importante en este proceso a la medicación?

Dina: A la medicación, a la confianza...

Vertex: Como decía antes, a sentirse persona...

Dina: Claro. Eso por un lado. Y además la conciencia o la responsabilidad de que dependía mucho de mí. Dependía de mí la decisión de tomar la medicación. Dependía de mí ir a FUBIPA. Muchas cosas dependían de mí. También dependía de mí saber vivir con esto. Y yo sentí que a mí la gente me ayudó mucho. Esto que dicen muchos en FUBIPA, que se quedan solos, que se les van los amigos, yo a ese nivel no tuve problema. La gente fue solidaria. No venía cuando yo no los dejaba. Pero se mantenían en contacto por teléfono y en cuanto yo salía un poco ahí estaban. Yo tengo una impresión. Yo creo que cuando la enfermedad se desata, como en mi caso, cuando uno tiene una profesión, cuando uno formó una familia, tiene con qué sostener de alguna manera la enfermedad. Cuando le pasa a la gente joven, que todavía no ha encontrado su lugar laboral o de estudio, que no formó una familia, que depende de un papá o de una mamá, me parece que le es mucho más difícil encontrar un eje del cual agarrarse para poder funcionar. Yo en FUBIPA lo vi mucho. La familia, la profesión, son sostenes muy importantes. Hasta mis hijos de alguna manera me acompañaban. Mi hijo era un pibe en esa época. “Vas a poder mamá. Vas a poder”. En un momento dado... yo tengo una hermana en el Uruguay. Me vio tan mal que, desesperada, le dijo a mi marido que había que internarme. Conseguimos en ese momento, por medio de un amigo mío, que me internaran pero no en un hospital psiquiátrico, sino en una sala de Clínica, argumentando que yo además tenía problemas renales, y cálculos... ¡Me hizo tan bien!

Vertex: ¿Qué aspecto de la internación le hizo bien?

Dina: Primero, estar sola. No sentirme culpable con toda mi familia alrededor. Me llevé algo para leer. Yo en aquella época fumaba... con la ventana abierta fumaba. Salía a la noche y hablaba con las enfermeras... de alguna manera me reconstruí. Es como si en mi casa hubiera estado muy condenada a la cama, y ahí sí puesta muy en el lugar de la enferma. Mi hermana estuvo muy lúcida. No me hicieron nada especial en la internación. Nada.

Vertex: ¿Cuánto tiempo estuvo internada?

Dina: Quince días. Pero realmente fue como un respiro.

Vertex: De los tratamientos que hizo, ¿qué era lo que le servía?

Dina: Con Lagomarsino lo que realmente me sirvió es que la relación no pasara solamente por el consultorio, que hubiera otro vínculo a través de FUBIPA. Esto de no ser sólo paciente, sino de estar colaborando con él en la organización de la fundación me hizo sentir que éramos más pares. De esta forma, el tratamiento en sí era como parte de otro tipo de vínculo. No sé si es claro esto. Eso me sirvió mucho. Además muchas veces él me traía a casa, con el auto. No era esa relación del consultorio... del psicoanalista...que te da la mano, que se fija la hora.

Bueno, me dedico a la Gestalt porque no me llevaba bien con el psicoanálisis. A los 50 años empecé la carrera de posgrado en la Asociación Gestáltica para salir del psicoanálisis. Y lo increíble es que durante los tres años que duró la carrera, hubo períodos en que estaba realmente mal. No podía nada. Me acuerdo que tenía que hacer un trabajo para el profesor de Filosofía. Yo pensaba “cómo voy a hacer”. Lo hice como mecánicamente. Tengo que reconocer que boba no soy (risas). Cuando entregué el trabajo el profesor me hizo una devolución y yo no podía creer que en ese estado hubiera podido hacer un trabajo que fuera aprobado. Compañeros de la Gestalt que estudiaron conmigo dicen que yo era un desastre en esa época. Que cuestionaba todo, que discutía todo. Y cuando estaba deprimida trataba de resguardarme un poco. Porque hacer una carrera de posgrado a los cincuenta años, deprimida y encima conflictiva... ya era mucho. Pero lo hice, y ahora soy docente. No sé qué me pasaría si me vuelvo a deprimir. Pero hoy por hoy estoy contenta y acepto mi historia, y también la bipolaridad. Cuando estaba sintomática decía que vivía seis meses al año, porque la depresión me duraba seis meses. Yo decía “vivo la mitad del año”. Bueno, esto fue desapareciendo. A veces tengo que hacer un esfuerzo muy intelectual para acordarme de lo mal que estaba. No me quedé pegada. Me sigue gustando dormir, soy fiaca. Pero eso lo fui mucho antes de que se me declarara la bipolaridad.

Vertex: Además de la constitución de la asociación en FUBIPA, ¿hay algo de la relación entre pares que contribuyó a su mejoría?

Dina: Yo creo que sí. Creo que el solo hecho de sentir que uno no es el único, que hay otros a los que les pasa lo mismo, eso es de mucho apoyo. Porque es una enfermedad en la que uno se siente muy solo. No hay vibración con los otros. Los otros están ahí pero uno no se puede conectar. En cambio en FUBIPA sí. Encontrábamos en cada uno de los compañeros nuestro propio relato. La ventaja mía era que yo tenía ese sostén familiar, de amigos, que mucha gente, sobre todo la gente más joven, no tenía. Pero FUBIPA mismo era continente. Porque FUBIPA nos sostenía. Hubo mucho de eso de “vamos a caminar” y salíamos todos los sábados a caminar. Alguna gente se veía afuera de las reuniones de FUBIPA, porque estaban muy solos.

Vertex: O sea que había una especificidad del grupo de pares que era hablar de la enfermedad y otra función, que aunque menos específica era de mucha ayuda, que era estar juntos, compartir...

Dina: Yo creo que ahí se repetía lo que pasa en AA o en otros grupos de ayuda mutua. Yo estuve hasta hace dos o tres años. Después dije basta. Trabajaba para la fundación, escribía para la revista... hasta que llegó un momento en el cual sentí la necesidad de hacer otras cosas. Sin embargo, cuando nos llaman del interior, sí puedo voy. Por ejemplo, nos llamaron de Puerto Madryn para que fuéramos a dar una charla. El grupo de FUBIPA

de Madryn se formó hace como dos o tres meses. Nos recibieron bárbaro. La gente estaba fascinada. Yo tengo setenta y cinco años. Me preguntaban de dónde saqué esa energía. Toda mi vida hice cosas. Cuando yo tenía ocho años mi papá me metió en un club y me dijo: "hacete gente". Y a mí me quedó grabado que para ser gente además de la familia hay que tener una institución. Porque en el club había una biblioteca, donde podías ir a leer. Ahí estaban los primeros amigos. No sé, para mí la vida institucional siempre fue parte de mi entorno.

Vertex: ¿Y qué hace que se arme ese clima institucional, de ayuda mutua?

Dina: Primero, creo que es la tarea. Cuando hay una tarea se genera una corriente en la que empiezan a pasar cosas. "Fijate lo que me pasa", decía alguno. "A mí me pasa lo mismo", decía otro. "Y yo lo que hago...". Eso sí, teníamos prohibido hablar de la medicación. Nadie podía decir "yo tomo esto o aquello" porque eso genera dudas en los demás. Yo ahora no voy tanto, pero creo que esta regla sigue: que la medicación la da el terapeuta. La base del tratamiento es la medicación.

Vertex: ¿Qué participación tiene el paciente en la decisión acerca de la medicación?

Dina: Yo creo que la única que tiene es la posibilidad de protestar si no se siente bien o informar si el medicamento le hace bien. No tiene elementos para decidir. Yo, mucho antes de conocer a Lagomarsino había tomado un antidepresivo. Yo sentía que me hacía bien y se lo pedí en un momento dado. El aceptó, tanto que cuando dejaron de fabricarlo él me indicaba un preparado magistral. Finalmente, hubo un momento en que había cumplido su ciclo y lo suspendimos. Pero ¿desde de qué lugar yo podía decir si me tenían que dar uno u otro medicamento? Yo podía decir que me sentía muy mal, que no lo toleraba, pero ¿qué más podía decir?

Vertex: Y en otros aspectos del tratamiento ¿qué lugar puede tener o debería tener la opinión del paciente?

Dina: Yo creo que hay que aprender a defenderse. Con esto quiero decir que no hay que someterse ciegamente. Uno tiene que poder decirle al médico cuando algún medicamento le cae bien o le cae mal. El médico para algunos es Dios, es sagrado... "el médico sabe".

Vertex: Hay una asimetría que tiene que ver con la medicación. Pero para el resto debería tender a...

Dina: Tiene que ver con esto de la confianza. Tiene que ver con esto de poder decirle al médico que algo no me va bien, o no me sirve, por tal o cual motivo. Yo quiero que me expliquen las cosas. Si me dan una medicación yo voy a preguntar qué es, para qué es, cuáles son los efectos secundarios. Yo no leo los prospectos. No entiendo nada y no me quiero complicar la vida, pero

al médico le pregunto todo y creo que tengo derecho a saber.

Vertex: Me pregunto si usted considera que este es un rasgo suyo o es algo que se promueve en FUBIPA...

Dina: Claro, yo creo que hay que promoverlo. El médico es una persona que sabe pero que también se puede equivocar, o que hay determinadas medicaciones que le sirven a uno y no le sirven a otro.

Vertex: ¿Usted cree que esta posición ayuda a la gente a recuperarse?

Dina: No sé si a recuperarse pero sí a tomar más en serio su tratamiento. A tener una disciplina. A saber que decidir que uno no toma más la medicación tiene consecuencias. Si uno no toma más la medicación, entonces no se tiene que quejar. Eso lo repetimos todo el tiempo. Sin medicación en la bipolaridad no hay recuperación. Bueno, por lo menos por ahora. Qué puede pasar mañana, no sabemos.

Vertex: Y cuando usted habla de recuperación, ¿cómo la definiría?

Dina: Es volver a sentirme yo. Volver a sentirme persona. Poder volver a conectarme con las cosas que me importan. Empezar a caminar por la calle. Cuando uno sale de la depresión todo tiene otro color. El verde es más verde. Cuando estoy deprimida por ahí me cuesta moverme en mi propia casa. Entonces cuando me siento bien, soy dueña de mi vida. La manejo, la organizo. Cuando estoy sintomática la enfermedad me maneja a mí.

Vertex: Recuperarse es algo más que no tener síntomas, es ser usted misma...

Dina: Exactamente. Síntomas uno puede tener en muchas ocasiones. Puedo estar chinchuda por algo, o no tener paciencia, pero eso no me hace sentir enferma. Eso me hace sentir una persona que tiene distintos estados de ánimo y que reacciona diferente o de otra manera frente a determinada circunstancia. Pero en general no soy una persona complicada. Me vuelvo complicada, o me volvía complicada, cuando me asaltaba una situación que no podía manejar y la Dina con la que yo aprendí a vivir, desaparecía. No la encontraba en ninguna parte.

Vertex: ¿Esto le pasaba en los episodios depresivos?

Dina: Sí. Yo sufrí básicamente en los episodios depresivos, porque los otros eran más hipomaniacos que maníacos. Se manifestaban como ganas de vivir, porque tenía que recuperar lo no vivido durante esos seis meses. No asustaba a nadie. Por ahí hablaba un poco de más. Yo fui aprendiendo con el tiempo qué era hablar mucho, aunque hablo mucho de toda la vida (risas). Hablar mucho, enojarme fácil, pero ahora se me mezcla un poco. Porque

de viejo también le pasa eso a uno. Se vuelve más intolerante, tiene menos paciencia a determinadas cosas. Yo tengo setenta y cinco y mi marido ochenta y uno. Nos peleamos por cosas que antes no nos peleábamos. Uno es cada vez más uno mismo. Con el paso de los años hay menos paciencia para guardar cosas de los otros porque uno está más centrado en uno mismo. Esto es un poco lo que he... yo estoy bien dejando que salga lo que de alguna manera está adentro. Yo a veces le digo a la gente "no te pongas mal por lo que te digo, porque lo que tengo acá (se señala el pecho) sale por la lengua y a veces no pasa por acá (se señala la cabeza). Yo escucho lo que vos escuchás en el mismo momento en que vos lo estás escuchando. Si no me decís qué te joroba o te molesta, yo no pido disculpas". Tengo fama, en FUBIPA, de que yo digo lo que el grupo piensa. Me cansé un poco de eso. Trato de no ser la primera en hablar, sino ser de las últimas. Si me queda algo por decir, lo digo.

Vertex: ¿Siente que hacer pública su experiencia es difícil? ¿Qué debe vencer prejuicios propios y de otros?

Dina: Desde mi incorporación a FUBIPA he dado testimonio. Fuimos a Mar del Plata, a Mendoza, a Tucumán. Generalmente alguien hablaba como "madre de" y los que éramos pacientes, los que éramos bipolares hablábamos de nuestra experiencia. Yo en ese sentido, a pesar de ser psicóloga, jamás tuve problema de dar testimonio porque me parecía útil.

Vertex: ¿En qué año comenzó a participar?

Dina: Yo estoy en FUBIPA desde el año '90. Así que eso puede haber sido en el '92 ó '93. Yo me acuerdo de haberme parado frente a un micrófono, en una de las salas, y hablé de mi proceso. Después se me acercó una mujer que había sido paciente mía y me felicitó por haber hecho el planteo que hice. Yo soy docente de la Escuela de la Asociación Gestáltica de Buenos Aires. Trabajo con los alumnos en lo que es la autobiografía y el árbol genealógico. El otro día se me acercó una muchacha y me dijo "no pude hacer el trabajo". "¿Por qué?", le pregunto. Me responde "Porque soy bipolar y no lo podía blanquear, no lo podía decir". "Y qué problema hay -le dije. Yo también soy bipolar". Yo soy su profesora. Le cambió la cara. No lo ando publicando, pero cuando yo siento que a alguien le puede servir... hay que sacarle partido a lo que uno es. De alguna manera, todo esto del estigma, al poder blanquearlo, todo este complejo que hace que el bipolar se sienta tan marginado, a mí no me pasa.

Vertex: En su experiencia ¿cuáles son los factores que contribuyeron a su mejoría o a la de otras personas con dificultades similares a las suyas, por ejemplo, la depresión y el alcoholismo?

Marcela: Yo creo que lo que más me ayudó a mejo-

rar de la adicción al alcohol, que es lo que creo que es mi problema principal, es poder compartirlo con otras personas a las que les pasa lo mismo. Ir de a poco perdiendo la vergüenza de contar mi realidad, de vivir como una persona alcohólica. Esto en otros espacios me daba vergüenza. Para mejorar en este sentido, para mí fue muy importante haber conocido a Alcohólicos Anónimos (AA). Porque en los grupos de AA a todos nos pasa lo mismo. Después de un tiempo de estar ahí nos damos cuenta de que el camino recorrido es muy parecido para todos. Uno esconde cosas y a medida que se va animando, se va soltando frente a los otros. A los que hace mucho que estamos nos impresiona escuchar a los más nuevos porque nos vemos reflejados en ellos. Eso está bueno también para los nuevos, porque ayuda a desdramatizar un poco lo que les está pasando.

Vertex: ¿Y las cosas que en su opinión más le impidieron mejorar o recuperarse?

Marcela: Que me retaran. Eso fue horrible. Yo no sabía que era una adicta. Yo pensaba que sólo era adicta al cigarrillo, porque no podía dejar de fumar. Pero por otro lado yo tomaba alcohol y también consumía pastillas a escondidas, que le robaba a un médico de mi familia. Yo no sabía que eso era una adicción. Pensaba que lo hacía para sentirme mejor, para dormir, para animarme, para zafar de las preocupaciones. No sabía que era una enfermedad. En ese entonces vivía en el interior del país y hacía terapia. De lo que siempre hablaba con mis terapeutas era que me sentía deprimida, que tenía miedo. Hasta que un día me animé a contarle a mi terapeuta, que era psicóloga, acerca de mi consumo de alcohol y pastillas. Fue la que me hizo notar que yo tenía problemas con el alcohol. Me dijo que en su experiencia lo único que era eficaz para tratar el alcoholismo era concurrir a AA. Yo no sabía ni lo que era, aparte de que no creía ser alcohólica. Era demasiado fuerte lo que me estaba diciendo. Además, debido al consumo de medicación que yo le comentaba, me sugirió una consulta psiquiátrica. Ese tratamiento, el psiquiátrico, realmente, fue muy limitado. El médico me sugería que tome menos, que tome sólo los fines de semana. Se ve que no entendía el problema. Entonces la psicóloga, que sí era muy buena, sugirió una consulta en Buenos Aires y finalmente concurrí por primera vez a AA donde me enteré que el alcoholismo es una enfermedad, que nadie se cura, que es una enfermedad crónica. Es algo que fui aprendiendo de tanto escuchar testimonios, yendo de lunes a lunes, dos horas por día. Hay una coincidencia entre testimonios que me hizo ver que es una enfermedad con similares características a pesar de las diferencias entre las personas que la padecen. No es lo mismo alguien que se emborracha, o hace papelones, o cae preso de vez en cuando o una única vez en su vida. Esta persona no es alcohólica. Un alcohólico necesita tomar todos los días y no puede parar de tomar.

Vertex: Usted decía que una actitud de los otros que constituía un obstáculo era que la retaran...

Marcela: Claro, porque, por ejemplo, mi marido me decía que le parecía que yo estaba tomando mucho. Y eso que ni sospechaba lo mucho que yo tomaba a escondidas, o el uso de medicación. Que me retaran hacía que me escondiera más y me confundiera más. Incluso en la terapia me sentía un bicho raro. Tenía muchos prejuicios.

Vertex: Y de los tratamientos brindados por profesionales, ¿en qué medida siente que fueron de ayuda?

Marcela: Cuando llegué a Buenos Aires conocí a una psiquiatra que por primera vez me explicó por qué debía tomar la medicación, cómo funcionaban los antidepresivos o los ansiolíticos, que cuando estoy angustiada tomar cuatro comprimidos es lo mismo que tomar un cuarto de comprimido. Yo no tenía ni idea.

Vertex: O sea que el hecho de entender, que se le explicara, resultó muy importante...

Marcela: Era muy importante, y la primera vez que tuve la oportunidad de esto fue con esa psiquiatra.

Vertex: De su primer tratamiento en el interior lo importante fue que detectaran el problema.

Marcela: La psicóloga, no el psiquiatra. Ella me lo hizo notar y me derivó a Fernando Ulloa, quien a su vez me derivó a las dos profesionales con me traté aquí en Buenos Aires. Una de las profesionales a las que me derivó Ulloa un día me trajo un papelito con la dirección del grupo de AA, el horario en el que se reunían, y me dijo: "Empezás mañana". Y así empecé. Si bien los profesionales que me trataron en el interior o en Buenos Aires detectaron el problema u ordenaron la medicación, todo lo que yo sé del alcoholismo lo aprendí en AA. Comparando con otras personas a las que les pasaba lo mismo.

Vertex: ¿Y qué es lo que para usted funciona de AA?

Marcela: Yo pienso que lo que funciona es que uno se siente identificado, no tiene miedo a contar las miserias porque el otro también las vivió. Yo pude hablar allí cosas que no había podido contarle ni a mi psicólogo. En AA a todos nos pasa lo mismo. Por eso siempre decimos que hay que levantar el fondo.

Vertex: ¿Cómo es eso?

Marcela: Cada uno tiene su fondo. Yo no llegué a tocar el fondo de vivir en la calle, pero mi hermano sí. O sea, que cuando hablaban de ese fondo, de haber vivido en la calle, de haber perdido todo, yo lo conocía por mi hermano. Algo me resultaba familiar. Empecé a darme cuenta que el problema de mi hermano había sido la adicción. Me fui enterando que las cosas que me pasaban no eran porque estaba loca, o que las hacía por mala o por irresponsable. Yo realmente sufría. Se sufre mucho

con la adicción. Es permanente, se necesita dinero, y si uno no la tiene se desespera. Más aún, quien es adicto a las drogas, que son mucho más caras. Muchos se quedan sin trabajo, terminan robando. Esa película la viví en mi casa desde chica.

Vertex: ¿Y qué participación siente que tuvo usted en las decisiones que se fueron tomando en los tratamientos?

Marcela: De quedarme o no. Pero cuando yo confío en una persona, en un profesional, yo sigo. Yo confiaba mucho en mi psicóloga del interior. Ella me derivó a Ulloa en Buenos Aires, y él a los profesionales con quienes finalmente me atendí aquí. Y con ellos me quedé.

Vertex: ¿Y qué es lo que la hace confiar?

Marcela: Es la cadena de recomendaciones. Que personas en que confío me recomienden a otras personas. Me fijo en la formación y el curriculum, pero la relación personal es muy importante.

Vertex: ¿En algún momento pensó que necesitaba algo que los profesionales no le estaban dando? ¿Se lo pudo decir? O al contrario, ¿que le estaban indicando algo que usted no podía hacer?

Marcela: No. Hice varias terapias individuales, pero había muchas cosas que no me animaba a hacer. En el grupo (de pares) me resulta más fácil. Siempre hay alguien a quien le pasa lo mismo. Me resultó importante ir siempre al mismo grupo de AA. Esto me permitió aprender acerca de lo que me pasaba, casi sin darme cuenta. Supe que en la adicción las personas pueden transformarse en un personaje porque las sustancias contaminan su conducta. Hay mala gente, pero esa es una característica personal. Algunas personas hacen cosas bajo el efecto del alcohol que al otro día no recuerdan. Es horrible lo que pasa en la adicción. La gente hace cosas y cuando despierta de la borrachera se quiere matar. Eso lo entiende mejor un adicto que un profesional que nunca tuvo este problema. Hay una distancia en la comprensión entre pares que no se salva con el estudio. No es igual que la adicción al cigarrillo, que no modifica la personalidad. Yo entiendo que es insostenible tener cerca a un adicto, porque yo viví las dos partes: lo tuve a mi hermano con sus adicciones, y también la padecí yo.

Vertex: Hasta aquí usted me comentó acerca del papel que tuvo AA, y de las contribuciones de los profesionales en ayudarla a manejar su adicción. ¿Y respecto de su propio papel en el proceso? ¿El que lo sufre, el adicto, de qué manera participa en su mejoría?

Marcela: Cuando uno no está bajo los efectos del alcohol está lúcido. Poder conversar cinco horas seguidas sin acordarse del alcohol, es una experiencia extraordinaria cuando uno estuvo sumergido en la droga. Com-

partir cosas íntimas sin más que un café o una gaseosa. Antes para poder hablar de mis cosas tenía que tomar alguna droga.

Vertex: ¿En su experiencia el adicto debe poner algo de sí para lograr esto?

Marcela: Es el adicto el que tiene la decisión final. Se hicieron estudios y dicen que de 100 que entran a AA quedan 2.

Vertex: Y los que se van ¿por qué se van?

Marcela: Y, porque no tocaron fondo. A veces los familiares creen que ayudan a la persona protegiéndola y en realidad la perjudican. La única forma de ayudarnos es facilitando que nos hagamos responsables de las cosas que hacemos. Si uno es adicto, la sobreprotección no es una ayuda.

Vertex: En cierta forma hay que dejarlo un poco solo para que sienta que es un movimiento que tiene que hacer él o ella.

Marcela: Claro. Yo entiendo a los padres de chicos o chicas adictos, pero como es una enfermedad crónica, en algún momento la persona tiene que hacerse cargo de sí misma.

Vertex: Y aparte del psiquiatra, el psicólogo, AA ¿quién más fue de ayuda?

Marcela: Mi marido. Él y la familia que armamos, porque mi familia de origen era muy desintegrada. Yo sabía, por observar a mis amigos o a otros familiares, que una familia unida hacía a la gente más feliz. Sin embargo, aun con la familia que armamos con él, que era muy buena, yo consumía. Lo hacía para desinhibirme, para animarme a usar ropa más moderna, para bailar con más soltura. Sentía que con el alcohol caminaba

más derecha, podía hacer cosas que sin el alcohol me costaban. Me daba seguridad. Al principio tomaba porque me gustaba. Pero después, como yo era muy tímida, me di cuenta de que el alcohol me ayudaba a vencer la timidez. Más adelante, empecé a usar el alcohol para atenuar el sentimiento de soledad que experimentaba al llegar a mi casa después del trabajo y encontrarme que los chicos no habían vuelto del colegio ni mi marido de su empresa. Sentía un vacío y una angustia que llenaba con alcohol. Cuando finalmente todos llegaban a casa, yo ya no tenía ni siquiera interés en sentarme a la mesa con ellos.

Vertex: Usted estuvo dos veces internada. ¿Las internaciones fueron de ayuda?

Marcela: Sí. Yo sentía que necesitaba alguien que me cuidara pero no quería que fueran mis hijos. Así los liberaba de eso a ellos. La segunda vez, en realidad, fue para parar de tomar. No podía sola, ni siquiera con AA. Logré parar, pero después del alta volví a tomar. Sentía que tenía que tomar decisiones, que afrontar muchas responsabilidades y creí encontrar nuevamente el alivio en el alcohol. Al poco tiempo creí que me moría por el alcohol. En esa ocasión, que fue la última, llamé a mi psiquiatra y ella en lugar de sugerirme una internación me indicó asistir a un hospital de día.

Vertex: Y si comparara el hospital de día con las internaciones, ¿cuál sería para usted la diferencia?

Marcela: Las internaciones son una burbuja. Uno no se siente responsable de nada: no tiene que preparar la comida, ni pagar las cuentas. Es un estado de irrealidad que no permite resolver el problema. En el hospital de día recibo la ayuda, pero no estoy dentro de una burbuja. La internación protege pero no permite crecer. En el hospital de día estoy creciendo, y disfruto de las actividades ■



El modelo psicopatológico de Griesinger en su Patología y Terapéutica de las Enfermedades Mentales

Norberto Aldo Conti

El problema de la autonomía de la conciencia

La preeminencia de la razón y la vida conciente como formas privilegiadas de conocer y organizar la realidad ha constituido un concepto paradigmático de la modernidad occidental desde mediados del siglo XVII, sin embargo la idea de la existencia de aspectos de la vida anímica que escapan al plano de la conciencia y que, inclusive, pueden ser más determinantes de las direcciones de la voluntad y de los actos que la propia actividad conciente se encuentra instalada en ese mismo contexto desde sus comienzos. Pero será a lo largo del siglo XIX que este concepto del inconciente como un dominio no conciente de ideas, afectos y motivaciones será explorado por diferentes autores en el campo de la filosofía, la psicología y la psiquiatría.

Herbart, un precursor decisivo

Juan Federico Herbart vivió entre 1776 y 1841, se doctoró en Filosofía en Gotinga y desde 1809 sucedió a Imanuel Kant en su cátedra de Königsberg siendo el primer filósofo que concibe a la

Psicología como un dominio de conocimiento diferenciado de la Filosofía, en este sentido publica en 1816 una obra titulada: *Manual de Psicología: un intento de fundar la ciencia de la psicología sobre la experiencia, la metafísica y la matemática*. En esta obra Herbart desarrolla su idea de inconciente basándose en un concepto de



Leibnitz quien proponía la existencia de “pequeñas percepciones” que están bajo el “umbral” de la conciencia a pesar de que desempeñan un papel importante en la vida anímica. En su formulación de 1816 Herbart afirma:

“las representaciones opuestas se resisten y obstaculizan mutuamente, así como las compatibles pueden asociarse y entonces robustecerse. Las representaciones más fuertes se ubican sobre el umbral, es decir dentro de la conciencia, inhibiendo a las no compatibles con ellas debajo del umbral o sea expulsándolas de la conciencia. Las representaciones concientes seleccionan a su vez entre las no concientes: atraen a las concordantes con ellas y las ayudan a elevarse. Las representaciones inhibidas debajo del umbral tienden a ascender hacia la conciencia.”

Bajo el umbral de la conciencia queda así ubicada una masa de representaciones inconcientes que tiende a organizarse y luchar para atravesar dicho umbral. Es esta concepción del inconciente la que veremos aparecer en diferentes autores a lo largo del siglo XIX afectada a diversos usos según su campo de acción.

Los fundamentos de la psicopatología de Griesinger

Wilhelm Griesinger, nació en Stuttgart el 29 de julio de 1817, estudió medicina en Tübingen desde 1834 y concluye sus estudios en Zurich, en 1838, a los 21 años de edad realizando una tesis sobre la difteria.

Su primer cargo como médico fue en el asilo de alienados de Winnenthal, posteriormente de instala en Tübingen donde se desempeña como ayudante de Karl Wunderlich junto a quién funda en 1842 los *Archivos de Medicina Fisiológica*, una publicación que será fundamental en la reforma de la medicina alemana de mediados del siglo XIX. En 1845 publica, con tan solo 28 años, su texto de psiquiatría, en 1847 obtiene el título de Profesor Universitario y en 1849 es nombrado Profesor en la Universidad de Kiev donde permanece solo un año para luego trasladarse a El Cairo donde ocupó el cargo de director del Consejo de Sanidad. Regresó a

Alemania en 1852, y dos años más tarde fue nombrado en la cátedra de Clínica Médica de la Universidad de Tubingen.

En el año 1860, en la Universidad de Zurich, acepta el cargo de Profesor de Clínica Médica y Director de la, recientemente creada, Clínica Psiquiátrica Universitaria de Burgholzli donde comenzó la enseñanza oficial de la psiquiatría; es recordada su lectura inaugural ya que fue allí donde comenzó a desarrollar una nueva clasificación de las enfermedades mentales. En 1865 pasa a enseñar la Psiquiatría en la Universidad de Berlín, desgraciadamente no pudo profundizar sus investigaciones ya que falleció el 26 de octubre de 1868 en la ciudad de Berlín a la edad de 51 años.

Griesinger fue un autor importante en la reforma de la medicina alemana de mediados del siglo XIX y su texto de psiquiatría influyó en la formación de varias generaciones, la impronta de su pensamiento puede reconocerse en autores de la talla de Kahlbaum, Haecker y el primer Kraepelin, es también destacable la publicación de este texto en lengua francesa por solicitud de Jules Baillanger en 1865, siendo una traducción de la 2^{da}. Edición alemana de 1861. El análisis del valor de esta obra en la historia de los conceptos y las nosografías psiquiátricas excede el marco de esta presentación por lo cual nos circunscribiremos aquí a su concepción de la vida psíquica y al lugar que le da en ella al inconciente:

“... la vida psíquica comienza en los órganos de los sentidos, es una corriente constante que va desde el afuera hacia el adentro de la percepción y desde el adentro hacia el afuera en los órganos de movimiento... entre estos dos actos fundamentales de la vida psíquica se interpone siempre algo que se encuentra excitado por la sensación... una esfera accesoria que esta equidistante de la sensación y del impulso motriz, la que al desarrollarse, extenderse y agrandarse poco a poco, termina siendo un centro poderoso y complejo que domina a su vez en varios sentidos la sensación y el movimiento y en cuyo seno se mueve toda la vida espiritual del hombre. Esta esfera es la inteligencia...”

“... en la inteligencia hay una vida y un movimiento activo, aunque no tengamos conciencia de ello, pero que reconocemos por sus resultados. En esta esfera inmersa en las tinieblas o en el crepúsculo, reina una actividad constante que es mucho más grande y más característica para el individuo que el número relativamente pequeño de ideas pasadas al estado conciente. Una gran cantidad de irritaciones psíquicas, de impresiones nacidas en el seno mismo del organismo, influye en primer lugar, e incluso por así decirlo, exclusivamente, sobre esta esfera, y actúa modificando los fenómenos que allí se desarrollan, sin que nos demos cuenta de ello. Estos fenómenos, los movimientos que se producen en este terreno, contribuyen poderosamente para determinar la disposición actual del carácter; son ellos los que dirigen nuestros gustos, los que guían nuestras simpatías y nuestras antipatías.”

El dinamismo de estos fenómenos inconcientes tendrá una importancia fundamental para Griesinger en la conformación del Yo y también en los procesos de metamorfosis del Yo que están a la base de su concepción psicopatológica. Respecto a la conformación del Yo nos dice:

“...El YO es una abstracción en la cual las huellas de cada una de las sensaciones de los pensamientos y de las voluntades anteriores se encuentran contenidas en estado de envoltura, y que, en el funcionamiento ulterior de los procesos psíquicos se llena de un fondo siempre nuevo y se fortifica en progresión lenta, lo que no está aun asimilado aparece ante el yo como una oposición... se forman varios conjuntos parecidos de ideas y según el predominio de tal o cual conjunto este cambia y se disocia... estas ideas penetran poco a poco en el círculo de las viejas ideas y llegan a ser parte integrante del yo... nuestro yo es en diferentes épocas muy diferente...”

Luego se ocupa de describir la metamorfosis del Yo como fenómeno causal básico de la enfermedad mental:

“... con el inicio de la enfermedad cerebral se desarrollan normalmente algunas masas de sensaciones, de inclinaciones y de ideas totalmente nuevas... estas nuevas ideas se presentan ante el antiguo yo como un tu extraño... los individuos sienten esta penetración en el círculo de las viejas ideas como una toma de posesión del antiguo yo... esta lucha contra los nuevos conjuntos de ideas... se acompaña siempre de una sensación lastimosa de combate... si la causa de este nuevo estado no desaparece este estado se hace persistente... las resistencias del antiguo yo cesan poco a poco... el mismo yo se falsea y se transforma en otro... el enfermo puede reencontrar la calma... pero estas ideas anormales y erróneas se deslizan como premisas... la unidad de la persona puede desaparecer por completo... otras veces parece que se forman varias masas de ideas, poco coherentes entre ellas, de las que cada una quiere representar al yo ...”

Vemos como este proceso de intrusión de ideas patógenas en el Yo es la causa de la sintomatología de los cuadros que describe en su nosografía. El dolor moral o frenalgia inicial que describe al inicio de la monopsicosis es el efecto de esa “sensación lastimosa de combate” y luego, si el episodio no se resuelve con la restitución de la salud, sobrevienen los cuadros secundarios de su nosografía de mayor gravedad e irreversibilidad que pueden llegar a la desagregación completa de la personalidad.

Es entonces Griesinger el primer psiquiatra que, a partir de la idea de inconciente y de lucha dinámica de ideas y complejos de ideas antitéticas desarrolla una concepción psicopatológica que pretende ser el fundamento de una mirada clínica que se expresa a su vez en una nosografía: el despliegue de las formas primarias y secundarias de la monopsicosis o psicosis única ■

Referencias bibliográficas

- Conti, N., El inconciente antes del Psicoanálisis: su presencia en la Psicología, la Psiquiatría y la Sociología del Siglo XIX en *Actas del VIII Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis*, Mar del Plata 2007.
- Conti, N., Matusevich, D., Mente y Cerebro en la psiquiatría de Wilhelm Griesinger, en *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, N. 22, Marzo 2005.
- Griesinger, W., *Die pathologie und Therapie der psychischen Krankheit*, Leipzig, 1845 (Ed. española: Patología y Terapéutica de las Enfermedades Mentales, Bs. As., Pólemos, 1997 – Traducción de la 1^{ra}. Edición francesa, 1865).
- Herbart, J.F., Antología de J. F. Herbart, (comp.) Luzuriaga, L., *Revista de Pedagogía*. Madrid, 1932.
- Lanteri-Laura, G.; *Los paradigmas de la Psiquiatría Moderna*, Madrid, Triacastela, 2000.
- Stagnaro, J.C., *Presentación* en, Griesinger, W., Patología y Terapéutica de las Enfermedades Mentales, Ed. Pólemos, Buenos Aires, 1997.

Patología y terapéutica de las enfermedades mentales (1845)

Wilhelm Griesinger

LIBRO I.

TERCERA SECCIÓN:

CONSIDERACIONES FISIOPATOLÓGICAS
PRELIMINARES SOBRE LOS FENÓMENOS PSÍQUICOS

§ 16. Tanto en el hombre como en los animales, la vida psíquica comienza en los órganos de los sentidos; es una corriente constante que va desde el afuera hacia el adentro de la percepción y desde el adentro hacia el afuera en los órganos de movimiento. La transformación de las sensaciones sensoriales en movimiento constituye la forma general de la acción refleja, con o sin percepción sensitiva. Pueden observarse, en los animales y en los niños, formas simples de esta doble corriente con diferentes grados de desarrollo. Al estar poco controladas por percepciones claras y enérgicas, vemos que las impresiones sensitivas, en el caso de los animales y de los niños, se transforman en excitaciones motrices, en una tendencia a una excesiva movilidad, que traduce inmediatamente, por la palabra o por los actos, las impresiones momentáneas que llegan desde el exterior. Entre estos dos actos fundamentales de la vida psíquica, se interpone siempre algo que se encuentra excitado por la sensación, un tercer elemento que presenta una analogía con la sensación y que está estrechamente ligado a ella, pero que no es ella. Allí se forma, por así decir, una esfera accesoria que está equidistante de la sensación y del impulso motriz, la que al desarrollarse, extenderse y agrandarse poco a poco, termina siendo un centro poderoso y complejo que domina a su vez en varios sentidos la sensación y el movimiento, y en cuyo seno se mueve toda la vida espiritual del hombre. Esta esfera, es la inteligencia.

Todos los fenómenos intelectuales tienen lugar en el seno de la inteligencia; ella es la que constituye la energía especial del órgano de la mente, y todos los hechos psíquicos que se distinguían en otra época como otras tantas facultades diferentes (imaginación, voluntad, emociones, etc.) son sólo distintas relaciones de la percepción con la sensación y el movimiento, o el resultado del conflicto de los pensamientos respecto de las mismas.

Nadie sabe lo que es, hablando con propiedad, la inteligencia, ni lo que sucede en el cerebro cuando pensamos, pero las maneras en que esta facultad se manifiesta son fáciles de observar, y el lugar en el que la misma entra en ejercicio no nos es desconocido. Todo parece indicar que al menos las ideas netas, claras, nacen en el cerebro; podemos incluso decir con razón que la percepción se asemeja bastante a las funciones sensoriales internas, y que además, forma parte de estas funciones.

Parece que la percepción está compuesta esencialmente por dos cosas; por un lado, por una excitación subjetiva normalmente muy débil y pálida y por centros sensoriales, y por otro lado, por combinaciones de varias de estas excitaciones

que provocan una imagen general (abstracta), y ulteriormente podemos poner de relieve cada una de las impresiones de las cuales surgió el conjunto.

En el más amplio sentido de la frase (en el que Herbart lo ha utilizado, por ejemplo) todo hecho intelectual, tanto activo como pasivo, y naturalmente del mismo modo la sensación, se reduce a una percepción. La sensación es una percepción que nace en el cerebro inmediatamente después de la transmisión de una excitación que actuó sobre una fibra centripeta. Muchas otras percepciones no son inmediatamente provocadas por la irritación de los nervios sensitivos, sino que son producidas interiormente por las funciones del cerebro, siendo éstas independientes de toda excitación sensorial; también están ligadas a las huellas que las impresiones sensoriales anteriores han dejado en el cerebro, como así también a los fenómenos íntimos de la sensación.

Hablamos de las ideas tanto como de cosas de las que tenemos consciencia, es decir que están actualmente presentes en nuestra mente, y que tienen un cierto grado de fuerza y de nitidez, como de las ausentes (en apariencia conservadas en la memoria, pero que de hecho existen más bien sólo en estado de disposiciones). En la inteligencia hay una vida y un movimiento activo, aunque no tengamos consciencia de ello, pero que reconocemos por sus resultados. En esta esfera inmersa en las tinieblas o el crepúsculo, reina una actividad constante que es mucho más grande y más característica para el individuo que el número relativamente pequeño de ideas pasadas al estado consciente. Una gran cantidad de irritaciones psíquicas, de impresiones nacidas en el seno mismo del organismo, influye en primer lugar, e incluso por así decirlo, exclusivamente, sobre esta esfera, y actúa modificando los fenómenos que allí se desarrollan, sin que nos demos cuenta de ello. Estos fenómenos, los movimientos que se producen en este terreno, contribuyen poderosamente para determinar la disposición actual del carácter; son ellos los que dirigen nuestros gustos, los que guían nuestras simpatías y nuestras antipatías.

Cuando se produce un cambio brusco y radical en nuestras ideas, el mismo es acompañado a veces (aunque muy rara vez) por fenómenos que creemos sentir en la cabeza; como si tuviéramos la sensación de algo que se abre o que se cierra, que sintiésemos allí un ligero estremecimiento, que hubiesen nubes que se amontonan o se disipan. Guislain (*Leçons orales*, t. II, p. 178) y Trélat (*Annales Médico-Psychologiques* t. VIII, p. 175) citan algunos hechos análogos; yo mismo conozco uno del cual no puedo tener ninguna duda. Naturalmente no debemos inferir de ello que estos individuos sientan un cambio que se produce realmente en cuanto al estado del cerebro; estos fenómenos parecen más bien estar relacionados con las membranas cerebrales, con su contenido sanguíneo, y quizá también con la distribución del líquido cefalorraquídeo.

(...)

§ 21. La percepción, al igual que la sensación, puede estar acompañada de dolor o de placer; desde este punto de vista, las mismas presentan una gran analogía, circunstancia esta aún más notable puesto que el dolor moral es uno de los elementos fundamentales más importantes de la locura.

Tanto en la sensación como en la percepción, la naturaleza del dolor y del placer es una especie de juicio vago, oscuro, por un lado de elevación, y por otro lado, de restricción y de sumisión del yo. Este juicio puede fijarse sobre una sola sensación o sobre una sola percepción que, a partir de entonces, se acompaña de dolor; pero tanto en la percepción como en la sensación hay estados mucho más generales y más vagos de malestar y de displacer, el falso juicio ya no gira sobre un mismo tema, sino sobre el conjunto de las sensaciones y de las percepciones. Las sensaciones de pesadez general, de malestar en todo el cuerpo y sin dolor localizado se suman a este orden de hechos, y el sentimiento de opresión, de encogimiento, de inquietud, sin que nada los motive, los que por otro lado pueden, al prolongarse, determinar ciertas ideas dolorosas, se suman a los hechos de orden moral.

Todas las circunstancias que influyen sobre la sucesión y el encadenamiento normal de las ideas que representan al yo, y que traban, en consecuencia, la libertad del mismo, pueden provocar un dolor moral. Tanto un exceso de irritación moral que, al presentarse confusamente y sin orden, provoca nuevas ideas, como la ausencia de toda excitación, pueden producir algunos sentimientos penosos (aburrimiento, indiferencia). Asimismo, en el sistema nervioso sensitivo, el dolor puede ser el resultado, tanto de una irritación violenta (impresiones tumultuosas) como de una ausencia de excitantes comunes (el frío, el hambre, etc.).

Los fenómenos que resultan de la inhalación del cloroformo ya nos han mostrado que la transmisión de la sensibilidad táctil puede ser conservada y la sensación de dolor aniquilada. Además, Schiff ha recientemente demostrado (*Physiologie*, t. I) que en la médula espinal los cordones blancos tienen la facultad de dirigir las impresiones táctiles, y que, en cambio, sólo la sustancia gris transmite el dolor; evidentemente también el dolor nace sólo en la sustancia gris. No es para nada increíble admitir que en los órganos de la percepción, los fenómenos de transmisión no estén íntima y obligatoriamente ligados a los fenómenos que producen el dolor moral, y que éste pueda ser el resultado directo de la irritación especial de ciertas partes constituyentes del tejido cerebral.

La consciencia de este trastorno sobrevenido de improviso durante el normal desarrollo del pensamiento, lo cual constituye el dolor moral, varía mucho de acuerdo a los individuos; de este modo, una organización delicada e impresionable puede experimentar una gran pena debido a circunstancias que dejarían, en cambio a un cerebro obtuso, en un estado del calma total, como por ejemplo, cuando no podemos llegar a comprender las razones de un hecho o a resolver un problema, etc. El estado de irritación momentánea en el cual se encuentra actualmente el cerebro hace que el pensamiento se acompañe o no de dolor. Las mismas circunstancias pueden, en diferentes épocas o en diferentes momentos, producir impresiones muy diferentes; la impresión que resulta de un hecho cualquiera no es la misma, por ejemplo, si éste sobreviene luego de haber bebido una copa de vino, o cuando llegamos de un espectáculo, o si ya hemos tenido alguna contrariedad, etc. Un nervio por

ejemplo, asiento de un dolor neurálgico, no reacciona como lo haría en condiciones normales; el más mínimo contacto sobre este nervio es muy doloroso; lo mismo ocurre con el cerebro, ya que existen ciertos estados de este órgano en los que toda excitación psíquica provoca un dolor moral, en el que todo pensamiento es doloroso. Pero el estado de irritación actual del cerebro es el producto de todos los estados de irritación anterior junto a las causas de excitación que actúan al mismo tiempo. Vemos que en los individuos que han sido a menudo presa de un estado profundo de dolor moral, -ya sea debido a una predisposición originaria, o a ciertas impresiones morales penosas-, surge progresivamente una perversión dolorosa general de los sentimientos, persistentes o pasajeros; al desdichado todo le parece triste y lúgubre, y aquel cuya vida está llena de miserias y de penas cae fácilmente en una tristeza permanente, en la misantropía. Veremos que normalmente la locura comienza de esta manera. Todo se transforma en impresiones dolorosas; no es extraño que este estado de ánimo sea el resultado de sucesos penosos. Entrevemos ya, en este hecho, una predisposición moral seria a la alienación mental dentro de esta impresionabilidad, de esta tendencia a ciertas oscilaciones perpetuas del ánimo, que hacen que todas las impresiones morales despierten algunos juicios confusos que se fijan en estos hechos morales mismos, que las impresiones objetivas reales se encuentren trabadas, y que el enfermo se concentre cada vez más en sí mismo y se vuelva profundamente egoísta e hipocondríaco.

El dolor moral, al igual que el dolor físico, presenta la particularidad de aparecer, en primer lugar, en la consciencia y de no dejar subsistir a su lado ningún otro sentimiento. Incluso, cuando alcanza un grado muy elevado en uno de nuestros sentidos, el mismo está acompañado por anestesia. Asimismo, el dolor moral muy profundo le ocasiona un estado de insensibilidad psíquica completa a los excitantes normales. La pupila del ojo del espíritu se achica, y el único objeto del cual se ocupa, el dolor moral, que se ha apoderado brutalmente del espíritu, pasa al estado de consciencia; en la hiperestesia de los sentidos, el ojo se sustrae por ejemplo de la excitación de la luz que habitualmente busca para ir a la oscuridad; lo mismo ocurre con el dolor moral; el enfermo evita todo comercio psíquico con el mundo exterior, porque el menor contacto con el mismo le resulta lastimoso; ya no se integra a lo que sucede a su alrededor, y se concentra cada vez más en sí mismo. El dolor moral acarrea aún otras consecuencias importantes. Todas las percepciones son tristes y penosas debido incluso a esta concentración de la mente; como el enfermo es ingenioso para atormentarse y se ocupa siempre de su dolor se aleja de todo aquello que normalmente le interesaba, olvida todo momentáneamente, y cuando quiere recordarlo, la imposibilidad en la que se encuentra en ese momento para volver a ser parte de ello como lo hacía antes puede pasar a ser para él una nueva fuente de dolor. Puesto que toda impresión moral le es penosa, la bondad y el afecto dan lugar, en él, a una oscura desconfianza y al odio. Por otro lado, la ley de causalidad innata en la mente humana, lo empuja a buscar las causas -que no son más que internas- de su dolor moral; pero las busca en el mundo exterior, porque el hombre está acostumbrado a recibir los impulsos que determinan su estado moral del exterior; pero desde el momento en que estas causas no existen realmente en el mundo exterior, resulta pues, que las ideas, los juicios, los razonamientos que el enfermo expresa son fal-

sos, está delirando. Los intentos del individuo de buscar y explicarse los motivos de su perversión moral, constituyen, así como lo reconoceremos más adelante, la principal fuente del delirio de los alienados, y veremos que en esta búsqueda de circunstancias etiológicas, se presentan no sólo las percepciones en el sentido estricto del término, sino también bajo la influencia de la fantasía y de la excitación central de las funciones sensoriales provocada por la imaginación, una cantidad de alucinaciones y de ilusiones diversas con las que intenta explicarse su estado.

El dolor sensitivo perjudica siempre a la tonicidad y a los movimientos de los músculos. Con frecuencia el enfermo teme hacer el más mínimo movimiento y mantiene instintivamente en reposo el miembro que le causa sufrimiento; a veces la motilidad está realmente dañada, hay un ligero grado de parálisis, o a veces inclusive se ven ciertos movimientos mórbidos, contractura o sacudones convulsivos. La vida intelectual también tiene un cierto movimiento que se encuentra afectado por el dolor moral (ver el § siguiente). A veces la determinación se paraliza, el enfermo no tiene voluntad y se queda en la inacción, así como a menudo vemos que el dolor físico es acompañado por un estado de decaimiento profundo del órgano central; o bien, por el contrario, la voluntad se fija convulsivamente en un sólo tema, estado éste que a veces es interrumpido por un movimiento moral rápido pero poco intenso; a veces por último, el dolor provoca una determinación violenta y convulsiva, por decirlo así, que no tiene objetivo y que no es proporcional a su duración. Pero, al igual que en lo que denominamos sensibilidad muscular, el cerebro tiene consciencia del estado del sistema nervioso motor, del mismo modo que tenemos consciencia de los movimientos de la vida intelectual; la impotencia enfermiza del espíritu, la falta de voluntad, la concentración de la mente en una sola idea, los sacudones convulsivos de la determinación son percibidos por el enfermo como una especie de reacción dolorosa causada por el esfuerzo, lo cual aumenta aún más el estado de dolor moral del que ya era víctima.

Los diversos estados de dolor moral, la inquietud, el temor, la tristeza, la pena, etc., determinados por una causa externa o interna, tienen para el resto del organismo las mismas consecuencias que el dolor físico; el sueño desaparece, la nutrición se ve afectada y vemos aparecer la demacración y un estado de agotamiento general. El dolor moral alterna a veces con neuralgias, con irritación espinal; en otros casos provoca las neuralgias, vemos muy a menudo que se acompaña del dolor epigástrico (¿dolor muscular?) tan frecuente en la irritación espinal; en oportunidades este dolor se complica con diferentes grados de anestesia de la sensibilidad (embotamiento de la sensibilidad respecto de la temperatura y del dolor psíquico provocado por una causa externa).

Los estados de alegría dan resultados diametralmente opuestos; dejo que el lector se ocupe por sí mismo de buscar las analogías que presentan estos estados con las sensaciones físicas agradables en lo referente a su naturaleza por un lado, y a sus consecuencias por el otro.

(...)

§ 26. Pero, así como las sensaciones y los sentimientos se transforman fácilmente en inclinaciones, puesto que son más enérgicos, las ideas se transforman en voluntad, dado que las mismas son más fuertes y persistentes; es por ello que

las ideas más fuertes al final de su serie de desarrollo se transforman forzosamente en actos. Por suerte la actividad intelectual procura que toda percepción no alcance este grado de intensidad. En efecto, de acuerdo a la ley de asociación de las ideas, éstas se atraen también por su contraste (ver § 19), llaman a otras análogas, y se produce un conflicto en nuestra consciencia. Todo el complejo de ideas que representa al *yo* (ver § 28) se pone en juego y, luego de haber rechazado o favorecido la primer idea, termina por dar la resolución. El hecho de este conflicto en la consciencia, el cual es juzgado en el fondo por el *yo*, constituye la *libertad* del hombre.

Es un error admitir una libertad absoluta, como así también los resultados que de ello resulte. La libertad nunca es más que relativa y cada uno de nosotros tiene una medida diferente de la misma. Originalmente el hombre no es libre, sólo lo es cuando le llega una masa de ideas bien coordinadas que se encadenan fácilmente entre sí, y cuando estas ideas vienen a constituir un núcleo sólido, el *yo*. Tenemos entonces dos condiciones generales para la libertad humana. Por un lado, una asociación de ideas que se hace sin obstáculo, a la cual, alrededor de las ideas presentes, que incluso se transforman en voluntad, se le suman otras nuevas que a veces se oponen a las primeras. En segundo lugar, un *yo* con una energía conveniente (§ 28) que puede determinarse luego de haber reforzado una parte de las ideas que se le presentan y rechazado, por el contrario, las otras. En el individuo que carece de ideas, y cuyo razonamiento es débil, la libertad desaparece en gran parte en la monotonía de la costumbre que se parece casi a un sueño. El hombre débil de mente es menos libre, puesto que no tiene una asociación de ideas activas, y puesto que en él, las ideas de contraste sólo se despiertan muy lentamente o no se despiertan en absoluto. El niño es menos libre, a pesar de que en él la perceptividad sea muy activa, dado que su *yo* no es aún lo suficientemente enérgico para hacer que se enfrenen los conjuntos de ideas fuertemente encadenadas.

Es sumamente importante que el médico, desde el punto de vista médico-legal, tenga bien en claro la naturaleza de la libertad humana, puesto que este es un tema muy a menudo ensombrecido debido al modo abstracto en que se lo ha tratado. Esto es lo que hace el objeto principal de este párrafo. La libertad consiste pues, esencialmente, en una convergencia y en una transformación de cada acto de voluntad, de cada masa de ideas que se presentan en la reflexión, por otras ideas y, sobre todo, por todo el conjunto de ideas encadenadas del *yo*, en el imperio del *yo* sobre las tendencias actualmente existentes, y en particular, en la posibilidad de la posesión de uno mismo. Cuanto más compacto y homogéneo es el *yo*, más firme es el carácter, y también más marcada está su afirmación o su *veto* respecto de la puesta en práctica de las ideas que se encuentran en estado de fusión. De este modo esta propuesta: “la verdadera libertad consiste en la limitación”, debe entenderse particularmente de esta convergencia de las ideas realizada por el *yo*; cuando no hay límites, las ideas que surgen sin cesar, a menudo provocadas sólo por las excitaciones actuales de los sentidos, o sobrevenidas caprichosamente, van rápidamente y sin ningún obstáculo hacia la faz motriz de la mente y se imponen. Las influencias orgánicas más diversas pueden disminuir, trabar o incluso abolir completamente esta convergencia de las ideas por el *yo*.

Cuando el hombre construye las reglas de su conducta en base a lo moral, sólo podrá hacerlo en la medida en que una el conjunto de las ideas relativas a su ley de moralidad con todo su entendimiento -por medio de una reproducción y un uso frecuente- de manera que, en cada movimiento enérgico de su mente, estas ideas sean al mismo tiempo llamadas a la consciencia; las mismas forman luego una parte constituyente esencial del conjunto de ideas de su yo, y cuando se produce un conflicto en su consciencia, no sólo estas ideas llegan inmediatamente, sino también en general ejercen una cierta influencia % sobre todo el contenido del yo. En el caso del criminal, en cambio, las ideas de egoísmo y de hostilidad contra el prójimo se consolidan poco a poco en su mente, de modo tal que siempre surgen fácilmente, y se forma así en su yo un fondo de ideas, la mayoría de las cuales se inclinan siempre hacia el lado malo. Que no se crea por ello que el criminal deba hacer el mal en cada caso particular; incluso en él la asociación de las ideas es activa, y cuando ésta le representa ideas que contrastan con sus malos pensamientos, le vuelven a su mente algunos movimientos adormecidos de su consciencia, ciertas imágenes y recuerdos medio borrados de tiempos mejores o el bien que recibió en su juventud, etc., y la lucha puede ser bastante cruenta. El yo termina inclinándose hacia el lado malo; si se inclinase hacia el lado bueno el individuo no sería un malvado, sino simplemente un hombre en quien, sin duda, se haría bien en no confiar demasiado; sin embargo, en ese caso le ha podido ganar a sus malos deseos. Pero nunca es posible estimar de antemano la fuerza de los motivos morales que se oponen a una mala acción; no hay malvados absolutos; las inclinaciones condescendientes tienen la prioridad en la naturaleza humana según el tiempo; no hay hombres en quienes las mismas estén completamente suprimidas, y la historia de los crímenes muestra que a menudo el peso débil de un recuerdo de juventud o de una vieja frase que se introduce en el funcionamiento de los pensamientos, despierta fuertemente las ideas de moral que estaban suspendidas haciendo, de este modo, inclinar la balanza del lado del bien. Si existiese un hombre como el viejo Cenci del drama de Shelley, se podría decir por adelantado que toda determinación es, en él, necesariamente mala; pero no existe un hombre semejante y nunca un individuo sano de mente se verá forzado a cometer un crimen.

§ 27. La acción recíproca normal de la inteligencia que hace ideas actuales despierten algunas otras opuestas, o que en general restrinjan las primeras, y que todas las ideas se produzcan con un grado medio de fuerza y de rapidez, de modo que generalmente pueda haber entre ellas una lucha en el seno de la consciencia, y que hace además que el pensamiento y la reflexión sean posibles, constituye el estado de reflexión (*Besonnenheit*). Vemos fácilmente cómo la misma es una de las condiciones esenciales de toda libertad.

Ahora bien, hay una gran cantidad de estados en los que la reflexión se encuentra debilitada o completamente abolida. Ello se ve, con un grado variable, primero en las emociones (ver § 30) que siguen estando aún dentro de los límites fisiológicos, y también dentro de casi todos los estados patológicos del cerebro. La intoxicación alcohólica, las irritaciones cerebrales simpáticas, la mayoría de las enfermedades orgánicas profundas de la substancia cerebral, y especialmente todas las enfermedades mentales, influyen sobre la libertad

del juego del entendimiento y, en consecuencia, restringen la reflexión o la aniquilan por completo. Pero todas estas afecciones no producen este resultado de la misma manera; la enfermedad cerebral exagera directamente algunas de nuestras inclinaciones e instintos, dándoles una intensidad desmesurada (inclinación sexual, instinto de destrucción), ellas se transforman en voluntad y en actos, sin que ninguna otra idea haya podido surgir a su lado, o bien todas las ideas se suceden en una marcha muy rápida, y no hay, en la disposición sucesiva de las mismas, ninguna que sea lo suficientemente fuerte y persistente como para que pueda producirse tan siquiera el comienzo de una lucha real en el seno de la consciencia. Estos dos modos se observan a menudo en los estados maníacos, en los que vemos con frecuencia, en el último caso que hemos indicado, que la excitación más leve del afuera determina la naturaleza de los actos. La percepción es tan perezosa y el yo tan débil que las condiciones de una lucha interna están ausentes -como en la demencia-. En otros casos, debido a una enfermedad del cerebro, ciertos falsos encadenamientos de ideas, ciertos razonamientos erróneos, se han vuelto tan persistentes y se mezclaron de una manera tan íntima con todo el conjunto de ideas del yo, que su contraste está completamente borrado de la mente, penetrando de este modo en todas las determinaciones, y el yo, que se encuentra atado a esas ideas fijas, se ve siempre obligado a resolverse en el sentido de las mismas; ello es lo que encontramos en la locura sistematizada y también en algunos estado de melancolía y de manía. En estos enfermos la determinación y el acto se producen a menudo con gran calma y con una elección y una combinación de medios que parecen perfectamente apropiados; sin embargo, carecen de reflexión interna, porque las falsas suposiciones adquirieron la fuerza de ciertos motivos irresistibles, y porque el enfermo se ve imposibilitado de sustraerse a ello.

Sólo hemos querido dar algunos ejemplos, y no enumerar todos los tipos posibles de supresión de la reflexión en los alienados. Muchos puntos del mecanismo de la inteligencia nos resultan aún totalmente desconocidos; en ciertos estados de locura, de ebriedad, etc., algunas grandes series enteras de ideas, el sentimiento del deber, las ideas estéticas, etc., parecen haber desaparecido por completo de un modo permanente o momentáneo, sin que podamos señalar otros conjuntos de ideas que hayan desplazado a las primeras.

En todas las enfermedades mentales la reflexión se ve en un principio afectada, y también, en consecuencia, la libertad. Naturalmente, la pérdida de la libertad no es el fondo mismo del proceso mórbido, sólo es un resultado, que expresamos abstractamente para comprenderlo, de los desórdenes psíquicos más diversos, y que nunca puede tener la importancia de un signo diagnóstico. En los alienados, la reflexión se ve incluso destruida en grados muy diferentes. Hay estados que no podríamos separar de las enfermedades mentales sin separar brutalmente lo que constituye un mismo todo; tales son, por ejemplo, algunos estados de hipocondría profunda cuyos períodos iniciales duran a menudo mucho tiempo con una intensidad moderada, en los cuales el enfermo goza aún de un resto de reflexión bastante importante. Enfermedad mental y negación de la libertad no significan, pues, para nada, la misma cosa; cuando un médico es llamado para dar su opinión sobre estos estados, no debe preocuparse en general por

las ideas abstractas que deben ser profundamente separadas las unas de las otras, ni por la enfermedad mental o la integridad psíquica, ni por la libertad o por la no libertad; el médico debe, en cambio, estudiar los fenómenos que presenta el enfermo, desde un punto de vista psicológico, analizarlos y apreciar sus resultados. Pero para ello es sin duda necesario tener una educación psiquiátrica que desgraciadamente es muy poco común.

Este sería el lugar para tratar la cuestión de imputación y de responsabilidad; pero no está dentro de los planes de esta obra profundizar acerca de este tema; los elementos necesarios para la comprensión de esta cuestión resultan de lo que hemos dicho en los párrafos precedentes. Agregaré, sin embargo, algunas observaciones. Cuando se presenta la cuestión de la responsabilidad, hasta el momento los médicos legistas han querido responder a ello. Pero, de acuerdo a la naturaleza del hecho, el médico no tiene que pronunciarse respecto de estas cuestiones que son puramente jurídicas; su misión es simplemente la de proveer al juez encargado de resolver el caso (al jurado) los materiales completamente elaborados relativos a este hecho. El médico puede entonces, cuando tiene interés en hacerlo, no responder a la pregunta respecto de la responsabilidad, y yo mismo, expliqué (juicio Fahrner, audiencia de Rottweiler, diciembre de 1858), en una causa famosa, que, si me iban a hacer alguna pregunta respecto de la responsabilidad, no contestaría a ella, puesto que la consideraba extra-médica. Y, en efecto, la pregunta no fue hecha. ¿Qué otra pregunta se puede o se debe entonces hacerle al médico? Evidentemente en la mayoría de los casos, la misma sería: si existe un estado mórbido, que de un modo general haya influenciado sobre la actividad de la mente de tal o cual individuo, y que haya suspendido especialmente la libertad de sus acciones, o (aquí hay que admitir algunos matices) que lo haya más o menos limitado, o incluso, que haya simplemente podido limitarla. Al responder a esta pregunta, el médico queda dentro de su terreno, y la misma engloba todo lo esencial que se le puede preguntar al hombre del arte. ¡Si le es imposible, en razón del estado actual de la ciencia (hablo de un médico experimentado), responder de manera precisa a esta pregunta, que confiese siempre francamente esta imposibilidad, sin preocuparse por las consecuencias! No tiene otro interés más que el de la verdad; no tiene que ocuparse de cosas que no son de su competencia y para las cuales no tiene que asumir responsabilidades, por ejemplo: si la justicia debe castigar o no a un individuo alienado, si la pena es proporcional al delito, etc. Los jueces (jurado) por otro lado, no están ligados a la opinión emitida por el médico, ésta no es más que uno de los elementos que deben servirles para establecer su convicción; ¡sería algo espantoso, si los informes médicos, a menudo tan malos y tan contradictorios, ejerciesen una acción imperativa sobre el final de los procesos criminales! ¡Que el médico no vaya por ello a creer que la influencia de su ciencia se verá disminuida; la cual es, sobre todo mayor, cuando el médico se queda estrictamente en su terreno, en el que nadie puede seguirlo! El autor habla por la gran experiencia que tiene en asuntos judiciales.

§ 28. En el transcurso de nuestra vida se forman, gracias a la unión progresiva de las ideas, grandes conjuntos de ideas cada vez más sólidamente encadenadas. Su particularidad en cada hombre depende, no sólo del contenido especial de las

ideas aisladas provocadas por las impresiones de los sentidos y por los sucesos externos, sino también de las relaciones habituales de las ideas con los móviles y con su voluntad, y también de ciertas influencias de todo el organismo que se han vuelto permanentes y que activan o traban su producción. Ya el niño recibe de sus conjuntos de ideas, aún relativamente simples, una impresión general, que comienza a designar, en cuanto ésta posee ciertos elementos necesarios, bajo la expresión abstracta de yo.

El yo es una abstracción en la cual las huellas de cada una de las sensaciones de los pensamientos y de las voluntades anteriores se encuentran contenidas en estado de envoltura, y que, en el funcionamiento ulterior de los procesos psíquicos se llena de un fondo siempre nuevo. Pero la asimilación de esta nueva percepción en el yo preexistente no se hace de una vez; la misma crece y se fortifica en progresión lenta y, en principio, lo que no está aún asimilado aparece ante el yo como una oposición y al hombre como un tu. Poco a poco, ello ya no se limita a tal conjunto único de pensamiento y de “querer” que representa al yo, sino que se forman varios conjuntos parecidos de ideas, encadenados, coordinados, y poderosos: “dos almas” como dice Goethe (y no solamente dos) habitan en el seno del hombre, y según el predominio de tal o cual conjunto de ideas (todos pueden representar al yo), éste cambia y se disocia. De ello puede resultar una contradicción y una lucha interior, y las mismas se producen, en efecto, en todo individuo pensante. Las naturalezas felices y armoniosas, llegan espontáneamente al final de esta lucha, debido a que en los diferentes conjuntos de ideas se desarrollan espontáneamente algunas intuiciones fundamentales, aún oscuras, que no pueden expresarse claramente, que se muestran en todas partes y que dan a todo el campo del pensamiento y de la voluntad una dirección fundamental armoniosa. La fe por un lado, y el empirismo por el otro, pueden ser citados como ejemplos de estas distintas direcciones. El objeto de la educación espontánea es, no sólo adquirir las direcciones fundamentales, generales y sólidas, sino también llevarlas poco a poco y en la medida de lo posible a través de la reflexión al estado de consciencia, y llegar de este modo a poseer las premisas de todo pensamiento y de toda voluntad maduras y conformes a la naturaleza del individuo.

Nuestro yo es, en diferentes épocas, muy diferente; según la edad, las diversas obligaciones de la vida, los sucesos, las excitaciones del momento, tales o cuales conjuntos de ideas que, en un momento dado, representan al yo, se desarrollan más que otros y se ubican en primera fila. Somos “otro y sin embargo el mismo”. Mi yo como médico, mi yo como sabio, mi yo sensual, mi yo moral, etc., es decir, el conjunto de ideas, de inclinaciones y de dirección de la voluntad que están designados por estas palabras, pueden entrar en oposición entre sí y rechazarse en diferentes momentos. Esta circunstancia debería tener como resultado, no sólo la no consecuencia y la escisión del pensamiento y del querer, sino también la falta completa de energía en cada una de estas caras aisladas del yo, en el caso en que en todas estas esferas no hubiese un retorno más o menos claro para la consciencia de algunas de estas direcciones fundamentales.

Uno de los ejemplos más evidentes e instructivos, desde el punto de vista de las condiciones de la alienación, de una renovación y de una transformación aún fisiológica del yo,

nos es proporcionado por el estudio de los fenómenos psíquicos que sobrevienen durante la época del desarrollo de la pubertad. Con la entrada en actividad de ciertas partes del cuerpo, que hasta entonces se encontraban en absoluta calma, y con la revolución total que se produce en el organismo en ese momento de la vida, hay grandes masas de sensaciones nuevas, de inclinaciones nuevas, de ideas vagas o nítidas y de nuevos impulsos de movimiento que pasan, en un lapso de tiempo relativamente breve, al estado de consciencia. Todas estas ideas penetran poco a poco en el círculo de las viejas ideas y llegan a ser parte integrante del *yo*, el cual se transforma debido a ello en otro, se renueva, y el sentimiento de sí mismo sufre una metamorfosis radical. Pero, es cierto que en tanto la asimilación no sea completa, la penetración y la disociación del *yo* primitivo no pueden realizarse sin que haya grandes movimientos en nuestra consciencia, sin que ésta sufra un fuerte sacudón, es decir, sin que se produzca una gran cantidad de agitaciones diversas en nuestra mente. Es por ello que, particularmente en ese momento de la vida, vemos que se presentan algunas agitaciones internas de sentimientos que no tienen motivos externos.

§ 29. No es porque sí que hayamos elegido este ejemplo tan apto para explicar la locura por medio de numerosas analogías. En esta última, en efecto, con el inicio de la enfermedad cerebral, se desarrollan normalmente algunas masas de sensaciones, de inclinaciones y de ideas totalmente nuevas, también del interior hacia el exterior, y que, hasta el momento, el individuo desconocía por completo bajo esta forma (por ejemplo la sensación de gran ansiedad a la cual se suma la idea de un crimen cometido, la idea de persecuciones, etc.). Al principio, estas nuevas ideas se presentan ante el antiguo *yo* como un *tu* extraño que a menudo excita el asombro y el temor. Con frecuencia los individuos sienten esta penetración en el círculo de las viejas ideas como una toma de posesión del antiguo *yo* por una potencia oscura e irresistible, y el hecho de esta toma de posesión se expresa a través de ciertas imágenes fantásticas. Pero esta duplicidad, esta lucha del antiguo *yo* contra los nuevos conjuntos de ideas no adecuados, se acompaña siempre de una sensación lastimosa de combate, de estado emocional y de agitaciones violentas. Esta es en gran parte la causa del hecho de que los primeros períodos de la inmensa mayoría de los casos de locura consisten en afecciones de los sentimientos cuyo carácter es normalmente el de la tristeza.

Si la causa de este nuevo estado anómalo del pensamiento, la enfermedad cerebral, no desaparece, este estado se hace persistente, y como el mismo contrae poco a poco lazos cada vez más fuertes con los conjuntos de ideas del antiguo *yo*, como a menudo las enfermedades del cerebro han destruido y borrado completamente otras masas de ideas que podrían ayudarla a resistir, la resistencia del antiguo *yo*, la lucha en la consciencia, cesan poco a poco y la tormenta de las agitaciones se disipa; pero el *yo* mismo se falsea y se transforma en otro debido a estos lazos y a la introducción de nuevos elementos de ideas y de voluntades. Luego el enfermo puede reencontrar la calma y su pensamiento puede ser a veces formalmente justo; pero estas ideas anormales y erróneas se deslizan como premisas irresistibles, porque, normalmente, las mismas contrajeron con ella lazos íntimos; el enfermo ya no es, desde ningún punto de vista, el mismo que era antes,

es totalmente otro; su *yo* se ha transformado en un *yo* nuevo y falso. Otras veces parece que se forman varias masas de ideas, poco coherentes entre ellas, de las que cada una quiere representar al *yo*, y por ello mismo la unidad de la persona puede desaparecer por completo (ciertos enfermos con locura sistematizadas o dementes). En tanto que las agitaciones cesaron en estos estados se las puede entonces designar, con razón, como una perversión especial de la inteligencia, como enfermedades del entendimiento.

Acabamos de trazar aquí en pocas palabras el funcionamiento común de las cosas, desde la aparición de la locura hasta su culminación en demencia incurable. Lo que hemos dicho no es aplicable naturalmente a todos los casos (no se aplica por ejemplo a la demencia que sobreviene primitivamente después de una herida en la cabeza) e, incluso en los casos en los que los fenómenos mórbidos en su conjunto toman este camino sobrevienen una gran cantidad de accidentes intercurrentes y de modificaciones. Los progresos ulteriores de una enfermedad orgánica del cerebro (por ejemplo, de una inflamación de la capa cortical que termina en atrofia) interrumpen de este modo el curso de la locura, de modo tal que, al establecerse rápidamente la demencia, no se puede formar un nuevo *yo*; pronto llega la curación o la muerte. Véase, respecto de este tema, la descripción de las formas mentales de la locura más adiante.

Llamaré también la atención sobre la enorme importancia que debe tener en estos estados la constitución anterior del *yo*. Un *yo* débil será pronto dominado por los nuevos pensamientos anómalos, lo que no le ocurrirá a un *yo* enérgico. Una penetración lenta e imperceptible de los viejos conjuntos de ideas por los nuevos, dará lugar a muchas menos emociones, pero, dado que hay menos excitación en relación a la resistencia, el *yo* estará seguramente mucho más disociado y absorbido. Comparativamente la duración de la enfermedad es la circunstancia de mayor importancia. Los nuevos conjuntos de ideas serán aún más peligrosos para el *yo*, puesto que estas ideas ya tendrán, en cuanto a su naturaleza, un mayor parentesco con los conjuntos de las viejas ideas; la mezcla es entonces más fácil pero el resultado será también una metamorfosis del *yo* menos palpable respecto del estado anterior. La experiencia diaria confirma del modo más concluyente lo que acabamos de emitir aquí.

En estado normal, los diferentes conjuntos que pueden representar al *yo* encuentran un elemento fundamental de unidad sobre todo en el conjunto de ideas de nuestro propio cuerpo. Si bien la sensación física de nuestro cuerpo cambia también de diferentes maneras en el curso de nuestra vida (enfermedad, edad, etc.), el conjunto de las percepciones del cuerpo sigue siendo, sin embargo, siempre el punto de reunión de todas las demás ideas, un centro del que parten los actos motores. Pero hay estados anormales (y ello es frecuente sobre todo en las enfermedades mentales) en los que el sentimiento general del cuerpo se modifica brusca y notablemente, de modo que por ello mismo el elemento fundamental sensual del antiguo *yo* se transforma por completo; en ese momento entonces el individuo se separa totalmente de su personalidad anterior; ya no reconoce su persona como perteneciéndole, cree ser un individuo que en realidad no es ■



Asociación Argentina de Psiquiatría
Infanto Juvenil y Profesiones Afines

INVITA AL

XVIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE FLAPIA

FEDERACION LATINOAMERICANA DE PSIQUIATRIA
DE LA INFANCIA, LA ADOLESCENCIA, LA FAMILIA Y
PROFESIONES AFINES



2 y 3 de Junio de 2011

Buenos Aires - Argentina

Asociación Médica Argentina (AMA) (Av. Santa Fe 1171)

"Revisando nuestra práctica: Nuevos Desafíos"

TEMAS PRELIMINARES:

- Política, Sociedad y Salud Mental
- Interdisciplina en Salud Mental
- Trastornos Psiquiátricos y Psicopatológicos en Niños, Adolescentes y sus Familias
- Dispositivos de Promoción y Prevención en Salud Mental
- Abordajes Terapéuticos, Psicoterapia, Psicofarmacología
- Dispositivos Asistenciales

Informes: flapia@bayfem.com.ar
(5411) 4952-4689 (15-5151-1401)

Organiza: R. Santi
y Asociados S.A.
División Congresos
y Eventos
Cooperativos



www.aapi.org.ar