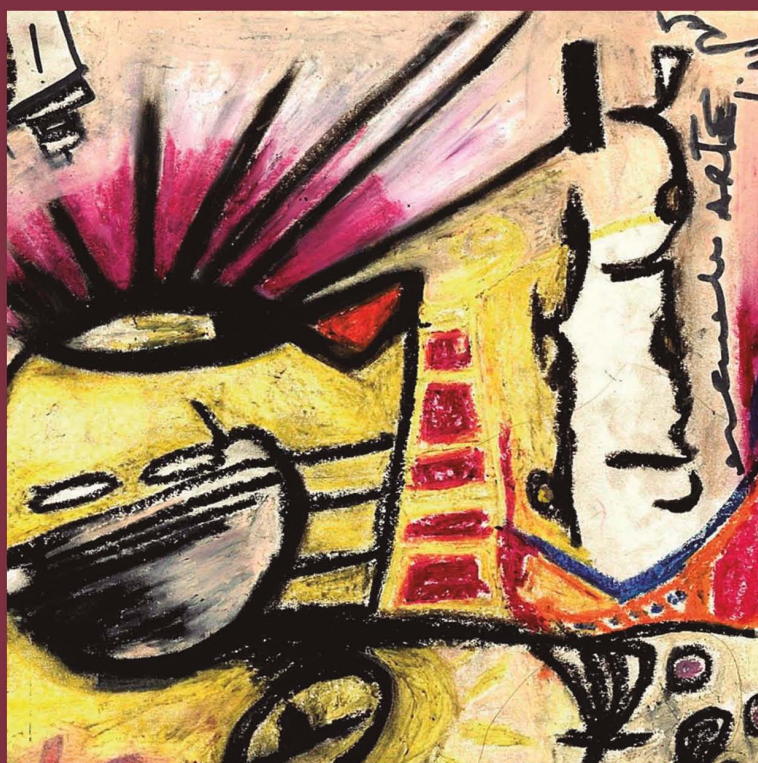




VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

136

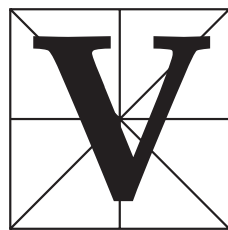


**RECUPERACIÓN, UN CONCEPTO DE FRONTERA
(PARTE II)
PERSPECTIVAS LATINOAMERICANAS**

*Agrest / Elcoro / Faundez / Lovisi / Magalhães Dahl / Mascayano
Mitkiewicz de Souza / Montenegro / Susser / Tavares Cavalcanti / Vera San Juan*

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

Volumen XXVIII – Nº 136 Noviembre– Diciembre 2017 – ISSN 0327-6139 – Buenos Aires



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

136

Director:

Juan Carlos Stagnaro

Director Asociado para Europa:

Dominique Wintrebert

Secretario:

Martín Nemirovsky

Comité Científico

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

Comité Editorial

Martín Agrest (Proyecto Suma); Patricio Alba (Hospital "Torcuato de Alvear"); Norberto Aldo Conti (Hospital "José T. Borda"); Juan Costa (Centro de Atención Primaria CeSAC 24, GCBA); Gabriela S. Jufe (Hospital "Torcuato de Alvear"); Eduardo Leiderman (Universidad de Palermo); Santiago Levín (Universidad de Bs. As.); Daniel Matusevich (Hospital Italiano de Bs. As.); Alexis Mussa (Medicus); Martín Nemirovsky (Proyecto Suma); Federico Rebok (Hospital "Braulio A. Moyano"); Esteban Toro Martínez (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación); Hugo Pisa (Consultor independiente); Fabián Triskier (Consultor independiente); Ernesto Wahlberg (Consultor independiente); Silvia Wikinski (CONICET).

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); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. L. Tuñón. **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 Erasquin; 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.

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

Corrección técnica de textos:
Natalia Fuertes

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

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. XXVIII Nro. 136 NOVIEMBRE_DICIEMBRE 2017

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

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

Impreso en:
Adagraf
San Antonio 834, CABA

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.

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina
de Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

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

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

Ilustración de tapa

Artista: Chantal Broto

Obra: Ego2

Dibujo técnica mixta - agosto del 2012

*facebook/chantal broto
chantalbroto@gmail.com*

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Autismo: comparación de dos modos de tratamiento
Juan Pablo Lucchelli, Jean-Claude Maleval pág. 405
- Levomepromazina como coadyuvante de sedación
en la unidad de cuidados intensivos pediátricos
Verónica Becerra, Daniel Buamscha, Corina Ponce, Carlos Cambaceres,
Alejandro Noman, María Eugenia Galván, Miriam Lenz pág. 411
- Uso de escalas en depresión en la práctica clínica en Argentina
Enzo Guzzo, Fernando Taragano. Hugo Krupitzki, Jaime Pahissa,
Silvina Heiseke pág. 416
- Estudio epidemiológico sobre la conducta homicida
en los adolescentes
María de los Ángeles Quiroga pág. 424

DOSSIER

RECUPERACIÓN, UN CONCEPTO DE FRONTERA (PARTE II)

PERSPECTIVAS LATINOAMERICANAS

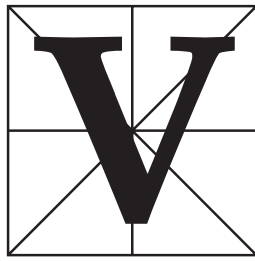
- Desafíos en el camino a la recuperación personal
en América Latina
Norha Vera San Juan pág. 434
- En nombre propio
Gerald Faundez pág. 439
- "Dime cómo la evalúan, te diré quién es":
¿Qué aporta la evaluación de la recuperación personal
a la comprensión de la recuperación como concepto?
Magdalena Elcoro, Martín Agrest pág. 442
- Narrativas corporizadas de superación:
¿un camino para la recuperación?
Catarina Magalhães Dahl, Flávia Mitkiewicz de Souza,
Giovanni Marcos Lovisi, Ezra Susser, Maria Tavares Cavalcanti pág. 450
- En nombre propio: María
María pág. 456
- El "modelo de la recuperación" y la reforma de la
atención en salud mental: evidencias, diferencias y elementos
para una agenda latinoamericana
Franco Mascayano, Cristián Montenegro pág. 460

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- Historia de la neuropsicología a las neurociencias
cognitivas en Argentina (1883-2003)
Ricardo F. Allegri, Pablo Bagnati pág. 468

LECTURAS Y SEÑALES

- El nuevo periodismo
Daniel Matusevich pág. 479



EDITORIAL



La Declaración de la Asociación Médica Mundial "Normas directivas para médicos con respecto a la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas", adoptada en su 29ª Asamblea Médica Mundial realizada en Tokio, Japón, en octubre de 1975 (www.wma.net), casi seis meses antes del golpe militar del 24 de marzo de 1976, indica taxativamente:

"El médico no deberá favorecer, aceptar o participar en la práctica de la tortura o de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquier sea el delito atribuido a la víctima, sea ella sospechosa, acusada o culpable, y cualquiera sean sus creencias o motivos y en toda situación, incluido el conflicto armado o la lucha civil" [...] "El médico no proporcionará ningún lugar, instrumento, sustancia o conocimiento para facilitar la práctica de la tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, o para disminuir la capacidad de resistencia de la víctima a soportar dicho trato" [...] "el médico tiene la obligación ética de informar los maltratos, cuando sea posible con el consentimiento de la persona, pero en ciertas circunstancias cuando la víctima no puede expresarse libremente, sin consentimiento explícito" [...] "El médico no deberá estar presente durante ningún procedimiento que implique el uso o amenaza de tortura, o de cualquiera otra forma de trato cruel, inhumano o degradante" [...] "El papel fundamental del médico es aliviar el sufrimiento del ser humano, sin que ningún motivo, personal, colectivo o político, lo aleje de este noble objetivo".

Jorge Luis Magnacco, médico de la Armada Argentina que llegó al rango de capitán de navío y ocupaba el cargo de jefe de Obstetricia del Hospital Naval en 1976, perteneció al Grupo de Tareas 3.3.2 con el cual actuó como obstetra en el centro clandestino de detención de la Escuela de Mecánica de la Armada (ESMA) durante la dictadura militar. En esa innoble tarea Magnacco asistió al parto de embarazadas detenidas-desaparecidas, asesinadas posteriormente, y firmó numerosos certificados de nacimientos de niños nacidos en cautiverio. Nunca denunció su accionar porque compartía la ideología y el modo de operar de los ejecutores del Terrorismo de Estado. Fue detenido en 2000 por apropiación de bebés.

Como resultado del mayor juicio de derechos humanos de la historia argentina, la causa ESMA III, Magnacco fue condenado a prisión a principios de diciembre de este año, pero, inmediatamente, se vio beneficiado por la decisión del Tribunal Oral Federal (TOF) 5 que le dio por cumplidos los dos tercios de su condena al unificar en 24 años las diferentes penas que pesaban sobre él. Las Abuelas de Plaza de Mayo repudiaron, con plena razón, la decisión judicial.

Es una obligación como médicos, renovar la condena moral expulsando de hecho y de derecho -como lo hizo en 1984 la comunidad médica argentina con el Coronel Médico Julio R. Estéves, quien en su función de Director del hospital "A. Posadas" dirigió una salvaje represión sobre el personal de la institución- a un individuo de la catadura de Magnacco que enlodó de tan perversa manera a nuestra medicina, y expulsarlo definitivamente de las filas de los profesionales del arte de curar. ■

Juan Carlos Stagnaro

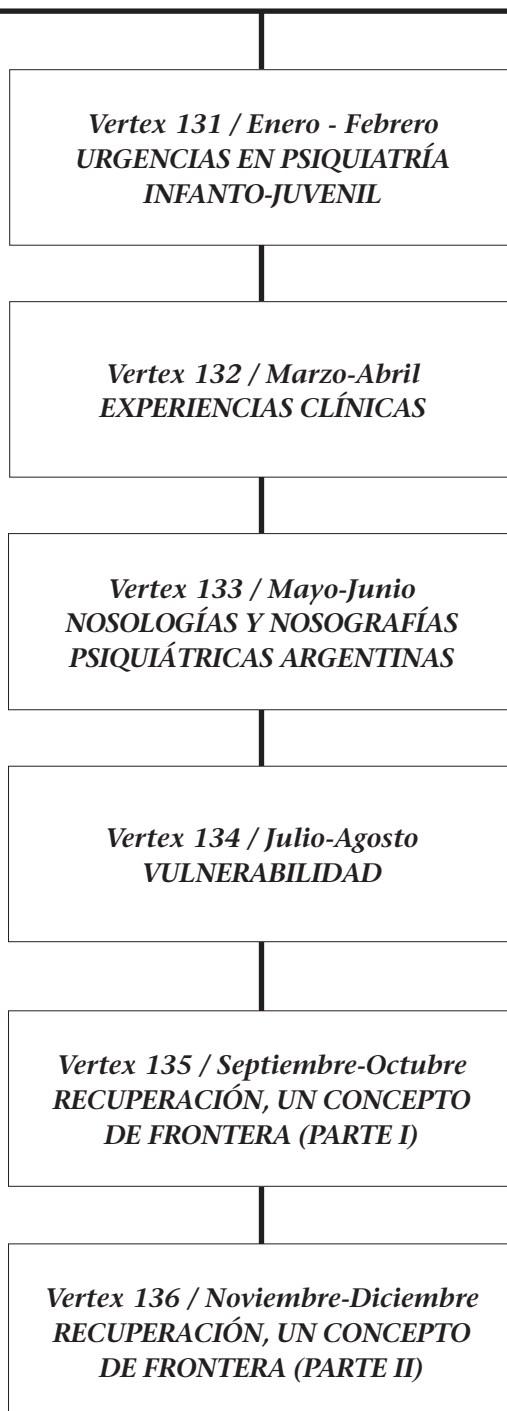
REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

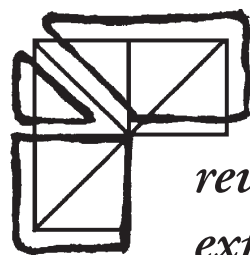
Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

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.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2017





*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Autismo: comparación de dos modos de tratamiento

Juan Pablo Lucchelli

*Psiquiatra a cargo. Centre Médico-psychologique pour enfants de La Courneuve
Hospital Ville-Evrard, Francia
E-mail: lucchelli@hotmail.com*

Jean-Claude Maleval

Profesor de Psicología clínica, Universidad de Rennes 2, Francia

Resumen

El tratamiento del autismo es un tema controvertido desde hace unas cuatro décadas. La primera descripción formal del autismo de Leo Kanner en los años '40 describía la evolución de un trastorno neuro-psicopatológico bastante homogéneo y no evocaba la posibilidad de su tratamiento. Actualmente, se propone un tipo de terapia que oscila entre el tratamiento cognitivo y el comportamental. En el presente artículo se considera la pertinencia de otras formas de tratamiento.

Palabras clave: Autismo - ABA - Psicoanálisis - Psicosis - Teacch - Intervención precoz.

AUTISM: COMPARING TWO TREATMENT MODALITIES

Abstract

The treatment of autism has been a controversial issue for about four decades. The first formal description of Leo Kanner's autism in the 1940s describes above all the evolution of a homogeneous neuropsychopathological disorder and did not evoke the idea of a possible treatment. Today, researchers trusted to subscribe to a type of therapy that oscillates between cognitive and behavioral treatment. However, other treatments proposals may be pertinent, is what we discussed in the following article.

Keywords: Autism - ABA - Psychoanalysis - Psychosis - Teacch - Early intervention.

El tratamiento del autismo es un tema controvertido desde hace unas cuatro décadas. La primera descripción formal del autismo de Leo Kanner en los años '40 describía la evolución de un trastorno neuro-psicopatológico bastante homogéneo y no proponía un posible tratamiento (de la misma manera que, a la sazón, no se trataba el síndrome de Down). La existencia de un tipo de «calendario autístico» que sigue de manera inexorable diferentes etapas en el desarrollo no permitía una gran libertad en cuanto a estrategias que adoptar sobre cómo mejorar la vida cotidiana de niños y adultos autistas. Desde entonces, las perspectivas han cambiado. Sobre todo, en los EE. UU. tiende a imponerse un consenso con respecto al tratamiento del autismo, recomendando una intervención lo más precoz e intensa posible. En materia de autismo, intensidad y precocidad parecieran ser las dos palabras clave que se imponen en toda política de Salud Pública, ya que se apuesta a los resultados adaptativos en la evolución de dicho trastorno psíquico. En efecto, la precocidad del diagnóstico del trastorno va en el mismo sentido que la precocidad del tratamiento, con el objetivo de modificar la evolución neuropsicológica. La *Haute Autorité de Santé* (HAS) en Francia, preconiza, coincidiendo con la tendencia internacional, un tratamiento precoz por intermedio de la *Analysis Behaviour Therapy* (ABA), un tratamiento intensivo que llega a modificar ciertos comportamientos de los niños autistas (1). También son tenidos en cuenta otros métodos como, por ejemplo, el método TEACCH, los modos de comunicación facilitada y el *Picture Exchange Communication System* (PECS). El informe de la HAS fue elaborado a partir de diferentes estudios de la literatura internacional sobre el autismo y ha clasificado los trabajos publicados en dos categorías: aquellos validados científicamente y los que no contaban con esa cualidad. Entre estos últimos métodos, se encuentra naturalmente el psicoanálisis. Pero en realidad, ni la ABA, ni el TEACCH, ni el método Denver, recomendados por la HAS, están “científicamente probados”, según ese organismo. Desde hace más de diez años, el grupo de investigación sobre el autismo de Montreal y, sobre todo, el psiquiatra franco-canadiense Laurent Mottron, proponen un tipo de abordaje terapéutico diferente, deducido a partir de sus propios estudios de investigación, que toman en cuenta un tipo de cognición particular que, según esos autores, caracteriza al autismo.

Un tratamiento fundado en las “propias fuerzas”

El jefe de fila del grupo de Montreal, además de haber publicado en revistas especializadas las conclusiones parciales de sus protocolos de investigación (2, 3), publicó también, con diez años de intervalo, dos manuales consagrados al autismo: *L'autisme: une autre intelligence* (4) en 2004 y *L'intervention précoce pour enfants autistes* en 2016 (5). El argumento de esos dos textos podría resumirse de la siguiente manera: dado que el autismo posee una modalidad cognitiva particular, todo método terapéutico debería basarse en la cognición autística,

es decir en las posibilidades y las “fuerzas” propias del autista que ya operan en él (6). Todo otro tipo de tratamiento, especialmente de tipo comportamental (ABA), lo único que produce es: 1) un desconocimiento de la cognición y la inteligencia autística y 2) un forzamiento del individuo a seguir vías para las cuales no está preparado, de tal manera que se ejercerá una violencia contra el niño autista, además de que los resultados obtenidos serán falsos, ya que se evalúan a partir de los mismos parámetros que impone la terapia comportamental. Un tratamiento de tipo ABA, por ejemplo, comparado por Mottron al adiestramiento de animales, desconoce la inteligencia autística, tanto como las fuerzas y los “picos de competencia” del autista.

Vale la pena precisar cuál es la concepción terapéutica del autismo de Mottron, concepción que el autor califica de “educativa”, por una razón muy simple: para él el autismo no es una enfermedad que haya que curar. No se trata de una enfermedad en el sentido que podría tener una infección, por ejemplo, en la cual hay un agente patógeno, un comienzo de síntomas, y un tratamiento que conlleva a la cura definitiva de la patología. El autismo es para Mottron una “variante del humano” (5), que se debe reconocer socialmente como tal. Es el mundo quien debe adaptarse a esta variante del humano, y no el autista quien debería adaptarse al mundo. En su último libro, Mottron modifica completamente la concepción del autismo y, sobretodo, su tratamiento. Pero también especifica la existencia de un subgrupo de autistas, fruto de varios estudios realizados en Montreal por su equipo, que denomina “autismo prototípico”, al cual dedica, precisamente, el tratamiento preconizado en ese texto (5), y que lo diferencia del “autismo sindrómico”, caracterizado por signos y síntomas autísticos menos específicos, debidos, en general, a patologías genéticas o ligados a una anomalía del desarrollo (como, por ejemplo las anomalías debidas a la prescripción de ácido valproico durante el embarazo, anomalías genéticas ligadas al cromosoma 15, al X frágil, etc., pero también otras causas de trastorno del desarrollo todavía desconocidas).

En efecto, la multiplicación DSM-ística de casos de autismo es sobre todo debida a la confusión de diferentes subgrupos difíciles de caracterizar. Si bien el DSM-5 (8) propone una estrategia útil, como es la de incluir el hasta aquí denominado “síndrome de Asperger” dentro del *Autism spectrum disorder* (ASD), por otro lado, al disminuir los criterios de inclusión, aumenta el número de casos que responden a esos criterios. De ahí que sea necesario establecer ciertos especificadores, por ejemplo, el lenguaje (sin retraso en el caso de los “ex Asperger”, con retraso en los otros casos de autismo, etc.). Mottron, entonces, especifica un grupo, denominado “prototípico”, que correspondería a la mayoría de los casos originariamente descriptos por Leo Kanner en su texto fundador (9). El autismo prototípico comporta poca variabilidad en el número de copias genéticas, una morfología estable (perímetro craneano en el nacimiento normal o macrocéfalo, sin dismorfia facial), en niños que comienzan a caminar dentro de los límites normales de edad (antes

de los 18 meses), y presentan una *performance* normal o muy buena al menos en un dominio (cognitivo o perceptivo), movimientos oculares rápidos (*saccade*), con una adquisición del lenguaje que sigue etapas, en general, bastante precisas (sucesivamente: mutismo, ecolalia inmediata y/o diferida, inversión pronominal, lenguaje estereotipado y, finalmente, lenguaje sintácticamente correcto).

Según Mottron, sería relativamente fácil criticar el tratamiento de tipo ABA: una vez considerados como deficitarios ciertos dominios que caracterizan al autismo (sociabilidad, comunicación), el esfuerzo consistirá en reforzar los déficits. Se le enseñará al niño, muy pequeño, a través de un tratamiento intensivo de varias horas por día, a comunicar por intermedio de medios alternativos (PECS), pero también a estructurar la jornada de manera repetitiva con las mismas rutinas, esperando que así se pueda separar al niño (este punto es fundamental) de sus intereses repetitivos y restringidos: tabletas digitales, pantallas, objetos sin funcionalidad precisa o bien modificada por el niño, etc. Se fuerza por un lado, a mejorar lo que falta, y se priva, por el otro, lo que existe en exceso, ya que para Mottron es el exceso (sea en el área del lenguaje como en el área perceptiva), más que el déficit, lo que caracteriza al autismo. Mottron realiza una crítica sistemática de todos los métodos de intervención comportamental, tomando uno tras otro los ítems considerados por el método ABA (5). Por supuesto, el psicoanálisis no es una excepción para el autor canadiense, ya que lo acusa de haber dejado de lado la clínica autística para aplicar de manera sistemática el dogma psicoanalítico (en realidad, Mottron considera que el psicoanálisis nunca aportó nada a los autistas. Estaríamos de acuerdo con el autor, salvo que, en cierto modo, es una psicoanalista quien describió el primer caso de autismo, mucho antes que Kanner (10)).

Consideremos entonces el análisis de los modos de intervención intensa y precoz que Mottron denomina *Intervention Comportementale Intensive Précoce* (ICIP), método que propone una compensación de los aspectos deficitarios del autismo, así como una supresión de los componentes comportamentales considerados como invalidantes. En lo que concierne la socialización, cuya alteración define al autismo, las ICIP pretenden normalizarla, pero lo hacen según los parámetros sociales de los no autistas. Esto va contra la naturaleza misma del autismo, en el cual la socialización no está ausente sino más bien condicionada, en general, por los intereses propios del autista. En lo que respecta a los comportamientos repetitivos e intereses restringidos, éstos están condicionados por la exploración y la búsqueda de sensaciones perceptivas, típicas del autismo, de tal manera que en la mayoría de estos comportamientos (excepto en los comportamientos peligrosos) vemos ejercerse la inteligencia y la percepción clásicas del niño autista "prototípico" y no una anomalía que debería modificarse o evitarse. Mottron es categórico: no sólo no hay que evitar estos comportamientos atípicos, sino que además habría que incentivarlos.

El autor despliega, analiza y critica las diferentes modalidades de las ICIP en relación a: 1) su "intensidad": no es seguro que la terapia sea más eficaz en la medida que sea más intensiva (Mottron cita estudios donde se compara el número de horas de terapia ABA, no sólo no hay diferencia sino que si la hay, ella es más eficaz en los grupos donde el niño pasa menos horas con los terapeutas comportamentales (7)); 2) su "precocidad": es decir, la idea según la cual cuanto más tempranamente se comience la terapia comportamental, mejores serán los resultados. Esta última noción proviene de la hipótesis de la existencia de una "plasticidad neuronal" en la cual "nunca se precisa los límites y las coerciones, en el cuadro de una alteración genética [...] o en el calendario del desarrollo" (5).

Ahora bien, ningún estudio demuestra una modificación definitiva del cerebro debida a los tratamientos comportamentales. El único cambio que se constata es el que puede verificarse a través de las escalas que conciben al autismo desde su aspecto deficitario (socialización, comportamientos no funcionales, etc.). En general, Mottron indica que todos los reforzadores empleados por las ICIP no tienen pertinencia y solo desvían el desarrollo típico del niño autista en lo que éste tiene de único y de positivo. Por último, aún cuando las ICIP llegaran a modificar de manera parcelaria ciertos comportamientos (el niño aprende a saludar con la mano, por ejemplo), nada nos asegura que este cambio pueda generalizarse y extenderse a otras actitudes sociales, y menos aún que esto sirva para aliviar o mejorar el bienestar psíquico del niño.

Mottron propone entonces refundar la comprensión del autismo. Por ejemplo, propone detectar el tipo de inteligencia autística para educar y seguir al niño según sus "propias fuerzas", es decir, su interés restringido, la secuencia particular de la adquisición del lenguaje (que es, en el "autista prototípico" estrictamente inversa a la del niño típico o normal, en el sentido de que el lenguaje escrito precede al verbal), valorizar los intereses y modos perceptivos del niño, etc. Desde esta perspectiva, se desprende un tipo de actitud bien diferente que los terapeutas y las familias deberían tomar en cuenta frente al niño autista. Por un lado, conviene distinguir en el interior mismo de la clínica autística los comportamientos nocivos (verdaderamente peligrosos) y aquellos que corresponden, en realidad, a un aumento de la información que el niño almacena en su mente; por otro lado, habría que practicar una "tutela paralela" sobre el niño, radicalmente diferente de la manera "face to face" clásica en los métodos de tipo ABA. Se trata solo de no ser intrusivo con el niño y notar que muchos de los progresos en el aprendizaje ocurren "de manera casual" (5), sin que lo hayamos buscado. En cuanto a los beneficios terapéuticos, hay que saber que éstos se producirán según un "bucle" temporal ("*boucles de retombée*") retardado, indirecto y no con beneficios o con una eficacia inmediata. Durante un lapso de tiempo que puede ser largo, se trabaja "a pura pérdida" ("*pour un temps, à perte*"). Mottron explica también cómo posicionarse en cuanto a la socia-

lización autística, que es muy diferente de la socialización ordinaria. Los aprendizajes se obtienen siguiendo la organización autística del niño (alineamiento o creación de conjuntos de objetos similares, interés particular por las imágenes, privilegiar la memorización, etc.) aumentando progresivamente el nivel de complejidad, siempre por intermedio de la “tutela lateral” (que consiste en, literalmente, sentarse “al lado” del niño y no enfrente, interesarse en lo que él hace, eligiendo de manera doble los objetos de interés: una tableta para el niño, otra para el terapeuta, etc.). En cuanto al lenguaje, habrá que privilegiar, durante el período no-verbal, distintos modos no-verbales del tratamiento de la información (solo se enriquecerán y se aumentarán el talento no verbal en el que el niño ha demostrado ser espontáneamente más hábil). Los soportes escritos y visuales permiten una intervención precoz, mucho antes que la adquisición del lenguaje hablado. En lo que respecta a este último, el autor preconiza “parafrasear una acción” más que dirigirse directamente al niño, lo cual corre el riesgo de ser vivido como algo intrusivo. Para terminar, Mottron propone respetar el interés del niño autista por sus objetos.

El tratamiento que sigue el funcionamiento y las proposiciones de los mismos autistas

Antes de la publicación del último libro de Mottron en 2016, un artículo del psicoanalista Jean-Claude Maleval de 2014 (11), retomaba varias proposiciones que ya habían sido hechas por él mismo en 2009 en su libro *L'autiste et sa voix* (13), así como en 2008 en otro artículo (14), y daba cuenta de las particularidades del funcionamiento autístico preconizando, como lo hace Mottron, un tratamiento del autismo que debe seguir el funcionamiento propio del niño y adulto autistas, en lugar de imponer un tratamiento comportamental, apoyándose en la experiencia clínica de ciertas instituciones de orientación psicoanalítica dedicadas al autismo, como también en artículos que rendían cuenta de esas experiencias terapéuticas.

La particularidad de los distintos trabajos de Maleval consagrados al autismo es la de centrarse aún más en los testimonios de los mismos autistas que en la opinión de los expertos (11). De esta manera, Maleval puede afirmar de manera paradójica que con el tratamiento que él preconiza, aún cuando se inspira en el psicoanálisis, no se aplica “Ninguna cura psicoanalítica”. Este autor se inspira de las recomendaciones de la práctica institucional “de varios” intervinientes, propuesta por diferentes autores. ¿En qué consisten las propuestas de Maleval y de los autores en los que se inspira? Lo hemos dicho: por un lado, en las propuestas de tratamiento de varios autores psicoanalistas -las primeras fueron publicadas en 2006- y en otros textos publicados por él mismo.

He aquí cómo Maleval resume su óptica con respecto al tratamiento de los autistas:

“Aferrarse a un doble, búsqueda de un refugio, búsqueda de regularidades, elección de un objeto privilegiado, aprendizaje a través del interés espontáneo por los

objetos, interés por la música y socialización derivada del interés específico. Cuando no se los bloquea en sus propios esfuerzos, cuando son estimulados con un suave forzamiento, tomando apoyo en sus propias iniciativas, y en la dinámica de la pérdida, los autistas movilizan sus energías para complejizar un borde protector que puede a veces permitir la emergencia de una competencia social”.

Maleval le da importancia a los siguientes hechos que caracterizan el funcionamiento autístico:

El primer punto, es la diferencia entre el autismo y la “psicosis infantil”: el autor considera que el autismo es una estructura subjetiva particular, bien diferente de la psicosis (12).

“Apoyarse en un doble” (12): este “doble” puede ser la madre, un educador, un hermano, un animal o una muñeca de peluche. Lo que cuenta es que el niño se tranquiliza por la presencia y el alma que pareciera atribuirle a ese doble, en un verdadero transitivismo permanente. El doble le sirve de plataforma, de tal manera que “vive en su lugar”: siente lo que el niño no puede expresar, etc., pero también logra “hacer” lo que él no puede. El único riesgo de la existencia de este doble sería una fusión excesiva que impediría al niño su propia emancipación.

“Hay que evitar ser intrusivo” (12): “si el terapeuta es demasiado insistente, el niño tratará de ignorarlo. Un animal o un objeto no presenta este inconveniente”.

Hay que interesarse en los temas que interesan espontáneamente al niño: “Partimos del niño tal como él es, con sus potencialidades y sus incapacidades, pero también con su objeto privilegiado – éste puede ser un palo, un hilo, un circuito, Walt Disney, etc. – e inventamos herramientas para extender, desplazar y generalizar el centro de interés original para llevar progresivamente al niño hacia un proceso de aprendizaje. De esta manera, la atención y el interés del niño son suscitados por el trabajo propuesto, que deviene así motivante en sí y fuente de satisfacción” (5).

Respetar el ambiente propuesto por el autista: según Maleval no hay que romper las barreras impuestas por el autista (12).

“Postura en paralelo”: “muchos terapeutas han comprendido empíricamente que funcionar como doble, adoptando una postura en paralelo, con una recuperación alusiva de los comportamientos, es una manera de entrar en contacto con los autistas más graves”. Maleval precisa: “lado a lado”, como diría Deligny, más que “frente a frente” (12).

Maleval propone dirigirse al niño como si se hablara “a nadie en particular” (“à la cantonade”), y no directamente, y aún menos bajo la forma de una orden, ya que es una manera de no ser intrusivo y de “hablar en paralelo”, refiriéndose a una persona o a una acción.

Maleval propone “una invitación implícita” (12), es decir una “práctica de rebote”, descrita por Fustier, donde el terapeuta se ocupa de sí mismo evitando de ocuparse del otro [...] esta indiferencia aparente [...] suscita curiosidad”. Maleval acepta la crítica de que esta estrategia puede conllevar el riesgo de que el niño no se interese en el terapeuta.

Maleval se posiciona contra toda aplicación psicoanalítica en el sentido habitual del término: interpretación, asociación libre, etc., que inhibe y angustia al autista (12).

Refugio tranquilizador: búsqueda de calma sensorial. Maleval constata que, muy frecuentemente, hay que ceder a los pedidos del autista, aunque, a veces, sean extraños, sin pretender modificarlos, ya que “la cognición del autista no es independiente de su vida afectiva, de tal manera que atemperar la angustia mejora el aprendizaje”.

“Un suave forzamiento es necesario”, subraya Maleval, apoyándose en un texto de otro autor (Di Ciaccia, 2010) (4). ¿En qué consiste eso? En ir más allá de la dimensión de los aprendizajes y traduce el hecho de que una iniciativa debe venir del otro (padres, terapeutas, maestros) para “sacar” al autista de su espacio subjetivo íntimo. Maleval tematiza lo que denomina el “borde”, es decir el borde pulsional pero también el borde simbólico que el autista construye en el mundo (retención de la materia fecal, construcción de límites simbólicos; en el autista adulto, por ejemplo, el interés por la literatura de ciencia ficción, o los juegos en computadora, etc.).

La necesidad de una cierta inmutabilidad: tal como lo hace el autista de manera espontánea. Esta inmutabilidad es necesaria, como se lo practica corrientemente en muchas instituciones, para que el entorno del autista sea tranquilizador. En este contexto, es también fundamental discernir las regularidades y aislar los parámetros que deben repetirse para estructurar la vida del sujeto.

La omnipresencia de los objetos: se tratará así de respetar la tendencia del niño a guardar los objetos a los cuales está ligado psicológicamente. Maleval cita el siguiente propósito de K. Barnett: “La mayoría de los educadores tenían tendencia a retirarle el juguete preferido o el rompecabezas al niño, para que éste pueda concentrarse en los objetivos de la terapia. Algunos incluso los escondían.” (6); Maleval precisa “Ahora bien, ella había asistido a una gran cantidad de sesiones durante las cuales su hijo estaba demasiado distraído por la privación de uno de sus objetos autísticos lo que le impedía progresar. Entonces tuvo una idea: no concentrarse en las debilidades, como lo hacen las técnicas de aprendizaje, sino más bien aprovechar sus pasiones”.

Maleval, estando en esto diametralmente opuesto a lo que se preconiza en la perspectiva psicoanalítica, propone tomar en cuenta las intuiciones de la madre del niño y de implicarla en el tratamiento (da de nuevo como ejemplo el testimonio de K. Barnett a propósito de su hijo). Esto tendría repercusiones considerables si se piensa que las familias, sobretudo los padres, forman parte del tratamiento impartido a los niños, lo que es raramente tomado en cuenta en los medios orientados por el psicoanálisis, pero a veces tampoco en los métodos comportamentales.

Discusión

Sería muy fácil demostrar que la mayoría de los puntos evocados en las propuestas terapéuticas de Mottron

en su último libro se encuentran también en los artículos de Maleval, salvo que las referencias bibliográficas de este último son hasta diez años, anteriores al último libro del investigador canadiense. Sin embargo, a pesar de que las posiciones clínicas y el tipo de actividad universitaria de cada uno de estos autores sean muy diferentes, existen entre ambos puntos de convergencia teóricos importantes, y también de divergencia:

- Puntos de convergencia: los dos autores se posicionan contra la versión deficitaria del autismo, punto de partida a partir del cual se deducen sus propuestas de tratamiento. Por un lado, ambos critican el tratamiento comportamental, como el ABA y, por otro lado, proponen apoyarse en la modalidad cognitiva de los autistas, privilegiando, por ejemplo, el escrito y el registro visual, según Mottron, tanto como la seriación, la necesidad de aislarse, y la elección de objetos particulares, según Maleval. Este último se apoya en los testimonios de los autistas adultos, así como en los testimonios de sus familias, pero Mottron también se refiere a los mismos, ya que explicita su deuda hacia una investigadora y colaboradora autista, Michelle Dawson. Maleval propone una “postura en paralelo”, Mottron una “tutela paralela”; Maleval propone dirigirse al niño “à la cantonade” (“como quién no quiere la cosa”), Mottron indica que es necesario “parafrasear” una acción en lugar de hablarle directamente al niño; Maleval insiste en el hecho de no ser intrusivo y de evitar el “face to face”, misma proposición que encontramos en la pluma de Mottron, en su libro de 2016; Maleval sugiere un “suave forzamiento”, Mottron propone enriquecer las actividades elegidas por el niño; Maleval defiende la “necesidad de cierta inmutabilidad”, Mottron estima que hay que detectar los centros de interés del niño y respetarlos; Maleval estima que hay que respetar también “la omnipresencia de los objetos”, Mottron indica que no hay que impedir ciertos comportamientos e intereses repetitivos, salvo si éstos últimos devienen “peligrosos”; Maleval defiende el rol de la madre, a partir de diferentes testimonios, Mottron propone implicar los padres del niño autista (“orientación familiar”), como lo que propone el PACT en el Reino Unido (1); Maleval propone la necesidad de una “práctica entre varios” profesionales, de la misma manera, que Mottron, quien evoca la necesidad de un equipo multidisciplinario, evitando así que un solo clínico, el psiquiatra por ejemplo, sea el único interlocutor del niño y de su familia; para terminar, Maleval se posiciona contra la intervención psicoanalítica “clásica” (interpretación y asociación libre), en cuanto a este punto, no necesitamos explicitar lo que piensa Mottron del psicoanálisis.

- Puntos de divergencia: a pesar de las posiciones defendidas por ambos autores, los intereses y las relativamente fáciles críticas de uno y otro son bien diferentes. Maleval estima que “... no son tanto los déficits cognitivos lo que ellos [los autistas] se esfuerzan en compensar, lo más urgente para ellos es atemperar la angustia”; Mottron también llama la atención sobre el hecho de que hay que evitar los momentos de gran ansiedad, como

la de un “animal enjaulado”, que encontramos frecuentemente en el autista, pero el punto central para este autor es que evitamos la ansiedad mejorando la información dada al niño (“input”). Para Mottron, es la privación de información la que engendra la angustia y no la inversa. Maleval escribe: “...algunos piensan que es interviniendo en los procesos cognitivos que será posible atenuar [la angustia]. No es la opinión de los principales interesados, ellos saben que los medios que deben ser puestos en funcionamiento para evitar la angustia son de otro orden que la mejoría de la cognición”. Leyendo a Mottron, se llega rápidamente a la conclusión que, para él, la angustia se debe a una falta de información. Esta deducción es pertinente, si pensamos que a veces, cuando aportamos una información, el autista se calma. Pero, todos ya hemos hecho la experiencia y sabemos que aportar una información, incluso muy útil, no impide la interrogación ansiosa y repetida hasta el cansancio de parte del niño. En general, Maleval considera que el autista tiene un inconsciente, manifestado por la existencia de un cuerpo libidinal y de un “borde” pulsional, mientras que Mottron pareciera concebir el autismo como una cognición diferente, una inteligencia singular, teniendo menos en cuenta el mundo afectivo del autista.

Conclusión

El autismo es un trastorno del desarrollo que devino una de las preocupaciones más importantes en materia de salud mental en el mundo. En este sentido, la investigación clínica, biológica y genética en psiquiatría

no cesa de progresar (por ejemplo, tratando de definir “subgrupos”), pero también avanzan las diferentes tentativas de llegar a un consenso en cuanto al tratamiento y el diagnóstico. Laurent Mottron es un investigador de primer orden, que trabaja en un hospital universitario actualizado en la investigación clínica: sus proposiciones en materia del autismo como “variante del humano”, y no como una patología que se debe curar son de una gran originalidad. Es más, sus investigaciones que parecieran poder distinguir en el interior mismo del espectro autístico un tipo clínico particular (“autismo prototípico”) que no tendría nada que ver con el “autismo sindrómico”, tiende a reconocer aún de manera más neta la “variante del humano” que hemos evocado (muy pronto, el equipo de Montreal publicará un nuevo texto que dará cuenta de este subtipo de autismo). Maleval, en cambio, sin poseer las herramientas con las que cuenta Mottron, y posicionándose desde la perspectiva psicoanalítica, propone reconocer el autismo como una estructura subjetiva única y diferente (especialmente con respecto a la psicosis infantil). Maleval no distingue un autismo “prototípico”, pero su perspectiva terapéutica de tratamiento del autismo es tan próxima de aquella defendida por Mottron, que cabría preguntarse si ambos autores no hablan de un mismo tipo clínico, bastante similar a la primera descripción de Leo Kanner. Con una ligera anticipación cronológica, Maleval sostiene una perspectiva similar a la de Mottron, bien diferente de los métodos comportamentales. Queda por saber en qué medida estas proposiciones terapéuticas podrán ayudar a los niños y adultos autistas tanto subjetivamente como en el lugar que podrán ocupar en nuestra sociedad. ■

Referencias bibliográficas

- [Internet] Disponible en: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012_03/questions_reponses_vdef.pdf
- Mottron L. et al (2006) Le surfonctionnement perceptif dans l'autisme. Une mise à jour, et huit principes sur la perception autistique. *Revue de neuropsychologie*, 16, 251-297.
- Mottron L. et al (2012) Veridical mapping in the development of exceptional autistic abilities. *Neurosci Biobehav Rev*, 37, 209-228.
- Mottron L (2004) *L'autisme : une autre intelligence*. Bruxelles: Mardaga.
- Mottron L (2016) *L'intervention précoce pour enfants autistes*. Bruxelles:Mardaga.
- Lucchelli JP, Mottron L (2017) L'intervention précoce pour enfants autistes. *L'Information psychiatrique*. 93 (5): 441-2.
- Green J, Charman T, Mc Conachie H, Aldred C, Slonims V, Howlin P, Consortium P (2019) Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomised controlled trial. *Lancet*, 375, 2152-2160.
- American Psychiatric Association (APA) (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM 5. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Kanner L (1943) “Autistic Disturbances of Affective Contact.” *Nervous Child: Journal of Psychopathology, Psychotherapy, Mental Hygiene, and Guidance of the Child* 2: 217-50. Disponible on-line: <https://simonsfoundation.s3.amazonaws.com/share/071207-leo-kanner-autistic-affective-contact.pdf>
- Klein M (1930) The Importance of Symbol-Formation in the Development of the Ego. *Int. J. Psycho-Anal.* 11:24-39.
- Maleval J-C (2014) S'orienter du fonctionnement et des dire de l'autiste, *Quarto*, 108, pp. 10-21.
- Maleval J-C (2014) Pourquoi l'hypothèse d'une structure autistique?, *Revue La Cause du désir*, N° 87.
- Maleval J-C (2009) *L'autiste et la voix*. Paris : Seuil.
- Maleval J-C (2008) Quel traitement pour le sujet autiste ? *Les feuillets du Courtil*. Janvier 2008, 29, pp. 29-76.
- Antenne 110. Un programme ? Pas sans le sujet. Préliminaires. *Publication du champ freudien en Belgique*, 2006, 16.
- Barnett K (2013) *L'étincelle. La victoire d'une mère contre l'autisme*. Paris: Fleuve Noir.

Levomepromazina como coadyuvante de sedación en la unidad de cuidados intensivos pediátricos

Verónica Becerra

*Terapista intensivo pediátrico, psiquiatra infanto-juvenil. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos,
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, Buenos Aires, Argentina
E-mail: draverobecerra@yahoo.com.ar*

Daniel Buamscha

*Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos,
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, Buenos Aires, Argentina*

Corina Ponce

*Servicio de Salud Mental,
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, Buenos Aires, Argentina*

Carlos Cambaceres

*Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos,
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, Buenos Aires, Argentina*

Alejandro Noman

*Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos,
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, Buenos Aires, Argentina*

María Eugenia Galván

*Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos,
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, Buenos Aires, Argentina*

Miriam Lenz

*Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos,
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, Buenos Aires, Argentina*

Resumen

Introducción: La sedación en pacientes de terapia intensiva pediátrica extubados y en destete de Ventilación Mecánica es dificultosa con sedantes habituales, por la tolerancia y/o abstinencia que genera su uso prolongado. El objetivo de este estudio es describir el uso de levomepromazina como coadyuvante sedativo en estos pacientes. **Población y Métodos:** Estudio observacional y longitudinal en cuidados intensivos del Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. Se incluyeron pacientes > de 2 años, extubados y en destete de Ventilación Mecánica con requerimientos de sedación adicional. Se evaluó el nivel de sedación basal y post-intervención (levomepromazina 0.5 mg/ kg cada 8 hs.) con escalas de Ramsay y Khalil. Se compararon dosis de sedantes habituales antes y después de la indicación. Se consideró efecto positivo al aumento de las escalas en 1 nivel respecto al inicial o disminución de un 20 % en la dosis de sedantes habituales. **Resultados:** Ingresaron 36 pacientes, edad mediana 8.5 años, dosis promedio de levomepromazina 0.38 mg/ kg. El 97 % mostró respuesta positiva. Las dosis de sedantes habituales se redujeron más de un 20 % post-intervención. No se registraron efectos adversos ni fallecidos. **Conclusiones:** La levomepromazina demostró utilidad como coadyuvante sedativo. Permitió alcanzar niveles adecuados de sedación con reducción de sedantes convencionales, sin efectos adversos.

Palabras clave: Levomepromazina - Sedación - Terapia Intensiva Pediátrica.

LEVOMEPRMAZINE AS ADJUVANT SEDATION IN A PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

Abstract

Introduction: Sedation of patients in pediatric ICU extubated and in weaning of mechanic ventilation is difficult under regular sedation, because of the tolerance and/or abstinence generated by its sustained use. The objective of this study is to describe the use of Levomepromazine as sedative coadjuvant in these patients. **Population and methods:** Observational and longitudinal study in intensive care from Juan P. Garrahan Pediatric Hospital. Patients older than 2 years were included, extubated and in weaning of mechanic ventilation with requirements of additional sedation. The level of basal sedation and post-intervention (levomepromazine 0.5 mg/kg every 8 hours) were evaluated with Ramsay and Khalil scales. Doses of regular sedatives were compared before and after the indication. It was considered positive an increase of 1 in the scales, or a decrease of 20% in the regular sedatives doses. **Results:** 36 patients, medium age of 8,5 years, average doses of levomepromazine 0.38 mg/kg. 97% showed positive result. The regular sedative doses were reduced more than 20% after the intervention. No adverse effects or deceased were registered.

Key words: Levomepromazine - Sedation - Pediatric ICU.

Introducción

La sedación es un punto primordial en el tratamiento global del paciente crítico, especialmente en situaciones con severo compromiso hemodinámico e insuficiencia respiratoria que requieren ventilación mecánica (VM) (1). Sin embargo en pacientes que superan la criticidad, lograr una adecuada sedación también es fundamental para proporcionar confort, comodidad, disminuir la ansiedad y progresar en la extubación. Alcanzar dicho objetivo suele ser dificultoso con las drogas de uso habitual (fentanilo, morfina, midazolam) ya que la mayoría de los pacientes desarrollan tolerancia y a posteriori abstinencia, con el consecuente escalonamiento en dosis cada vez más elevadas sin alcanzar el efecto deseado. El síndrome de abstinencia tiene una prevalencia del 34 al 70% según la bibliografía. Esto trae como consecuencia aumento de la morbilidad, prolongación de los días de internación y alteraciones psicológicas (2). Fernández Carrión et al. encontraron una prevalencia del 34 al 49% de abstinencia luego de más de 24 horas de uso de fentanilo y midazolam y 100% en aquellos con más de 5 días de uso en infusión continua (3). El síndrome de abstinencia está directamente relacionado al tiempo, la dosis y la administración en infusión continua de analgésicos y sedantes (4, 5).

La levomepromazina es un antipsicótico típico, fenotiazina alifática que tiene como acción terapéutica un efecto ansiolítico y neuroléptico. Existe mucha evidencia sobre el uso de levomepromazina en pacientes adultos, en el contexto de niños con cuadros psiquiátricos (6,7) y cuidados paliativos (8). Sin embargo, la información de su uso en pacientes pediátricos en terapia intensiva es más limitada. La levomepromazina proporcionaría mayor confort a pacientes en destete de ARM, así como la posibilidad de usar menor dosis de sedantes habituales y por ende disminuir la prevalencia e intensidad del síndrome de abstinencia.

El objetivo de este estudio fue describir el uso de levomepromazina como coadyuvante sedativo en pacientes pediátricos de terapia intensiva en situación de destete de VM y/o dentro de las 72 horas de la extubación, en la que se busca el descenso de sedantes habituales, con menor ocurrencia de síntomas de abstinencia.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio observacional antes y después de la indicación de levomepromazina, realizado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCI) del Hospital Garrahan entre Junio de 2013 y Mayo de 2014. El protocolo se realizó con una beca de investigación del hospital y fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital. En todos los casos se solicitó consentimiento informado a los padres o tutores de los pacientes que ingresaron al estudio. Se incluyeron pacientes, mayores de 2 años con estabilidad hemodinámica y respiratoria, en proceso de destete de VM o dentro de las 72 horas de extubación, con requerimientos crecientes de sedación. Para evaluar el requerimiento de sedación adicional se utilizaron las escalas de Ramsay y Khalil (Cuadro 1).

La escala de Ramsay fue formulada por Ramsay en 1974 para medir los niveles de sedación a la administración de Alphaxalone-alphadolone (9) y es uno de los instrumentos de medición de sedación más frecuentemente usado y validado (10, 11). La escala de Khalil o

Cuadro 1. Escalas de sedación y ansiedad

| RAMSAY | |
|-----------------------------|---|
| I | Paciente agitado, angustiado |
| II | Paciente tranquilo, orientado y colaborador |
| III | Paciente con respuesta a estímulos verbales |
| IV | Paciente con respuesta rápida a los estímulos |
| V | Paciente con respuesta lenta a los estímulos |
| VI | Paciente sin respuesta |
| KHALIL^(*) | |
| 1. | Lloroso y combativo |
| 2. | Ansioso pero fácilmente calmable |
| 3. | Calmó |
| 4. | Dormido |

^(*) Modificado de Pediatrics Anesthesia 1998, 8; 461- 465. Khalil S. MD.

de sedación y ansiedad fue usada por primera vez por Levine et al. en 1993 para medir la dosis de midazolam como premedicación en niños (12). Posteriormente la usa Khalil en 1998 para medir midazolam sublingual como premedicación (13). Esta escala como tal con 4 niveles no está validada, sin embargo en la práctica clínica es habitualmente utilizada. A los pacientes que se encontraban en nivel I de Ramsay y nivel 1-2 de Khalil se les indicó levomepromazina a 0.5 mg/kg/dosis cada 8 horas, vía oral, con una dosis máxima de 40 mg/día. La respuesta fue evaluada a las 2, 6, 24 y 48 horas de la indicación, por al menos un observador independiente: médico de guardia y/o enfermero a cargo del paciente. Se consideró efecto positivo al aumento de 1 nivel de las escalas de Ramsay/Khalil sin incremento de la dosis basal, o la disminución de un 20% en la dosis totales de sedantes manteniendo el mismo nivel de sedación. Se excluyeron los pacientes con hipersensibilidad a levomepromazina, insuficiencia hepática, antecedentes de agranulocitosis, tratamiento con sultoprida y agonistas dopaminérgicos, déficit de lactasa, síndrome de mala absorción de glucosa y galactosa, cardiopatía isquémica y tratamiento con antiarrítmicos clase Ia y III. Se eliminaron los pacientes con descompensación hemodinámica y/o respiratoria e ingreso a VM dentro de las 48 horas de indicada la levomepromazina. En todos los casos se midió el efecto hasta el episodio de descompensación y la causa de la misma. Se registraron edad, peso, sexo, diagnóstico principal, días de VM y evolución; dosis total y días de levomepromazina; nivel de sedación medido por escala de Ramsay y Khalil pre y post-intervención; uso de otros fármacos para sedación y analgesia: dosis administrada en las 24 hs previas; y en las 24 y 48 horas posteriores a la indicación de levomepromazina (dosis total diaria, en infusión continua o intermitente; y dosis de rescate). Se registraron posibles efectos adversos: hipotensión, bradicardia, depresión del SNC, hipocalcemia, prolongación del intervalo QT, íleo paralítico, retención urinaria, síndrome neuroléptico maligno, disquinesias precoces y tardías durante los 7 días posteriores al inicio de la medicación. Se realizó un análisis descriptivo de la población, dosis utilizadas y efectos adversos registrados. Se analizaron las variaciones en nivel de sedación, y

dosis totales de sedantes antes y después de la administración de levomepromazina. Los resultados se expresan como media y desvío estándar o mediana y rango para las variables continuas, y como valor absoluto o porcentaje para las discretas. Para las comparaciones se realizó un análisis bivariado, asumiendo como significativo un nivel $p < 0.05$ (STATA 10.0)

Resultados

Ingresaron 36 pacientes al estudio, 25 de ellos en destete de VM y 9 extubados (Tabla 1).

Tabla 1. Características basales de los pacientes

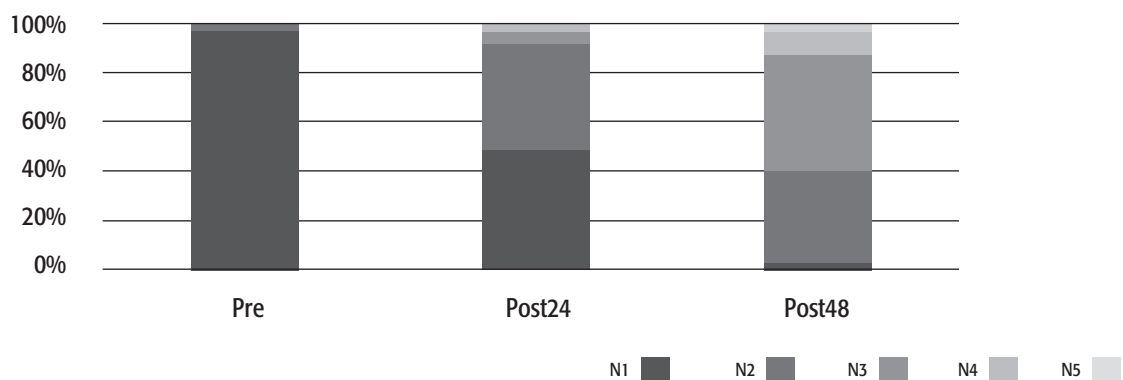
| Variables | Mediana | Rango |
|-------------------------------|---------|-------|
| Peso (kg) | 29 | 12-63 |
| Edad (años) | 8.5 | 2-18 |
| Días de internación | 8 | 1-29 |
| Días de VM | 6.5 | 1- 29 |
| Sedantes (días) | 6.5 | 1- 29 |
| Relajantes musculares (días). | 2 | 1-1.5 |

VM: Ventilación Mecánica.

Los diagnósticos se agruparon en: 44.4% post-operarios de cirugía mayor; 30.5% shock y patología infecciosa; 19.4% quemados y un 5.5% politraumatismo. En cuanto a la intervención, la dosis promedio de levomepromazina fue de 0.38 mg/kg/dosis y 29 mg/día (6-40). La mediana de duración de este tratamiento en UCI fue de 4 días (1-21). Se consideró efecto positivo al aumento de las escalas en 1 nivel respecto al inicial o disminución de un 20% en la dosis de sedantes habituales.

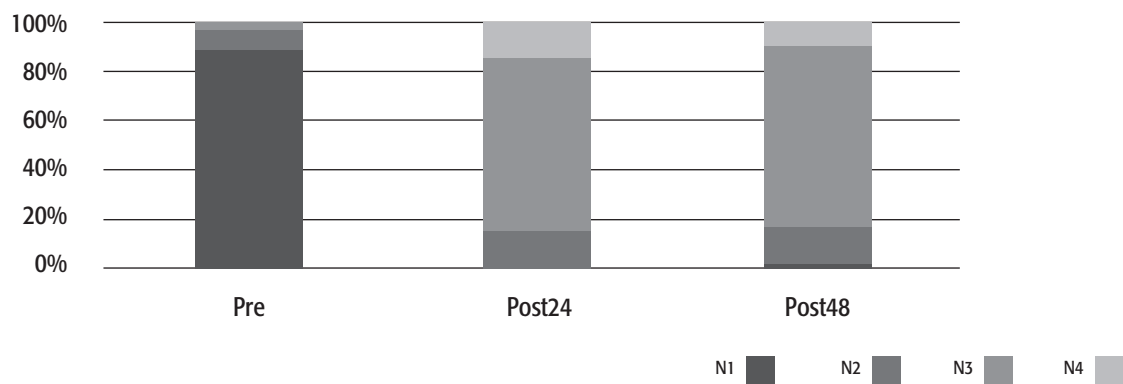
La respuesta, medida por el cambio en los niveles de las escalas de Ramsay/Khalil fue positiva en más del 90% de los casos. El 97% de los pacientes, cambió su nivel I de Ramsay a II-III a las 24 y 48 horas post-intervención. El 97% de los pacientes, cambió su nivel 1-2 de Khalil a 3-4 a las 24 horas y el 91% a las 48 horas (Gráficos 1 y 2).

Gráfico 1. Pacientes (%) con cambios en Ramsay pre y post intervención



97% de los pacientes cambió su nivel I RAMSAY a II-III a las 24 y 48 hs.

Gráfico 2. Pacientes (%) con cambios en Khalil pre-post intervención



97% de los pacientes cambió su nivel 1-2 KHALIL a 3-4 a las 24 hs y el 91%, a las 48 hs.

Se observó una reducción significativa en las dosis de sedantes en infusión continua (Tabla 2).

La reducción en la dosis de fentanilo fue 13% a las 24 horas y 39% a las 48 horas; para la morfina 31% y 49%; y para el midazolam 20% y 38% respectivamente. También se produjo una disminución significativa en el número de dosis de rescate requeridas. Un 14% a las 24 horas, alcanzando una reducción del 98% a las 48 horas post intervención. Seis pacientes (16.6%) fueron extubados en las primeras 24 horas y 12 (33.3%) a las 48 horas. No se registraron efectos adversos, ni pacientes fallecidos en el período estudiado.

Discusión

Una vez que los pacientes superan el período crítico en la UCI se inicia un lento descenso del soporte terapéutico que, en los pacientes con VM, incluye recuperar el estado de conciencia y reasumir gradualmente la ventilación espontánea, para lograr la extubación. La disminución de las drogas de uso habitual suele ser compleja, porque el tratamiento prolongado genera tolerancia y a posteriori abstinencia (3). Este escenario es muy frecuente y de difícil manejo, por lo cual se han

descripto diferentes estrategias terapéuticas. El objetivo es conseguir un nivel de sedación para que el paciente se sienta confortable, fácilmente calmable, que despierte a los estímulos suaves, pero tranquilo, pudiendo interactuar con los padres y personal de salud. Para obtener un estado de sedación adecuado, se deben precisar los requerimientos de sedoanalgesia para cada paciente y en base a esos objetivos administrar los sedantes y analgésicos. Idealmente con un protocolo de actuación, con evaluación periódica del estado clínico del paciente. A su vez es importante tener en cuenta que, en enfermos críticos, la farmacocinética y farmacodinamia de los fármacos pueden estar alterados, debido a distintas condiciones fisiopatológicas como edemas, fallo renal agudo, fallo múltiple de órganos, alteración en el contenido de proteínas plasmáticas a las cuáles se unen dichos fármacos, modificando su efecto (14).

En neonatología y población pediátrica se han descripto una serie de medidas coadyuvantes a la sedoanalgesia farmacológica llamadas intervenciones no farmacológicas que permiten disminuir las dosis de sedantes y analgésicos, ambiente tranquilo, presencia de padres, música, en neonatos la administración de glucosa por succión, etc. (14,15). Así también la opción de combinar

Tabla 2. Dosis de sedantes pre y post-intervención con LVP

| | Pre X (IC95%) | Post 24 hs X (IC95%) | P | Post 48 hs X (IC95%) | P |
|-------------------------|-----------------------|-------------------------|------|-------------------------|-------|
| Fentanilo (γ/kg/día) | 53,3 (37,7 – 68,9) | 46,4 (29,7 – 63,1) | 0.12 | 32,9 (18,5 – 47,3) | 0.002 |
| Morfina mg/kg/día | 6,2 (2,9 – 9,7) | 4,4 (2,0- 2,8) | 0.03 | 3,3 (0,9 – 5,6) | 0.02 |
| Midazolam mg/kg/día | 4,37 (1,6 – 7,0) | 3,49 (1,7 – 5,3) | 0.09 | 2,67 (0,8 – 4,6) | 0.02 |

© Modificado de Pediatrics Anesthesia 1998, 8; 461- 465. Khalil S. MD.

sedantes y analgésicos con el propósito de disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, manteniendo al paciente en un estado de sedoanalgesia adecuado a su situación clínica (15). Con este objetivo se han usado coadyuvantes farmacológicos como la dexmedetomidina (16).

En nuestro estudio observamos que con el uso de levomepromazina, dado su efecto ansiolítico, neuroléptico y su vida media prolongada (15 a 30 horas), se logran niveles más estables de sedación, evitando que los pacientes alternen entre estar muy despiertos y agitados o profundamente sedados. A su vez, al ser una droga administrada por vía oral se reduce la manipulación de la vía endovenosa a través de bolos como rescate, medida de suma importancia para el control de infecciones intrahospitalarias. El 90% de los pacientes registró un efecto positivo con la intervención, sin efectos adversos. Sin embargo, la reducción de las dosis de sedantes no puede atribuirse exclusivamente a la intervención, ya que el hecho de que la mayoría de los pacientes se extubasen dentro de las 48 horas sugiere una evolución favorable en todo su contexto clínico, y presumiblemente menos requerimientos de sedantes. El reducido número de pacientes reclutados, al no incluir pacientes menores de

dos años, en los que el uso de la droga no está aprobado, también limita las conclusiones de nuestro trabajo. Un beneficio no buscado por el protocolo lo constituyó el uso rutinario de las escalas de ansiedad, ya que se incorporó una herramienta útil en el tratamiento de los pacientes, como ha sido descrito en otras publicaciones (14,15).

Conclusiones

La levomepromazina demostró ser útil como coadyuvante en la sedación de los pacientes en terapia intensiva de nuestra serie. Permitió alcanzar niveles adecuados de sedación con reducción de los sedantes convencionales, tanto en las dosis de infusión continua como en los rescates, a las 24 y 48 horas de la indicación. No se registraron efectos adversos ni pacientes fallecidos. De todos modos, se necesita mayor cantidad de estudios para obtener definiciones concluyentes.

Agradecimientos

Dras. María Althabe y Susana Rodríguez. ■

Referencias bibliográficas

- Hughes C, Mc Grane S, Pandharipande P (2012). Sedation in the intensive care setting clinical. *Pharmacology: Advances and Applications*. 4: 53-63.
- Motta E, Luglio M, Figueredo Delgado A, Carvalho WB (2016). Importance of the use of protocols for the management of analgesia and sedation in intensive pediatric care. *Assoc. Med. Bras*. Vol. 62 N° 6. Sao Paulo Sept.
- Fernández Carrión F, Gaboli M, González Celador R, Gómez de Quero Masía P, Fernández de Miguel S, Murga Herrera V, et al (2013). Withdrawal syndrome in the pediatric intensive care unit. Incidence and risk factors. *Medicina Intensiva (English Edition)*. Vol. 37, Issue 2, Pages 67- 74.
- Birchley G (2009). Opioid and benzodiazepine withdrawal syndromes in the Pediatric Intensive Care Unit: a review of recent literature. *Nurs Crit Care*. 14 (1): 26- 37
- Sfoggia A, Scolari Fontela P, Moraes A, Da Silva F, Bernardi Sober, Noer R, et al (2003). Sedation and analgesia in children submitted to mechanical ventilation could be overestimated? *Jornal de Pediatria*, Vol. 79, N° 4: 343- 8.
- Sivaraman P, Rattehalli R, Jayaram M (2012). Levomepromazine for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 38 (2): 219- 20.
- Van der Zwaan S, Blankespoor R, Wolters A, Creten C, Leroy P, Schieveld J (2012). Additional use of methotrimeprazine for treating refractory agitation in pediatric patients. *Intensive Care Med*; 38:175- 176.
- Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, Piccinini L, Martini F, Turci P, et al (2009). Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. *Annals of Oncology*; 20 (7):1166-1169.
- Ramsay, MAE, Savege TM, Simpson, BRJ et al. (1974). Controlled Sedation with Alphaxalone- Alphadolone. *BMJ*. 2, 656- 659
- Payen JF, Bru O, Bosson, JL et al (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med*. 29: 2258- 63.
- Sessler CN, Grap MJ and Ramsay, MAE (2008). Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Crit. Care*; 12 (Suppl 3): S2
- Levine MF, Spahr-Schopfer IA, Hartley E, Lerman J, Mac Pherson B (1993). Oral midazolam premedication in children: the minimum time interval for separation from parents. *Can J. Anaesth*. 40: 8. 726- 9.
- Khalil S, Philbrook L, Rab M et al (1998). Sublingual premedication in children: a dose response study. *Paediatric Anaesthesia*; 8: 461- 465.
- Villar Villar G, Fernández Pérez C, Moro Serrano M (2007). Sedoanalgesia en el Recién Nacido. Efectividad de Medicamentos en Neonatología. N°4.
- Palmer GM (2016). Pain management in the acute care setting; Updates and debates. *Journal of Pediatrics and Child Health*. 52. 213- 220.
- Romera Ortega MA, Chamorro Jambrina C, Lipperheide Vallhonrat I, Fernández Simón I (2014). Indicaciones de la dexmedetomidina en las tendencias actuales de sedoanalgesia en el paciente crítico. *Medicina Intensiva*, Vol. 38, Issue 1, Pages 41- 48.

Uso de escalas en depresión en la práctica clínica en Argentina

Enzo Guzzo

*Médico Psiquiatra, Master en Neuropsicofarmacología
Profesor Asociado de Psiquiatría -Instituto Universitario CEMIC-
Integrante del Departamento de Psiquiatría CEMIC
Presidente del Capítulo de Trastornos del Ánimo y Suicidio -Asociación Argentina de Psiquiatras
Email: enzoeduardoguzzo@gmail.com.ar*

Fernando Taragano

*Doctor en Salud Mental, UBA
Diplomado en Educación Médica, UNT
Profesor Titular de Psiquiatría -Instituto Universitario CEMIC-
Investigador Clínico, CONICET
Premiado por la Honorable Academia Nacional de Medicina*

Hugo Krupitzki

*Médico, Master en Efectividad Clínica
Profesor Titular de Metodología de la Investigación -Instituto Universitario CEMIC-
Secretario Académico del Instituto de Investigaciones CEMIC- IUC
Investigador Clínico CONICET*

Jaime Pahissa

*Médico Psiquiatra, Especialista en Medicina Legal
Profesor Asociado de Psiquiatría -Instituto Universitario CEMIC-
Integrante del Departamento de Psiquiatría CEMIC*

Silvina Heiseke

*Instituto Universitario CEMIC
Profesional Principal, Carrera de Apoyo a la Investigación CONICET
Asistente de Investigación SIREN, UE CEMIC-CONICET*

Resumen

La depresión continúa siendo una causa tratable de sufrimiento, discapacidad y muerte, no obstante lo cual, su identificación y tratamiento siguen planteando un reto en la práctica clínica y un grave problema para la salud pública mundial. El objetivo del presente trabajo fue investigar, en la República Argentina, con qué frecuencia los profesionales de salud mental, utilizan escalas para evaluar pacientes depresivos; e identificar las razones que podrían condicionar su uso. Entre Julio y Septiembre de 2012 se realizó una encuesta nacional, llevada a cabo por correo electrónico. Participaron profesionales registrados en la base de datos de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP). La encuesta fue anónima y confidencial. Se obtuvieron respuestas de 243 profesionales. Del total de encuestados, sólo el 8.7% dijo que siempre utiliza escalas para evaluar pacientes depresivos. Los motivos más consignados por los cuales no se utilizan escalas fueron: la falta de tiempo y la creencia de que no ayudan en la práctica clínica. A pesar de las sugerencias de las guías de tratamiento para depresión, acerca de utilizar escalas con el objetivo de optimizar el proceso de evaluación y tratamiento, no parece ser ésta la conducta habitual en la práctica clínica en nuestro medio.

Palabras clave: Depresión - Uso de escalas de evaluación - Argentina.

USE OF SCALES IN DEPRESSION PATIENTS IN CLINICAL PRACTICE IN ARGENTINA

Abstract

Although depression is a treatable cause of suffering, disability and death, its identification and treatment continue to be a challenge in clinical practice and a severe problem for global public health. The main objective of this study was to investigate the frequency with which mental health professionals use scales to assess depressive patients in Argentina and to determine the reasons that constrain such practice. Between July and September 2012 a national survey was conducted by e-mail. Professionals registered in the database of the Argentine Association of Psychiatrists were invited to participate in the survey. Responses were obtained from 243 professionals. Of the total respondents, only 8.7% said they always used scales to assess depressive patients. The reasons recorded by most respondents why scales were not used were: lack of time and the belief that they do not help in clinical practice. Despite the fact that treatment guidelines for depression recommend the use of scales to optimize the assessment and treatment of depressive disorders, this does not seem to be the usual behavior in clinical practice in our country.

Keywords: Depression - Using rating scales - Argentina.

Introducción

La depresión constituye una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, ocupando en ese sentido, el primer lugar en la región de las Américas según la Organización Mundial de la Salud (1).

La prevalencia para los trastornos depresivos en sus diferentes formas, se estima entre 20 y 25% a nivel mundial (2). En una muestra representativa de la población general de cuatro ciudades del Cono Sur de América Latina, de adultos de entre 35 y 74 años (incluida Argentina), la prevalencia fue del 14,6% (3). Además, estos trastornos constituyen un 10% de las consultas médicas en atención primaria (4).

La depresión sigue siendo una causa tratable de sufrimiento y muerte no obstante lo cual, su identificación y tratamiento continúan representando un reto en la práctica clínica y un severo problema para la salud pública mundial, que no siempre se resuelve favorablemente (5, 6, 7).

Es importante mencionar que del total de los pacientes que sufren depresión solo la mitad de ellos consulta. De quienes lo hacen, solo la mitad son reconocidos como enfermos y de estos solo la mitad recibe algún tipo de tratamiento (8, 9).

En las distintas áreas médicas han proliferado pruebas diagnósticas que permiten a los profesionales identificar, cuantificar y evaluar con mayor celeridad y certeza los síntomas y signos que conforman una entidad clínica. Así es como la psiquiatría y la psicología han desarrollado en los últimos años, diferentes instrumentos que permiten complementar la evaluación clínica y además facilitan la selección e implementación de las estrategias terapéuticas más adecuadas (10).

Existe una "asistencia basada en la medición", que se refiere al uso sistemático de herramientas de medición, como escalas validadas, para monitorear los resultados y apoyar la toma de decisiones clínicas (11).

En dicho sentido se describen tres instancias en las cuales pueden utilizarse diversas herramientas (escalas validadas), para la evaluación sintomática de los trastornos depresivos. Existen instrumentos de utilidad en la identificación; otros instrumentos útiles para el diagnóstico; y

finalmente aquellos que se emplean para el seguimiento de los tratamientos (12). En esta última instancia se puede evaluar la severidad sintomática y realizar el monitoreo de la respuesta terapéutica. Conocer la intensidad depresiva permite elegir el tipo de terapéutica que se realizará en cada situación particular, como así también distinguir de forma fehaciente entre respuesta (reducción del 50% de la puntuación inicial de la escala) y remisión (puntuación sin patología) en el curso de un tratamiento. Podemos decir en un sentido global, que la utilización de escalas permite optimizar los recursos terapéuticos (13).

Estos instrumentos pueden dividirse entre auto-administrados y los administrados por el entrevistador. Entre los primeros destacan el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) (14), el Inventario de Síntomas Depresivos -versión abreviada- (QIDS-16) (15), la Escala de Depresión de Zung (16), entre otras. Todas poseen muy buenas propiedades psicométricas (sensibilidad y especificidad); siendo útiles para la identificación, el diagnóstico y el seguimiento. Por otro lado, entre los instrumentos administrados por el entrevistador la Escala de Depresión Hamilton (17), la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS) (18), el Inventario de Síntomas Depresivos (IDS-C) (19, 20), se encuentran entre las más utilizadas.

El monitoreo rutinario de los resultados de la evolución sintomática debiera incluir además, la evaluación continua de la funcionalidad y la calidad de vida. Más recientemente se han incluido instrumentos que permiten valorar el bienestar de los pacientes (21).

A pesar de las sugerencias de las guías de tratamiento para depresión, de utilizar escalas para evaluar a los pacientes (22-25), no parece ser esta la conducta habitual en la práctica clínica; así lo demuestran trabajos realizados en otros países (26, 27). Debido a que se desconoce cuál es la conducta de los profesionales de nuestro medio en relación a la utilización de instrumentos en este sentido, se propone como objetivo principal del presente trabajo, la investigación en la República Argentina, de la frecuencia con que los profesionales de salud mental, utilizan escalas para evaluar pacientes depresivos. Como así también, identificar las razones que podrían condicionar su uso.

Método

Entre los meses de julio y septiembre de 2012, se realizó una encuesta a nivel nacional, vía internet, a través de la herramienta Survey Monkey (28). Se invitó a responder por correo electrónico, utilizando el sistema Doppler Email Marketing (29), a profesionales registrados en la base de datos de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP). La encuesta fue anónima y confidencial. Se trata de un estudio transversal, descriptivo.

Los datos fueron obtenidos de la base digital de la herramienta Survey Monkey y descriptos mediante su frecuencia relativa porcentual. Las comparaciones categóricas fueron realizadas mediante el test de χ^2 . Se consideraron significativas asociaciones con un $p < 0,05$. El programa STATA (12.0) software fue utilizado para el análisis de los datos.

Se interrogó sobre la frecuencia de la utilización de escalas, el motivo de su empleo, las razones por las cuales utilizarlas, razones por las cuales NO utilizarlas, el

tipo de escala (autoadministrada o administrada por el entrevistador). Además, se preguntó por el uso de instrumentos para evaluar grado de funcionalidad y calidad de vida en pacientes con trastornos depresivos. Finalmente, la recolección de datos demográficos completó las preguntas de la encuesta (ver encuesta).

Resultados

De un total de 1251 visualizaciones efectivas de la encuesta, se obtuvieron 243 respuestas (19,3%). Las mismas fueron procedentes de 65 ciudades/localidades de todo el país.

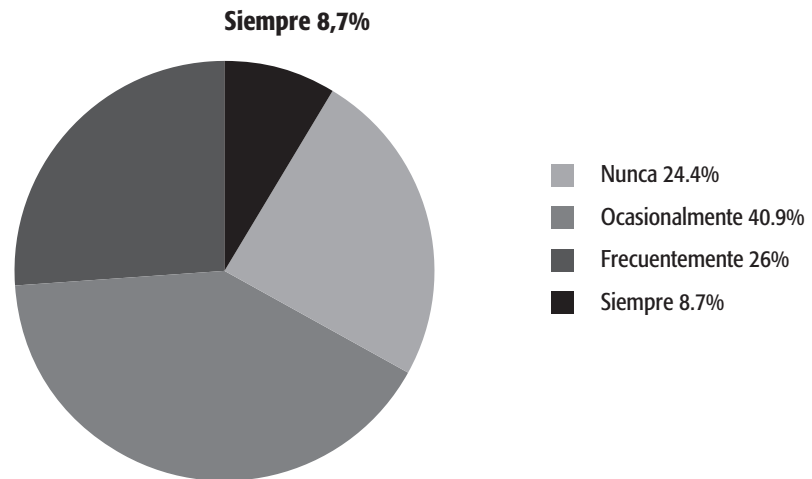
Del total de los respondedores, el 76,9% estuvo representado por médicos, 15,7% por psicólogos y el resto por otras profesiones ligadas al campo de la salud. El 93% respondió desarrollar su práctica clínica preponderantemente en forma ambulatoria. El 89,3% dijo atender mayoritariamente al grupo de pacientes de entre 19 y 64 años.

Cuadro 1. Datos demográficos de la muestra (N=243)

| Edad (años) | | |
|--|--------|-----|
| 20-29 | 7% | 17 |
| 30-39 | 24,69% | 60 |
| 40-49 | 25,10% | 61 |
| 50-59 | 24,28% | 59 |
| 60-69 | 15,23% | 37 |
| 70 o más | 3,7% | 9 |
| Profesión | | |
| Médico | 76,86% | 186 |
| Psicólogo | 15,70 | 38 |
| Otras profesiones | 7,44 | 19 |
| Lugar donde desarrolla la tarea (Puede seleccionar más de una opción) | | |
| Psiquiatría de enlace | 28,81% | 70 |
| Internación | 28,40% | 69 |
| Ambulatorio | 93,00% | 226 |
| Emergencias | 16,05% | 39 |

Del total de los encuestados el 34.7% respondió utilizar escalas *siempre o frecuentemente*, pero solo el 8.7% **respondió que siempre utilizaba escalas** para evaluar pacientes depresivos.

Gráfico 1. Frecuencia con la cual los profesionales utilizan escalas cuando evalúan pacientes depresivos



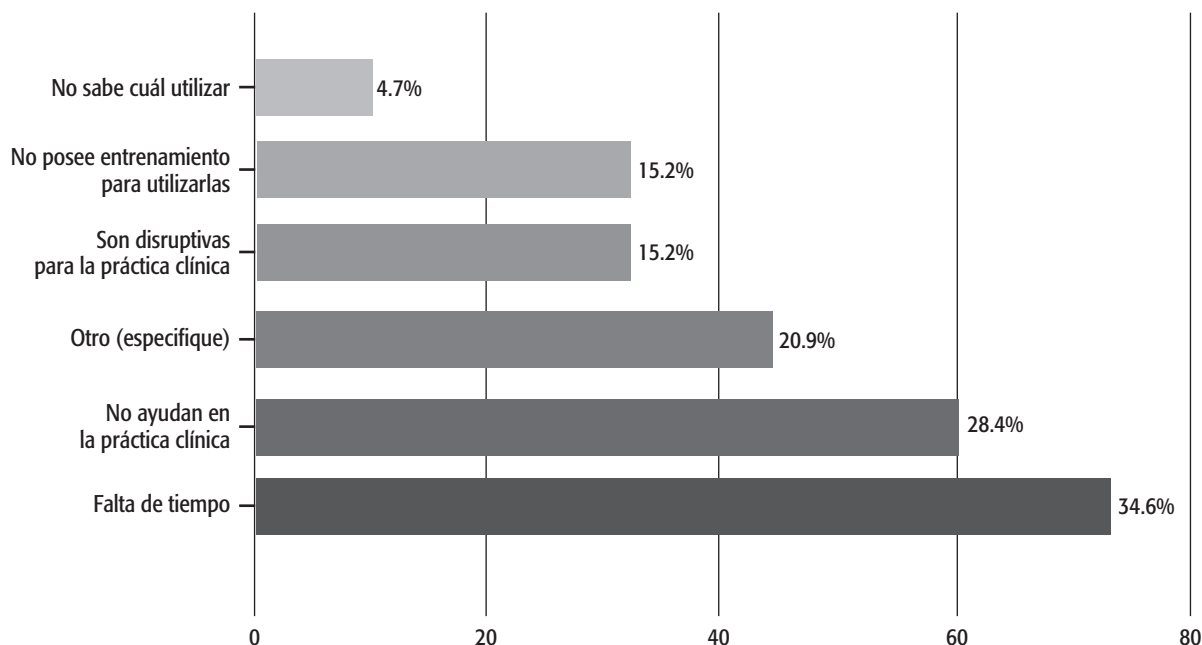
Entre los encuestados que respondieron emplear escalas, el 35% prefirió las administradas por el entrevistador, el 21% las autoadministradas, mientras que el 44% dijo utilizar ambas.

Los encuestados fueron interrogados acerca de **para qué** y **por qué** utilizar escalas para evaluar pacientes depresivos, pudiendo seleccionar más de una opción de respuesta. En relación al **para qué**: *complementar el diagnóstico* (35,1%); *evaluar intensidad depresiva* (39,3%) y *evaluar evolución del tratamiento* (43,8%) fueron las más

seleccionadas. Mientras que las opciones elegidas con más asiduidad entre las respuestas al **por qué** (beneficios) fueron: *ordenan la información que aporta el paciente* (49.3%) y que *facilitan el seguimiento del paciente* (55.5%).

Al ser interrogados acerca de los motivos por los cuales no utilizan escalas, los encuestados respondieron: *Falta de tiempo* (34.8%) y que *no ayudan en la práctica clínica* (28.6%). Mientras que *no saber cuál utilizar* y *no poseer entrenamiento*, no resultaron un motivo muy señalado (4.8% y 15.2% respectivamente).

Gráfico 2. Razones por las cuales NO se utilizan escalas en depresión

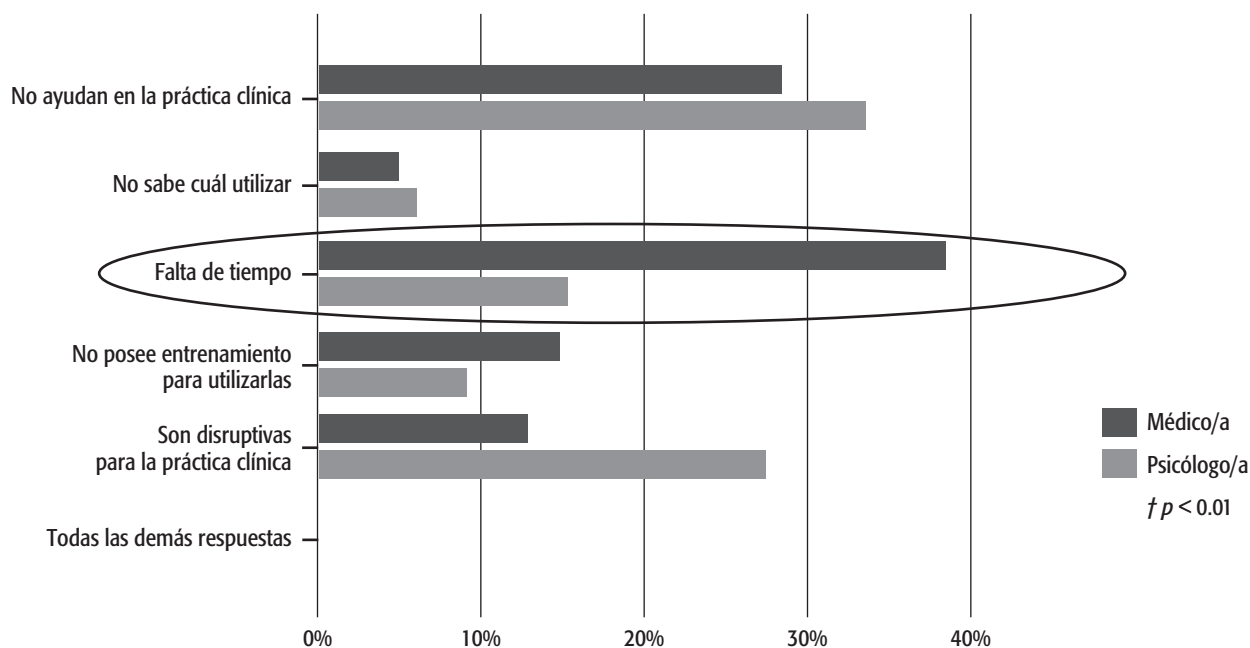


Cuando se compararon médicos y psicólogos, y las razones por las cuales utilizar escalas, las respuestas no fueron diferentes estadísticamente: *complementar el diagnóstico y evaluar la evolución* fue lo más consignado.

Sí hubo diferencias entre médicos y psicólogos en cuanto a las razones por las cuales no utilizar escalas; los médicos consideraron como primer motivo la *falta de tiempo* ($p < 0.01$), mientras que los psicólogos que *no ayudan en la práctica clínica* y que *son disruptivas*.

En cuanto al impacto funcional y calidad de vida de pacientes depresivos, solo el 23,8% respondió utilizar escalas para su evaluación. Hubo diferencia entre los profesionales: *Lo cuantifico con criterios clínicos propios* fue consignada de forma significativamente diferente entre médicos y psicólogos (40,4% y 8,1% respectivamente; $p < 0.01$).

Gráfico 3. Médicos-Psicólogos: razones por las cuales no utilizar escalas en depresión



Discusión y conclusiones

Como fuera ya mencionado, se requiere una medida válida y fiable de la severidad de la depresión para juzgar la necesidad de atención, como así también para evaluar los efectos del tratamiento. No obstante, la baja utilización de escalas para evaluar pacientes depresivos parece una dificultad mundial que incluye a nuestro medio, como queda demostrado en la encuesta realizada.

El trabajo mostró diferencias entre profesionales médicos y psicólogos: estos últimos consideraron disruptiva la inclusión de una escala, mientras que los médicos argumentaron falta de tiempo. Resulta llamativo que a pesar de ello, se prefirieran instrumentos administrados por el entrevistador, que suelen requerir de mayor tiempo para ser utilizados. En relación a ello vale mencionar un estudio de Concordancia de 2 escalas realizado en nuestro medio con 67 pacientes ambulatorios, provenientes de la práctica clínica habitual, con trastorno depresivo mayor no psicótico. En dicho estudio, el Cuestionario de Síntomas Depresivos Autoadministrado (QIDS-16) y la Escala de Montgomery-Asberg (MADRS), mostraron una muy buena concordancia, lo que permitiría utilizar ambas escalas de forma indistinta. Esto sugiere la posibilidad del uso de un instrumento autoadministrado, que requiere menor tiempo de entrenamiento y menor tiempo para su administración (30).

Menos del 10% de los encuestados respondió que siempre utilizaba escalas para evaluar pacientes depresivos. No obstante, no saber cuál utilizar no resultó un motivo importante, ya que sólo fue consignado por menos del 5% de los respondedores. Esto pone de manifiesto que la decisión de no utilizar escalas, no estaría condicionada por el desconocimiento de las mismas, como tampoco por la falta de instrucción recibida al respecto. Una pregunta que queda por responder: ¿Solemos

los profesionales tener suficiente formación acerca del uso de instrumentos de evaluación para pacientes depresivos? Además, teniendo en cuenta que los objetivos terapéuticos en los trastornos depresivos incluyen no solo la remisión sintomática, sino también la restitución funcional, llama la atención que solo algo más del 20% de los encuestados respondiera que utiliza escalas para cuantificar el impacto funcional y calidad de vida de sus pacientes.

Existen estudios que demuestran la utilidad del uso de escalas con el fin de determinar comorbilidad y la pertinencia terapéutica tanto en pacientes depresivos unipolares como bipolares (31). La evidencia propone que la medición de los síntomas depresivos en la práctica clínica puede facilitar las decisiones y optimizar los resultados terapéuticos (32, 33). Un estudio multicéntrico demostró la utilidad del uso del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) en un grupo de 19 unidades clínicas, donde luego de un año de su inclusión, 17 de esas unidades adoptaron dicho instrumento (34).

En psiquiatría, la evaluación de los resultados de los tratamientos continúa basándose en interacciones no estructuradas que generan juicios no cuantificados del inicio y del progreso evolutivo de los pacientes. Promover modificación de estas conductas, generara cambios positivos de los resultados terapéuticos en nuestros pacientes. Digamos además que el uso de escalas validadas debe complementar y no reemplazar el juicio clínico de los profesionales.

Vale mencionar la limitación que implica un estudio transversal, realizado a través de una encuesta, donde el número de respondedores no representa la totalidad de la práctica clínica de nuestro medio.

También es de destacar la colaboración de los profesionales que participaron de la encuesta, aportando su tiempo y su opinión a nuestro trabajo. ■

ENCUESTA. ENCUESTA ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL

Con el objetivo de conocer la conducta profesional actual frente a la depresión, deseamos saber cuál es su actitud en relación a la utilización de escalas; y poder así promover un debate acerca de su utilidad.

1. ¿En su práctica clínica, cuando asiste a pacientes con episodios depresivos, utiliza escalas?

- Nunca
 Ocasionalmente
 Frecuentemente
 Siempre

2. En su práctica clínica, cuando asiste a pacientes con episodios depresivos, utiliza escalas para (marque todo lo que considere)

- Complementar el diagnóstico
 Evaluar la intensidad depresiva
 Evaluar la evolución del tratamiento
 No utilizo escalas

3. En las situaciones en las cuales utiliza escalas ¿cuáles podrían ser las razones? (marque todas las que considere)

- Ayudan en la práctica clínica
 Acortan el tiempo de la entrevista
 Ordenan la información que aporta el paciente
 Facilitan el seguimiento del paciente
 Otro (especifique)

4. En las situaciones en las cuales no utiliza escalas ¿cuáles podrían ser las razones? (marque todas las que considere)

- No ayudan en la práctica clínica
 No sabe cuál utilizar
 Falta de tiempo
 No posee entrenamiento para utilizarlas
 Son disruptivas para la práctica clínica
 Otro (especifique)

5. Cuando evalúa impacto funcional (social, laboral, académico), y/o calidad de vida de un paciente depresivo, usted utiliza

- Escalas
 Lo cuantifico con criterios clínicos propios
 Lo evalúo pero no lo mido
 No evalúo funcionalidad y/o calidad de vida

6. Cuando utiliza escalas; preferentemente elige

- Administradas por el entrevistador
 Autoadministradas
 Ambas

7. En su práctica clínica, usted asiste predominantemente pacientes (marque todas las que aplique)

- Niños y Adolescentes (hasta 18 años)
 Adultos (19-64 años)
 Adultos mayores (más de 65 años)

8. ¿En que ámbito desarrolla usted predominantemente su práctica clínica? (marque todas las que aplique)

- Psiquiatría de enlace (interconsultas)
 Internación psiquiátrica
 Ambulatorio
 Emergencias

9. Indique su profesión

- Médico/a
 Psicólogo/a
 Otro (especifique)

10. Indique su edad

- 20-29
 30-39
 40-49
 50-59
 60-69
 más de 69
-

Referencias bibliográficas

1. The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization.
2. Sadock B, Sadock V (2009). *Sinopsis de Psiquiatría*. 10ª edición en español; Barcelona. Ed WoltersKluwer. 2009; p528
3. Daray FM et al (2017). Determinants and geographical variation in the distribution of depression in the Southern cone of Latin America: A population-based survey in four cities in Argentina, Chile and Uruguay. *Journal of Affective Disorders*; 220:15–23
4. Wright A (1994). *Depression*. In *Psychiatry and General Practice Today* (eds I Pullen, G Wilkinson, A Wright, D Pereira Gray): 93–111. Royal College of Psychiatrists & Royal College of General Practitioners.
5. Mitchell AJ et al (2010). Do Primary Care Physicians Have Particular Difficulty Identifying Late-Life Depression? A Meta-Analysis Stratified by Age. *Psychother Psychosom*; 79:285–294
6. Mitchell AJ, et al (2011). Can general practitioners identify people with distress and mild depression? A meta-analysis of clinical accuracy. *Journal of Affective Disorders*; 130:26–36
7. Mitchell AJ, Amol V, Sanjay R (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*; 374: 609–19.
8. Sartorius N (2001). The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry*; 62 (suppl 15):8-11
9. Kessler RC, et al (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results From the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA*; 289:3095-3105
10. Suarez Richards M (compilador) (2012). *Introducción a la Psiquiatría*. Cuarta edición. Ed. Polemos, Buenos Aires; p63.
11. Lam RW (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 1. Disease Burden and Principles of Care. *Can J Psychiatry*; 61(9):510-23.
12. Gelenberg AJ (2010). Using Assessment Tools to Screen for, Diagnose, and Treat Major Depressive Disorder in Clinical Practice. *J Clin Psychiatry*; 71(suppl E1):e01
13. Trangle M (2011). Health Care Guideline: Major Depression in Adults in Primary Care. Fourteenth Edition; 2011. Institute for clinical systems improvement: ICSI.
14. Kroenke K, Spitzer R, Williams J (2001). The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med*; 16(9):606–613.
15. Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, et al (2003). The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), Clinician Rating (QIDS-C), and Self-Report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry*; 54(5):573–583.
16. Zung W (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;12(1):63-70
17. Uher R, Farmer A, Maier W, Rietschel M, Hauser J, Marusic A, et al (2008). Measuring depression: comparison and integration of three scales in the GENDEP study. *Psychol Med*; 38(2):289-300.
18. Montgomery SA, Asberg M (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*; 134:382-389.
19. Rush AJ, Gullion CM, Basco MR, et al (1996). The inventory of depressive symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med*; 26(3):477–486.
20. Trivedi MH, Rush AJ, Ibrahim HM, et al (2004). The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychol Med*; 34(1):73–82.
21. WHO, Regional Office for Europe (1998). Use of well-being measures in primary health care - the DepCare project health for all. Geneva: WHO. Target 12. E60246.
22. American Psychiatric Association (2010). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision, 3rd edition). [Internet] Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_7.aspx
23. The Treatment and Management of Depression in Adults (2010). National Institute for Health & Clinical Excellence. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.
24. Bauer M, Bschor T, Pfennig A, et al (2007). Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). *World J Biol Psychiatry*; 8(2):67–104.
25. Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, et al (2009). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) *J Affect Disord*; 117(suppl 1):S1–S2.
26. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA (2002). Psychiatrists in the UK do not use outcome measures: National survey. *Br J Psychiatry*; 180:101-103.
27. Zimmerman M, Mc Glinchey JB (2008). Why don't psychiatrists use scales to measure outcome when treating depressed patients? *J Clin Psychiatry*; 69:1916-1919
28. SurveyMonkey. Ryan Finley, 1999. [Internet] Disponible en: <https://es.surveymonkey.com/>
29. Doppler e-mail marketing. [Internet] Disponible en: <http://www.fromdoppler.com/en/index.html>
30. Guzzo E, Teme A, Chimera K, Krupitzki H, Rozic P, Taragano F (2015). Cuestionario breve de sintomatología depresiva autoadministrado en la práctica clínica de pacientes depresivos. *VERTEX, nº121 - Volumen XXVI*.
31. Gao K, et al (2013). Should an assessment of Axis I comorbidity be included in the initial diagnostic assessment of mood disorders? Role of QIDS-16-SR total score in predicting number of Axis I comorbidity. *Journal of Affective Disorders*; 148:256–264.
32. Yeung AS, Jing Y, Brennehan SK, et al (2012). Clinical outcomes in measurement-based treatment (Comet): a trial of depression monitoring and feedback to primary care physicians. *Depress Anxiety*; 29:865-873.
33. Guo T, Xiang YT, Xiao L, et al (2015). Measurement-based care versus standard care for major depression: a randomized controlled trial with blind raters. *Am J Psychiatry*; 172:1004-1013.
34. Duffy FF, Chung H, Trivedi M, et al (2008). Systematic use of patient-rated depression severity monitoring: is it helpful and feasible in clinical psychiatry? *Psychiatry Serv*; 59(10):1148–1154.

Estudio epidemiológico sobre la conducta homicida en los adolescentes

María de los Ángeles Quiroga

Médico psiquiatra forense
Magister en investigación clínica de la Universidad Nacional de Cuyo
Doctorando de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo
Tribunales de minoridad y familia, Cuerpo auxiliar interdisciplinario del Poder Judicial de la Provincia de Mendoza
E-mail: marquiroga@jus.mendoza.gov.ar

Resumen

El estudio aborda la epidemiología de los factores de riesgo y rasgos de personalidad en formación de adolescentes de entre 16 y 17 años imputados por el delito de homicidio, analizando sus funciones psíquicas, variables socio-demográficas y constitución familiar de origen. En su metodología, el presente estudio es longitudinal, retrospectivo e inferencial de las pericias psiquiátricas realizadas a los jóvenes en los Tribunales de Familia del Poder Judicial de Mendoza, con el consentimiento informado de los mismos. La hipótesis plantea que los adolescentes poseen una conducta violenta, impulsividad y dificultad para acatar normas y límites a raíz de haber sido víctimas de violencia en un medio familiar deficitario. El método estadístico empleado fue ANOVA 2 y test de los signos, con una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa. El estudio de las variables arrojó escasa autocritica y trastornos de conducta en la infancia de los sujetos de interés.

Palabras clave: Adolescencia - Trastorno de conducta - Homicidio.

EPIDEMIOLOGICAL STUDY ON THE HOMICIDAL BEHAVIOUR IN TEENAGERS

Abstract

This study addresses the epidemiology of risk factors and personality traits in adolescents of 16 and 17 years of age, charged with homicide, with a focus on analyzing psychic functioning, socio-demographic variables and family constitution. This is a longitudinal, retrospective and inferential study of the psychiatric assessments of several subjects who were interviewed in the Family Courts of the province of Mendoza. The hypothesis states that adolescents who have violent behavior, impulsivity and difficulty in complying with rules, do so as a result of having been victims of violence in an inadequate family environment. The statistical method employed was ANOVA 2 and sign test for a statically significant $p < 0.05$. The study of different variables shows low self-criticism and behavioral disorders in childhood among the subjects.

Keywords: Teenagers - Disruptive behaviour - Homicide.

Introducción

La problemática de los adolescentes que entran en conflicto con la Ley es un área que plantea serios interrogantes. No sólo afecta la vida familiar y social, poniendo en riesgo la vida de los adolescentes que delinquen, sino también el futuro de la sociedad. Los conflictos con la Ley se han incrementado de manera exponencial en los últimos tiempos (1). El homicidio constituye el más grave quebrantamiento a toda norma, ya que termina con la vida de las personas.

La epidemiología clínica es una disciplina que intenta trasladar los conocimientos de la epidemiología, con la aplicación de los principios y métodos epidemiológicos, a los problemas de la práctica clínica cotidiana (2). El presente trabajo aborda los aspectos epidemiológicos de la conducta homicida en los adolescentes imputados por el delito de homicidio y las variables intervinientes en dicha conducta.

El vocablo "adolescencia" proviene del verbo latino "*adolescere*", que significa "crecer". Alude, por lo tanto, al crecimiento físico, al desarrollo mental y a la conformación de la personalidad, cuyos rasgos sufrirán cambios a lo largo de toda la vida, por tratarse de un sistema dinámico que se relaciona con el medio que la rodea.

La adolescencia (3) se identifica con la violencia a través de razones muy diversas: los pares, la droga, el alcohol, la búsqueda de nuevas sensaciones, el juego de la muerte, el para-suicidio, etc.

Se consideran factores de riesgo de conductas violentas en los adolescentes (4): el hábito de mentir, patrones de conductas negativas, carencias de habilidades sociales, problemas de empatía, fracaso y abandono escolar. Frente a estas situaciones, en ocasiones se configura la calle como un espacio de libertad.

El estudio criminológico del delito (5) parte de la base del análisis en función de la personalidad y su contexto social; una conducta concreta y observable donde el delito se muestra como un síntoma.

Minuchin (6) cita: "la familia es el grupo natural que en el curso del tiempo elabora pautas de interacción". La familia es el grupo social primario por excelencia, suponiendo una comunicación directa entre sus miembros, interacciones relativamente exclusivas y conciencia de pertenencia al grupo. La dinámica familiar armónica se basa en la capacidad para resolver problemas, el clima emocional, la regulación de la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares y generacionales. Por el contrario, la familia disfuncional presenta dificultad para resolver problemas, fijeza en sus procesos interaccionales, negación de problemáticas, repetición de estrategias ineficaces y culpabilización del otro.

Según Casullo (7) los rasgos o estilos de personalidad son características estables de la persona en relación a determinados contextos o hábitats en función de los cuales se fueron estructurando. La variable personalidad debe ser analizada en relación con los procesos auto-destructivos y las situaciones generadoras de estrés psicosocial.

Berkowitz (8) en los trastornos de personalidad señala las personalidades agresivas y emocionalmente reactivas,

con poca tolerancia a la frustración, condiciones sociales estresantes (barrios marginados, desarraigo, opresión, minorías étnicas) y controles sociales debilitados.

La psiquiatría forense (9) es la rama de la psiquiatría que estudia los procesos psicológicos y psicopatológicos desde un punto de vista jurídico, y eleva una pericia a los jueces en las causas donde la alteración mental tiene un tratamiento especial. El psiquiatra forense tiene por función asesorar al magistrado cuando este lo considera necesario para sus dictámenes y determinar si la persona se encuentra o no comprendida en las eximentes del Art. 34, Inc.1 del Código Penal:

"No son punibles: el que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones (10).

Hipótesis y objetivos generales

Los adolescentes homicidas poseen una conducta violenta y, como rasgos sobresalientes, se destacan la impulsividad y la dificultad para acatar normas y límites.

Objetivo general

Demostrar que los principales factores de riesgo de los adolescentes imputados por el delito de homicidio son el deficitario control de los impulsos y la dificultad para acatar normas y límites, producto de haber sido víctimas de violencia durante la infancia.

Objetivos secundarios

1. Determinar las características socio-demográficas de los participantes.
2. Determinar el grado de impulsividad en los adolescentes examinados.
3. Estudiar los principales tipos de maltratos durante la infancia, antecedentes de abuso (físico, psíquico y/o sexual).
4. Describir otros predictores comórbidos que favorezcan la vulnerabilidad de los adolescentes imputados por el delito de homicidio tales como el consumo de drogas, estructura familiar y los trastornos de conducta en la infancia.

Metodología

El pedido de autorización se elevó a la Dra. P. Landi, Coordinadora del Cuerpo Auxiliar Interdisciplinario de los Tribunales de Familia de la Provincia de Mendoza (CAI), Poder Judicial, a fin de poder utilizar los datos del sistema informático con el fin de realizar la investigación, guardando la absoluta confidencialidad de los mismos.

Se elevó al Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas, el presente trabajo con el modelo de consentimiento informado para ser evaluado por el mismo y obtener su aprobación.

Consentimiento informado: Al adolescente se le preguntó si prestaba su conformidad para que sus datos fueran utilizados en una investigación con fines de prevención, siendo su participación voluntaria por su confirmación verbal: "sí o no", lo que permitiría utilizar los datos epidemiológicos, resguardando su integridad personal, absolutamente confidencial y solamente para el estudio epidemiológico.

Las pericias incluyen: nombre, edad, estudios (en curso, concluidos o abandonados), trabajo (si realiza o no), nacionalidad, documento de identidad, domicilio, antecedentes clínicos, y la entrevista colateral con el progenitor o adulto responsable del joven, a fin de evaluar el rol paterno. Se recaban: tipo de familia, antecedentes de maltrato en la misma o en otro ámbito, si el joven es progenitor, antecedentes de delitos propios y penales de su familia, consumo de sustancias tóxicas, trastornos de conducta, fugas del ámbito escolar, rasgos de personalidad y presencia o no de impulsividad.

El estudio incluye los adolescentes imputados por el delito de homicidio y los adolescentes imputados por el delito de homicidio en grado de tentativa divididos en dos grupos, así como los datos epidemiológicos, las figuras penales, la compulsión del expediente y aplicación de la escala de impulsividad de Barratt.

Modo de evaluación de los jóvenes: La entrevista psiquiátrica forense libre y semi-dirigida es el método por excelencia que permite evaluar el estado psíquico actual del causante (funciones psíquicas superiores), su historia vital y familiar.

El expediente del Juzgado Penal y del Tribunal Penal de Menores posee los datos de la investigación realizada por la policía científica, los antecedentes penales del joven, los estudios sociales, si se encuentra albergado en una institución, las observaciones de la conducta del joven, tareas que realiza (escuela, talleres, etc.), si ha recibido o no tratamiento psicológico y/o psiquiátrico previo y las consideraciones de sus maestros o profesores en las tareas que efectúa.

El tiempo retrospectivo en el que se evaluó la población citada es de 4 años hasta mediados del año 2013. Los entrevistados se encontraban alojados en la Comisaría del Menor, en el Sistema Penal de Responsabilidad Juvenil y en el Complejo San Felipe de la Penitenciaría Provincial.

Técnicas utilizadas

Se emplearon: la pericia psiquiátrica, descripción de las carátulas de autos, entrevista colateral con el adulto responsable del joven ordenado por USIA, el consentimiento informado del joven y la escala de Impulsividad de Barratt.

La entrevista clínica es un método científico, llevada a cabo por perito psiquiatra forense que evalúa clínicamente al sujeto y observa las funciones psíquicas superiores: nivel intelectual, conciencia, orientación, pensamiento, afectividad; funciones complejas (juicio, *insight*, inteligencia, voluntad); funciones fisiológicas;

facies, vestimenta y prolijidad, contacto visual, estado nutricional, etc., concluyendo en un diagnóstico.

La escala de Barratt (11) coteja los factores de riesgo del comportamiento violento. Es un instrumento que consta de 30 preguntas a las cuales el adolescente responde con una de cuatro opciones (nunca, ocasionalmente, a menudo, siempre o casi siempre). La escala contiene 20 ítems organizados de la siguiente manera: 10 factores pasados (factores históricos), 5 variables actuales o presentes (factores clínicos) y 5 aspectos futuros (factores de riesgo medioambientales). Barratt denominó estos sub-rasgos como impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada. Diferentes estudios han demostrado adecuados parámetros de confiabilidad y validez de este instrumento (12).

Los resultados cuantitativos se emitieron en términos estadísticos y los comentarios cualitativos con absoluta reserva de la identidad, según la normativa instituida. Se describe la población utilizando la estadística tradicional: variables nominales y ordinales mediante porcentajes y variables cuantitativas por medidas de tendencia central y de dispersión.

El análisis estadístico utilizó el test de los signos y ANOVA 2, con una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa, F y grados de libertad respectivos (Ver Tabla N° 3).

Datos epidemiológicos

Variables socio-demográficas independientes y dependientes

Las variables independientes evaluadas fueron: edad, sexo, escolaridad, lugar de residencia, familia de origen, paternidad, estado civil, tipo de arma utilizada, presencia o no de sustancias tóxicas y antecedentes penales.

Las variables dependientes fueron: homicidio, antecedentes penales y pericia.

Resultados de los datos estadísticos

De la población total evaluada se muestran la cantidad de homicidios en el periodo comprendido entre los años 2008-2013 (Tabla N° 1).

Se detallan en el estudio: edad, sexo, año del hecho por el cual fue imputado, carátula del expediente, tipo de arma utilizada y distribución por departamentos (distribución geográfica) (Tabla N° 2).

Los adolescentes imputados por el delito de homicidio pertenecían al rango etario de 16 a 18 años. De las adolescentes, dos de ellas tenían 16 años y las otras dos, 17. La estadística no arrojó diferencias.

La figura homicidio en grado de tentativa y edades en los adolescentes, muestra que el 85% estuvo en el rango etario de entre 16 y 17 años, mientras que el 14%, en el rango etario de 17 a 18 años. La figura del homicidio agravado y edades de los adolescentes muestra que el 86.9% estuvo en el rango etario de 17 a 18 años y un 13.1% en el rango etario de 16 a 17 años.

Tabla 1.

Cantidad de homicidios en la muestra total de la población evaluada en el periodo comprendido entre los años 2008 a 2013.

| Año | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Varones | 0 | 1 | 4 | 10 | 11 | 10 |
| Mujeres | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |

Tabla 2. Describe la población estudiada por sexo, edades, año del hecho por el cual fue imputado el adolescente; carátula del expediente (G°: grado, G° T: grado de tentativa, CC: criminis causa, Agrav: agravado, L D F: legítima defensa); tipo de arma utilizada (af: arma de fuego, a.b: arma blanca, trau: traumático) y distribución por departamentos de la provincia de Mendoza (distribución geográfica).

| SEXO | EDAD | AÑO | CAR. Y TIPO DE ARMA | DEPARTAMENTO |
|-------------|-------------|------------|----------------------------|---------------------|
| Masculino | 16 | 2011 | Culposo a.f. | Las Heras |
| Masculino | 16 | 2011 | G°T a.f | G. Cruz |
| Masculino | 16 | 2011 | Agrav af | G. Cruz |
| Masculino | 16 | 2011 | Agrav af | G. Cruz |
| Masculino | 16 | 2012 | G° T a.f. | G. Cruz |
| Masculino | 16 | 2013 | G°T a.f. | G. Cruz |
| Masculino | 16 | 2013 | G° T a.f | Guaymallén |
| Masculino | 16 | 2013 | Agrav af | Lujan |
| Masculino | 17 | 2010 | G° T a.f | G. Cruz |
| Masculino | 17 | 2011 | G° T a.f | Guaymallén |
| Masculino | 17 | 2012 | G° T a.f | G. Cruz |
| Masculino | 17 | 2012 | G° T a.f | L. Heras |
| Masculino | 17 | 2012 | G° T a.f. | Guaymallén |
| Masculino | 17 | 2013 | G° T a.f | G. Cruz |
| Masculino | 17 | 2013 | G° T a.b. | Las Heras |
| Masculino | 17 | 2012 | Agrav af | G. Cruz |
| Masculino | 17 | 2013 | L Def ab | San Martín |
| Masculino | 17 | 2013 | Agrav ab | San Martín |
| Masculino | 17 | 2013 | Agrav af | G. Cruz |
| Masculino | 17 | 2013 | Agrav af | G. Cruz |
| Masculino | 17 | 2012 | Agrav af | G. Cruz |
| Masculino | 17 | 2012 | Agrav af | Guaymallén |
| Masculino | 17 | 2011 | Agrav af | Guaymallén |
| Masculino | 17 | 2010 | Agrav af | G. Cruz |
| Masculino | 17 | 2011 | Agrav af | G. Cruz |
| Masculino | 17 | 2013 | Agrav af | Las heras |
| Masculino | 17 | 2013 | Agrav af | Ciudad |
| Masculino | 17 | 2012 | Agrav af | G. Cruz |
| Masculino | 17 | 2013 | C.C. af | Ciudad |
| Masculino | 17 | 2011 | C.C. af | Ciudad |
| Masculino | 17 | 2013 | C.C. af | Las Heras |
| Masculino | 17 | 2012 | C.C trau | Tunuyán |
| Masculino | 17 | 2010 | G° t/ a.f | G. Cruz |
| Masculino | 18 | 2010 | G° T/a.b | Guaymallén |
| Femenino | 16 | 2008 | G° T/ a.f | G. Cruz |
| Femenino | 16 | 2011 | G° T a.f. | Maipú |
| Femenino | 17 | 2012 | Agrav af | G.Cruz |
| Femenino | 17 | 2013 | Agrav af | G.Cruz |

Del total de los adolescentes evaluados, el 75% había sido víctima de violencia intrafamiliar (VIF) en su ámbito familiar y, el 25 % no.

El nivel intelectual del total de la muestra de los varones, el 92% presentaba un funcionamiento cognitivo de tipo concreto y un 8% un funcionamiento con capacidad de abstracción.

Del total de la muestra el 92% no presentaba capacidad teleológica y, por el contrario, el 8% la presentó.

Del total de la muestra, el 89% presentó escasa o nula capacidad de autocrítica y el 11% la presentó.

En las adolescentes evaluadas, solo una (25%) había sido víctima de VIF en su ámbito familiar, mientras el 75% no (tres). El 75% de ellas se encontraba cursando la escolaridad polimodal y un 25% poseía estudios primarios completos. Además, el 75% de ellas se encontraba albergado en el S.P.R.J. y un 25% en la Penitenciaría de Mujeres.

Del 100% de las adolescentes evaluadas (cuatro), el 75% (tres de ellas) poseía antecedentes penales propios. En cuanto al consumo de sustancias tóxicas, el 75% refirió consumo de alcohol y marihuana en la modalidad de uso y una adolescente (25%) no refirió consumo de sustancias tóxicas.

Del 100% de las adolescente (4 en total) solo una presentó funcionamiento de tipo reflexivo; ninguna presentó pensamiento de tipo abstracto. El 100% (las cuatro) presentó escasa autocrítica y falta de capacidad teleológica.

Las adolescentes presentaron en un 100% antagonismo con la figura de la autoridad.

En los adolescentes el 95% presento antagonismo con la figura de la autoridad y un 5% no presentó.

En las adolescentes, el 25% no presentó dificultad para acatar normas y límites y un 75% sí. De los adolescentes varones, el 95% presentó esta variable y un 5% no.

En las adolescentes la presencia de empatía se encontró en un 25% y ausente en un 75%. En los adolescentes varones, la presencia de empatía se encontró en un 5% y ausente en un 95% de ellos.

Las variables "tristeza" y "ausencia de capacidad empática", arrojaron una $p < 0.05$ estadísticamente significativa; las variables "dificultad para acatar normas y límites" y "problemas de conducta" mostraron una $p < 0.01$ estadísticamente significativa. Respecto del consumo de sustancias tóxicas, el consumo de alcohol y de marihuana mostró una $p < 0.05$, estadísticamente significativa en los adolescentes con homicidio agravado en comparación con los adolescentes homicidas en grado de tentativa.

La variable "dificultad para acatar normas y límites" predominó en los adolescentes imputados por homicidio sobre los adolescentes imputados por tentativa de homicidio, con una $p < 0.01$ y en porcentajes 78.2% versus 23.19%.

En las adolescentes mujeres, un 75% presentó tendencia al tedio y un 25% no la presentó. En los adolescentes, un 91% presentó esta variable y un 9% no la presentó.

Respecto de los trastornos de conducta en los adolescentes, un 31% no los presentó y un 69% si presentó esta variable en la escuela primaria.

Resultados de la aplicación de la escala de Impulsividad de Barratt

Del 100% (4 mujeres) el 30% corresponde a impulsividad cognitiva y por igual el 34% de impulsividad motora y no planificada.

Del 100% en los adolescentes varones (36 en total) corresponde: impulsividad cognitiva el 26%, a impulsividad motora el 35% y a la impulsividad no planificada el 40%.

En las adolescentes mujeres un 75% presentó impulsividad y el 25% no la presentó; en los varones, 84% presentó impulsividad y un 16% no presentó esta variable.

Discusión

Los datos obtenidos y las edades en las cuales fueron imputados los adolescentes por el delito de homicidio agravado, podrían ser sugerentes de que, a la edad de 17 años los sujetos tendrían acceso a factores de riesgo (incluido el uso de armas) y menor capacidad de visualizar las implicancias de su comportamiento. En los adolescentes imputados por el delito de homicidio en grado de tentativa predominó la edad de entre 16 y 17 años, tiempo ocioso y grupos de pares conflictivos, todo lo cual los predispondría a incurrir en conflictos y en el círculo de la transgresión a la ley. Los datos arrojan precocidad en la edad de inicio en la comisión de delitos.

En los adolescentes imputados por homicidio agravado, la dificultad para acatar normas y límites, el consumo de sustancias tóxicas, estudios secundarios incompletos, trastornos de conducta, falta de seguimiento adecuado, abandono de la escolaridad por falta de motivación, tendencia al aburrimiento y al tedio, pone en evidencia la vulnerabilidad de los jóvenes y la carencia de figuras de contención.

Tabla 3. Resultados estadísticos mediante el análisis por ANOVA-2, con dos factores adolescentes homicidas y adolescentes homicidas en grado de tentativa. Tipos de impulsividad: Impulsividad Cognitiva (IC), Impulsividad Motora (IM) e Impulsividad No Planificada (INOP).

| | | | |
|--|---------|-------------|------------|
| Variación entre Filas (Homicidios Vs Intentos) | F= 52.2 | df (1, 102) | $p < 0.01$ |
| Variación entre Columnas (IC, IM, INOP) | F= 13.5 | df (2, 102) | $p < 0.01$ |
| Interacción | F= 3.6 | df (2, 102) | $p < 0.05$ |

En los adolescentes imputados por el delito de homicidio agravado en grado de tentativa se destaca la presencia de antecedentes penales propios, consumo de sustancias tóxicas, rebeldía, fallo en el control de los impulsos, identificación con los códigos marginales, familia disfuncional, afectación de la empatía y calidez, y conflictos barriales entre pares, todos los cuales podrían ser factores de riesgo que desembocaron en la carátula por la cual fueron imputados.

De los adolescentes imputados por la figura de homicidio *criminis causa*, solo uno poseía antecedentes penales y consumo de sustancias tóxicas. La variable "ausencia de empatía" predominó en tres de los mismos. La variable "trastorno de conducta" predominó en tres de los adolescentes imputados por homicidio agravado.

En cuanto a las adolescentes, sus resultados arrojan que dos de ellas presentaron antecedentes de fuga del hogar, deficitario control de los impulsos, reacciones agresivas, sin adecuada capacidad teleológica, poniendo de manifiesto su vulnerabilidad.

Discusión de los resultados de la escala de impulsividad de Barratt

La impulsividad motora podría explicarse por la tendencia a la ejecución del acto, dado que no media el proceso reflexivo; los sujetos no poseen autocontrol y dicen las cosas sin pensarlas. La impulsividad no planeada, muestra la no planificación acorde a su edad, "viven hoy", no se proyectan al futuro, y su marcada tendencia al aburrimiento requiere un estímulo intenso que capte su atención. El déficit en la impulsividad cognitiva, pone de manifiesto que los adolescentes no poseen adecuada concentración (atención disfuncional) y no logran un pensamiento reflexivo. En los adolescentes predominó la impulsividad no planificada.

Conclusiones

Los resultados en la población estudiada fueron coincidentes con los realizados en otros estudios respecto de los factores de riesgo (13), la presencia de impulsividad, baja tolerancia a la frustración, falta de supervisión y contención por parte de su grupo familiar, ausentismo, abandono escolar, grupo de pares con conductas riesgosas y violentas y una proyección a futuro con escasas oportunidades laborales.

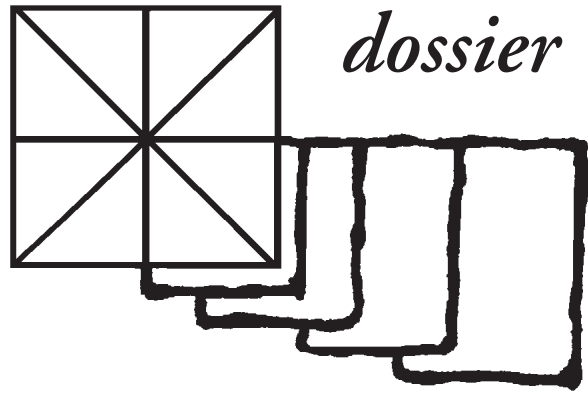
A nivel afectivo resalta una pobre estabilidad emocional, frente a estímulos considerados adversos, lo cual los induce a un feed-back positivo que amplifica conductas desadaptativas.

Factores de riesgo tales como fracasos en la adaptación social, fallas en el nivel de interiorización de normas y valores pro-sociales, propician la aparición de conductas antisociales y delictivas, a las cuales se agregan falta de supervisión y control de los hijos en el grupo familiar, lo cual facilita que el menor ingrese en actividades transgresoras.

Una propuesta posible consiste en rever los abordajes institucionales, psicológicos y psicopedagógicos de los problemas de conducta o comportamientos disruptivos en las escuelas, fortalecer y garantizar la trayectoria académica de los niños y de los jóvenes con un programa de capacitación a los docentes de la escuela primaria, a fin de identificar los rasgos disruptivos de algunos alumnos, junto al gabinete psicopedagógico de las escuelas. Los equipos podrán esgrimir que el esfuerzo sería infructuoso, porque el niño regresa a un hogar que no es contenedor, pero la labor pandisciplinaria debe reunir personas no sólo capacitadas en la temática, sino con proyección de trabajar por el futuro y bienestar de los niños. La prevención debe plantearse como la base que de origen a cualquier tipo de abordaje. ■

Referencias bibliográficas

1. Estadísticas sobre delitos en la Provincia de Mendoza, Argentina. Datos extraídos de la página web del Poder Judicial de la Provincia de Mendoza, lunes 17 de Septiembre de 2012.
2. Gómez Viera N (1997). Magister en Epidemiología Clínica, Epidemiología Clínica, Editorial. Rev. Cubana Med. 36(2):81-83.
3. Aberastury A, Knobel M (1977). "La adolescencia normal". Bs.As. Ed. Paidós.
4. Follino J, Domenech E, Gutiérrez MA (2009). "Delincuencia infantojuvenil y el sistema judicial en la provincia de Buenos Aires, Argentina". N° 83 Ene/Febrero - Editorial Polemos. [Internet] Disponible en: www.polemos.com.ar/vertex83.php.
5. Covelli JL (2007). "Manual de Psiquiatría Forense". Dosyuna Ed. Argentinas. Argentina. ISBN 10: 987220599X / ISBN 13: 9789872205997.
6. Minuchin S (1979). "Familias y Terapia Familiar" Ed. Gedisa S.A: 2ª Edición 356 Pág.
7. Casullo MM, Solano A (2003). "Factores y estilos de Personalidad estudio compartido" Aval.psicol- V- 2 N1 Porto Alegre.
8. Berkowitz L (1996). "Agresión-Causas-Consecuencias-y-Control". Ed. Descleè De Bouner. ISBN 97884330011749.
9. Covelli JL, et al (2009) "Imputabilidad y Capacidad de Culabilidad". 1ª Edición. Pág. 646. Dosyuna Ediciones Argentinas. Argentina.
10. Código Penal 2013, compilado por Fernando M. Zamora. 63ª ed. Buenos Aires, Zavallia. ISBN 978-950-572-061-3.
11. Barrat E, Patton JH, Stanford MS, Barratt ES (1985). Estructura factorial de la Escala de Impulsividad de Barratt. *Journal of Clinical Psychology*; 51 (6) 768-774.
12. Salvo G, Castro S (2013) "Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes". *Rev. Chil. Neuropsiquiatría*; 51 (4): 245-254.
13. Vazquez Gonzalez C (2003). "Factores de riesgo de la conducta delictiva en la infancia y adolescencia". Módulo III del programa del Curso de Experto Universitario en "Delincuencia juvenil y Derecho penal de menores", Capítulo 5 (pág. 121 a 168), de la obra: "Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminologías", Ed. Colex, Madrid.



RECUPERACIÓN, UN CONCEPTO DE FRONTERA (PARTE II) PERSPECTIVAS LATINOAMERICANAS

Coordinación

Martín Agrest

Paula Garber Epstein

Norma Geffner

Las conceptualizaciones de la recuperación han nacido y se han desarrollado fundamentalmente en regiones culturalmente diferentes a América Latina. Como puede leerse en el número anterior, en los Estados Unidos, Europa e Israel, aunque también en Australia y Nueva Zelanda, la recuperación ha pasado a guiar en buena medida las transformaciones de los servicios orientados a la inclusión social de personas con trastornos mentales severos. Dicha particularidad representa una exigencia adicional para considerar su aplicabilidad al contexto latino. En tal sentido, esto requiere analizar las necesidades de adaptación que se pudieran necesitar, así como las experiencias locales que pudieran enriquecer este concepto o verse enriquecidas por él.

En esta segunda parte, hemos incluido una serie de trabajos de investigadores locales -algunos de ellos cursando estudios fuera de la región- así como también narraciones testimoniales que le dan un carácter más "personal" y de aplicación contextual a los conceptos introducidos en el número previo.

La adopción del concepto de recuperación en algunos países de América Latina, como es el caso de la Argentina, va de la mano de la idea de una "ampliación de ciudadanía" (1), una cuestión de derechos humanos más que de la organización de servicios de salud mental. No hay duda que el tema de los derechos es jerárquicamente superior a cualquier conceptualización de la recuperación. Aunque, al mismo tiempo,

corre el riesgo de perderse en discusiones que no conmuevan nuestras ideas más arraigadas respecto de las posibilidades (o imposibilidades) de inclusión social.

Análogamente, en tanto en otras partes del mundo el concepto de recuperación ha funcionado como límite al pensamiento clínico, en América Latina predomina la idea de una "clínica ampliada" (2). En el resto del mundo, la noción de recuperación ha reorganizado los servicios e iluminado el universo de situaciones y acontecimientos que hacen a la vida de las personas por fuera de los servicios de salud mental, tendiendo a desarrollar las intervenciones en la comunidad y no "en una realidad paralela" o "protegida", acotando la injerencia profesional en actividades de la vida diaria que pueden prescindir de apoyos o que, en todo caso, pueden requerir de apoyos transitorios y no necesariamente profesionales (grupos de ayuda mutua, centros de acogida, pares especializados, miembros de la comunidad sin formación especializada, etc.). Por el contrario, los profesionales de la Argentina comienzan a ver en la recuperación un concepto que ofrece la oportunidad para ampliar el pensamiento clínico y exportar categorías clínicas/psicopatológicas a situaciones de la cotidianeidad, dando por supuesto que las personas podrán beneficiarse siempre y en cualquier contexto de una buena lectura clínica (a cargo de un profesional). La búsqueda de trabajo, el acceso a una vivienda digna, el contacto con otros, el uso del tiempo libre, la conexión con ámbitos culturales o con

diferentes instancias de la comunidad, todo ello hace a la recuperación y, aun si ciertas personas necesitan apoyos para ello en algún momento, no significa que se requiera un especialista en clínica psicológica o en psicoanálisis que guíe, interprete o conceptualice todo ello -y más cuando dicho saber puede resultar tan difícil de aprehender por "quien recibe su ayuda"-.

Parafraseando a Allison King, y exagerando la cuestión del saber, en el campo de la recuperación sería decisivamente "mejor alguien al lado que un sabio en el estrado" (3).

Un capítulo en sí mismo es la asociación entre inequidad, pobreza y enfermedad mental, y los recursos ofrecidos por el Estado como beneficios sociales. Esto, que puede parecer algo inespecífico, al mismo tiempo queda particularmente en evidencia en un enfoque basado en actividades y acompañamientos en la comunidad. La justicia social, por ejemplo, tiene un sentido bastante distinto en contextos como los de América Latina -en comparación con Europa- lo cual puede llevar a que existan diferencias significativas entre prácticas de la rehabilitación guiadas por la recuperación en países de altos ingresos y en otros de ingresos medios o bajos. Si bien no contamos con estudios que hayan comparado temas de recuperación en ambos grupos de países -los países de bajos ingresos hacen un uso muy limitado del concepto de recuperación- algunos de los autores que colaboran en esta segunda parte del dossier participan de investigaciones que siguen la línea de analizar qué es lo central a cada cultura en relación a la recuperación (y al estigma). Dicho enfoque lleva el nombre de "What matters most" y parte del supuesto que aquello que se ve afectado por medio del estigma y, como contrapartida, aquello que importa más para avanzar en la recuperación, sería particular a cada cultura (4-7).

Norha Vera, una joven doctoranda de Colombia en el King's College de Londres, dedicada al estudio del recovery en América Latina, presenta los desafíos existentes tanto para la recuperación personal en esta región como para la comprensión y teorización acerca de ella. Esta autora propone revalorizar el saber y la experiencia de los usuarios en la región, lo cual aseguraría un modelo centrado en las características culturales locales y acotaría las posibilidades de una importación acrítica de los desarrollos internacionales que presentamos en el primer número.

Gerald Faundez, un usuario de servicios de salud mental de Chile que ha pasado los últimos tres años

trabajando como "monitor" o "par" en Santiago de Chile, presenta su testimonio de recuperación en primera persona. Debe valorarse el carácter verdaderamente original de su presentación para América Latina. En la búsqueda de testimonios de recuperación es sencillo encontrar las producciones publicadas en revistas como Schizophrenia Bulletin o Psychiatric Services, o videos provenientes de España. En cambio, son casi nulas las oportunidades de leer este tipo de materiales -siempre y cuando podamos apreciar la diferencia entre este tipo de testimonios y los materiales clínicos a los que los profesionales solemos tener acceso con facilidad.

Magdalena Elcoro y Martín Agrest presentan una investigación realizada en Proyecto Suma, una ONG de la Ciudad de Buenos Aires que brinda asistencia y rehabilitación en salud mental, en la cual analizan las escalas que evalúan la recuperación personal. Este trabajo puede leerse en su articulación con el trabajo de David Roe y Paula Garber Epstein que se presentó en el número anterior sobre "recuperación en" y "recuperación de" una enfermedad mental. Los autores utilizan este simple diseño de investigación para especular acerca de aspectos de la recuperación que no estarían siendo tenidos suficientemente en cuenta en las escalas de recuperación existentes.

Catarina Dahl junto a un importante grupo clínico y de investigación en psiquiatría, salud mental y epidemiología, desde Río de Janeiro (Brasil), presentan el análisis del discurso de una trabajadora de apoyo, antes y después de su trabajo como par, desde una perspectiva que enfatiza la corporalidad como forma de iluminar las transformaciones narrativas que dan cuenta y a la vez potencian la recuperación. En este trabajo puede apreciarse un enfoque original de la recuperación, difícilmente hallable en otras regiones.

Una usuaria del Programa de Externación Asistido (P.R.E.A.) ofrece un conmovedor relato de cuanto implica abandonar un hospital psiquiátrico y pasar a vivir en la comunidad. Una vez más, este tipo de relatos en primera persona, que contó con la colaboración de Sara Ardila-Gómez y se enmarca en un profundo y notable proyecto de investigación que condujo en el P.R.E.A., se propone aportar a la construcción de una concepción de la recuperación que registre sus condiciones de posibilidad en América Latina. La sencillez del relato logra transmitir la necesidad de desarrollar más instancias y recursos que permitan a más personas transitar los caminos de la inclusión social sin dar por

sentado que casi dos décadas de internación, como es el caso de esta usuaria, hacen imposible una futura recuperación en la comunidad.

Franco Mascayano y Cristián Montenegro, de Chile, cierran este dossier discutiendo aspectos que hacen a la implementación del modelo de la recuperación en los servicios de salud mental en América Latina a partir de revisar diferentes propuestas mundiales guiadas por este concepto (como RAISE, y sus dos derivados Navigate y OnTrackNY, o CTI, etc.).

Para finalizar, nos hacemos eco de las palabras de estos autores de Chile cuando dicen que “creemos que es necesaria una capacidad de apertura, flexibilidad e innovación que permita, no solo “adaptar” e “implementar”, sino más bien construir una perspectiva de la recuperación propia y que esté enraizada en la historia de Latinoamérica”. Esta aspiración no es tan lejana ni imposible, pero requiere conocer los desarrollos internacionales y no dejar de partir de los saberes locales, espe-

cialmente encarnados en las personas que viven con trastornos mentales, en quienes hubieran avanzado en su inclusión social, en las familias, y en los profesionales que registran las experiencias de recuperación y los obstáculos para que estas experiencias puedan ser más habituales que cuanto aún son.

Esperamos que este dossier, que abarca dos números de VERTEX, pueda propiciar los debates que permitan acercar a este concepto de frontera con los desarrollos más autóctonos sin perder nuestra riqueza originaria ni la posibilidad de dialogar con las tendencias mundiales en el campo de la rehabilitación. Su objetivo no ha sido tanto dar respuestas acerca de la inclusión social a nivel mundial o, particularmente, en América Latina, sino ampliar el espectro de las preguntas que podemos hacernos para comprender algunas dinámicas que intervienen para facilitar u obstaculizar que las personas con trastornos mentales severos participen en la sociedad. ■

Referencias bibliográficas

1. Cáceres C, Granja G, Osella NP, Percovich N (2017). En el camino de la implementación de la ley nacional de salud mental. ADESAM-Aso. Lanus.
2. De Souza Minayo MC (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa The structuring concepts of qualitative research. *Salud Colect.* 2010;6(3):251–61.
3. King A (1993). From Sage on the Stage to Guide on the Side. *Coll Teach* [Internet, consultado el 19 de Junio de 2017];41:30–5. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/27558571>
4. Kleinman A (2006). What really matters: Living a moral life amidst uncertainty and danger. Oxford University Press; 2006. 260 p.
5. Yang LH, Kleinman A (2008). “Face” and the embodiment of stigma in China: the cases of schizophrenia and AIDS. *Soc Sci Med.* 2008;67(3):398–408.
6. Yang LH, Chen F, Sia KJ, Lam J, Lam K, Ngo H, et al (2014). “What matters most:” A cultural mechanism moderating structural vulnerability and moral experience of mental illness stigma. *Soc Sci Med.* 2014 Feb;103:84–93.
7. Mascayano F, Toso-Salman J, Ruiz KW, Jofré Escalona A, Alvarado Muñoz R, Sia KJ (2015). What matters most: stigma towards severe mental disorders in Chile, a theory-driven, qualitative approach. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*;73(3):250–60.

Desafíos en el camino a la recuperación personal en América Latina

Norha Vera San Juan

*Instituto de Psiquiatría Psicología y Neurociencia (IoPPN)
King's College London
E-mail: norha.vera@kcl.ac.uk*

Resumen

La filosofía *recovery* propone un cambio sustancial hacia una perspectiva más holística que tiene en cuenta las necesidades sociales en salud mental. Es un principio guía en el desarrollo de servicios e investigación, un lente a través del cual mirar la salud mental. Este artículo describe cuatro desafíos principales en el camino hacia el desarrollo de una cultura *recovery* en América Latina: Prestar atención a la cultura local; reconocer e impulsar la contribución de los usuarios; reducir el énfasis en la clasificación diagnóstica, y facilitar el camino hacia la justicia social. Se pueden conseguir servicios de salud óptimos combinando el conocimiento de profesionales e investigación de alta calidad científica, con el conocimiento popular local y la experiencia de los usuarios.

Palabras clave: Superación - América Latina - Recuperación - Salud mental.

CHALLENGES ON THE ROAD TO PERSONAL RECOVERY IN LATIN AMERICA

Abstract

The recovery approach proposes a substantial change towards a more holistic perspective that takes into account social needs in mental health. It is a guiding principle in the development of services and research, a lens through which to look at mental health. This article describes four main challenges on the way to the development of a recovery culture in Latin America: Paying attention to local culture; recognizing and encouraging the contribution of users; reducing the emphasis on the diagnostic classification, and paving the way for social justice.

Optimal health services can be achieved by combining the knowledge of professionals and high-quality scientific research, with local popular knowledge and the experience of users.

Keywords: Recovery - Mental health - Latin America.

La filosofía *recovery*

El concepto de *recovery* describe el proceso de cambiar de actitudes, valores, metas y/o adquirir habilidades para encaminarse hacia una vida más satisfactoria (1, 2 3). Se trata de una experiencia basada en la dinámica entre el individuo, su apoyo formal e informal y su cultura (4); las interacciones entre estos factores pueden dificultar o contribuir a la recuperación.

Recovery no es sinónimo de cura (5) y no ocurre necesariamente tras una intervención ofrecida por profesionales de salud mental (psicólogos, psiquiatras, terapeutas, etc.). Una intervención clínica es considerada adecuada cuando apoya al usuario o proporciona herramientas para cumplir sus metas. Esto contrasta con enfoques más clásicos en los que el tratamiento se concentra en los objetivos clínicos definidos por el profesional. La filosofía *recovery* hace énfasis en la idea de los profesionales como facilitadores de buena salud mental (no “creadores” de buena salud mental) y resalta el papel central de la red de apoyo informal y la comunidad en la recuperación. En este sentido, propone un cambio sustancial hacia una perspectiva más holística que tiene en cuenta las necesidades sociales además de (o por encima de) las clínicas.

La traducción de *recovery* al castellano es “recuperación”. Más allá de la definición literal de la palabra, *recovery* es un modo de abordar la salud mental. Por esta razón se ha conservado el término *recovery* o han surgido traducciones alternativas como “superación” (6). *Recovery* es un principio guía, que dio lugar a la idea de servicios orientados a la recuperación (7). Anthony (8) describía los servicios orientados a la recuperación como “intervenciones que pueden dejar a una persona no sólo con “menos”, sino con “más”, más significado, más propósito, más éxito y más satisfacción con la propia vida.”

En los últimos tiempos se ha producido una medicalización del concepto de *recovery* (8). En regiones en las que el modelo médico prima en la práctica de salud mental, los clínicos intentan establecer parámetros para medir la recuperación que encajen con la filosofía *recovery*. Se pretende que todos los usuarios alcancen altos puntajes en cuestionarios que miden estos factores. Así, tener ilusión o sentirse satisfecho se vuelve obligatorio. Esta aproximación a *recovery* confunde el derecho a la buena salud mental con imponer qué es buena salud mental. Además, en contra de la evidencia científica en esta área, podría presuponer que la recuperación es un proceso lineal en el que un día se está mal y en la meta “todo está bien”. Se produce una regresión a concebir la salud mental como una variable binaria, enfermo/curado, aun cuando los parámetros usados para medir si alguien está “curado” sean nuevos.

Esto se traslada al diseño de nuevos servicios de salud, los comunitarios, que corren el riesgo de ser sólo una extensión del hospital, más que un lugar en el que se tenga en cuenta la realidad de la comunidad y se potencie el capital social. Pensar que la recuperación ocurre sólo en el centro de salud podría desatender la realidad

social que viven la mayoría de los usuarios latinoamericanos. De esta forma, podría pensarse que es suficiente que un usuario pase a recoger su medicación o asista a terapia cada semana, sin tener en cuenta las dificultades que se le presentan por el camino: violencia, discriminación, pobreza... “pero, adherido al tratamiento, todo en orden”.

En base a este argumento describo cuatro desafíos principales en el camino hacia la recuperación personal en América Latina: Prestar atención a la cultura local; reconocer e impulsar la contribución de los usuarios; reducir el énfasis en la clasificación diagnóstica, y facilitar el camino hacia la justicia social. Abordar estos retos promovería el desarrollo de servicios adecuados para Latinoamérica y orientados a los valores originales de la filosofía *recovery*.

Atención a la cultura local

Desde la filosofía *recovery* se propone estudiar la salud mental siempre con un enfoque de abajo hacia arriba (*bottom-up*). Es decir, recoger información sobre el objeto de estudio para dar lugar a un sistema emergente, y, en base a esto, definir un modelo. Es necesario estudiar y documentar el saber popular sobre salud mental, especialmente el de la población indígena, que con sus experiencias milenarias tienen amplios conocimientos sobre el bienestar. Abdullah & Brown (9) describen cómo los nativos indígenas norteamericanos no tienen el concepto de “enfermedad mental”. Esto no quiere decir que no experimenten malestar mental, sino que tienen otra forma de abordarlo.

Incluir conocimientos locales enriquece el desarrollo de nuestra disciplina tanto en Latinoamérica como en el resto del mundo. Además, conocer la cultura local es fundamental para implementar planes de salud mental y ofrecer un servicio adecuado (10).

Contribución de los usuarios

Los profesionales de salud mental nos capacitamos durante muchos años. Puede parecer sorprendente escuchar quejas de usuarios y críticas tan fuertes como que “contribuimos más a la discapacidad que a la recuperación”. Usuarios en todo el mundo han manifestado sentirse deshumanizados, excluidos, y tratados como niños a la hora de asumir responsabilidad por su propio bienestar (11, 12, 13). Es un gran desafío para la recuperación en América Latina facilitar canales de comunicación entre usuarios y profesionales para contar con sus propuestas y contribuciones.

Entre los profesionales de salud mental de la región se tiende a pensar que “La participación de la sociedad civil es aún muy limitada. Los movimientos asociativos de usuarios y familiares son escasos y poco diversificados” (14). Sin embargo, en otras partes del mundo se percibe a América Latina como pionera en el modo de expresión y participación de los usuarios. Radio la

Colifata en Argentina fue la primera emisora conducida por pacientes de un hospital psiquiátrico. Esta experiencia fue difundida por medios importantes de comunicación y replicada en Francia, Rusia, Canadá y otros. Un colombiano, Salam Gómez, fundador de Fundamental Colombia, una organización que busca reivindicar los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, es además el copresidente de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría (WNUSP). Desde esta posición ha combatido prejuicios y desconocimiento sobre las personas con problemas mentales, recibiendo el reconocimiento de sus pares en todo el mundo.

La contribución de los usuarios es una parte fundamental del desarrollo en salud mental (15) y fue el motor de la filosofía *recovery* desde sus orígenes en Estados Unidos y Europa (4). Pese a la calidad de los movimientos de usuarios ya existentes en América Latina, es un reto aún pendiente su reconocimiento e inclusión para desarrollar servicios orientados a la recuperación.

Clasificación diagnóstica

Es un secreto a voces las limitaciones que presenta la hasta ahora aceptada forma de categorizar el malestar mental (16-20), así como también el desafío que significa para los usuarios afrontar estas etiquetas (21, 22). Desde los años 70, el modelo bio-psico-social se estableció como la norma conceptual en salud mental (23). En la práctica, se puede enfatizar el aspecto "bio", "psico" o "social", siempre y cuando se use como unidad de análisis las categorías diagnósticas listadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (convergentes en su mayor parte). Estas clasificaciones llevan la impronta del modelo bio-médico y contrastan marcadamente con clasificaciones propuestas desde la psicología, las ciencias sociales o la neurociencia. A pesar de sus revisiones sucesivas, el DSM y la CIE persisten en su tendencia a considerar ciertos comportamientos como síntomas patológicos, sin considerar el contexto o la experiencia personal (24), y abordando la salud mental como una variable dicotómica: sano/enfermo.

El uso de los diagnósticos como unidad de análisis dirige la atención hacia resultados clínicos y presenta limitaciones consideradas clave para cualquier clasificación: es inconsistente entre culturas y a lo largo del tiempo, existe alta comorbilidad entre categorías y severos problemas en el sustento biológico (20). A pesar de esto, se ha extendido el uso de estas etiquetas por todo el mundo en nombre de que "el diagnóstico es necesario para comunicarnos entre profesionales" y para marcar el estatus de "paciente psiquiátrico" en decisiones de cobertura sanitaria (22-25). Las limitaciones mencionadas se ven agravadas por fuera del mundo anglosajón debido a su falta de validez cultural, y por fuera del ámbito profesional, con un uso entre la población y los comunicadores sociales cuanto menos problemático (26). La imposición del paradigma de diagnóstico genera confusión y discri-

minación en las minorías étnicas, donde se ha visto que el estigma es mucho mayor (9, 27). Además, descuida los conocimientos locales cuando se salen de los parámetros que definen a cada diagnóstico (28).

Existen propuestas de paradigmas alternativos que parecen más acertados para analizar y tratar los problemas mentales en América Latina. Entre ellas, McHugh (29) propone clasificar el malestar mental según cuatro categorías: los problemas que la persona padece; su biología; su comportamiento y el contexto en el que se encuentra. Kleinman (30) en su análisis antropológico de la psiquiatría transcultural plantea enfocar los esfuerzos de investigación en los fenómenos de malestar mental que se diferencian entre culturas, en lugar de aplicar las categorías diagnósticas y sistemáticamente confirmar las características comunes.

Bentall (31) presentó el modelo "basado en quejas" como alternativa para la práctica clínica y las decisiones de cobertura de salud. Esta propuesta nace de la psicología cognitivo-conductual. Se enfoca en abordar los comportamientos que los usuarios consideran problemáticos, sin agrupar estos comportamientos en categorías más complejas ni atribuirles la cualidad de síntoma patológico. El comportamiento, entendido como cualquier acción de un organismo que conlleva algún efecto sobre el medio (32), está extendido como unidad de análisis en otras disciplinas adyacentes a la de Salud Mental. La neurociencia y la inteligencia artificial identificaron mecanismos mentales universales que llamamos procesos cognitivos en base a su análisis del comportamiento. El estudio de la epigenética ha mostrado que circunstancias ambientales pueden alterar la transcripción de genes y conducir a diferentes respuestas biológicas (33, 34). La terapia centrada en el comportamiento ha mostrado ser eficaz independientemente del diagnóstico y la terapia cognitivo conductual es la terapia más recomendada (35, 36). Además, la farmacología dirigida a rasgos anormales de comportamiento se presenta como una manera de unificar el desarrollo de la investigación y la práctica clínica (16). Usando esta unidad de análisis se podría impulsar el modelo bio-psico-social y finalmente facilitar la colaboración entre disciplinas para entender la salud mental.

Justicia social

Siguiendo las reflexiones del desafío anterior, es necesario tener un diagnóstico para recibir beneficios o tratamiento. Esto ha dirigido la atención de políticas de salud pública a los resultados clínicos, dejando en segundo plano a los factores sociales. Personas en situación de pobreza estarían recibiendo medicación psicoactiva como "cura" a su malestar. Personas desplazadas por la violencia se encuentran con terapias donde se les propone perdonar como clave para mejorarse (37). Si bien la investigación sobre recuperación ha propuesto la "esperanza" como factor clave en el proceso de recuperación, no se refiere a la esperanza en que todo va a estar bien a

pesar de ser violentados derechos humanos básicos. Se refiere sólo a esperanza en el desarrollo personal hacia la recuperación, que podría incluir el sentirse empoderado en la lucha por sus derechos.

Un desafío para facilitar la recuperación personal será reflexionar qué tratamientos o planes de salud son más adecuados para abordar los problemas mentales en América Latina. Hay una cantidad significativa de evidencia que sugiere que los trastornos mentales derivan de causas sociales tales como relaciones familiares disfuncionales, urbanidad y aislamiento social (38, 39). Aspectos como estos podrían recibir más atención en poblaciones con elevado nivel de violencia y conflicto social.

Conclusión

La promoción de la filosofía *recovery* nace de la parte más humana de la salud mental, fomenta la discusión sobre la calidad de vida y se aleja de la discriminación y

de la falta de acción. Esta intención fue formalizada en América Latina en la Declaración de Caracas (40) y se refleja en los planes de cobertura de salud universal en los que somos pioneros entre las regiones en desarrollo (41).

Tal y como se ha visto en el mundo de las discapacidades físicas, los límites están más vinculados a conceptos sociales que a realidades inmodificables (42). Existe amplia evidencia de que las personas con problemas mentales experimentan resultados positivos a largo plazo, incluyendo: reportar vidas satisfactorias, discontinuar medicamentos psicoactivos, vivir independientemente y relacionarse bien con otros (43,44). El enfoque original de la filosofía *recovery* facilita un marco conceptual dirigido a ampliar los horizontes a los que los profesionales de salud mental debemos aspirar. Se pueden conseguir servicios de salud más adecuados y sostenibles combinando el conocimiento de profesionales e investigación de alta calidad científica, con el conocimiento popular y la experiencia de los usuarios. ■

Referencias bibliográficas

1. Piat M, Sabetti J, Fleury MJ, Boyer R, Lesage A (2011). "Who believes most in me and in my recovery": The importance of families for persons with serious mental illness living in structured community housing. *Journal of social work in disability & rehabilitation*, 10 (1), 49-65.
2. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
3. Anthony WA (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*; 16(4), 11.
4. Farkas M (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*; 6(2), 68.
5. Wyder M, Bland R (2014). The Recovery Framework as a Way of Understanding Families' Responses to Mental Illness: Balancing Different Needs and Recovery Journeys. *Australian Social Work*; 67(2), 179-196.
6. Silva TR, Berberian AA, Gadelha A, Villares CC, Martini LC, Bressan RA (2017). Validation of the Recovery Assessment Scale (RAS) in Brazil in people with schizophrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 66(1), 1-8.
7. Bird V, Leamy M, Tew J, Le Boutillier C, Williams J, Slade M (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*; 48(7), 644-653.
8. Rose D (2014). The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health*; 23(5), 217-218.
9. Abdullah T, Brown T L (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clinical psychology review*; 31(6), 934-948.
10. Capella M, Andrade F (2017). Hacia una psicología ecuatoriana: una argumentación intergeneracional sobre la importancia de la cultura y la *glocalidad* en la investigación. *Teoría y Crítica de la Psicología*; (9), 173-195.
11. Corrigan P (2004). How stigma interferes with mental healthcare. *American psychologist* 2004; 59(7), 614.
12. Thornicroft G, Rose D, Kassam A (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International review of psychiatry*; 19(2), 113-122.
13. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*; 190 (3) 192-193
14. Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (2009) (Eds.). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Pan American Health Org. Washington.
15. Semrau M, Lempp H, Keynejad R, Evans-Lacko S, Mugisha J, Raja S, Hanlon C (2016). Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low-and middle-income countries: systematic review. *BMC health services research*; 16(1), 79.
16. Ackenheil M, Jaime LKM (1999). The therapeutic transnosological use of psychotropic drugs. *Dialogues in clinical neuroscience*; 1(3), 175.
17. Barker P (2003). The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*; 12(2), 96-102.

18. Carpenter J (2002). Mental health recovery paradigm: Implications for social work. *Health & Social Work*; 27(2), 86-94.
19. Cloninger CR (1999). A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 33(2), 174-186.
20. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, Wang P (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*; 167(7), 748-751.
21. Davidson L, Harding C, Spaniol LJ (2006) (Eds.). *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University.
22. Rose D, Thornicroft G (2010). Service user perspectives on the impact of a mental illness diagnosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*; 19(2), 140-147.
23. Ghaemi SN (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British Journal of Psychiatry*; 195(1), 3-4.
24. Littlewood R (1990). From categories to contexts: a decade of the 'new cross-cultural psychiatry'. *The British Journal of Psychiatry*; 156(3), 308-327.
25. Thornicroft G, Rose D, Mehta N (2010). Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in psychiatric treatment*; 16(1), 53-59.
26. Watters E (2010). *Crazy like us: The globalization of the American psyche*. Simon and Schuster.
27. Henderson C, Thornicroft G (2009). Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *The Lancet*; 373(9679), 1928-1930.
28. Kleinman AM (1967). Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Social Science & Medicine*; 11(1), 3-9.
29. McHugh PR (2005). Striving for coherence: psychiatry's efforts over classification. *JAMA*; 293(20), 2526-2528.
30. Kleinman A (2008). *Rethinking psychiatry*. Simon and Schuster. New York.
31. Bentall R (2006). Madness explained: why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a 'complaint-orientated' approach to understanding mental illness. *Medical hypotheses*; 66(2), 220-233.
32. Johnston JM, Pennypacker HS, Green G (2010). *Strategies and tactics of behavioral research*. Routledge. New York.
33. Crews D (2008). Epigenetics and its implications for behavioral neuroendocrinology. *Frontiers in neuroendocrinology*; 29(3), 344-357.
34. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G, Murray RM (2010). Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophrenia bulletin*; 36(4), 655-664.
35. Berry K, Haddock G (2008). The implementation of the NICE guidelines for schizophrenia: barriers to the implementation of psychological interventions and recommendations for the future. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*; 81(4), 419-436.
36. Clark DM (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *International Review of Psychiatry*; 23(4), 318-327.
37. Donoso G (2009). Inter-American Court of Human Rights' reparation judgments. Strengths and challenges for a comprehensive approach. *Revista IIDH*; 49, 29-68.
38. Boydell J, Van Os J, Murray RM (2004). Is there a role for social factors in a comprehensive development model for schizophrenia. *Neurodevelopment and schizophrenia*; 224-247.
39. Susser E, Neugebauer R, Hoek HW, Brown AS, Lin S, Labovitz D, Gorman JM (1996). Schizophrenia after prenatal famine: further evidence. *Archives of general psychiatry*; 53(1), 25-31.
40. Minoletti A, Galea S, Susser E (2012). Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders. *Public health reviews*; 34(2).
41. Atun R, De Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, De Paula JB (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*; 385 (9974), 1230-1247.
42. Antonio JI, García LAH (2010). Políticas públicas sobre discapacidad en España. Hacia una perspectiva basada en los derechos. *Política y sociedad*; 47(1), 137-152.
43. Harding CM (2003). *Changes in schizophrenia across time: Paradoxes, patterns, and predictors*. American Psychiatric Publishing, Inc.
44. Sartorius N, Gulbinat W, Harrison G, Laska E, Siegel C (1996). Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*; 31(5):249-58.

En nombre propio

Gerald Faundez

Mi nombre es Gerald Faundez y mi diagnóstico clínico es esquizofrenia. En este documento trataré de explicar parte de mi vida, mi proceso de recuperación y mi situación actual.

En general, tuve una muy buena niñez. Provengo de una familia bien constituida. Soy el único hombre de tres hermanos. Si bien no éramos ricos, nunca nos faltó nada. De niño fui muy tímido. Nunca me rebelé, aunque el hecho de no rebelarme considero que fue también -contradictoriamente- una forma de rebelarme. Mi padre, si bien era enérgico, nunca me pegó. Lo que sí, me presionaba mucho: él siempre insistía en que trabajara en construcciones metálicas. Lo que él no entendía era el hecho de que yo no tenía motricidad fina. Con el tiempo me di cuenta de que soy bueno con lo teórico, aunque no con lo manual, con lo práctico. Ahora enténdí.

En general, pienso que la relación con mi padre era muy buena o, más bien, excelente. Cada tanto nos íbamos de pesca. Esas salidas a pescar eran extraordinarias. Recuerdo que me decía: «¡Ya, arréglate que nos vamos a pescar!». ¡Era precioso! Un día fuimos a una laguna cerca de Santiago, llamada Aculeo. ¡Ese día sacamos como 200 pejerreyes! Yo estaba fascinado.

También recuerdo con nostalgia las salidas a cazar. Era precioso porque me permitía compartir con mi padre. Yo, como decía, nunca me rebelé porque en mi pensamiento de niño sentía que si lo superaba se iba a sentir viejo. Mi padre siempre decía que cuando los hijos

son profesionales se avergüenzan de sus padres. Pero, si yo hubiera sido profesional, nunca me hubiera avergonzado de él. Era mi ejemplo, mi guía, mi protector, mi compañero.

Cuando tenía más o menos diez años, a mi hermana y a mí nos atropelló un auto. Nos salvamos porque el auto se subió a la cuneta. Después, como a los 15 años me atoré con un cubo de hielo. Más adelante, una vez venía manejando una camioneta de mi padre y en la mitad de la calle había un gran pozo y sentí que alguien me movió el volante. ¡Todavía no sé cómo me salvé una vez más de la muerte! Y en el año 2002 tuve un tumor y una metástasis en el riñón izquierdo. Me aplicaron quimioterapia, que me provocó anemia y se me cayó el pelo. Pienso que por eso soy tan creyente.

Cuando cumplí los 18 años tuve la mejor fiesta de cumpleaños. Invité a todos mis amigos. Pero ahí comenzaron mis problemas. Tuve mi primera crisis a los 18 años: sentí que había perdido la lógica. Por eso digo que el límite entre la cordura y la locura es muy fino. En sólo dos minutos perdí la razón. Me fui de la realidad completamente, no era capaz de mantener una conversación fluida.

Mis padres no sabían qué hacer conmigo. En mi casa no se sabía nada sobre los trastornos psiquiátricos. Me llevaron de inmediato a un médico general y ahí orientaron a mis padres. Caí en una crisis mística que fue provocada por una crisis existencial. Siempre he pensado que las enfermedades mentales se presentan a los

18 años porque uno se pregunta: «¿De dónde vengo? ¿Quién soy? ¿Adónde voy?». Algunos buscamos en la locura las respuestas que no encontramos en la realidad. Me internaron en una clínica de reposo. No era una clínica psiquiátrica. Me llenaron de medicamentos que me provocaban poca capacidad de modular, salivación excesiva, poca capacidad de reflejo, mucho sueño. Ahora los medicamentos de última generación me tienen estable. Llevo 15 años con clozapina y una vida normal: tengo problemas, como todo el mundo.

Pienso que una atención rápida es fundamental para una recuperación efectiva. Pienso que el problema de las crisis tiene que ver con el abandonar el tratamiento, lo que produce una nueva crisis y, como toda recaída, es más agresiva que la anterior. En cada crisis vas perdiendo cosas, aunque no fue mi caso. A mí me gustan mucho las matemáticas y eso es algo que gané a partir de mi crisis. Como tenía mucho tiempo, un día tomé un libro de matemáticas. Y me gustó llegar a un resultado. Ahora pienso que fue fundamental en mi proceso de recuperación. Fue como una terapia. Era una manera de mantener mi mente ocupada y creo que eso alejaba las crisis. Me enamoré de esta linda ciencia. De no haber sido por ella creo que estaría totalmente enfermo y le estoy agradecido. Si bien no soy un experto, algo sé.

Algo que me da esperanzas es que me encomiendo a Dios. Cuando voy por la calle, siempre me encomiendo a Dios, y eso me da como una especie de seguridad. A otras personas les da seguridad otra cosa. A mí me da seguridad encomendarme a Dios, y yo pienso que es por todo lo que me pasó.

También es importante el apoyo que me dio mi madre. Ella tenía una conexión especial con sus hijos. No sabía de esto, pero en mis crisis no me contradecía.

He aprendido que en Chile existen dos sistemas de salud: el público y el privado. El sistema público es bueno, pero lento. Los servicios de salud se saturan debido a que los usuarios, por un simple resfrío, van directo al servicio de Urgencia, lo que produce que estos servicios colapsen. También esto ocurre en salud mental. Por ejemplo: yo llegaba a mis controles a las 7 de la mañana y tenía que esperar dos horas para que me atendiera el psiquiatra, como a las 9 horas. Luego tenía que ir a Farmacia y ahí tenía que esperar 8 horas para retirar mi medicamento. O sea, estaba listo como a las 5 pm.

Los CESAM¹ y COSAM² vinieron a descomprimir el flujo de usuarios. Ahora en media hora estoy listo, lo cual obviamente sugiere una atención rápida y de calidad.

En cuanto al sistema privado, yo, personalmente, no creo en los centros de salud mental de carácter privado. Pienso que estas instituciones solo buscan el lucro. A ellos no les conviene que los pacientes se mejoren.

Por donde yo vivo son pocas las personas que saben lo que me pasó. Ahora, nunca escucho un comentario como "ahí va el loco". No me siento discriminado. Nada de eso. Pero la discriminación existe. Yo propongo hacer

el siguiente ejercicio mental: imaginen un asesinato en el cual hay tres sospechosos, y dentro de esos tres uno tiene esquizofrenia. ¿A quién investigan primero? El estigma produce temor. Por ejemplo: si ves una persona que escucha voces y va hablando solo por la vereda de frente a ti, ¿cuál es tu reacción? Seguramente vas a tratar de evitarlo, sin darte cuenta. Pareciera ser instintivo. Le tenemos miedo a lo que nos parece que es distinto. Juzgamos sin saber. Siempre digo: «Si vas a opinar, infórmate». Porque si opinas sin saber estás contribuyendo al estigma.

Esto es algo que hay que trabajarlo. No creo que el estigma se solucione de un día para el otro. Hay que ir a los colegios, informar y hacer charlas.

Por suerte siempre he sido bien sociable y a mí no me pasaba eso de pensar que «este trabajo no es para mí» o «no me merezco este trabajo». Pero, claro, hay una responsabilidad que tenemos las personas de auto-examinarnos y decir «para qué soy bueno», «cuáles son mis condiciones». No es fácil. Y más a los 18 años, que no sabemos para dónde va la pelota. Es un auto-aprendizaje. No es algo que nos vayan a enseñar. Nadie te dice para qué eres bueno. Es algo que tienes que descubrir. Por lo general, las personas con una enfermedad mental piensan mal de ellas mismas. Y es responsabilidad de uno descubrir sus destrezas. ¿Cuántas personas que podrían ser músicos, matemáticos, médicos o físicos nunca se enteraron, no tomaron un libro o hasta están privados de su libertad? Pienso que el genio también se hace: es 50% habilidad y 50% trabajo.

La enfermedad es como un abandono de uno mismo. Por ejemplo: si me la paso encerrado, ¿cómo voy a conocer gente? ¿Cómo voy a conocer novia si me aíso? Nosotros, las personas con una enfermedad psiquiátrica, tendemos a aislarnos del mundo. Es parte de la enfermedad estar encerrado en tu casa y no querer saber nada más. Pero el mundo es mucho más que una pieza. El mundo es ver un pajarito cantar, ver una flor hermosa. En mi caso específico, a mí me gusta la pesca, que me relaja, que me lo dejó de herencia mi papá. Ese es un mundo que está afuera. Yo todo lo veía negro y en un momento hice un cambio. Pensé: «Si piensas cosas negativas, te van a pasar cosas negativas; si piensas cosas positivas, te van a pasar cosas positivas».

Yo creo que el pensamiento positivo se puede trabajar: si yo discuto con alguien y controlo mi ira, después puedo sentir calma y detrás viene la paz. Si estás deprimido, escuchar una música que te recuerde momentos lindos puede servir. A mí me funciona, aunque no de la noche a la mañana. Requiere trabajo.

Encuentro innecesario que tanta gente esté internada en los hospitales, más cuando decimos que el aislamiento hace tan mal. Propongo dar prioridad a los tratamientos ambulatorios y no llenar estos centros de salud.

Además, todos buscamos identidad, tratamos de pertenecer a algún equipo de fútbol, a un grupo musical, a

¹ Los CESAM son Centros de Salud Mental.

² Los COSAM son Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar.

un partido político, una congregación religiosa, o lo que sea. En el fondo, buscamos pertenecer a algo. Estando internado, o en la cárcel, es muy difícil hacer eso.

Hace cuatro años, es decir, a fines de 2013, fui invitado a una conversación en el CESAM San Joaquín. Ahí fue la primera vez que escuché hablar del proyecto CTI-TS (Critical Time Intervention-Task Shifting)³. Ese día cambió mi vida. Fuimos invitados a la escuela de medicina de la Universidad de Chile. Hicimos un curso de un mes, más nueve meses de un caso práctico, y aprendimos cómo abordar a un usuario tratando de no ser invasivo, cómo empatizar, a escuchar de forma activa, ver su entorno, ver si realiza alguna actividad fuera de su casa y dentro de su casa. Nos capacitamos para incentivar la toma de remedios y ayudar en sus controles.

Recuerdo que una vez pasaba por fuera de la Universidad de Santiago y me quedé mirando. Veía como los alumnos reían y conversaban. Yo decía: «¡qué ganas de estar ahí!». Recuerdo que una vez estuve, pero en el planetario. Pero ahora fue distinto: sentí la necesidad imperiosa de pertenecer ahí. Ahora me doy cuenta que sí pertenezco. Quizás no como alumno, pero sí como monitor. Quizás no esté a la altura de un alumno, pero sí de una persona que ama lo que hace.

Mi función como monitor es transmitir mi experiencia, cómo enfrenté mi enfermedad, cómo la superé y cómo ayudo a otras personas. Como digo siempre: yo no tuve un monitor que me guiara. Ahora digo que soy como un lazarillo, un guía, un compañero. Es una posibilidad que yo no tuve. Las personas pueden decir: «Si él pudo, ¿por qué yo no voy a poder?». Yo les digo: «Si yo pude, vos también». Ayudamos a darse tiempo para tomar buenas decisiones, a trabajar la autoestima, a retomar habilidades perdidas, recuperar la confianza en sí mismo, etc. Debemos ser delicados, comprensivos, amistosos, rigurosos.

En el trabajo vamos a la casa, visitamos a los usuarios y sus familias para conocer mejor su realidad. Vemos si tienen alguna actividad y si aportan de alguna manera. Tratamos que el usuario vea su enfermedad de otra manera, que mejore su relación con el equipo clínico y que pueda confiar en su psiquiatra y su psicólogo, que vea su medicación como un «amigo» (¿acaso olvidas a tus amigos?). Las municipalidades ofrecen un montón de actividades gratuitas que sirven de apoyo. Esto nos permitió investigar y colaborar para integrar a muchos usuarios en actividades.

Ayudar a otro me ayuda. Creo que uno confirma su creencia y da más confianza. Este trabajo cambió mi vida. ¡Ustedes no saben lo importante que es para mí este proyecto! Me sacó de un pozo en el que estaba sumergido. Me encanta mi rol como par y monitor, lo cual me llevó a ver a otros usuarios y comparar su situación con mi propia realidad. Pasé de no hacer nada a trabajar en lo que siempre soñé. Vino a reafirmar mis creencias y darle un sentido a mi vida. Ahora sí que me siento que soy un aporte a la sociedad. Antes me sentía una carga. Ahora puedo decir, cuando me preguntan qué hago, que trabajo en el área de la salud mental.

Se acabó el «Gerald problemático» y volví a ser el «Gerald alegre», el «Gerald comprensivo», el «Gerald protector».

Hay cosas que uno puede controlar y otras que no. Hay variables que depende de uno y otras que no. Si uno va a ir al cine y la función empieza a las 4 no puedo llegar a las 5. Tengo que acomodarme y no depende tanto de mí. Si uno se encierra en la casa y no sale al mundo, eso ya sí depende fundamentalmente de mí.

Muchas veces nos tocó visitar a usuarios completamente descompensados. En esos casos toca esperar que el doctor los estabilice. Yo siempre digo: «Los medicamentos son un 50% y el otro 50% te corresponde a ti, a tu entorno». Las pastillas mágicas que te solucionen todos tus problemas no existen.

Yo creo en la recuperación. Si yo lo pude hacer, ¿por qué no lo va a poder hacer otra persona? Tengo problemas como todo el mundo. La vida en sí es un desafío. A mí me pasa con los problemas de matemática, también. Hago uno y luego otro. Son un desafío. Los problemas en la vida son para superarlos.

Agradecimientos

Esta publicación fue apoyada en parte por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (proyecto U19MH095718). Agradezco a todos los colegas del proyecto RedeAmericas que contribuyeron directa o indirectamente para la realización de este trabajo, a nuestro país vecino, y a los profesionales y técnicos del área de la salud mental que hacen de este un mundo un poco más tolerante e inclusivo. Ellos muchas veces trabajan en forma anónima sin recibir reconocimiento en hospitales públicos y a veces hacen dos turnos para poder vivir un poco mejor. Por último, agradezco a la revista la invitación para dar mi testimonio. ■

³ El proyecto *Critical Time Intervention - Task Shifting* es una adaptación del modelo originalmente creado a fines de 1980 en los Estados Unidos para acompañar a personas en situación de calle en la transición de los refugios hacia la vida en la comunidad. A partir del año 2014 se implementó en Santiago de Chile y en Río de Janeiro, para personas con psicosis, mediante el acompañamiento por parte de pares y trabajadores comunitarios de salud mental.

“Dime cómo la evalúan, te diré quién es”: ¿Qué aporta la evaluación de la recuperación personal a la comprensión de la recuperación como concepto?

Magdalena Elcoro

*Lic. en Psicología (Universidad de Palermo)
Equipo de Recuperación en Comunidad (ReC), Proyecto Suma, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental
E-mail: magdalenaelcoro@gmail.com*

Martín Agrest

*Lic. en Psicología (UBA)
Mg. en Administración de Sistemas y Servicios de Salud
Equipo de Investigación, Proyecto Suma, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental*

Resumen

El concepto de “recuperación” es controvertido en cuanto a las dimensiones que la componen. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental se emparenta con la mejoría clínica y el aumento de la funcionalidad. En cambio, desde la perspectiva de los usuarios, el componente principal tiene que ver con la esperanza y con llevar una vida que tenga sentido.

El presente trabajo analiza el concepto de recuperación a partir del estudio de las escalas en inglés y en español que buscan mensurarla. Sobre un total de 44 escalas de recuperación, fueron analizadas 19 que evalúan la recuperación a nivel personal, toman en cuenta la perspectiva de los usuarios, poseen preguntas cerradas, se encuentran publicadas, y permiten su aplicación en diversos contextos. El 84% de las escalas incluye reactivos que investigan la dimensión existencial de la recuperación (por ejemplo, la autoestima, esperanza, etc.), en tanto solo 47% de las escalas investigan la funcionalidad. La dimensión del continuo salud-enfermedad (por ejemplo, la presencia de síntomas psiquiátricos, el manejo del estrés, la disposición a consultar en servicios de salud o el estado de salud general, etc.) es abordada por el 63% de las escalas y las relaciones sociales por el 58%.

Las escalas de recuperación están organizadas de modo de indagar por una visión de la recuperación que relega la sintomatología y la funcionalidad, lo cual generaría una dificultad adicional para articular los resultados de estas escalas con otras formas de evaluación profesional de la salud mental.

Palabras clave: Recuperación - Escalas - Dimensiones de la recuperación.

“TELL ME HOW IT IS EVALUATED, AND I WILL TELL YOU WHAT IT IS”: WHAT RECOVERY EVALUATION IS ADDING TO THE UNDERSTANDING OF RECOVERY

Abstract

The concept of “recovery” is still controversial as to what its principal components/dimensions are. From the perspective of a mental health professional, recovery is related to a clinical improvement and to a higher functioning. However, from a users’ perspective, its major component is related to hope and having a meaningful life.

The present paper analyses recovery by studying English and Spanish scales designed to measure recovery. A total of 44 recovery scales were found, of which only 19 had been made public, evaluated personal recovery from a users’ perspective, used a Likert scale for all items and could be adapted to different contexts.

The existential dimension (i.e., hope, self-esteem) was addressed by 84% of scales, but only 47% of scales had items tapping on social functioning (i.e., daily life activities). A broad dimension related to general aspects of health, illness management and seeking for treatment, named as “health-sickness continuous”, was addressed by 63% of the scales. A final category of social and family relationships (including connectedness) was addressed by 58% of scales.

According to our findings, scales evaluating personal recovery are organized in terms of privileging a vision of recovery centered on hope over symptomatology or social functioning, posing a severe challenge to articulating results obtained from recovery scales, with other professional instruments used for mental health evaluation.

Key words: Recovery - Scales - Recovery dimensions.

Introducción

El concepto de recuperación puede ser comprendido como un espacio de frontera entre las teorizaciones profesionales y la comprensión experiencial de las personas con padecimiento mental. Desde la perspectiva de los profesionales, la recuperación conlleva un componente de "mejoría sintomática" y otro de "mejoría de la funcionalidad", ambos fundamentales en el camino hacia la inclusión social (1). En cambio, para las personas con padecimiento mental, a quienes llamaremos en adelante "usuarios" (en alusión a su condición activa de "usuarios de servicios de salud mental"), el componente central suele estar dado por aspectos existenciales o formas de transcurrir la vida con mayor optimismo, esperanza y sentimientos de pertenencia y aceptación por parte de la sociedad. En tanto la primera perspectiva, la de los profesionales, ha sido denominada "recuperación clínica", la segunda, la de los usuarios, ha sido denominada "recuperación personal" (2). Pero, entonces, ¿qué es la recuperación? ¿Se trata de aquello que evalúan y describen los profesionales o de aquello que privilegian y destacan los usuarios?

Para la mirada profesional, la recuperación equivale a la remisión sostenida (2) y es un concepto casi idéntico al de la rehabilitación, al que se le ha sumado un mayor énfasis a la vida en comunidad -un logro que en los últimos sesenta años la medicación psiquiátrica, los procesos de reforma de las instituciones asilares y los derechos humanos, en combinaciones variables y de modo sucesivo, han contribuido a enfatizar-. Si la recuperación estuviera dada fundamentalmente por la mejoría sintomática y de funcionalidad, podría ser realmente poco lo que aportara a la tradicional rehabilitación psiquiátrica. Los objetivos de rehabilitación, planteados en estos términos, no distarían de los objetivos de la recuperación. Según esta concepción, un profesional de la salud mental dispondría de una serie de actividades y "estaciones" por las que debería transcurrir un usuario para alcanzar el estado de recuperación; con frecuencia se lo identificará por su diagnóstico ("esquizofrénico", "bipolar", etc.); hasta tanto se recupere se le indicará que es mejor que evite lo más posible cualquier fuente de estrés (e, inclusive, que no trabaje); reciba atención permanente e ininterrumpida para su condición; por último, aunque no menos importante, que reduzca sustancialmente sus expectativas y aspiraciones (como se señala de manera crítica en el Manual de Derechos en Salud Mental (3)).

Para la mirada de los usuarios, la recuperación es la experiencia vivida de la rehabilitación (4), un proceso (más que un estado) en la cual está involucrada una modificación en las actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles en el camino hacia el desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida. Es una manera de poder vivir satisfactoriamente, con

esperanza y con capacidad de contribuir a la sociedad a pesar de las limitaciones causadas por la persistencia de una enfermedad mental (5,6). Según esta concepción, la actividad de los usuarios sería fundamentalmente un recorrido singular, no dominado por etiquetas ni necesariamente en constante situación de recibir ayuda, recurriendo a apoyos cuando fuese necesario y también brindando apoyos a otros cuando fuese posible, con desafíos y riesgos en una vida que valga la pena ser vivida (3,7-9).

A partir de estas distinciones, cabe señalar que el intento de medir la recuperación se ha centrado en dos estrategias principales y, por consiguiente, se ha focalizado en dos aspectos: la recuperación individual (o personal) y la disposición de los programas hacia la recuperación (10-12). En cambio, para la recuperación clínica, los instrumentos han tendido a centrarse en las mismas variables de una era anterior al concepto de recuperación (como, por ejemplo, la Positive and Negative Syndromes Scale (PANSS), Global Assessment of Functioning (GAF), World Health Organization disability assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0), Health of the Nation Outcomes Scale (HoNOS), etc.).

El presente trabajo se ocupa de las medidas de recuperación personal y se propone analizar las dimensiones involucradas, tal como se derivan de las escalas, con el propósito de intentar revisar el concepto de recuperación y ayudarnos a comprender los alcances y limitaciones de este concepto para nuestra cultura local.

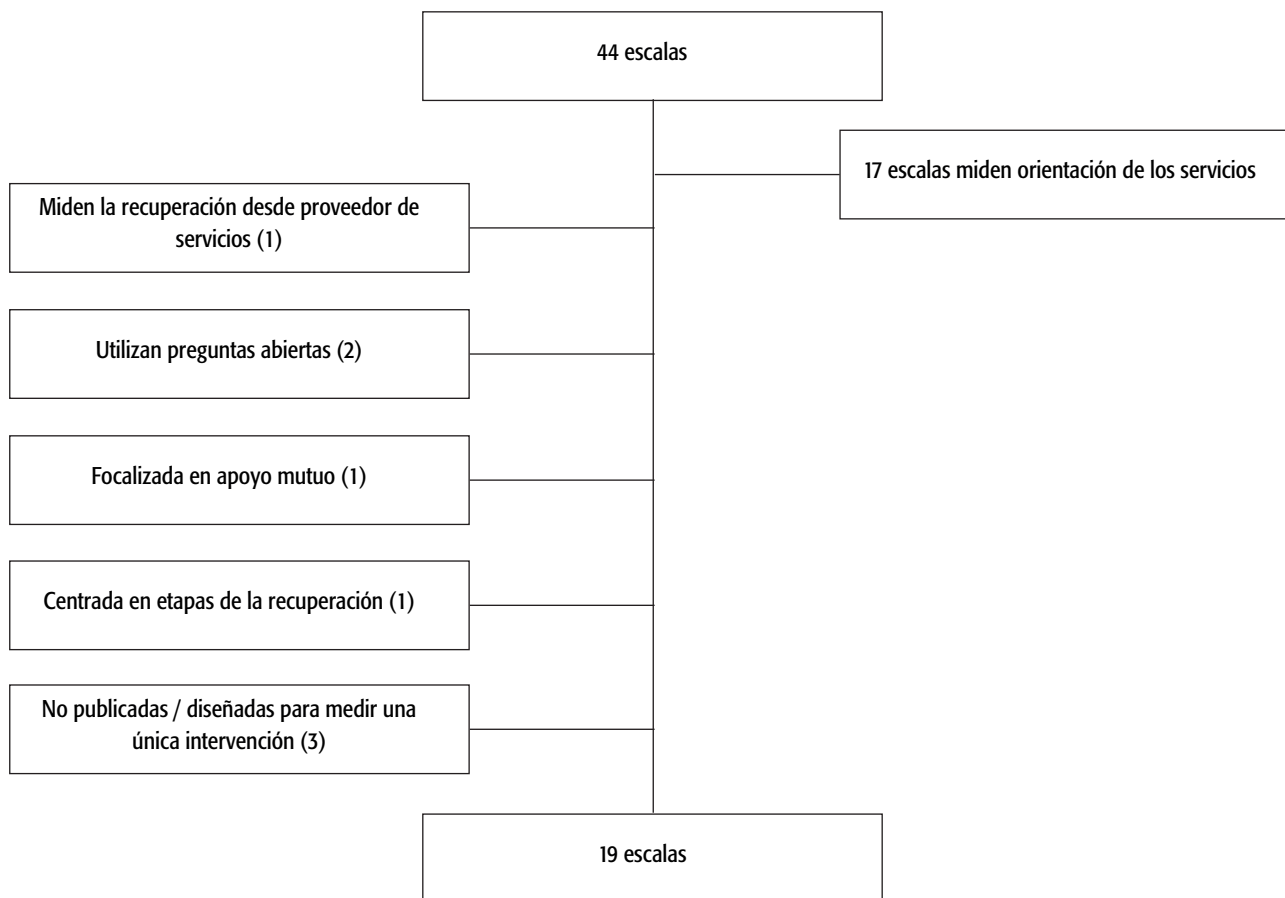
Método

Inicialmente, se procesó la información derivada de los resultados de tres trabajos que recopilaron y describieron escalas que evalúan la recuperación personal (11-13). Se complementó este enfoque con una búsqueda de los conceptos "recovery", "scale" y "mental health" en bases de datos (PubMed, PsycINFO Database, Scielo, Bireme y Lilacs), Google Scholar y Google en marzo de 2016.

Se encontraron en total 44 escalas que evalúan la recuperación personal y la orientación de los servicios hacia la recuperación. Ninguna escala original en español pudo hallarse pese a repetir la búsqueda de los mismos términos traducidos en ese idioma. Tan solo la Recovery Assessment Scale contaba con traducción al español.

Se realizó una selección de las escalas encontradas a partir de los siguientes criterios: que evalúen la recuperación a nivel personal, tomen en cuenta la perspectiva de los usuarios, posean preguntas cerradas, estuvieran publicadas, y que permitan su aplicación en diversos contextos. Se descartaron 17 escalas que evaluaban la orientación de los servicios de Salud Mental hacia la recuperación. Otras ocho fueron descartadas debido a no cumplir con alguno de los criterios de selección (Ver gráfico 1).

Gráfico 1.



El análisis final de las dimensiones se realizó en base a 19 escalas que evaluaban la recuperación personal con preguntas cerradas. Mediante el análisis del marco teórico explicitado en la construcción de cada escala y de una revisión de las preguntas que las componen, se pudieron determinar los aspectos de la recuperación que ellas se proponen investigar. Dichos aspectos fueron agrupados en categorías más amplias y estas categorías, a su vez, en dimensiones más globales (ver tabla 1). Estas dimensiones globales de la recuperación fueron nombradas como: dimensión *existencial* (incluye aspectos emocionales generales; metas personales y orientación a resultados; intelecto, conocimiento y aspectos cognitivos; identidad, autodefinición, autoestima; espi-

ritualidad; empoderamiento, autoeficacia; esperanza, fortaleza interna, bienestar general; responsabilidad y autonomía), dimensión *funcional* (en relación a condiciones ambientales, vivienda; área ocupacional, trabajo y uso del tiempo; calidad de vida, funcionalidad general), dimensión *social/relacional* (referida a las relaciones sociales e interpersonales, conectividad y apoyo social) y dimensión *continuo salud-enfermedad* (que abarca aspectos físicos y mentales en el espectro que va desde la salud hasta la enfermedad, el estado clínico psiquiátrico-psicológico, síntomas específicos de consumo problemático de sustancias, el uso de servicios de salud/salud mental, y la actitud hacia la enfermedad).

Tabla 1. Aspectos, factores y dimensiones evaluadas por las escalas de recuperación

| Aspectos evaluados por las escalas | Factores | Dimensiones |
|---|---|---|
| Atención médica general y auto-cuidado (9) / Bienestar físico (12) / Aspecto físico (16) / Auto-cuidado (16) / Seguridad y salud (18) | Salud general | Continuo salud-enfermedad |
| Malestar debido a síntomas (1) / Recaídas de síntomas (1) / No dominado por síntomas (6) / Síntomas (7) / Angustia (8) / Estados de alteración (12) / Violencia auto o hetero-infligida (12) / Evaluación clínica especializada (18) | Salud Mental (estado clínico psiquiátrico y psicológico, estado específico asociado a adicciones, manejo de la enfermedad y actitud hacia el tratamiento) | |
| Uso de alcohol (1) / Uso de drogas (1) / Comportamientos adictivos (9) / Uso de sustancias (14) | | |
| Planificación para la prevención de recaídas (1) / Afrontamiento de la enfermedad mental (1) / Participación en programas de auto-ayuda(1) / Medicación (1) (12) (14) / Hospitalización psiquiátrica (1) / Actitud hacia el tratamiento (4) / Actitud hacia la enfermedad (4) / Percepción de recuperación y recaídas (4) / Disposición a pedir ayuda (6) / Manejo de la salud mental (9) / Acciones tendientes a buscar ayuda (13) / Asistencia profesional (13) / Afrontamiento de síntomas mentales (14) / Satisfacción con el tratamiento(14) / Uso de servicios de salud mental (19) / Satisfacción con el programa de atención (19) | | |
| Aprendizaje y auto-redefinición (3) / Identidad y auto-estima (9) / Identidad (10) (11) / Auto-estima, confianza y capacidad de auto-control (12) / Auto-percepciones y aceptación de sí mismo (12) | Identidad / auto-definición / auto-estima | Existencial (Espiritual - Emocional - Intelectual) |
| Esperanza (2) (10) (11) / Esfuerzos por alcanzar nuevas potencialidades (3) / Esfuerzos por lograr un bienestar general (3) / Intrapersonal (Existencial) (5) / Confianza en sí mismo y esperanza (6) / Esperanza o cuidado de sí (8) / Confianza y esperanza (9) / Sentimientos/ esperanza (12) / Desafíos personales (13) / Esperanza hacia el futuro (14) / Esperanza y optimismo (15) / Satisfacción con la vida (15) / Bienestar (19) | Esperanza / voluntad interna / bienestar general | |
| Basado en fortalezas (2) / Auto-direccionamiento y empoderamiento (2) / Descubrir y resguardar el auto-empoderamiento (3) / Agenciamiento personal (7) / Auto-eficacia (7) / Confianza y propósito (8) / Afirmación (13) / Empoderamiento (15) | Empoderamiento / auto-eficacia | |
| Responsabilidad (2) (10) (11) / Responsabilidades (9) | Responsabilidad y autonomía | |
| Avances hacia las metas personales (1) / Orientación a metas y resultados (6) / Pensamiento orientado hacia metas (7) | Metas personales y orientación a resultados | |
| Prácticas espirituales (2) / Sentido (10) (11) / Conciencia espiritual (12) / Espiritual (16) | Espiritualidad | |
| Conocimiento sobre enfermedad mental (1) (15) / Recursos básicos (7) / Cognitivo (16) | Intelecto / conocimiento | |
| Confort y placer (12) / Emocionalidad (16) | Aspectos emocionales generales | |
| Obstáculos para la funcionalidad (1) / Retorno a un funcionamiento anterior (3) / Sobreponerse al estancamiento (3) / Habilidades de la vida diaria (9) / Calidad de vida (14) (18) (19) / Actividades diarias (14) / Estado de funcionalidad (18) | Calidad de vida y funcionalidad general | Funcional |
| Vivienda (8) | Ambiente | |
| Uso del tiempo en roles estructurados (1) / Trabajo (9) / Actividad (16) / Actividades (17) / Empleo (19) | Ocupacional | |
| Involucración de familiares y amigos en el tratamiento en Salud Mental (1) / Contacto con personas fuera de la familia (1) / Relaciones interpersonales (5) / Confianza en otros (6) (16) / Apoyo social (7) / Conexión con otros (8) / Ayuda o cuidado de otros (8) / Relaciones (9) (17) / Redes sociales (9) / Dar y recibir ayuda en relaciones (12) / Apoyo (13) / Relaciones sociales (16) / Vida en la comunidad (19) | Relaciones interpersonales y familiares / Conexiones y apoyo social | Social / Relacional |

IMR (1); MARS (2); MHRM (3); PRI (4); QPR (5); RAS (6); RMQ (7); RPI (8); RS (9); SISR (10); STORI (11); CHHS (12); PVRQ (13); CROS (14); RO (15); RMT (16); RAFRS (17); OMHOS (18); POP (19)

Resultados

Mediante un análisis de la proporción de escalas que incluían reactivos correspondientes a cada uno de estos aspectos, factores y dimensiones, pudimos apreciar que la dimensión existencial era analizada por el 84% de las escalas. En cambio, tan solo 47% incluía alguna pregunta vinculada a la funcionalidad. El heterogéneo campo denominado por nosotros como “continuo salud-enfermedad” era indagado por el 63% de las escalas. En otros términos, 7 de las 19 escalas de recuperación analizadas no incluyen entre sus reactivos ítems referidos a esta dimensión. La dimensión social y relacional es abordada por el 58% de las escalas (Ver tabla 2).

El factor de salud general y aspecto físico global comprendido dentro de la dimensión de continuo salud-enfermedad sólo es abordado por el 21% de las escalas. Casi un 70% de las escalas carece de ítems referidos a la presencia o ausencia de síntomas psiquiátrico-psicológicos. Aspectos relativamente frecuentes entre personas con trastornos mentales severos, como son las conductas adictivas, solo son indagados por el 16% de las escalas. En cambio, el manejo de la enfermedad y la actitud

hacia el tratamiento están presentes en algo menos de la mitad de los instrumentos revisados.

La calidad de vida y la funcionalidad general, las habilidades y actividades de la vida diaria, son evaluadas tan solo por un tercio de las escalas. El trabajo y el uso del tiempo en roles estructurados, aún menos, por un cuarto de los instrumentos. Aspectos habitacionales son relevados por una sola de las 19 escala analizadas.

En cambio, la esperanza (en forma aislada o combinada con el optimismo, la confianza en sí mismo y otros aspectos generales de la dimensión existencial) es evaluada por casi el 70% de las escalas. El empoderamiento y la auto-eficacia son investigados por el 30% de las escalas. La espiritualidad y la búsqueda de sentido, aún más, por un tercio de los instrumentos.

Las escalas que incluyen aspectos relacionales y de conectividad con otros, rara vez discriminan entre vínculos con la familia y con otros miembros de la comunidad. Fue complejo diferenciar entre factores de esta dimensión que, de forma agregada, está más presente en los instrumentos revisados que la pregunta por los síntomas, el manejo de la enfermedad y las actitudes hacia el tratamiento.

Tabla 2. Factores y dimensiones presentes en las escalas (N= 19)

| Factores | Dimensiones | Proporciones | |
|---|---|--------------|---------------|
| Salud general | Continuo salud-enfermedad | 4/19 | 12/19 - 63,2% |
| Salud Mental (estado clínico psiquiátrico y psicológico, estado específico asociado a adicciones, manejo de la enfermedad y actitud hacia el tratamiento) | | 11/19 | |
| Identidad / auto-definición / auto-estima | Existencial (Espiritual - Emocional - Intelectual) | 5/19 | 16/19 - 84,2% |
| Esperanza / voluntad interna / bienestar general | | 13/19 | |
| Empoderamiento / auto-eficacia | | 6/19 | |
| Responsabilidad y autonomía | | 4/19 | |
| Metas personales y orientación a resultados | | 3/19 | |
| Espiritualidad | | 5/19 | |
| Intelecto / conocimiento | | 4/19 | |
| Aspectos emocionales generales | | 2/19 | |
| Calidad de vida y funcionalidad general | Funcional | 6/19 | 9/19 - 47,3% |
| Ambiente | | 1/19 | |
| Ocupacional | | 5/19 | |
| Relaciones interpersonales y familiares / Conexiones y apoyo social | Social / Relacional | 11/19 | 11/19 - 57,9% |

Discusión

A través del análisis de las escalas que evalúan la recuperación personal se puede observar que la dimensión existencial predomina ampliamente por sobre las dimensiones de la funcionalidad, las relaciones sociales y sobre el continuo salud-enfermedad. Son más los instrumentos que indagan por la esperanza que las que se ocupan de cualquier aspecto específico de salud, salud mental y atención en Salud/Salud Mental.

Un análisis de los factores que componen cada dimensión también muestra que la dimensión existencial ha merecido mayor atención y que su composición distingue una mayor cantidad de factores que el resto. No es sólo que hay más escalas con ítems que corresponden a la dimensión existencial, sino que más escalas han discriminado factores que hacen a dicha dimensión.

El hecho que las escalas de recuperación personal puedan privilegiar la dimensión existencial no implica que estas otras dimensiones de la recuperación estén ausentes o que sean poco importantes. Por el contrario, también ellas exigen dedicarles grandes esfuerzos, tanto sea de parte de los profesionales como de las personas que viven con trastornos mentales severos, con el fin de morigerar los efectos nocivos de, por ejemplo, los síntomas psiquiátricos o las limitaciones en la funcionalidad. El énfasis en un aspecto no implica que la recuperación se trate únicamente de eso. Las escalas, por cierto, revisan un amplio espectro de cuestiones que, en conjunto, terminan caracterizando la recuperación como un proceso multidimensional.

Es importante señalar que estas escalas son respondidas por los usuarios y, en tal sentido, incluyen reactivos que se supone que pueden ser "adecuadamente respondidos" por éstos. Es probable que hubiera aspectos, por ejemplo, referidos a la integración de la atención en los servicios de salud que pudiera ser fundamental para la recuperación. Aunque también es probable que los usuarios pudieran tener dificultades para dar su impresión al respecto.

Ahora bien, dicho énfasis no está exento de consecuencias. A la hora de correlacionar los resultados de las escalas de recuperación con los instrumentos utilizados por los profesionales para las evaluaciones clínicas no debe sorprender que se presenten importantes diferencias (14-16) y que, por ejemplo, en el caso de las personas con esquizofrenia, su mayor correlación con aspectos clínicos se presente con síntomas depresivos (17,18). El uso de estas escalas auto-administradas tendría un bajo nivel de correlación con escalas hetero-administradas por más que todas ellas pretenderían estar evaluando el mismo fenómeno: la rehabilitación/recuperación.

A la luz del análisis de las escalas que buscan medir la recuperación personal, tampoco debe sorprender que el marco teórico más difundido para conceptualizar los componentes de la recuperación, denominado CHIME (19), destaque los siguientes cinco ingredientes: conexión con otros, esperanza y optimismo, identidad, sen-

tido en la vida y empoderamiento. Cualquier vestigio clínico brilla por su ausencia. Idéntica situación sucede con los diez componentes fundamentales de la recuperación enunciados por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: autodirección, con múltiples caminos, global, con apoyo de pares, relacional, basado en la cultura, en consideración de los traumas experimentados, con énfasis en las fortalezas y en las responsabilidades personales, familiares y de la comunidad, respeto y esperanza (20). La Maryland Assessment of Recovery Scale (MARS), una de las escalas tomadas en cuenta en este trabajo, se basa de hecho en estos diez componentes (21).

El optimismo hacia el futuro y la creencia que es posible hacer algo para estar mejor, junto con una identidad basada en fortalezas, todas cuestiones centrales a la dimensión existencial de la recuperación que buscan capturar las escalas, sólo tendrían un parentesco lejano con los tradicionales enfoques profesionales que evalúan la recuperación como si fuera sinónimo de remisión. Podría parecer extraño, pero la recuperación -tal como es registrada por las escalas- tendría poco que ver con el juicio clínico de los profesionales. Un estudio de Van Eck y colaboradores mostró que en las personas con esquizofrenia era baja la correlación entre síntomas positivos y auto-percepción de recuperación (18). En este punto, la recuperación y la rehabilitación enseñarían su máxima distancia, y podría comprenderse qué significa que algunos servicios de rehabilitación no estén guiados por la recuperación -pero que otros sí lo estén (22).

La capacidad de sobreponerse al estigma y las estrategias de afrontamiento a esta dinámica social ocupan un lugar llamativamente marginal dentro de las escalas. Si bien parte de este fenómeno estaría siendo capturado en reactivos que tienen que ver con la identidad y la autoestima, dos cuestiones íntimamente relacionadas con el estigma internalizado, son escasas las escalas que se ocupan explícitamente de ello. A pesar de las referencias existentes que conectan el estigma y las dimensiones existenciales de la recuperación (23), las escalas que evalúan la recuperación no permitirían dar cuenta adecuadamente de esta asociación.

Por otra parte, un aspecto central a considerar es que el origen más reciente del concepto de recuperación y las narrativas que le han dado forma a este constructo provienen de países de altos ingresos y de una cultura anglosajona. En estos contextos, la pobreza, la falta de oportunidades laborales, el rol de la familia, el auto-control, el éxito, la orientación a resultados, la eficacia personal y el sentido de la espiritualidad, podrían tener sentidos por completo diferentes a otras culturas como las que predominan en América Latina. ¿Cómo se valoraría la «conexión con otros», un aspecto destacado de la recuperación, a la luz de no tener dónde dormir? ¿Qué importancia tendría «querer triunfar» sin tener algo para comer? ¿Inciden de formas similares una «espiritualidad» solidaria con los valores del trabajo

individual y del protestantismo que otra ligada al evangelismo o al cristianismo? ¿Entienden lo mismo estas culturas cuando hablan del «apoyo familiar»? En este sentido, las dimensiones involucradas en la recuperación podrían tener algunas características diferenciales en culturas latinas, cuestión que los instrumentos revisados estarían lejos de poder capturar.

Conclusiones

A partir del análisis de las escalas que evalúan la recuperación personal es posible señalar que el énfasis de los instrumentos en los aspectos existenciales de la recuperación pone de manifiesto un claro privilegio de cuestiones que suelen ser poco tenidas en cuenta por los profesionales. La esperanza y la autoestima son datos que rara vez se registran en las historias clínicas, muchas veces se delega (o relega) a un enfoque de la Psicología Positiva, y casi siempre se subestima en el impacto que

provoca o las implicancias que tienen en la auto-percepción de la recuperación. Las escalas revisadas, en cambio, enseñan que, al menos desde la perspectiva de la construcción de los instrumentos que evalúan recuperación personal, este aspecto sería central en los procesos de recuperación.

Las escalas de recuperación centradas en la perspectiva de los usuarios registran el privilegio de aspectos que muchas veces postergamos quienes tenemos una visión clínica de los padecimientos mentales. Si nos guiamos por estas escalas, la recuperación trata mucho más acerca de la esperanza que de los síntomas o de la funcionalidad, y puede alejarse considerablemente de los diseños de rehabilitación que solemos elaborar los profesionales de la salud mental. Sin embargo, está pendiente definir el modo en que ambas perspectivas pueden articularse y el modo en que los instrumentos que evalúan la recuperación puedan contemplar las particularidades culturales no anglosajonas. ■

Referencias bibliográficas

- Frese FJ, Knight EL, Saks E (2009). Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophr Bull*;35(2):370–80.
- Slade M, Amering M, Oades L (2008). Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatr Soc*;17(2):128–37.
- Locos por nuestros derechos. Manual de derechos en Salud Mental [Internet]. Escuela de Salud Pública, editor. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2015 [Internet, consultado el 14 de Abril de 2017]. Disponible en: <https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2015/09/Manual-de-Derechos-en-Salud-mental.pdf>
- Deegan PE (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J*;11(4):11–19.
- Anthony WA (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* [Internet].;16(4):11–23. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0095655>
- Ralph RO, Corrigan PW (2005). Recovery in mental illness : broadening our understanding of wellness [Internet]. American Psychological Association; [Internet, consultado el 13 de Abril de 2017]. 282 p. Disponible en: <http://www.apa.org/pubs/books/4316038.aspx>
- Agrest M (2016). Narrativas en primera persona: ¿qué es lo nuevo para un profesional de la salud mental? *VERTEX Rev Arg Psiquiat*;27(128):274–9.
- Basz E (2014). La dignidad del riesgo como antídoto al estigma [Internet]. Disponible en: <https://www.linkedin.com/pulse/20140703134507-15416747-la-dignidad-del-riesgo-como-antidoto-al-estigma>
- Agrest M, Druetta (2011). El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *VERTEX Rev Arg Psiquiat*.;22(95):56–64.
- Williams J, Leamy M, Bird V, Harding C, Larsen J, Le Boutillier C, et al (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services: Systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.;47(11):1827–35.
- Shanks V, Williams J, Leamy M, Bird VJ, Le Boutillier C, Slade M (2013). Measures of Personal Recovery: A Systematic Review. *Psychiatr Serv*.;64(10):974–80.
- Burgess P, Pirkis J, Coombs T, Rosen A (2010). Review of recovery measures. *Aust Ment Heal Outcomes Classif Netw*;(February):1–78.
- Khanam D, McDonald K, Neils CW (2013). Measuring Recovery : A Toolkit for Mental Health Providers in New York City. [Internet] Disponible en: <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/mh/measuring-recovery-toolkit.pdf>
- Andresen R, Caputi P, Oades LG (2010). Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? *Psychiatry Res* [Internet] ;177(3):309–17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.02.013>
- Macpherson R, Pesola F, Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, et al (2016). The relationship between clinical and recovery dimensions of outcome in mental health. *Schizophr Res* [Internet].;175(1–3):142–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.10.031>
- Killaspy H, White S, Taylor TL, King M (2012). Psychometric properties of the Mental Health Recovery Star. *Br J Psychiatry* [Internet, consultado el 7 de Julio de 2017].;201(1):65–70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22753854>
- Resnick SG, Rosenheck R, Lehman AF (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatr Serv* [Internet].;55(5):540–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128962>

18. Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbeck F, de Haan L (2017). The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*, doi: 10.1093/schbul/sbx088
19. Slade M, Leamy M, Bacon F, Janosik M, Le Boutillier C, Williams J, et al (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet];21(21):353–64. Disponible en: http://journals.cambridge.org/EPS%5Cnhttp://journals.cambridge.org/abstract_S2045796012000133
20. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). SAMHSA's working definition of recovery (2012). [Internet, consultado el 1 de Julio de 2017]. Disponible en: <https://store.samhsa.gov/shin/content/PEP12-RECDEF/PEP12-RECDEF.pdf>
21. Drapalski AL, Medoff D, Unick GJ, Velligan DI, Dixon LB, Bellack AS (2012). Assessing recovery of people with serious mental illness: development of a new scale. *Psychiatr Serv* [Internet]. Jan;63(1):48–53. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22227759>
22. Australian Health Ministers' Advisory Council (2013). A national framework for recovery-oriented mental health services [Internet]. Canberra: Commonwealth of Australia; [Internet, consultado el 7 de Julio de 2017]. Disponible en: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/67D17065514CF8E8CA257C1D00017A90/\\$File/recovgde.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/67D17065514CF8E8CA257C1D00017A90/$File/recovgde.pdf)
23. Livingston JD, Boyd JE (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* [Internet, consultado el 1 de Julio de 2017];71(12):2150–61. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953610006945>

Narrativas corporizadas de superación: ¿un camino para la recuperación?

Catarina Magalhães Dahl

*Psicóloga, Doctoranda del Programa de Posgrado en Psiquiatría y Salud Mental
del Instituto de Psiquiatría de la Universidad Federal de Rio de Janeiro
E-mail: catdahl78@gmail.com*

Flávia Mitkiewicz de Souza

*Psicóloga, Doctoranda del Programa de Posgrado en Psiquiatría y Salud Mental
del Instituto de Psiquiatría de la Universidad Federal de Rio de Janeiro*

Giovanni Marcos Lovisi

*Profesor asociado de Salud Pública del Instituto de Estudios
en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Rio de Janeiro*

Ezra Susser

*MD, Dr PH, Profesor de Epidemiología y Psiquiatría, Director del Programa de Entrenamiento
en Epidemiología de la Escuela Mailman de Salud Pública,
Universidad de Columbia e Instituto de Psiquiatría, Nueva York, NY, EE.UU.*

Maria Tavares Cavalcanti

*Profesora titular del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina
de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, directora del Instituto de Psiquiatría- IPUB/UFRJ*

Resumen

Las narrativas tienen el papel fundamental en la recuperación de personas con esquizofrenia, principalmente a partir del cambio paradigmático engendrado por el movimiento de *recovery*. Más que una herramienta metodológica o un subproducto de la recuperación, las narrativas son un componente integral de este proceso. Este artículo tiene como objetivo analizar narrativas de superación, a la luz del paradigma de la corporeidad, a partir del caso emblemático de una trabajadora de apoyo entre pares. Se trata de un estudio cualitativo conducido en el contexto de un ensayo clínico aleatorizado más amplio, donde se realizaron entrevistas (en forma individual y en grupos focales) para la construcción de la narrativa. Se realizó el análisis temático, identificando las siguientes categorías: sentimiento de sí y del cuerpo propio; vivencia del tiempo y del espacio; relación con el otro; experiencia de enfermedad y superación. Las narrativas corporizadas de superación se constituyen en el marco de una temporalidad no lineal, a partir de un proceso dialéctico y dialógico de construcción/reconstrucción de sentimiento de sí y del propio cuerpo. Proponemos que las narrativas corporizadas sean consideradas como un principio metodológico para el análisis de las narrativas, así como dimensión intrínseca al camino de superación, o sea, como el centro de gravedad del proceso de construcción/reconstrucción de sí, del cuerpo y del sentido de pertenencia al mundo.

Palabras clave: Narrativas - Recuperación - Sentimiento de sí - Esquizofrenia.

EMBODIED NARRATIVES OF OVERCOMING: A PATHWAY TOWARDS RECOVERY?

Abstract

Narratives play a fundamental role in the recovery of persons with schizophrenia, mainly from the paradigmatic change engendered by the recovery movement. Rather than a methodological tool or a byproduct of recovery, narratives are integral components of this process. This article aims to analyze overcoming narratives, in the light of the corporeality paradigm, based on an emblematic case of a peer support worker. This is a qualitative study carried out in the context of a randomized clinical trial, and it is based on one in-depth interview and focus groups for the construction of the narrative. Thematic analysis was carried out and the following categories were identified: sense of self and embodiment; experience of time and space; relationship with others; illness experience and overcoming. The embodied narratives of overcoming constitute in the register of a non-linear temporality, and it is based on a dialectical and dialogic process of construction/reconstruction of the sense of self and of the body itself. We propose that embodied narratives are considered as a methodological principle for narrative analysis on recovery, as well as an intrinsic dimension of the recovery journey; that is, as the center of gravity of the process of construction / reconstruction of the sense of self, embodiment and the sense of belonging to the world.

Keywords: Narratives - Recovery - Sense of self - Schizophrenia.

Introducción

Yo hice muchas cosas, así, y después de aquella clase de danza que yo... [porque] yo no tenía cerebro, no tenía cerebro y ni tenía cuerpo, pero ahí... Yo nunca entendí ni geografía, porque yo nunca entendí el mapa. Ahí que yo fui a descubrir que yo tenía un mapa, que yo no sabía de él, nunca supe... Y, mira bien, yo no sé si viví esos cuarenta y pocos años (...) Yo creo que no había vivido. ¡No viví! (...) Yo no puedo morir todavía, porque todavía no viví. Yo creo que comencé a vivir tres o... esa edad.(...) ¡Ahora es que estoy comenzando a vivir! Yo tengo cuatro años, comencé a vivir ahora... Es ahora que tengo vida de verdad. Hace dos, tres años atrás que tengo vida de verdad, que empecé a descubrir después que aquel negocio ¡conectó! Es porque ese negocio de tener cuerpo es un problema increíble, porque tú ahora tienes un cuerpo que no tenías y de repente las personas únicamente te miran, solo te miran: 'ella está bien, ella no tiene nada, ¡no!' (Graça¹, 54 años).

La narrativa presentada encarna la idea corriente sobre la esquizofrenia como condición que, paradójicamente, es causa/efecto de una pérdida o ruptura del sentimiento de sí (*loss of self*) y de pertenencia al mundo. Este relato también desafía la idea establecida que la recuperación de las personas con diagnóstico de esquizofrenia no es posible, y que las mismas tienen poca (o ninguna) capacidad para construir -temporalmente- narrativas significativas y coherentes sobre sus vidas. Más que una enfermedad -o un conjunto de síntomas de los cuales la psiquiatría se ocupa, busca conocer e intervenir-, la esquizofrenia (entre otras condiciones mentales graves) se juega en el terreno de la experiencia de sí, dimensión fundamental del proceso de enfermedad y recuperación (1-5).

Sue Estroff califica la esquizofrenia como una "enfermedad del yo soy" ("*an I am illness*"). Según la autora: "*Tener esquizofrenia incluye no solamente la experiencia de profunda perturbación cognitiva y emocional; ésta resulta en*

una transformación del self tal como es conocido interiormente, y de la persona o identidad tal como es conocida exteriormente por los otros" (1) (traducción de los autores).

A la luz del cambio paradigmático generado por el movimiento de *recovery* (6) y de abordajes de la Antropología Médica y de la Psiquiatría afiliadas a la tradición fenomenológica interpretativa, las narrativas en primera persona son (re)valorizadas en cuanto aspecto constitutivo de la experiencia de sí y de la identidad (3,5,7-10). Esto es, del proceso de construcción/re-construcción del *self* y del mundo.

Las narrativas en primera persona también se constituyen como estrategias para reducción del estigma y fortalecimiento personal de quienes sufren con la experiencia de enfermedad mental (11). En esa perspectiva, las narrativas de la enfermedad y del restablecimiento son más que un medio de comunicación a través del cual la experiencia es contada, moldeada y re-contada. Ellas son un componente estructural del propio sentimiento de sí.

A los fines del análisis emprendido en este estudio, consideramos las narrativas como historias, secuencias de (como mínimo dos) eventos temporalmente interconectadas en una trama, que incluye personajes, el narrador y la audiencia (8,12). Lejos de ser un fenómeno que solamente existe en su forma pura, inmediata y aislada del mundo, las narrativas en primera persona están íntimamente ligadas al sentido de inmersión y pertenencia a una comunidad lingüística. La operación narrativa es un elemento fundamental del *self*, que se inscribe en el registro de la corporeidad, de la intersubjetividad, de la cultura y su sistema de símbolos: un *self* narrativo (3, 4, 9, 13, 14).

Basándose en la obra de Merleau-Ponty, algunos autores resaltan que la noción de corporeidad o de "subjetividad corporizada" es un elemento fundamental para entender la experiencia humana, y más específicamente la enfermedad, como fenómeno enraizado en el cuerpo y culturalmente situado (3, 9, 14, 15). En esta perspectiva, se vuelve forzoso poner entre paréntesis la distinción analítica entre cuerpo-mente, yo-otro, sujeto-objeto

¹ El nombre fue modificado para esta presentación con el acuerdo de la persona.

to. Según Csordas, la experiencia de la corporeidad es un principio metodológico para el estudio de las narrativas de enfermedad (14). Al respecto, otros autores también vienen discutiendo sobre la incidencia de la experiencia corporizada sobre las narrativas, o narrativas corporizadas (*embodied narratives*) (16, 17), en especial para pensar en la construcción/reconstrucción del *self* y del propio cuerpo (18). Lo que hemos llamado narrativas corporizadas constituyen relatos que expresan la conexión inextricable entre el sentimiento de sí y el cuerpo, como instancias arraigadas en niveles más profundos de la cultura y de los sistemas socio-simbólicos. De acuerdo con Menary: “El relato narrativo corporizado es la visión de que el yo está constituido por una conciencia encarnada cuyas experiencias están disponibles para la narración y las narrativas mismas, que pueden desempeñar una variedad de papeles en la vida psicológica del agente” (16). Hay, entretanto, algo problemático alrededor de la construcción narrativa. Es como si existiese una tendencia, un empuje, a la creación de narrativas abstractas, de abstracción del sujeto y del cuerpo, distanciándose de la experiencia corporizada (3,16).

En lo que se refiere a las narrativas de recuperación y al creciente interés que viene despertando en el campo de la salud mental (6, 7, 11, 19), nos interesa dar un paso adelante para su análisis y comprensión. ¿Serían las narrativas de recuperación un camino (medio) necesario para el restablecimiento del sentimiento de sí o el resultado de este proceso (fin)? ¿Estarían las narrativas de recuperación distanciándose de la experiencia corporizada de quien vivencia el proceso de enfermedad y superación? ¿Sería, aquello que optamos por nombrar como narrativas corporizadas de superación, el *recovery* en su máxima expresión? No pretendemos responder a estas preguntas. Sí, en cambio, tomarlas como punto de partida para el análisis de las narrativas (en primera persona) de superación².

Este artículo tiene como objetivo analizar el caso de una narrativa de superación, a la luz del paradigma de la corporeidad. Se trata de un análisis preliminar de los resultados de una investigación cualitativa, conducida con trabajadores de apoyo de pares (21) en el contexto de un proyecto más amplio, RedeAméricas, para la evaluación de una intervención psicosocial: Critical Time Intervention - Task Shifting (CTI-TS) (Intervención en Momento Crítico - Delegación de Funciones) en la red de salud mental de la ciudad de Rio de Janeiro (22). El propósito del estudio cualitativo fue analizar las narrativas de superación de trabajadores de apoyo de pares y comprender cómo la experiencia de recuperación se relaciona con la experiencia de trabajo en la investigación clínica más amplia.

Método

La narrativa presentada en este trabajo fue co-producida en el contexto interaccional de una entrevista (a

profundidad), en la que participaron Graça y la autora principal (CMD). La entrevista fue realizada en enero de 2015, en una institución psiquiátrica, en donde también se desarrollaron las actividades técnico-administrativas de RedeAmericas, y en donde Graça también hace su tratamiento. Segmentos narrativos obtenidos en dos grupos focales (realizados en 2014 y 2016) conducidos con los trabajadores de apoyo de pares también fueron utilizados como fuentes complementarias, así como informaciones producidas a partir de la observación del proceso de entrenamiento del equipo de trabajo de campo para la intervención, que tuvo lugar entre 2013 y 2015. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación, en consonancia con los principios bioéticos, y la entrevistada proporcionó un consentimiento informado para la realización de la entrevista, siéndole garantizado el resguardo de su identidad y confidencialidad de informaciones que pudieran identificarla. La entrevista fue grabada, transcrita y codificada. Fue realizado un análisis temático (12) a la luz del paradigma interpretativo y de la corporeidad (9, 23).

Graça: un estudio de caso narrativo

Al momento del estudio Graça (G.) era una mujer de 54 años, casada hace más de 30 años, con tres hijos y cuatro nietos, que en 2009 había recibido el diagnóstico de esquizofrenia. Es negra, católica (aunque también frecuenta la iglesia evangélica) y vive con la familia en un departamento en la ciudad de Río de Janeiro. Está jubilada por invalidez y es ama de casa. En general, G. dedica su tiempo a la familia, a las actividades de la vida cotidiana, a la iglesia y a su tratamiento en salud mental. Durante un año trabajó como acompañante par, en dupla junto con una agente comunitaria de salud mental, con usuarios de servicios comunitarios de salud mental (Centros de Atención Psicosocial - CAPS).

Graça relató que “nació trabajando”. Según ella, todavía niña, se trasladó con los hermanos para Río de Janeiro, pues su madre los “envió” para trabajar en la casa de una familia. Desde muy joven Graça vivió con esta familia, ofreciendo sus servicios a cambio de alimento y casa. Ella asistió a la escuela (tiene 11 años de escolaridad) y se casó joven, formó su familia y permaneció trabajando como empleada doméstica a lo largo de muchos años.

El inicio de su experiencia de enfermedad aconteció en el contexto del trabajo, en un supermercado donde prestaba servicios como cajera. G. relata que se sentía extraña y que la primera crisis aconteció por haber sido acusada de robo y por haber sufrido violencia física de parte de una cliente. En esta ocasión, G. refiere que salió del trabajo “muy mal”, “toda sucia” y que fue empujando a medida que caminaba por la calle, hasta que la llevaron para un hospital psiquiátrico.

² En un estudio realizado para la validación de la escala *Recovery Assessment Scale* (RAS) en Brasil, Silva y colegas (20) concluyen que la palabra “superación” refleja de modo más apropiado el concepto del término “*recovery*” por ser más próxima a la perspectiva de las personas con el diagnóstico de esquizofrenia. Por este motivo adoptamos la palabra “superación” en lugar de “recuperación”.

Cuando llegue ahí, no sé, allí quedé, porque no sabía de nada (...) Yo no tenía noción de nada, no. Creo que nunca tuve ni noción, aunque yo trabajaba, ¿no!? Y ahí llegué y quedé internada (...) No conocía a nadie, no sabía, me fui quedando allí (...). No reconocía a mi hermana (...) Tampoco reconocí a mi esposo... (...) [mi esposo] me perturbaba mucho (...) toma [alcohol], mi esposo pelea... (...) Yo no era ni persona todavía (...) Yo no estaba en el mundo todavía, no (...) Yo tenía miedo de los otros.

Desde entonces, G. dejó de trabajar, se jubiló y dejó de manejar dinero, pues, según alega, "siempre cuidó del dinero de los otros", y sin embargo la acusaban de robo. A lo largo de su trayectoria, G. fue expuesta a situaciones de estigmatización y violencia física y psicológica en el ambiente familiar, principalmente con su esposo.

Al ser interrogada sobre cómo fue su proceso de recuperación, G. enfatiza que comenzó a mejorar a partir de 2013.

Yo nunca podía entender, porque yo no consigo entender, yo no conseguía entender ese negocio d-de vida de hombre en la Tierra (...) Ahora yo estoy viendo ahí (...) las terapias hoy... tú ves (...) ¿cómo es que yo iba a saber que yo podía, que yo danzaba?

G. atribuye su recuperación a las aulas de danza desarrolladas por una enfermera del hospital de día donde hace tratamiento, a los vínculos establecidos en la institución y a la medicación, que dice que "parecía un plato de comida".

Yo, en el aula de danza donde estaba con Angélica [enfermera] (...) Nunca podía imaginar que aquello era tan importante. Un día que yo entré llorando (...) Aprendí a cantar aquella música de la vida del viajante, ¿no? Y descubrí que mi vida no era más una prisión. Tenía que ser... 'mi vida es andar por ese país' [trazo de la canción] (...) ahora que ustedes están enseñándome a andar.

La participación en la iglesia y la religiosidad se destacan como estrategias de superación del dolor y de los sufrimientos inscriptos en el cuerpo:

Tengo algunas otras cosas que me perturban el cuerpo, que yo salgo del cuerpo y siento un dolor enorme. (...) Ese dolor de cuerpo (...) Allí, hace pocos días comencé a llorar, pero yo estoy en mi iglesia universal haciendo la cadena... Y ahí, el dolor (...) aquel dolor que no es mío [pausa] ¡salió del cuerpo! [Habla en tono de alivio]

El período en que Graça sitúa su proceso de superación coincide con su inserción como trabajadora de apoyo entre pares en el proyecto. Algunos avances fueron percibidos tanto por Graça cuanto por el equipo de la investigación al final del proyecto, principalmente en lo

que atañe a la superación de dificultades - como la circulación en el terreno y el manejo de dinero-, en cuanto al restablecimiento del sentimiento de sí y de pertenencia a un territorio, así como a su fortalecimiento personal en el ambiente familiar.

Yo, para mí, pensé, así, en la hora que tú [entrevistadora y coordinadora de campo de la investigación clínica] hablaste: 'Tú vas a tener que ir para un lugar'. Y yo no tenía noción todavía... tengo dificultad con el lugar (...) Me perdía mucho, ¿no? Me pierdo, todavía. Hay horas que desaparece, que me da un apagón y no sé dónde estoy y no tengo acción. Parecía que me desconectaba así (...). Dicen que la gente tiene un mapa, ¿no?! Yo no tenía ese mapa dentro de mí. Yo no sabía... Creo que no tenía noción de mí... y el mundo. No tengo noción todavía, aunque ya estoy comenzando a tener, porque parece que ustedes están llevándome y parece que yo ya pasé por allí, y yo debo haber pasado, ¿no?!

Discusión

A partir del análisis de la narrativa de Graça se construyeron las siguientes categorías: sentimiento de sí y del cuerpo propio; vivencia del tiempo y del espacio; relación con el otro y experiencia de enfermedad y superación.

La reconexión con el *sentimiento de sí y del propio cuerpo* y el sentido de pertenencia al mundo constituye el principal referente en el relato de Graça, su centro de gravedad, e ilumina el valor de las narrativas corporizadas en el proceso de superación de las personas con diagnóstico de esquizofrenia. El relato autobiográfico de Graça es marcado por una ruptura en su existencia en el mundo. O sea, por una desconexión-reconexión con la vida, con su cuerpo, con el mundo y con el otro, tal como expresó con sus palabras: "[yo] no era gente todavía", "no tenía cerebro" ni "tenía cuerpo", "no tenía noción de las cosas", "no sabía de nada", "no entendía el mundo". Si, por un lado, Graça encarna en su narrativa la visión corriente de la psiquiatría sobre la esquizofrenia (como la pérdida del sentimiento de sí o clivaje del yo (2-5)), por otro, cuestiona el legado de Kraepelin; esto es, la creencia que la esquizofrenia es una condición de la que no es posible recuperarse (7). Al narrar el "descubrimiento" de un mapa que intuitivamente sabía de la existencia en su mundo interior y percibir que su cuerpo "conectó", Graça corporiza y significa su experiencia en una geografía propia, posicionándose como sujeto-objeto de su propia reflexión. Como narradora, Graça es testigo del nacimiento de su propia existencia, en el momento en que su cuerpo "conectó", (re)construyendo el sentido de sí y de pertenencia al mundo, a partir de su agencia en dirección a él. Como en un rito de pasaje, la (re)conexión con su corporeidad, el descubrimiento de un mapa interno y la circulación en otros territorios inauguran una distinción nada abstracta entre el ser ("*gente*") y el no ser, entre el yo y el otro, así como un nuevo esquema corporal y noción del mundo.

El “mapa” al que Graça se refiere parece manifestarse como elemento concreto en su discurso y vivido subjetivamente, aunque, paradójicamente, también adquiere un sentido metafórico. Sea en su sentido concreto o metafórico, la palabra-imagen del “mapa” tiene la función de mediación simbólica en el proceso de reconexión de Graça consigo misma, así como de anclaje de este proceso en el registro de la intercorporeidad y en la relación con los otros (intersubjetividad) (9,14), a punto de reconocer, a partir de la mirada del otro, que “*ese negocio de tener cuerpo da un problema ¡increíble!*”.

Al hablar sobre su edad y existencia en el mundo, Graça nos ofrece algunas pistas sobre su *vivencia en el tiempo y en el espacio*. Desde una perspectiva de la psiquiatría descriptiva/objetiva, posiblemente sería calificada como alteración de la conciencia de sí, a partir de un sentido delirante. En tanto, si analizamos el relato de Graça desde una perspectiva narrativa, observamos la presencia de múltiples perspectivas o sentidos relacionados a la temporalidad, no necesariamente excluyentes. Al mismo tiempo que afirma “*existir hace dos, tres o cuatro años*”, la entrevistada reconoce la posibilidad de tener la edad que le atribuyen, aunque a partir de la negación: “*yo no sé si yo viví esos cuarenta y pocos años (...), yo creo que yo no he vivido, yo no viví! (...)*”. Pasado y presente parecen ser marcos temporales claramente distintos, aunque interconectados. A pesar de eso, se observa la suspensión de la perspectiva de un tiempo cronológico, lineal, secuencial, y la inscripción de la vivencia del tiempo en un campo de incertidumbre, con múltiples posibilidades de sentidos. Asimismo, provista de una lógica interna propia y coherente— por ejemplo, cuando dice que “*no puede morir, porque todavía no vivió*” —, Graça edifica su narrativa en el registro de una temporalidad circular, dinámica, cuántica, incierta e intuitiva. Según Mishler, de acuerdo al “*modelo del tiempo narrativo/experiencial*”, es posible “*reconstruir los significados de nuestras experiencias pasadas*” y “*rehacer-nos a nosotros mismos (...)*” en el aquí-y-ahora (24). G. dice: “*parece que ustedes me están llevando y parece que yo ya pasé por allí, y yo debo haber pasado, ¿no?!*”.

Al respecto del tiempo y del espacio, Karl Jaspers los considera como instancias “*presentes*”, “*inderivables*” y “*originarias*” de la vida psíquica, fundamentales en el “*estado de diferenciación de ser*”, sean vivenciadas como estructuras “*reales*” (concretas), o como “*símbolo de instituciones*”. En las palabras del autor: “*Así, no es como vivencia específica, sino como significación, que espacio y tiempo se convierten en un lenguaje y una estructura del alma*” (25). Tal como es apuntado por Mishler, al igual que para Jaspers, entre otros autores, la temporalidad es una dimensión fundamental del *self* y de su construcción narrativa, así como de la identidad, como también observamos en el relato de Graça.

La *relación con el otro* se destaca en la construcción narrativa de Graça, principalmente en lo que atañe al proceso de restablecimiento de sí. Las aulas de danza y el contacto físico de la enfermera actúan como catalizadores para el reconocimiento de su cuerpo y, a su vez, el restablecimiento del sentimiento de sí. Por otro

lado, la conciencia corporal en dirección al mundo y el sentido de pertenencia al mismo parecen estar directamente relacionados a la mirada del otro y a la acción del otro —como, por ejemplo en el momento en que dice: “*porque tú tienes un cuerpo que tú no tenías y de repente las personas sólo se quedan mirando para ti, sólo se quedan mirando: ‘jella está bien, ella no tiene nada, no!’*; o, en el momento en que el equipo del proyecto habla con Graça acerca de que ella va a “*tener que ir para un lugar*” o le enseña cómo manejarse en la ciudad. A pesar de tener la conciencia de sí y de reconocerse en un cuerpo en el mundo, Graça continúa sintiendo que tiene “*dificultad con el lugar*”, y considera la posibilidad de perderse, de no saber dónde está, de perder la acción o incluso de tener un “*apagón*”. La narrativa de Graça acerca de su camino de superación da cuenta de un proceso no-lineal, sujeto a avances y retrocesos, en construcción, tal como ha sido identificado en la literatura sobre *recovery* (2,7).

Al hablar sobre su *experiencia de enfermedad y superación*, en cierta medida, Graça inaugura un proceso de reflexión y, por tanto, de auto-objetivación (9). Aquello que se inscribe en el nivel práctico, pre-narrativo y pre-reflexivo —la sensación de miedo, de no ser gente, de “*no entender geografía*” y no tener noción del mundo y de las cosas— atraviesa la esfera de la conciencia reflexiva, sin embargo, sin que ella, narradora y protagonista, se desconecte de su propia historia. Conforme apuntan Csordas (9) y Fusar Poli y Stanguellini (15), se hace necesario que superemos la dualidad mente-cuerpo, sujeto-objeto, a fin de emprenderse un análisis comprensible sobre la narrativa de Graça y, por extensión, sobre las narrativas corporizadas presentes en el proceso de superación.

De la misma forma en que la esquizofrenia puede ser comprendida como una enfermedad del “*yo soy*”, en el caso de Graça, la experiencia de superación se constituye en una liberación, un proceso de transformación de su ser, internamente, y de su identidad, externamente (1). Valiéndose de la palabra-imagen del “*mapa*” y de la metáfora de que su vida no es más una “*prisión*”, sino un “*andar por ese país*”, G. construye sentidos sobre la experiencia de ser-ahí en el mundo de la vida. El reconocimiento de sí y la reconexión de su conciencia con el propio cuerpo tuvieron un papel fundamental en el proceso de superación de Graça (13).

Conclusión

La narrativa de Graça se constituye como un caso paradigmático de superación, en el cual la vivencia de la corporeidad es el centro de gravedad en el proceso de restablecimiento de sí. Con este estudio, buscamos comprender el camino de *recovery* a partir de la noción de superación, entendida como un proceso que envuelve la (re)conexión del sentimiento de sí con el propio cuerpo. Esto es, un proceso dialéctico y dialógico cuya temporalidad es no-lineal. En el caso analizado, las narrativas acerca de la experiencia corporal tienen un papel fundamental de anclaje y reconocimiento del *self* en la

corporeidad y dan cuenta de su inmersión en el sistema cultural y simbólico. Proponemos que las narrativas corporizadas sean consideradas como un principio metodológico para el análisis de las narrativas de recuperación, así como dimensión intrínseca al camino de superación, es decir, como catalizadores del proceso de construcción/reconstrucción de sí, del cuerpo y del mundo.

Aclaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimiento

Queremos agradecer al Instituto Nacional de Salud Mental (*National Institute of Mental Health - NIMH grant U19 MH095718*) y al Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq), por el auxilio financiero; a todos los colegas del proyecto RedeAmericas que contribuyeron directa o indirectamente para la realización de este trabajo, en especial, a los trabajadores de apoyo de pares, por todo lo aprendido y por enseñarnos a mantener la esperanza. ■

Referencias bibliográficas

1. Estroff S (1989). Self, Identity, and Subjective Experiences of Schizophrenia: In Search of the Subject. *Schizophrenia Bulletin*; 15(2):189-196.
2. Davidson L, Strauss J (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*; 65: 131-145.
3. Parnas J (2003). Self and schizophrenia: a phenomenological perspective. En: Kircher T, David A. (Editors). *The Self in Neuroscience and Psychiatry*.
4. Roe D, Davidson L (2005). Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story. *Medical Humanities*; 31:89-94.
5. Lysaker PH, Lysaker JT (2008). *Schizophrenia and the Fate of the Self*. New York, Oxford University Press.
6. Anthony WA (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*; 16(4), 11-23.
7. Davidson, L (2003). *Living Outside Mental Illness. Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. New York and London, University Press.
8. Good, B (1994). *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
9. Csordas TJ (2008). *Corpo/significado/cura*. Porto Alegre, Editora UFRGS.
10. Zahavi D (2003). Phenomenology of self. In: Kircher T, David A. (Editors). *The Self in Neuroscience and Psychiatry*; p. 56-75.
11. Weingarten R, Restrepo-Toro ME (2012). Narrativas de recuperación: 'veja onde cheguei'. *Cad. saúde colet*; 20(4): 448-452. [Internet] [Acceso 11/08/2017] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2012000400007&lng=pt&nrm=iso.
12. Riessman, CK (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore, Sage Publications.
13. Phillips J (2003). Schizophrenia and the narrative self. En: Kircher T, David A. (Editors). *The Self in Neuroscience and Psychiatry*; p.319-335.
14. Csordas TJ (2008). Intersubjectivity and Intercorporeality. *Subjectivity*, 22:110-121.
15. Fusar-Poli P, Stanguellini G (2009). Maurice Merleau-Ponty and the "Embodied Subjektivty". *Medical anthropology Quarterly*; 23(2):91-93.
16. Menary R (2008). Embodied Narratives. *Journal of Consciousness Studies*, 15(6):63-84.
17. Heavey E (2015). Narrative Bodies, Embodied Narratives. En: De Fina A, Georgakopoulou A (Editors). *The Handbook of Narrative Analysis*; p. 429-445.
18. Muñoz NM; Leal, EM; Dahl, CM; Serpa Jr OD (2014). Incorporando histórias: a recomposição do corpo próprio na perspectiva de usuários de serviços de saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 17(4):872-886. [Internet] [Acceso 11/08/2017] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n4p872.5>
19. Ridgway P (2001). ReStorying Psychiatric Disability: Learning from First Person Recovery Narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 24(4):335-343.
20. Silva TR, Berberian AA, Gadelha A, Villares CC, Martini LC, Bressan RA (2017). Validação da Recovery Assessment Scale (RAS) no Brasil para avaliar a capacidade de superação das pessoas com esquizofrenia. *J Bras Psiquiatr*; 66(1):1-8 [Internet] [Acceso 11/08/2017] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v66n1/0047-2085-jbpsiq-66-1-0001.pdf>
21. Dahl CM., Souza FM, Susser E, Lovisi GM, Cavalcanti, MT (2017). Suporte interpares no contexto de uma pesquisa clínica: Dificuldades, facilitadores e experiências significativas no processo de trabalho. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*; 9:179-198.
22. Susser E (2012). The RedeAmericas. *Cad. Saúde Colet*, 20(4):403-4.
23. Creswell JW (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa. Escolhendo entre cinco abordagens*. Porto Alegre, Artmed.
24. Mishler E (2001). Narrativa e identidade: a mão dupla do tempo. En: Lopes LPM, Bastos LC (ORG.). *Identidades. Recortes multi e interdisciplinares*. Rio de Janeiro, CNPq e Mercado Letras.
25. Jaspers K (2000). *Psicopatologia Geral. Psicologia Compreensiva Explicativa e Fenomenologia. Vol I (1913)*. São Paulo, Editora Atheneu.

En nombre propio: María

El relato de María es uno de los veinte relatos que componen el libro “En Nombre Propio: Relatos de vida de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas y ahora viven en la comunidad”. Dicho libro surgió como un proyecto conjunto entre el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A.) del Hospital “José A. Estéves”, y mi trabajo de investigación sobre los procesos de transformación de la atención en salud mental, y fundamentalmente, de la evaluación de servicios alternativos a las internaciones prolongadas.

Aunque los relatos como el de María muestran lo reducida que resulta mi pregunta de investigación por los servicios -es claro que la vida de las personas no se reduce a ellos- también pueden ayudar a pensar en los modos en que las personas significan sus internaciones y su retorno a la vida en la comunidad. Difícilmente alguien podrá recuperarse en un servicio de internación prolongada, cuyo sentido de ser es indisociable de la estrategia de separar a las personas de su comunidad.

La inclusión social puede estar lejos de ser algo “extraordinario” o “sorprendente”, una genialidad inimitable o una fortuna sin igual. En cambio, puede consistir en llevar una vida similar a la de tantas otras personas de un vecindario: elegir la hora para levantarse, ir a caminar, ir al banco, trabajar, votar, pasear, tener afectos en el barrio o una pareja, ser depositario de la confianza de otros, esforzarse con algún objetivo o reírse sin que eso signifique forzosamente estar descompensada.

María, como eligió llamarse para este relato la autora de la narración, nos presenta de un modo sencillo cómo es posible una vida luego de una internación psiquiátrica prolongada y que en estas páginas se ofrece como un testimonio de recuperación.

Sara Ardila-Gómez

*Dra. en Salud Mental Comunitaria
CONICET, Instituto de Investigaciones Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*

Me llamo María. Me crié en el campo en Entre Ríos y hace 28 años que vivo por Temperley. Estuve internada en el Hospital «Estéves» y hace once años que estoy de alta. Me sacaron un montón de medicación y estoy muy contenta ahora que estoy afuera porque me siento mejor. Me voy a caminar temprano, a las siete de la mañana, con una compañera de casa y estoy muy contenta porque ahora puedo votar. Yo quería votar y ahora, en octubre, voy a votar. Votar es un orgullo de los argentinos. Para votar hay que estar bien, hay que estar lúcido, hay que estar con la gente. Quiero votar siempre, hasta que me muera. Como una chica normal estoy ahora: porque voto, salgo a pasear, voy al banco a cobrar.

Estoy muy contenta con las compañeras que me tocaron en la casa. Somos cinco: Sonia, Natalia, Beatriz, Mariela y yo, María. Nos llevamos muy bien. Hace 11 años que Mariela y yo vivimos juntas. Beatriz está con nosotras desde hace tres años, Natalia desde hace cuatro años, y Sonia, a quien le decimos la Nona, hace nueve años. Siempre he estado en esa casa, nunca me han cambiado. En el barrio me conocen todos porque yo soy muy familiar, muy mimosa, soy muy cariñosa con toda la gente y por eso a lo mejor la gente me quiere, porque soy muy cariñosa.

Donde nací, en Entre Ríos, había ranchitos. Éramos muy pobres, pero salimos adelante. Fui única hija. A mi papá no lo conocí nunca y a mi mamá tampoco porque mi abuela dijo que murió. Me cuidaba mi abuela, pero yo nunca le dije «abuela». Le decía «mamá». Yo trabajaba y le llevaba toda la plata y ella me decía: «quedate con unos pesitos para que vayas a bailar». Ella falleció cuando yo estaba en el Estéves. Supe porque la psicóloga llamó a Entre Ríos a preguntar y le dijeron: «no, hace dos años que murió esa mujer». Lo tomé bien porque ella fue muy buena conmigo. Tuve una infancia media tristonga pero con ella la pasé bien. Tuve una abuela muy buena.

Fui a la escuela, pero solamente hasta cuarto grado porque mi abuela me dijo: «trabajás o estudiás», y yo quería trabajar para ganar plata. A los 11 años ya empecé a trabajar, a cuidar chicos, a limpiar casas, cosas así. Después cuando estuve internada terminé la primaria. Tenía un permiso de la doctora y ahí conocí a Beatricita, quien vivía cerquita del hospital. Beatricita es ahora mi compañera y vive conmigo en la casa, pero nos conocimos en la escuela. Somos amigas de años, de la escuela, no de ahora. La escuela es a cuadra y media del Estéves y ahí terminé toda la primaria. Y ahora estoy por arrancar la secundaria. Espero que me dé el cerebro. Empecé a estudiar para enfermería en el Gandulfo, pero dejé.

He tenido varios trabajos. Los primeros fueron en Entre Ríos, cuidando a una señora mayor y cuidando a tres varoncitos. ¡Eran de buenitos! Luego trabajé donde otra señora. Después, en la casa de otra chica. En ese entonces era muy joven yo, adolescente. Luego estuve en Buenos Aires cuidando un nenito. Desde los tres meses hasta el añito lo cuidé al gordo. Después me fui a Entre Ríos de nuevo. Después de eso descansé un poco y luego fue que busqué en el diario, miré la lista de trabajos y ahí fue que conseguí el trabajo en San Nicolás.

En mi pueblo había un diario y ahí ponían «bolsa de trabajo». Yo busqué y ahí decía que en una calle de mi pueblo había un trabajo, y ahí esa señora me llevó a San Nicolás. Ella era muy buena persona. Tenía tres hijos de cinco, seis y diez años. A la nena que era la más chica yo la bañaba, la cambiaba. Y siempre trabajé con gente así. A mí me encantan los chicos, así que me llevo muy bien con ellos. La patrona que tenía era muy buena persona. La verdad que no me puedo quejar de la patrona que tuve antes ni de las que tengo ahora. A mi patrona en San Nicolás le gustaba como yo limpiaba todo. Y la nena, la chiquita, me decía: «no le pusiste lavandina a la bañera». Me decía eso porque le gustaba el olor a lavandina. Si no le ponía me decía: «no limpiaste el baño» y yo le decía, «mi amor, lo dejo para último».

Estuve ganando buena plata, pude comprarme cosas, y ahora estoy acá en Buenos Aires y trabajo por horas en casas de familia. Trabajo en tres casas por horas. En las casas limpio. Lo hago muy bien, nunca se quejaron todavía de como limpio. Los trabajos los conseguí por hablar. El primer trabajo que tuve fue con la señora frente a casa. Esa fue la primera vez que me dio trabajo. Un día que iba entrando a la casa le dije: «¿señora, no necesita una chica que le limpie la casa?» «Voy a pensar», me dijo. Y al otro día me dijo: «¿usted se animaría a trabajar en mi casa?» «Y, si usted quiere...», le dije. «Yo soy del Estéves», le dije. «No importa» -me dice. «No importa». Y me tomó por dos días, después por un día, después por dos días, y después ya me tomó para siempre. Limpio todo: baño, cocina, dormitorios, el patio, la vereda. El siguiente trabajo lo conseguí por boca, con la hija de una señora.

También ando de novia. El 6 de agosto van a ser once años. A lo mejor voy a la casa de mi novio a pasar este fin de semana con él y su mamá. Él va a mi casa, yo voy a la casa de él, charlo con la mamá. Ella es un amor. A él lo conocí cuando estaba trabajando en la huerta del Estéves, porque antes el Estéves tenía una huerta y cobrábamos el plan 150. Trabajábamos ahí y nos pagaban 150 pesos. En ese momento era plata, ahora no es nada. Él también trabajaba ahí y nos hicimos amigos en tres meses. Éramos amigos, charlábamos, tomábamos el mate juntos y después, un día en el 2004, fui a la casa de él y me dijo que si quería ser la novia. Yo le dije que sí. Y de ahí empezamos.

Tuve otros novios antes. También tengo una hija, pero ahora no está conmigo. La tiene una gente muy buena y yo puedo hablar con la mamá de ella. Y la quiero conocer algún día, pero tengo mucho miedo de conocerla. No sé por qué tengo miedo. Como se lo dije ayer a la doctora, le dije que tenía miedo de conocer a la nena, y me dijo que no tenga miedo, que es una cosa linda eso. Mi hija tiene 26 años. Yo tengo 46. La tuve cuando estaba internada en el Estéves. Por eso la dieron en adopción.

En San Nicolás tuve un novio, y allí también tuve problemas y me trajeron al Estéves. Anduve con gente que no tenía que andar. Ellos estaban en la droga, el chupe. Y la policía me encontró y me trajo al hospital.

Pero yo no vine esposada ni nada. Yo era muy chica e iba embarazada de un mes cuando entré al Estéves.

Lo que pasó fue que la mamá del novio que tenía me amenazó en un baile, un recital de Marcelo Agüero y Darío. Estábamos todos ahí, mis amigas, mi novio con quien ya estábamos peleados. Y, entonces, la mamá me agarra y me dice: "ahora nos vemos a la salida". "Ah, bueno" -le digo yo. Salimos del baile y yo me fui con mis amigas y ella me gritó. Cuando yo era chica también tenía mi carácter. Y, bueno... Estábamos doblando una esquina y la vieja vino y yo estaba en pedo. A mí me gusta la Quilmes, aunque ya no tomo. La doctora me dijo que tome la que es sin alcohol. Pero prefiero mejor no tomar nada porque a mí me gusta con alcohol. Entonces, la vieja estaba borracha. Yo estaba borracha. Estaba todo lleno de barro y yo estaba con una casaca blanca. Yo en esa época no era gorda. Tampoco era flaquita. Era normal. Entonces, la agarré, la tiré al suelo y me decían: "María, María, dejala a esa señora, la vas a matar, vas a ir presa". Llegaron como 20 policías y no me la podían sacar. ¿Sabés lo que son 20 policías? Se armó un lío. Después de ahí me llevaron a la comisaría. Fue muy bueno el trato. Muy buenos los policías. Yo tenía policías conocidos. Después de ahí me pasaron al hospital general en donde estuve otros tres días. Me pusieron en una pieza a mí sola, con custodio de policía. No podía salir a ningún lado. Entonces, viene el doctor y me dice: "María, vamos a un lugar donde va a estar tranquila. Va a tener todo, va a tener televisión, va a tener agua con ducha, va a tener de todo. Es como una colonia a donde la vamos a llevar". Y yo, segura, porque les tenía confianza a ellos. Y me llevaron al «Estéves».

Y llegué al hospital y me encontré con esas cosas: la medicación, me medicaron un montón. Yo en mi vida no había tomado ni una pastilla. Me dieron pastillas de todos los colores: celeste, amarilla, blanca, gris, de todos los colores. Diez a la mañana, ocho a la tarde y doce a la noche. Montón. Y, ahora que salí, la doctora María Rosa me bajó la medicación: tomo dos enteras a la mañana, una entera a la noche y un cuarto a la noche. Comparado, tomo cero, nada, muy poco.

Al hospital llegué tranquila. Cuando estaba en admisión me daban muy poca medicación: dos a la mañana, una a la tarde y tres a la noche. Y entré ahí. Estuve tres días en admisión y me pasaron a «sala cinco». Me tocaron muy buenas enfermeras y muy buenos doctores. Todos, un amor. La verdad que me tocó gente muy buena. En el hospital estuve 18 años. De los 19 a los 35 años que salí el P.R.E.A. Me quedé en el hospital todos esos años porque no tengo familia.

Primero cuando llegué al hospital estuve tres días en admisión. Me tuvieron ahí y había una señora, que nunca me voy a olvidar de esa señora, quien me dice: "Yo la voy a venir a buscar". Pero me pasaron a «sala cinco». A lo mejor volvió a buscarme, pero ya no me encontró.

En el hospital, una vez una señora, una caba que se jubiló, compró un televisor grandote. No me lo compró para mí, para todas las chicas. Yo nunca había conocido

un televisor. Entonces me dijo: "te compramos un televisor, pero lo vas a manejar vos". "Pero yo no entiendo los aparatos estos" -le digo. En el hospital conocí el televisor, la ducha... Y, todo bien. No me dieron ganas de escaparme ni de saltar por los muros del hospital. Pero en «sala cinco» me dieron un montón de medicación. Se me caían las babas. Estaba toda babosa, y había una enfermera hija de su madre que me ponía todos los días una inyección en una jeringa con un líquido blanco. Me dormía. Pero, como decía antes, por un lado, bueno; por un lado, malo. Había gente muy buena y otra que no. Algunas me atendieron muy bien todos los años que estuve. Pero también me hicieron varios bozos, que es que te ponen una toalla o una sábana y te meten la cabeza en un balde con agua y hasta que no pedís perdón no te largan. Es feo. Ese lugar no es para nadie.

En el hospital cuando estuve embarazada me sacaron toda la medicación, sólo me dejaron una para la presión alta. La nena nació en el Evita de Lanús. Yo estuve muy mal, tuve mucha hemorragia, mucha cosa fea. Conmigo estuvo la nena tres días en el Evita. Después la pusieron en una incubadora porque era muy chiquita. Y después me mandaron para el hospital Estéves y me quedé internada ahí porque no tenía familia. Si hubiese tenido familia la nena viviría con mi familia y no con esa gente. Pero estoy contenta porque mi hija es trabajadora y estu-
diosa. Lo más importante de la vida.

Cuando me la sacaron a mi hija en el hospital Evita me transformé. Iba a darle la mamaderita a la nena y me dijeron: "Ah, no, la nena está en la incubadora". Entonces yo fui a verla. Te ponen una cofia... Eso que te ponen para ver a los nenitos. Y fui a verla y me dicen: "mañana te dan de alta". Entonces digo: "mañana voy a verla de nuevo". Y me dicen: "la nena no está más". Hice un escándalo que deben estar puteándome todavía, casi mato a un enfermero. "Mi hija, dónde está mi hija". Lloraba, se me caían las lágrimas. ¿Sabés qué es que te digan que tenés que dejar a tu hija abandonada? Es muy triste. Vino una enfermera que era muy buena conmigo, del Estéves, y me decía "calmate, calmate" y me llevó al Estéves. "¿Y mi hija?". "No te preocupes" me decía. Y se me caían las lágrimas. Un hijo es un hijo, ¿sabés lo que es tener un hijo?

En todos esos años no supe nada de mi nena, hasta que Analía hace dos años la encontró. Y yo la dejo que ella avance poquito, que ella quiera conocerme. Yo quiero conocerla. Por fotos sí la conozco. Es igual a mí. El clon mío. He hablado con la señora que la tiene y ella me cuenta que está muy linda, que está trabajando, que tiene muchos amiguitos, que se lleva bien con todos, que estudia mucho. Estudió para maestra.

Un día en mi vida es un día normal, como hacía antes. Me levanto, me baño, me cambio, me lavo los dientes, lavo mi ropa, trabajo, vengo a Libremente a buscar la medicación o a hablar con la doctora, a veces voy a la psicóloga. Ahora tengo que ir donde la ginecóloga, tengo que hacerme la mamografía, todas esas cosas que hacen las mujeres.

Al P.R.E.A. estuvieron como dos o tres meses dicién-

dome que fuera. La doctora Sttopini me dijo: “antes de que yo me vaya a jubilar, a María la quiero afuera, no la quiero adentro”. “María no quiere ir al P.R.E.A.”, le dicen, «porque ella tiene un carácter muy fuerte». Y le digo yo: “no quiero, no conozco a nadie, y yo con mi carácter”. Porque era brava, yo, bravísima. “Qué voy a hacer yo en el P.R.E.A.” decía, “con mi carácter quién me va a aguantar”. Y las enfermeras jugaron 20 pesos a ver si duraba yo afuera tres días, y tres enfermeras votaron, y 11 años llevo. Perdieron plata las tres.

No siempre tuve ese carácter fuerte. Yo era muy respetuosa, muy tranquila. En el Estéves me transformé. Ahí te transformás. Si no te transformás nadie te ayuda. Como yo era la mano derecha de las enfermeras, de la caba y de los doctores, siempre tenía que estar yo. La doctora una vez me dijo: “las enfermeras, que llamen a vigilancia y que se arreglen, vos no tenés que ayudar a las enfermeras”. Yo defendía a las enfermeras cuando alguna de las chicas se obsesionaba y se quedaba mirándolas fijo. Una vez había una enfermera sola, sola, para las ciento y tanto que había en la sala. Una, por todas esas. Ella era jovencita, veintipico de años. Y había una chica que estaba obsesionada con ella. Entonces yo salí y agarré un palo y se lo partí por la cabeza, porque estaba peleando a la enfermera que estaba sola, y se cayó la piba. Se asustó ella, y me asusté yo.

Una vez la señora Esmeralda dijo en una asamblea que yo era un monstruo. Yo le dije, “sí, era un monstruo porque me decían las enfermeras. Pero la doctora María Rosa no quería que haga esas cosas yo”. “¿Cómo van a tener a María de patovica?”, decía. La patovica de la «sala cinco». Nunca me cambiaron de pabellón. Dieciocho años estuve ahí. El hospital te transforma. Vos te tenés que defender. Es bravo.

Volví a cambiar por la doctora. Lo principal es que me sacó la medicación. A la doctora María Rosa la conocí en «sala cinco» con la doctora Sttopini. Me dijo: “María, usted tiene que ir al P.R.E.A. porque usted no tiene que estar más aquí adentro”. “No, doctora”. Me dice, entonces, la doctora: “vas a salir, María. Acá le presento a mi colega María Rosa”. Entonces, le digo: “me voy porque tengo que bañarme”. “No, no, te bañás después, no tenés olor, nunca has tenido olor”. Y me presenta a la doctora María Rosa y ella me dice: “vas a ir al P.R.E.A”. “No, doctora. ¿Qué voy a ir?! Tengo muy mal carácter”.

Entonces me dijo: “mañana la quiero ver allá a las 9 de la mañana. La quiero bien vestidita y bien arregladita para que vaya al P.R.E.A”. La caba me dio ropa limpia, me dio zapatillas limpias, me dio todo limpio. Estuve tres años ahí. En el 2004 salimos de alta. La doctora María Rosa y la doctora Sttopini firmaron mi salida. Salimos a la casa por primera vez, primero por tres días, después por 15 días, después por 20 días y después por un mes. Cuando cumplimos un mes ya nos tiraron toda la ropa afuera para que nos fuéramos a la casita.

En esa época, con mis compañeras con las que nos fuimos a la casita, yo me reía. Me quedaba mirándolas a ellas y me reía. Me cagaba de la risa. Me reía de cualquier pavada. Me miraba las manos y me reía. Me miraba los dedos de los pies y me reía. Entonces, ellas estaban asustadas porque me reía. Así que fuimos a ver a la doctora María Rosa y ella les dijo: “ríanse ustedes también. María está contenta porque está afuera. Está muy feliz y por eso se ríe. Ríanse con María”. “Es que se ríe mucho” -le dicen. “Bueno, síganle ustedes la corriente”. La doctora me salvó la vida. Yo por ella estoy de alta. Yo me reía, de mis manos, de mis pies. Me reía sola. No sé por qué me reía. Y ya después se me pasó.

Y lo último es que me sacaron la insania hace unos días. Fui con Marcela, una psicóloga del programa, y otra chica de anteojitos, no recuerdo el nombre ahora, a San Nicolás al juzgado. Estaba el doctor Jorge y los otros doctores que no me acuerdo los nombres. Me acuerdo del doctor Jorge porque era el que mandaba. La insania la tenía desde el 98. Nos sacamos foto con él, con las chicas, y lloramos las tres cuando salimos: “te sacaron la insania”, me decían. El doctor me la sacó porque dice que estoy bien: tomo poca medicación, manejo mi plata, me manejo yo sola, lavo mi ropa, trabajo en tres casas, como dice en el documento que está firmado por el doctor. Estuvimos charlando con ellos, y después fuimos a la virgencita. Desde cuando salí de ahí no iba a San Nicolás: 29 años. Al sacarte la insania te podés casar, te podés comprar una casa. El doctor Jorge me habló y me dijo: “ahora te podés casar tranquila, podés hacer tu vida normal como hacías antes”. Me felicitó porque encontré a la nena, a mi hijita, y por la espera que estoy haciendo para conocerla. “Ya se van a ver” -me dijo.

Ya nos vamos a ver. ■

El “modelo de la recuperación” y la reforma de la atención en salud mental: evidencias, diferencias y elementos para una agenda latinoamericana

Franco Mascayano

*Departamento de Epidemiología, Mailman School of Public Health, Universidad de Columbia
E-mail: franco.mascayano@gmail.com*

Cristián Montenegro

Departamento de Metodología, London School of Economics and Political Science

Resumen

En este artículo describimos el denominado “recovery model”, entendido como orientación hacia la recuperación, considerando las posibilidades y potencialidades que este enfoque le ofrece al contexto latinoamericano. Proponemos que la adopción de este modelo permitiría enriquecer los avances en la modernización de los sistemas y políticas de salud mental en la región. Aunque los progresos son evidentes y han sido largamente documentados, hay un escaso desarrollo de servicios que fomenten la participación de usuarios y se ajusten a sus intereses y necesidades.

Asimismo, se realiza una breve revisión histórica respecto al modelo de orientación a la recuperación y a las diversas evidencias que le sustentan, haciendo énfasis en experiencias que han permitido reorientar sistemas de salud mental en diferentes regiones del planeta. Se ofrecen, además, luces sobre emergentes experiencias de implementación de este paradigma en América Latina.

Finalmente, sugerimos una agenda compuesta de una serie de acciones que permitirían avanzar hacia la incorporación de esta orientación en nuestro contexto. Se enfatiza la importancia de dar a los usuarios un lugar preponderante en el proceso y la necesidad de un trabajo de contextualización reflexivo y detallado, a fin de avanzar en la formulación de un paradigma propio.

Palabras clave: Recuperación - Servicios de salud mental - Servicios orientados a la recuperación - América Latina - Cultura.

THE “RECOVERY MODEL” AND THE MENTAL HEALTH CARE REFORM: EVIDENCE, DIFFERENCES AND ELEMENTS FOR A LATINAMERICAN AGENDA

Abstract

In this article we describe what is known as the recovery approach to mental health, considering the possibilities and potentialities that this model offers to Latin America. We propose that its adoption would enhance the modernization of systems and policies on mental health in the region. Although improvements in these areas are well recognized and documented, the participation of users and the development of services according to their needs and interests constitutes an important gap.

We briefly describe the historical roots of the recovery model and the evidence that supports it, emphasizing how the model has transformed mental health care in different regions of the globe. Some emerging regional experiences following the principles of recovery are described as well.

Finally, we propose an agenda to promote an orientation towards recovery in the region. Two underlying principles are highlighted: 1) the leading role that users must play in this process; and 2) the need for a comprehensive contextualization, not only for adapting the model but to start formulating our own paradigm for Latin America, inspired in what has been done in the Anglo-Saxon world, but open to being locally transformed and shaped.

Keywords: Recovery - Mental health services - Recovery-oriented services - Latin America - Culture.

Introducción

Tras la declaración que emerge de la conferencia "Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina" celebrada en Caracas, Venezuela (1), una serie de reformas en torno a la salud mental se iniciaron en la mayoría de los países de América Latina. Varios estudios han descrito el avance de estas reformas, siendo de particular importancia aquellos que han utilizado el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS) (2). En una publicación reciente (3), se reportó que un 81% de los países en la región tienen una política o plan respecto a salud mental, y que más de un 50% dispone de una ley específica para velar por la salud mental de la población. Adicionalmente, se han establecido y proliferado en la región, una serie de estrategias acordadas con un modelo de salud mental comunitaria, como son la introducción de equipos de salud mental en atención primaria (4), la implementación de centros de salud mental comunitaria (CSMCs) y hospitales diurnos (5), la oferta de hogares o residencias protegidas como alternativa a la hospitalización psiquiátrica (6), y la promoción y sensibilización de la salud mental a través de campañas "anti-estigma" o vinculación con el intersector (por ejemplo, educación) (7, 8), entre otras medidas que han contribuido, sin espacio a dudas, a un viraje desde una perspectiva psiquiátrica/asilar hacia una que tiene como propósito mantener y/o reinserir a la persona con problemas de salud mental en la comunidad en donde reside.

Sin embargo, al reconocimiento de los avances en este proceso, le ha acompañado la identificación y caracterización de diversas falencias en torno al tipo y calidad de servicios que el sistema público entrega. En particular, investigaciones en Brasil y Chile, dos de los países con mayor desarrollo en servicios de salud mental del cono sur (3), han indicado que, a pesar de contar con una serie de dispositivos de tipo "ambulatorio", la lógica tradicional en la organización de los servicios psiquiátricos permanece. En un estudio conducido en Chile por Alvarado y colaboradores (9), se reportó que menos de un 25% de personas con primer episodio de psicosis recibían tratamiento de orden "psicosocial"; es decir, menos de un cuarto del total de la población atendida estaba vinculada a programas que fomentaban aspectos vitales como la inserción laboral, el desarrollo de relaciones de amistad o íntimas, y el apoyo emocional "en terreno", en la misma comunidad en donde los sujetos enfrentan la mayoría de las barreras discapacitantes. Por su parte, una revisión sistemática de 35 estudios llevados a cabo en Brasil concluyó que, en términos generales, los profesionales que se desempeñan en los CSMCs cuentan con escaso entrenamiento en abordajes que fomenten inclusión social (10), perpetuando una perspectiva tradicional de la salud mental en donde la remisión (o control) del cuadro psicopatológico es prioritario y el tratamiento farmacológico es la principal herramienta terapéutica. Finalmente, y de manera

transversal en la región, la participación de las personas con diagnóstico psiquiátrico es en general baja (11). Se ha descrito que los denominados "usuarios" son agentes más bien pasivos y receptivos a las indicaciones que emanan de los servicios y profesionales, afectando sus procesos de empoderamiento y recuperación, como ha sido largamente descrito en otras regiones del mundo (12-15).

En este contexto, nuestro planteamiento sugiere que el paradigma tradicional en psiquiatría y salud mental aún prevalece, en gran medida, porque los propios planes y programas promulgados por los diferentes países de Latinoamérica aún lo replican y sostienen. No parece así en una primera lectura, especialmente si consideramos los avances descritos al inicio de esta sección. Sin embargo, en un análisis más detallado (16), se constata la escasez de esfuerzos concretos y sostenidos por desarrollar servicios de rehabilitación centrados en la persona (17), en sus deseos e intereses, más allá de sus síntomas o "funcionalidad"; que introduzcan un tipo de relación colaborativa entre profesionales y usuarios basado en un modelo de "decisiones compartidas" (18, 19); que promuevan la participación de usuarios, no sólo en lo que respecta a sus propios tratamientos, sino también en la ayuda que éstos pueden prestar a otros usuarios (20); y que tengan su foco, finalmente, en ayudar a las personas con necesidades psíquicas a crecer y desarrollar sus vidas más allá de la presencia o no de síntomas mentales.

En el presente artículo describimos la denominada "orientación hacia la recuperación" o "modelo de recuperación" que ha inspirado planes y programas de salud mental en diversos países anglosajones como Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Australia y Nueva Zelanda (21). Su principio básico es que cada usuario vive un proceso personal de transformación que escapa a cualquier clasificación o guía diagnóstica. Una orientación tal implica servicios y programas que buscan crear condiciones para liberar el potencial de cambio personal, asumiendo que una recuperación es posible incluso no contando con apoyo profesional.

Frente a la inercia demostrada por la mayoría de los países de la región, donde la atención en hospitales psiquiátricos sigue dominando en términos de presupuesto en salud mental (22), se vuelve necesaria la consideración de alternativas. Para ello, ofrecemos una breve revisión histórica del concepto de recuperación (o *recovery*, utilizando el término anglosajón). En segundo lugar, analizamos qué implica que un servicio se oriente hacia la recuperación, y cuál es la evidencia disponible, entendiendo que esta orientación también cuestiona una definición estrecha de aquello que denominados "evidencia" (23). Por último, sugerimos una agenda para incorporar esta orientación en la región, considerando posibles barreras y facilitadores. Hacemos especial énfasis en los aspectos culturales que se deben tener en cuenta a la hora de proponer servicios de esta naturaleza, asumiendo la distancia entre el contexto anglosajón -donde el concepto se origina- y el escenario latinoamericano.

La posibilidad de una recuperación coherente con la especificidad política, social y cultural de Latinoamérica es discutida.

Breve revisión histórica

El *recovery*, como concepto y paradigma, se comienza a aplicar al campo de la salud mental a inicios de la década del 70' (21), siendo utilizado anteriormente en programas para reducir adicciones a sustancias (24). Según Farkas y colegas (24), hay dos hechos que influyen en su consolidación como un paradigma válido a la hora de organizar servicios de salud mental: 1) el surgimiento de un movimiento de usuarios que defiende los derechos de las personas con discapacidad psíquica (25); y 2) los resultados de una serie de estudios longitudinales que indicaron que las personas con discapacidad psíquica tendían, dentro de un amplio margen de variabilidad, a mejorar en términos de reducción de síntomas y funcionalidad con el paso del tiempo (21).

Desde los 70' en adelante, las historias en "primera persona" de aquellos que han presentado problemas mentales comenzaron a difundirse masivamente, incluso en revistas académicas como *Schizophrenia Bulletin* o *Community Mental Health Journal* (26). Historias que describían las situaciones dramáticas experimentadas en diversos espacios psiquiátricos (aunque principalmente en asilos), que condujo a muchos a auto-denominarse "sobrevivientes de la psiquiatría" (26). Sin embargo, sus historias también expresaban optimismo y esperanza, y la afirmación de una vida más allá de las etiquetas psiquiátricas y los parámetros clínicos (27). Grandes exponentes fueron (y todavía son): Patricia Deegan (28), Marcia Lovejoy (29), Esso Leete (30), y Rae Unzicker (31).

Por otra parte, a inicios de los 70' la OMS establece el "Pilot study of Schizophrenia", el primer estudio de naturaleza global que caracterizó el curso y pronóstico de los trastornos psicóticos (32). Dicha investigación, junto a otras que le siguieron (33-35), concluyeron que entre un 25-65% de las personas con diagnóstico de psicosis lograban una disminución de sus síntomas suficiente para el desarrollo de actividades familiares, laborales, educacionales, etc. Aunque la "remisión de síntomas" no es central en la definición que luego adquiriría la noción de *recovery*, estos antecedentes sí contribuyeron a contradecir el "mito de la incurabilidad" de la "psicosis" (35).

Adicionalmente, dichos estudios demostraron una diversidad enorme entre los cursos "clínicos" individuales, diferencias tan amplias como las que existen entre una persona y otra. Por ejemplo, hubo sujetos que, aún presentando síntomas, mantuvieron sus respectivos trabajos y relaciones familiares. Otros, en cambio, habían logrado aquella "remisión total" de lo patológico, pero sus oportunidades laborales y vínculos cercanos eran limitados.

Lo anterior condujo a que algunos autores concluyeran que existe una recuperación clínica (*clinical recovery*), que se refiere al entendimiento tradicional de

lo que implica estar "recuperado" o "compensado", y un tipo de recuperación personal y social (*personal and social recovery*) (36), que refiere al desarrollo de una vida significativa, con esperanza, dignidad y autonomía, afrontando el posible riesgo de una crisis pero sin reducir las experiencias de las personas a un lenguaje psicopatológico estricto. Lo más relevante de este tipo de recuperación, es que se centra en las fortalezas y competencias del propio sujeto, siendo éste el eje principal de cualquier servicio de apoyo o asistencia, como se describe en la siguiente sección.

Programas con orientación hacia la recuperación: descripción y evidencia

Siguiendo la distinción introducida anteriormente, Slade y Longden (37) sostienen que, en contraste a la recuperación "clínica", la recuperación "personal y social" conlleva: 1) considerar la recuperación de las personas como un proceso continuo, con altos y bajos, y que no puede ser capturado en una variable dicotómica (recuperado vs. no recuperado); 2) asumir que sólo puede ser entendida y definida por las propias personas que están en proceso de recuperación; 3) que su evaluación es, por sobre todas las cosas, personal y contextual, considerando a las personas "expertas por experiencia"; y, por último, 4) que la recuperación puede implicar cosas diferentes para cada individuo, aunque haya elementos compartidos.

En una reciente revisión sistemática con meta-análisis se hallaron correlaciones menores entre recuperación clínica (síntomatología, funcionalidad, hospitalizaciones) y recuperación personal (sentimientos de esperanza, empoderamiento, participación social) (38). Estos hallazgos nos llevan a considerar que la recuperación personal, aquella que es para muchas personas la más importante (39), se puede alcanzar incluso no habiéndose logrado una recuperación clínica (al menos no "completa", como se suele indicar).

Por consiguiente, los servicios con orientación a la recuperación promueven ambos tipos de recuperación, pero con un énfasis en la recuperación de orden personal. Cuando incluyen intervenciones tradicionales, como la psicofarmacología, lo hacen a condición de que usuario y profesional definan colaborativa y transversalmente las condiciones y características del tratamiento, asumiendo que para muchas personas el uso de fármacos tiene resultados positivos, aunque otras puedan experimentar desventajas que contrarresten algunos de sus beneficios. Asimismo, intervenciones familiares pueden tener una gran relevancia para ciertos sujetos, pero ninguna para aquellos en que la familia es un agente coercitivo y/o obstaculizador.

A la fecha se han reportado una serie de programas o intervenciones que se inspiran en los principios de la recuperación (37). Algunos ejemplos son el Individual Placement and Support (IPS) o "Empleo con Apoyo Individualizado" (40), que tiene como propósito facilitar el acceso y luego dar apoyo a las personas con

discapacidad psíquica en empleos competitivos en base a sus intereses y proyecciones; Housing First o la "Vivienda Primero", un tipo de servicios que asegura alojamiento permanente e independiente a las personas con diagnóstico psiquiátrico sin exigir adherencia al tratamiento o remisión de síntomas (41); el programa REFOCUS que busca, a través de entrenamiento y reestructuración organizacional, incrementar el uso de estrategias orientadas a la recuperación entre los equipos de centros de salud mental comunitaria en UK (42); y la intervención Illness Management and Recovery (IMR) o "Recuperación y manejo de la enfermedad", diseñada e implementada en Australia, que utiliza estrategias tradicionales como la psicoeducación o la terapia cognitiva conductual, pero siguiendo una lógica centrada en la persona y su proyección vital más allá de lo que determinan los síntomas (43). Todos estos programas cuentan con evidencia respecto a su impacto e implementación (37), aunque el uso de estrategias específicas para evaluar los elementos críticos de la recuperación (por ejemplo, involucramiento de usuarios) ha sido escaso. En contraste, la mayoría ha continuado reportando indicadores clínicos como reducción de síntomas y mejora en funcionalidad.

Adicionalmente, hay dos programas que valen un comentario aparte en esta sección, aunque por diferentes razones. El primero es el denominado "Recovery After an Initial Schizophrenia Episode" (RAISE), una iniciativa nacional en los EE.UU. que busca ofrecer un programa de cuidados coordinados para personas que desarrollan un primer episodio de psicosis. El RAISE, y sus dos programas derivados NAVIGATE y On Track New York (44, 45), son un ejemplo de buenas prácticas para diseñar e implementar un programa con orientación a la recuperación. Sus creadores siguieron una serie de pasos que consideraron, entre otras cosas: 1) seleccionar aquellos abordajes que presentaban evidencia respecto a su manejo de lo que hemos denominado como "recuperación clínica", como psicoterapia individual o apoyo familiar (46); 2) adaptar estas estrategias a un enfoque de recuperación, incluir nuevos componentes (por ejemplo, apoyo de pares), y unificarlo todo en un modelo (47); 3) evaluar sistemáticamente el modelo por medio de un estudio experimental en varios estados del país (48); y 4) dialogar efectivamente con los tomadores de decisiones para conseguir financiamiento permanente para el programa e implementarlo a nivel nacional (49). RAISE ha mostrado un efecto positivo en reducir el período de "psicosis no tratada", y mejorar la calidad de vida y el involucramiento de los usuarios con los servicios de salud mental.

Por otra parte, la intervención denominada Critical Time Intervention (CTI) o «Intervención en momento crítico» es otro ejemplo de buenas prácticas, esta vez, con una aplicación a nivel regional. La intervención fue diseñada en una primera instancia para apoyar aquel "período crítico" que implica la transición desde refugios para personas en situación de calle o del

hospital psiquiátrico a la comunidad en personas con diagnóstico de psicosis (50). Hay evidencia consistente sobre la efectividad de CTI para reducir tasas de hospitalización y sintomatología en esta población en los Estados Unidos y Europa (51, 52), la cual, luego de una detallada evaluación del contexto y los recursos locales, fue adaptada a la realidad de dos ciudades de Sudamérica (53). Así, se propuso un estudio en Rio de Janeiro y Santiago de Chile que consideró la aplicación de una versión de CTI que incluía trabajadores comunitarios (personas sin título profesional, pero con gran conocimiento de "recursos comunitarios") y pares (usuarios o ex-usuarios de los servicios de salud mental) quienes desempeñaron tareas "en la comunidad" procurando mantener a los usuarios conectados con servicios sociales, sanitarios e informales (por ejemplo, familia y amigos). Resultados preliminares muestran que la intervención logró implementarse apropiadamente en ambas ciudades (54). Sin embargo, un aspecto aún más interesante fue la buena recepción que hubo entre gestores, profesionales, familiares e incluso en otros usuarios que se enteraron de CTI, pero no participaron de ella (55).

Ambas experiencias, RAISE y CTI, ejemplifican formas de intervención que podrían tenerse en cuenta a la hora de introducir el enfoque de la recuperación en los servicios regulares de salud mental de Latinoamérica. La primera, por el trabajo sistemático y estratégico, que mezcló capacidad científica con manejo y gestión administrativa. La segunda, además, por el abordaje comprehensivo a la hora de entender los recursos locales y construir servicios en base a ellos. Por otra parte, el ejemplo de CTI nos muestra que las actitudes de profesionales y gestores hacia el modelo de la recuperación pueden ser más positivas de lo esperado, y que éstos pueden transformarse en poderosos facilitadores a la hora de la implementación de este tipo de servicios.

Agenda en torno a la recuperación para la región

Tal como explicamos antes, un aspecto clave sobre la orientación a la recuperación es que, a diferencia de otros grandes abordajes o modelos en salud mental (por ejemplo, la desinstitutionalización) esta no tuvo su origen en la esfera académica o entre los profesionales o administradores, sino que fue "descubierta" y desarrollada directamente por los usuarios, muchas veces en abierta oposición a los servicios psiquiátricos tradicionales. ¿Como se puede "transferir" de un contexto a otro un proceso nacido desde la propia comunidad?

En su trabajo sobre el concepto de ciudadanía en salud mental, Eiora-Orosa y Rowe comentan que "los cambios 'top-down' son guiados por los intereses de los hacedores de política y administradores, los que no siempre coinciden con las aspiraciones colectivas, mientras que las transformaciones 'bottom-up' deben ser promovidas y aceptadas por los usuarios y los

trabajadores (56). Estudios cualitativos sobre la adopción de la idea de derechos humanos en salud mental apoyan esta perspectiva (57) y es natural pensar que con la orientación a la recuperación ocurre lo mismo (58).

A partir de esto consideramos que una agenda en torno a la recuperación en la región debe incluir, como primera e ineludible etapa, el involucramiento de la comunidad de usuarios y sus organizaciones en el proceso. A partir de esta rectificación política es posible determinar otras actividades y etapas subsiguientes.

1) Es crucial **identificar, visibilizar y brindar el debido reconocimiento a prácticas locales ya existentes, compatibles con los principios de la recuperación**. Muchas veces milita en contra de este reconocimiento una visión de la salud pública que solo percibe lo escalable y descarta la especificidad e innovación local o sub-nacional. Al mismo tiempo, este reconocimiento ofrecería una base desde donde elaborar proyectos más amplios.

2) Identificar prácticas existentes también implica **evaluar el impacto que tienen sobre la población que los servicios de salud sirven**. Dicha evaluación deberá ser tan comprensiva como sea posible, utilizando aproximaciones que permitan determinar efectividad, pero también metodologías capaces de explorar las experiencias personales y colectivas asociadas a procesos terapéuticos. Esta evaluación de lo existente deberá, además, explorar problemas de implementación, preguntando, por ejemplo: ¿qué elementos influyen en que un programa sea sustentable en contextos de bajos recursos y limitada infraestructura? o, ¿qué lugar ocupan tales programas o experiencias en el contexto de redes asistenciales más complejas, y cómo se apoyan o no en ellas? Es importante señalar que actores claves, como políticos y gestores públicos, suelen otorgar mayor relevancia a resultados emanados de estudios locales (59). Una estrategia clave, a nuestro juicio, es desarrollar intervenciones piloto que incluyan evaluaciones exhaustivas de sus resultados en diferentes dimensiones relevantes. Estas iniciativas proveerán las bases para el escalamiento.

3) Por otro lado, y vinculado con el punto anterior, cada país deberá desarrollar evaluaciones y recoger información relevante en torno a las **condiciones locales para el desarrollo de programas y servicios de salud mental orientados a la recuperación**. Estas condiciones no solo se refieren a elementos técnicos al interior de cada sistema de salud mental (formación académica, presupuesto para salud mental, legislación, etc.), también incluyen barreras y/o facilitadores socio-culturales y políticos, por lo que esta etapa de evaluación debe involucrar diferentes disciplinas y metodologías capaces de capturar esos elementos de contexto, incluyendo a usuarios como expertos por experiencia y productores de evidencia. El instrumento Quality Rights desarrollado por OMS puede guiar este proceso (60, 61).

4) Al mismo tiempo que se sistematiza evidencia local, se **debe revisar exhaustivamente el impacto demostrado por programas desarrollados en**

países que tuvieran experiencia implementando y evaluando estos programas. En el presente trabajo, describimos algunos que han sido particularmente paradigmáticos en términos de transformación de los contextos en que fueron introducidos. Creemos que un plan de implementación como el seguido por programas como RAISE muestra un camino para cimentar este tipo de servicios, mezclando acertadamente investigación con gestión política para asegurar sustentabilidad. Algunos autores, como Brownson y colegas (62), han señalado que aquella combinación es vital para la implementación de cualquier tipo de programa en salud.

5) La mayoría de los países que han dado un giro hacia la recuperación han establecido, inicialmente, **grupos de “expertos” incluyendo diferentes perfiles y tipos de experiencia, desde usuarios hasta investigadores** (21). Estos grupos podrán coordinar el desarrollo de estudios y la sistematización y generación de evidencia, pero, de forma crucial, serán quienes, mediante procesos coordinados de diálogo y discusión con diferentes actores, guiarán la adaptación cultural y social del concepto y de la práctica en los contextos en que estos servicios se desarrollen. Como se señaló anteriormente, el concepto *recovery* trae consigo la cultura que caracteriza a los países del hemisferio norte, con su énfasis liberal en la autonomía individual, la expresión de demandas en la esfera pública y el asociacionismo entre otras cosas (58, 63, 64). En América Latina, por otro lado, se han identificado resabios religiosos y autoritarios que se oponen a una valorización de la autonomía individual o a la libre expresión, pero también se reconoce una orientación cultural comunitaria que, aunque sometida a prueba luego de reformas neoliberales forzadas militarmente en la región, aún está presente y se expresa de diferentes formas (65). Integrar lo cultural debería ser prioritario y transversal a cualquier iniciativa en torno al tema, siendo uno de los focos de las evaluaciones que se conduzcan.

6) Conectado con lo anterior, es importante que estos grupos de trabajo definan indicadores que sean propiamente de recuperación y a diferentes niveles (usuario, profesional, organización, sistema). Una de las brechas actuales en investigación es que los programas basados en recuperación siguen evaluando dimensiones de interés psiquiátrico, como síntomas, hospitalizaciones, funcionalidad, habilidades sociales, etc. Indicadores complementarios a tener en consideración son: roles significativos en la sociedad (trabajo valorado, acceso a vivienda decente, sentirse miembro de la sociedad-comunidad, estar involucrado en un colegio-educación), participación social y política, bienestar, inclusión social, entre otros. El diseño de instrumentos culturalmente sensibles basados en dichos indicadores podría empujar el proceso en la región e inspirar a otros países del mundo a buscar caminos más propios que promuevan la recuperación.

7) Otro aspecto digno de mencionar es el formativo y profesional. La formación de profesionales en salud mental debe adaptarse a los principios de la recupera-

ción. Esto requiere la incorporación de contenidos y evidencias provenientes de otros contextos, pero también y sobre todo exposición temprana de los estudiantes al trabajo colaborativo con usuarios. De este modo el perfil del profesional podrá transitar desde una posición de autoridad y control a una de acompañamiento y co-construcción de procesos terapéuticos.

Finalmente, y de manera transversal a todas estas acciones, creemos que es necesaria una capacidad de apertura, flexibilidad e innovación que permita, no solo "adaptar" e "implementar", sino más bien construir una perspectiva de la recuperación propia y que esté enraizada en la historia de Latinoamérica.

Conclusiones

Si bien de manera somera y selectiva, este artículo ha intentado ofrecer elementos que permitan inspirar un proceso de transformación de los sistemas de salud mental en América Latina, tomando como modelo a seguir la orientación a la recuperación que actualmente guía la ejecución y desarrollo de servicios de salud mental en diferentes países, mayoritariamente, anglosajones. Hemos argumentado que tal orientación permitiría dinamizar y profundizar el proceso de reforma y modernización experimentado por estos sistemas, proceso que ha descuidado aspectos fundamentales como la participación de los usuarios, el respeto de sus derechos, y la horizontalización en la relación entre ellos y los profesionales de salud mental. Estos aspectos, a nuestro juicio, representan una deuda que debe ser abordada con urgencia y que atenta directamente al bienestar de la población con discapacidad psicosocial.

Frente a esta alarmante brecha, la orientación a la recuperación se presenta como una alternativa atractiva, en la medida en que ha demostrado ser efectiva en transformar la forma en que se ofrecen servicios de salud mental tanto en el diseño "macro" del sistema como en el nivel "micro" de la interacción entre usuarios, profesionales, y comunidad. Hemos presentado, a modo de ilustración, diferentes tipos de evidencia

provenientes de una serie de programas actualmente operando en países anglosajones, describiendo además las primeras señales de experiencias de implementación en el contexto sudamericano. Ambos tipos de evidencia, global y local, deberían informar futuras iniciativas a implementar en la región.

Es particularmente relevante generar, bajo diferentes modalidades, formas de diálogo local que permitan contextualizar la implementación de esta perspectiva. Un paso fundamental en esta línea es ampliar los espacios de inclusión de usuarios, desde el diseño hasta la evaluación de iniciativas. Hemos sugerido una agenda de trabajo, con acciones que creemos que podrían informar y orientar esta transición. Nuestra esperanza es que, dado su naturaleza general, pueda ser adoptada y utilizada en diferentes contextos.

Por último, metafóricamente hablando, podríamos entender la perspectiva de la recuperación como un árbol cuyas ramas y hojas se han extendido en el hemisferio norte. Por muy atractivo que resulte, ese árbol no puede ser simplemente trasplantado directamente a una nueva tierra: sus raíces evidencian un largo proceso que incluye experiencias de reforma, conquistas del movimiento de usuarios, luchas por derechos sociales, estudios epidemiológicos, y evaluaciones de clima cultural y social específicos, entre otros elementos. En contraste, sugerimos que la experiencia anglosajona sea uno de los "abonos" que alimente nuestro árbol, pero que éste debe ser cultivado, desde la semilla, en tierras latinoamericanas, siendo tarea nuestra generar las condiciones donde la semilla germine y crezca.

Agradecimientos

Esta publicación fue apoyada en parte por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (proyecto U19MH095718 en que participa el primer autor). Los contenidos del manuscrito son responsabilidad única y exclusivamente de sus autores, y no representan la visión oficial del Instituto Nacional de Salud Mental. ■

Referencias bibliográficas

1. Levav I, González Uzcátegui R (2007). The roots of the Caracas Declaration; in *Mental Health Care Reform: 15 Years After Caracas* [in Spanish]. Edited by Rodriguez J. Washington, DC, Pan American Health Organization.
2. World Health Organization (2005). *World Health Organization assessment instrument for mental health systems-WHO-AIMS version 2.2*. Geneva.
3. World Health Organization (2013). *Informe Regional sobre los Sistemas en Salud Mental en América Latina y el Caribe*. [Internet. Consultado el 17 de Agosto de 2017] Disponible en: www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf.
4. Rodríguez J, Minoletti A (2013). *Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria*. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares.
5. Alvarado R, Schilling S, Abelha L, Lovisi GM (2017). *Development of Mental Health Services in a Major City in Latin America: Santiago*. *Mental Health and Illness in the City*. 2017:1-6.
6. Minoletti A, Galea S, Susser E (2012). *Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders*. *Public health reviews* 2012;34(2):13.

7. Mascayano F, Tapia T, Schilling S, Alvarado R, Tapia E, Lips W, Yang LH (2016). Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: A systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2016;38(1):73-85.
8. WHO. Mental health atlas 2011. Geneva: World Health Organization; 2011.
9. Alvarado R, Torres González F, Schilling S, Alvarado F, Domínguez C, Küstner BM, et al (2012). Factors associated with unmet needs in individuals with schizophrenia in Chile. *Cad Saude Colet*;20(4):466-72.
10. Costa PH, Colugnati FA, Ronzani TM (2015). Mental health services assessment in Brazil: systematic literature review. *Cien Saude Colet*;20(10):3243-53.
11. Agrest M, Druetta I (2011). El concepto de recuperación: La importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *Vertex*;95:56-64.
12. Chamberlin J (2005). User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*;14(1):10-4.
13. Anthony WA (2007). Toward a vision of recovery: for mental health and psychiatric rehabilitation services. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
14. Black BL, Rose SM (2002). Advocacy and empowerment: Mental health care in the community. Routledge.
15. Weinstein J (2010). Mental health, service user involvement and recovery. Jessica Kingsley Publishers.
16. Mascayano F. Evaluación de planes y programas de salud mental en América Latina y el Caribe. En progreso.
17. Barker P (2001). The Tidal Model: Developing a Person Centered Approach to Psychiatric and Mental Health Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*;37(3):79-87.
18. Beitinger R, Kissling W, Hamann J (2014). Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current opinion in psychiatry*;27(3):222-9.
19. Pozón SR (2012). La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas. *Dilemata*;10(10):263-77.
20. Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*;11(2):123-8.
21. Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J (2011). The roots of the recovery movement in psychiatry: Lessons learned. John Wiley & Sons.
22. Caldas de Almeida JM (2013). Mental health services development in Latin America and the Caribbean: achievements, barriers and facilitating factors. *International health*;5(1):15-8.
23. Amering M, Schmolke M (2009). Recovery in mental health: Reshaping scientific and clinical responsibilities. John Wiley & Sons.
24. Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community mental health journal*;41(2):141-58.
25. Deegan PE (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*;11(4):11-19.
26. Davidson L, Roe D (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*;16(4):459-70.
27. Agrest M (2016). Narrativas en primera persona: ¿qué es lo nuevo para un profesional de la salud mental? *Vertex*;27: 274-279.
28. Deegan P (1994). A letter to my friend who is giving up. Inlecture, Connecticut Conference on Supported Employment). [Internet] Disponible en: http://ilru.org/html/publications/training_manuals/Advocacy_SeizePower.txt.
29. Lovejoy M (1982). Expectations and the recovery process. *Schizophrenia Bulletin*;8(4):605-9.
30. Leete E (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*;15(2):197.
31. Unzicker R (1989). On my own: A personal journey through madness and re-emergence. *Psychosocial Rehabilitation Journal*;13(1):71.
32. Strauss JS, Carpenter WT (1974). The prediction of outcome in schizophrenia: II. Relationships between predictor and outcome variables: A report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*;31(1):37-42.
33. Carpenter Jr WT, Kirkpatrick B (1988). The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*;14(4):645.
34. Harding CM, Zubin J, Strauss JS (1987). Chronicity in schizophrenia: Fact, partial fact, or artifact? *Psychiatric Service*;38(5):477-86.
35. Harding CM, Zahniser JH (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*;90(s384):140-6.
36. Davidson L, Tondora J, O'connell MJ, Kirk Jr T, Rockholz P, Evans AC (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*;31(1):23.
37. Slade M, Longden E (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC psychiatry*;15(1):285.
38. Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbeck F, de Haan L (2017). The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*.
39. MacDonald-Wilson KL, Deegan PE, Hutchison SL, Parrotta N, Schuster JM (2013). Integrating personal medicine into service delivery: empowering people in recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*;36(4):258.
40. Becker DR, Drake RE (1994). Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community mental health journal*;30(2):193-206.
41. Padgett DK, Gulcur L, Tsemberis S (2006). Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Research on social work practice*;16(1):74-83.
42. Slade M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, McCrone P, Leamy M (2011). REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomized controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry*;11(1):185.
43. Mueser KT, Meyer PS, Penn DL, Clancy R, Clancy DM, Salyers MP (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia bulletin*;9;32:S32-43.

44. Mueser KT, Penn DL, Addington J, Brunette MF, Gingerich S, Glynn SM, Lynde DW, Gottlieb JD, Meyer-Kalos P, McGurk SR, Cather C (2015). The NAVIGATE program for first-episode psychosis: Rationale, overview, and description of psychosocial components. *Psychiatric Services*;66(7):680-90.
45. Bello I, Lee R, Malinovsky I, Watkins L, Nossel I, Smith T, Ngo H, Birnbaum M, Marino L, Sederer LI, Radigan M (2017). OnTrackNY: The Development of a Coordinated Specialty Care Program for Individuals Experiencing Early Psychosis. *Psychiatric Services*;68(4):318-20.
46. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, Lehman A, Tenhula WN, Calmes C, Pasillas RM, Peer J (2009). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia bulletin*;36(1):48-70.
47. Kane JM, Schooler NR, Patricia Marcy BS, Correll CU, Brunette MF, Mueser KT, Rosenheck RA, Addington J, Estroff SE, Robinson J, Penn DL (2015). Original Research The RAISE Early Treatment Program for First-Episode Psychosis: Background, Rationale, and Study Design. *J Clin Psychiatry*;76(3):240-6.
48. Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA, Addington J, Brunette MF, Correll CU, Estroff SE, Marcy P (2015). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *American Journal of Psychiatry*;173(4):362-72.
49. Rosenheck R, Leslie D, Sint K, Lin H, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Addington J, Brunette MF, Correll CU (2016). Cost-effectiveness of comprehensive, integrated care for first episode psychosis in the NIMH RAISE early treatment program. *Schizophrenia bulletin*;42(4):896-906.
50. Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai WY, Wyatt RJ (1997). Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a "critical time" intervention after discharge from a shelter. *Am J Public Health*;87(2):256-62.
51. Herman DB, Conover S, Gorroochurn P, Hinterland K, Hoepner L, Susser ES (2011). Randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness after hospital discharge. *Psychiatric Services*;62(7):713-9.
52. Herman D, Conover S, Felix A, Nakagawa A, Mills D (2007). Critical Time Intervention: an empirically supported model for preventing homelessness in high risk groups. *The Journal of Primary Prevention*;28(3-4):295-312.
53. Tavares Calvacanti M, Araújo Carvalho M, Valencia E, Magalhães Dahl C, Mitkiewicz de Souza F (2011). Adaptação da "Critical Time Intervention" para o contexto brasileiro e sua implementação junto a usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro. *Cienc. Saude Cole*;16(12):4635-4642.
54. Susser E, Mascayano F, Alvarado R, Tavares M, Lovisi G, Valencia E, et al. Implementing Critical Time Intervention-Task Shifting in two cities of South America: preliminary findings. *En progreso*.
55. Alvarado R, Shilling S, Jorquera MJ (2016). Uso de la Intervención Critical Time Intervention en personas con primer episodio de psicosis. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*;72(4):331-8.
56. Eiroa-Orosa FJ, Rowe M (2017). Taking the concept of Citizenship in mental health across countries. Reflections on transferring principles and practice to different sociocultural contexts. *Frontiers in Psychology*;8.
57. Montenegro CR, Cornish F (2015). 'It is not the State's fault that we have a person like this': Relations, institutions and the meaning of 'rights' to carers of People with Psychosocial Disabilities in Chile. *Global Mental Health*.
58. Vasconcelos EM (2017). As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e Recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental I: Uma apresentação história e conceitual para o leitor brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental / Brazilian Journal of Mental Health*;9(21):31-47.
59. Alvarado R, Minoletti A, Valencia E, Rojas G, Susser E (2013). The need for new models of care for people with severe mental illness in low- and middle-income countries. En: Thornicroft G, Ruggeri M, Goldberg D, eds. *The Global Challenge of Improving Mental Health Care*. Chichester, UK: John Wiley; pp 78-95.
60. Minoletti A, Toro O, Alvarado R, Carniglia C, Guajardo A, Rayo X (2015). A survey about quality of care and user s' rights in Chilean psychiatric services. *Revista médica de Chile*;143(12):1585-92.
61. World Health Organization. WHO quality Rights tool kit: Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. World Health Organization: Geneva; 2012.
62. Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK, editors (2012). *Dissemination and implementation research in health: Translating science to practice*. Oxford University Press.
63. Tocqueville A. *La democracia en América 2*, Alianza, Madrid, 1993.
64. Davidson L, González-Ibáñez À (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*;6;37(131).
65. Adler-Lomnitz L (2013). *Redes sociales, cultura y poder: ensayos de antropología latinoamericana*. FLACSO Mexico.



el rescate y la memoria

Historia de la neuropsicología a las neurociencias cognitivas en Argentina (1883-2003)

Ricardo F. Allegri

*Jefe del Servicio de Neurología Cognitiva, Neuropsicología y Neuropsiquiatría del Instituto de Investigaciones Neurológicas "Raúl Carrea" (FLENI), Buenos Aires, Argentina.
Profesor de Neurociencias, Facultad de Psicología, Universidad de la Costa (CUC), Barranquilla, Colombia
E-mail: rallegrif@fleni.org.ar*

Pablo Bagnati

*Coordinador del Servicio de Neuropsiquiatría del Instituto de Investigaciones Neurológicas "Raúl Carrea" (FLENI), Buenos Aires, Argentina.
Profesor de Neuropsiquiatría, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*

Resumen

La neuropsicología argentina ha tenido sus primeros pasos en 1883 con la tesis de Antonio Piñeiro sobre las localizaciones cerebrales de la alteración del lenguaje y de la visión, solo unos pocos años después de Broca. El objetivo de este trabajo fue describir el desarrollo de la neuropsicología en Argentina. En sus primeros años evoluciona dentro de la neurología y su escuela francesa. En 1907, José Ingenieros publica un libro sobre las amusias, Cristofredo Jakob la "Folia Neurobiológica" donde describe la organización cerebral en el hombre, Vicente Dimitri en 1933 el libro "Las Afasias" y Bernardo de Quiroz en los 50 las dislexias. La psiquiatría de los hospicios evoluciona con su impronta alemana de Jakob, en Outes y Orlando, y en el mayor exponente de la neuropsiquiatría Juan Carlos Goldar. La psicología en sus orígenes, primero por el holismo y luego por el psicoanálisis local, se mantuvo lejos de la neuropsicología hasta la década del 60 en que tiene su primer acercamiento en la facultad de psicología de la UBA con Juan Azcoaga, para algunos el padre de la neuropsicología argentina. En los 80 la neurología toma más influencia norteamericana con Carlos Mangone (demencias), Ramón Leiguarda (Apraxias), Sergio Starkstein (apatía y depresión) y Ricardo Allegri (memoria y Alzheimer). En 1982 se crea la Sociedad Neuropsicológica Argentina y en 1987 el grupo de demencias (GeDem) de la Sociedad Neurológica Argentina. En ese mismo año, Aldo Ferreres crea la cátedra de Neuropsicología de la facultad de Psicología de la UBA que fue la base de la carrera de especialización. A partir de aquí, la neuropsicología tuvo un crecimiento masivo como especialidad ya sea en el contexto de la psicología, de la neurología y más recientemente de la psiquiatría integrando las neurociencias cognitivas actuales.

Palabras clave: Neuropsicología - Neurología cognitiva - Neurociencias cognitivas -Neuropsiquiatría - Historia - Argentina.

HISTORY FROM NEUROPSYCHOLOGY TO COGNITIVE NEUROSCIENCES IN ARGENTINA

Abstract

The first step from the neuropsychology in Argentina was in 1883 with the thesis of Antonio Piñeiro about the brain localization of the language and vision disorders, only few years after Broca. The aim of this work has been to describe the development of the neuropsychology in Argentina and its relation with the psychology, neurology and psychiatry. The first period was into the neurology with its French school influence. In 1907, Jose Ingeniero published in French his book about "amusia", Cristofredo Jakob the "folia neurobiologica" where he described the organization of the human brain, Vicente Dimitri in 1933 his book "aphasia" and Bernardo de Quiros in 1959 his works about dyslexia. The psychiatry at the hospices with the German influence from Jakob developed to the modern neuropsychiatry with Juan Carlos Goldar. The Argentine school of psychology by the holism and the psychoanalysis influence do not accept the neuropsychology until 1960 where was included at the school of psychology from the university of Buenos Aires (UBA) with the first linguistics works of Juan Azcoaga. At the 80, began the North American influence of the neurology with authors like Carlos Mangone (dementia), Ramon Leiguarda (apraxia), Sergio Starkstein (depression and apathy) and Ricardo Allegri (memory and Alzheimer). In 1982 the Argentine Neuropsychological Society was founded and in 1987 was the working group of dementia from the Argentine Neurological Society. At this moment, Aldo Ferreres organized the chair of neuropsychology at the school of psychology (UBA). Nowadays, the growing as discipline is in context of the psychology, neurology and psychiatry in the way of the recent cognitive neurosciences.

Key words: Neuropsychology - Cognitive neurosciences - Cognitive neurology - Neuropsychiatry - History - Argentina.

La *Neuropsicología* es la disciplina que estudia la relación entre los procesos cognitivos (pensamiento, percepción, memoria, atención, etc.), los mecanismos cerebrales subyacentes y sus alteraciones neuropatológicas y ha sido la base de las *Neurociencias cognitivas* actuales (1). La Neuropsicología nace en Francia con Paul Broca (1824-1880) con su clásico paciente "Tan-Tan" y su afasia por lesión frontal izquierda.

En Argentina la neuropsicología ha tenido un primer **periodo neurológico de escuela francesa y neuropsiquiátrico de escuela alemana** que fue desde la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires con tesis que se ocuparon de localizaciones cerebrales solo pocos años después de Broca (2, 3) hasta los años 60. La influencia cultural europea la posicionó, a principio del 1900, en paralelo con el desarrollo de la neurología y de la psiquiatría, con las que evolucionó hasta la actualidad. Probablemente el psicoanálisis la mantuvo alejada de la psicología hasta los años 60.

El **segundo periodo psicológico de escuela rusa** tuvo su mayor desarrollo entre los 60 y los 80 con la escuela de Azcoaga y se dio en paralelo con las otras escuelas neuropsicológicas latinoamericanas que formaron parte de la SLAN (Sociedad Latinoamericana de Neuropsicología). Si bien en este periodo la incorpora la psicología, la influencia del psicoanálisis la mantiene aún en reductos escasos.

El **tercer periodo de neurociencias cognitivas**, a partir de los 90 con predominio de la escuela angloamericana, ya se fue desarrollando en la psicología, la neurología y la psiquiatría.

El objetivo de este trabajo fue revisar el origen, las escuelas y la evolución de la neuropsicología en Argentina, así como su interacción con la psicología, la neurología y la psiquiatría, y cómo se fue llegando a las neurociencias cognitivas actuales. Los hechos o autores de la neurología y de la neuropsiquiatría solo fueron incorporados si estaban en relación a la neuropsicología.

Materiales y métodos

Fueron revisados todos los datos disponibles desde los orígenes hasta el año 2003 (se tomó esta fecha -120 años de historia- para limitarnos a una revisión histórica y evitar una crónica periodística de actualidad) en los archivos de la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, de la Asociación Médica Argentina, de la Sociedad Neuropsicológica Argentina y de la Sociedad Neurológica Argentina. Se realizó una búsqueda en el *Index Medicus*, *Embase*, *Scopus* y *LILACS* (Literatura latinoamericana) con las palabras clave "neuropsicología, neurociencias, neurología, neuropsiquiatría, historia, Argentina". También fueron consultados los artículos de historia aparecidos en la *Revista Neurológica de Buenos Aires*, en la *Revista Neurológica Argentina* y en *Neurología Argentina*. Se revisaron las páginas de internet de la Sociedad Neurológica Argentina, de la Sociedad Neuropsicológica Argentina y de la Facultades de Medicina y de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Por último, se utilizó información relevante de transmisión oral proporcionada por especialistas locales. Esta última fue corroborada al menos por dos fuentes distintas.

Resultados**1. Periodo Neurológico**

La preocupación sobre la relación entre el cerebro y la mente es tan vieja casi como el mundo. Platón e Hipócrates (400ac) pensaban que el cerebro era la base del pensamiento. Este último define la enfermedad sagrada (la epilepsia) como una condición médica y no como se creía hasta el momento, una posesión del demonio (1). Pero Aristóteles, un siglo después, convenció a todos de lo contrario, que el corazón era el asiento del proceso mental y esto perduró varios siglos (4). Luego del oscurantismo medieval, hacia el siglo XVIII, aparece la *Freno-*

logía de Franz Josef Gall (1758-1828), quien describe las conductas en relación a la corteza, a centros cerebrales y a la forma del cráneo. Gall fue el primero que relacionó la afasia a una lesión frontal y fue realmente el padre de la *Neuropsicología* (5) aunque nunca se le reconoció, probablemente porque era el primero luego del oscurantismo y, por otra parte, si bien muchas de sus aseveraciones eran ciertas, otras fueron poco científicas quedando en la época como una gran charlatanería (1). Luego de este intento fallido, finalmente nace en Francia la *Neuropsicología* como ciencia con Paul Broca (1824-1880) y su clásica descripción de la afasia con su localización frontal izquierda (6). La neuropsicología definida como la disciplina que estudia los procesos mentales y sus bases cerebrales toma un gran impulso con esta escuela localizacionista de los llamados marcadores de diagrama con nombres como Broca, Karl Wernicke (1848-1905), Armand Trousseau (1801-1867), Arnold Pick (1851-1924) entre otros (1).

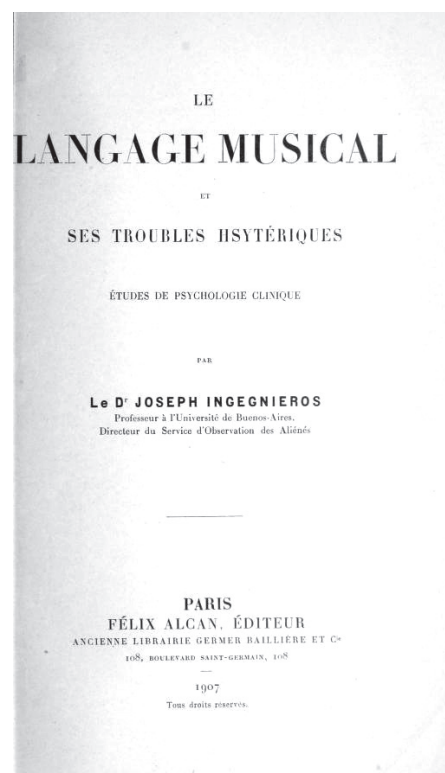
En la Argentina la neuropsicología como la neurología nacieron de la mano y en paralelo con la medicina francesa, probablemente debido a que el mundo cultural y científico del Río de la Plata de fines del 1800 admiraba a Francia. La neurología estuvo íntimamente ligada a la psiquiatría y los primeros trabajos neuropsicológicos se ocuparon de localizaciones y lenguaje solo unos años después del trabajo de Broca (7). Así, la primera tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires sobre un tema neuropsicológico fue presentada en 1883 por Antonio Piñeiro: "*Localizaciones cerebrales en la alteración del lenguaje y la visión*". Andrés Llobet dos años más tarde presenta su tesis "*Localizaciones cerebrales, investigaciones experimentales, fisiológicas y clínicas aplicada a la operación del trepano*" (2,3).

En 1885 en Buenos Aires se crea el primer servicio hospitalario de Enfermedades Nerviosas en el Hospital San Roque (hoy Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía), y un año después la cátedra de Patología Mental cuyo primer titular fue el Dr. Lucio Meléndez (1844-1901), entonces director del Hospicio de las Mercedes (hoy Hospital Neuropsiquiátrico José Tiburcio Borda). Los acontecimientos previos en el contexto del modelo social humanista y el positivismo científico imperantes precipitaron, sin duda, la creación de la cátedra de Enfermedades Nerviosas en la Universidad de Buenos Aires (1887) solo 5 años después de la cátedra en Facultad de Medicina de París cuyo titular fue Jean Martin Charcot (1825-1893). José María Ramos Mejía (1849-1914), que había perdido el concurso de Psiquiatría con Meléndez, fue el primer profesor titular de neurología, con una sólida formación humanista, escritor, sociólogo, hombre de ciencias y hombre público de brillantes aristas, formó parte de la generación del 80, generación de oro en Argentina en lo cultural, que reflejaba fervientemente los modelos europeos. Ramos Mejía publicó sus conocidas obras "*La neurosis de los hombres celebres en la historia argentina*", "*Las multitudes argentinas*", "*Rosas y su tiempo*", "*Estudios clínicos sobre las enfermedades nerviosas y mentales*", etc. (8).

Los colaboradores de Ramos Mejía claves para estos primeros pasos de la neuropsicología en Argentina fueron José Ingenieros (1877-1925) y Christofredo Jakob. (1866-1956). Ingenieros, psiquiatra, político y sobre todo sociólogo, publicó en 1907 un libro en francés sobre *El lenguaje musical y las alteraciones histéricas* (9) (ver figura 1) y en 1911 uno sobre *Psicología Genética*, este último es quizás el primer libro en Argentina que relaciona la psicología a la biología (10). En 1901 se incorporó a la cátedra el Prof. Christofredo Jakob. (1866-1956), neuropatólogo formado en Alemania, en donde había publicado un Atlas del Sistema Nervioso. Su sistematización de los cortes, sus investigaciones con técnica para mielina, fueron la base para la neuropatología argentina con sus discípulos Braulio Moyano, José Borda, Jacinto Orlando y Diego Outes (2, 11, 12). Se considera que la obra de Jakob tiene dos puntos fundamentales, la ubicación del hombre en el cosmos y los mecanismos de producción, a través de la filogenia, de las funciones mentales superiores. En la "*Folia Neurobiológica*" explicita el ideal de reconstruir la génesis de la organización cerebral del hombre (13).

En Europa a principio del 1900 la escuela de Broca continúa con el localizacionismo, pero rápidamente aparece la oposición a esto con la escuela psicologista u

Figura 1. Portada del libro de Jose Ingenieros "El Lenguaje Musical y sus alteraciones histéricas" (1907)



holista con autores como John Hughlings Jackson (1835-1911), Pierre Marie (1853-1940) y Henry Head (1891-1940) entre otros. Este modelo se reflejó en Argentina manteniendo la neuropsicología dentro de la neurología y, a diferencia del resto del mundo, muy alejada de la psicología. Así, el Dr. Vicente Dimitri, titular de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (FMed-UBA) y Jefe del Servicio de Neurología del hospital Alvear publicó en 1933 su libro *Afasis: estudio anatomoclínico*, sobre una presentación de doce pacientes seguidos por varios años con anatomía patológica, que fue un clásico para la neurología argentina (14). Marcos Victoria, discípulo de Dimitri, en 1940 publicó su libro *Teoría de las Apraxias*, y Bernardo de Quirós en los 50 sus tratados sobre la *Dislexia* (15, 16). Pero todo esto era ignorado por la escuela psicológica argentina que adscribía más al modelo holístico, llegando a interpretar que el cerebro es una caja negra y que solo debemos estudiar la fenomenología de las conductas (17). Este concepto unido al psicoanálisis creado por Sigmund Freud (1856-1939) tuvo un impacto enorme en la escuela de psicología que se crea a fines de los 50 en la Universidad de Buenos Aires (18) y perdura casi hasta nuestros días. Dos características esenciales tuvieron los profesores iniciales en la carrera de psicología de la UBA, su vocación psicoanalítica y su posición política progresista. A pesar de que internacionalmente comenzó el uso de la Psicología experimental con análisis estadísticos y baterías estandarizadas, en Argentina todo este periodo fue dominado por publicaciones básicamente teóricas y trabajos sin método científico (17).

A partir de los estudios iniciales de Wilder Penfield (1891-1976) en Canadá con estimulación cerebral directa y del método lesional de los heridos de guerra hacia mitad de siglo XX toma fuerza el neo-localizacionismo con el neurólogo norteamericano Norman Geschwind (1926-1984), creador de la Escuela de Boston. Geschwind describe los síndromes de desconexión en los animales y en el hombre basados en el análisis lesional cerebral y es el padre de la *Neurología de la Conducta* en EE.UU. (o neo-localizacionismo) (19). Para la época, la contrapartida fue Alexander Luria (1902-1977), quien en Rusia, con impronta pavloviana, desarrolla la *escuela reflexológica de la neuropsicología* (20). Tanto Geschwind como Luria trabajaban en hospitales militares y hacían sus descripciones de los soldados heridos de guerra (individuos jóvenes con lesiones únicas). Posteriormente esta escuela neo-localizacionista tomó más desarrollo a partir de los métodos neurofisiológicos (EEG, potenciales evocados-PE, potenciales relacionados eventos-PRE) y neuro-radiológicos funcionales (resonancia magnética funcional-RMf, tomografía por emisión de positrones-PET). Así, quedan claramente delimitadas, como sucedía en los 60 con la filosofía y la política, una escuela neuropsicológica americana y una rusa. Esta división este/oeste del mundo tuvo una gran influencia en el desarrollo de las neurociencias cognitivas en Latinoamérica y puntualmente en Argentina hasta nuestros días.

Hacia los 60 en Argentina la neurología empieza a alejarse de la escuela francesa y va hacia la norteamericana. El mínimo sector de la psicología que escapó al psicoanálisis adoptó la escuela rusa y la escasa psiquiatría biológica imperante que permaneció en los hospicios (Hospitales Neuropsiquiátricos José T. Borda y Braulio Moyano) tuvo una clara impronta de la escuela alemana de Jakob (Diego Outes, Jacinto Orlando y Juan Carlos Goldar). Juan Carlos Goldar, psiquiatra y neuropatólogo, publicó artículos sobre "Rinencéfalo o sistema límbico" (21), "Lóbulo frontal y psicosis" (22) y los libros *Cerebro límbico y psiquiatría* (23), *Biología de la memoria* (24), *Anatomía de la mente* (25), entre otros. Sus trabajos lo posicionan como el padre de la Neuropsiquiatría Argentina (26).

2. Periodo Psicológico

En estos años en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires se crea un equipo interdisciplinario liderado por el neurólogo Juan Azcoaga (1925-2015) que trabajaba sobre la fisiopatología del lenguaje y los mecanismos del aprendizaje sobre una base de la escuela reflexológica luriana. Para algunos autores con Azcoaga nace la Neuropsicología en Argentina (27). En 1963 publicó *La fisiopatología de los trastornos del lenguaje* (30) quizás uno de los primeros de la especialidad en nuestro medio. Azcoaga edita en 1971 libros como *Aprendizaje fisiológico y aprendizaje psicopedagógico* (28), y *Alteraciones del lenguaje en el niño* (29). En 1978 publicó en la *Revista Neurológica Argentina* su artículo sobre "Correspondencia neurológica y lingüística de la noción del significado" (31). Los avatares políticos de la dictadura militar llevaron a que el grupo saliera fuera del ámbito académico con la creación de la Asociación para la Asistencia e Investigaciones Neurológicas, Psicológicas y Psicopedagógicas (APINEP) que sería el futuro escenario de los avances en el desarrollo teórico-clínico de cuestiones vinculadas al funcionamiento cerebral (27).

Hacia esta época eran escasos los psicólogos interesados en la neuropsicología, y este hecho llevó a que muchas fonoaudiólogas fueran las primeras neuropsicólogas en diferentes centros.

Algunos autores describen que la influencia soviética en Latinoamérica y en Argentina se debió a problemas idiomáticos y de traducciones, desconociendo que la misma tuvo su base en realidades filosóficas, acompañando la moda políticas de la época (17, 32). Como explica Tamaroff en una de sus publicaciones, la neuropsicología es un desprendimiento de la filosofía (33) y lo que sucedía en estos tiempos con la Neuropsicología en Latinoamérica tenía su base político-filosófica. Hacia esa época la Sociedad Latinoamericana de Neuropsicología (SLAN), liderada por Roch Lecours (Montreal, Canadá), ni siquiera admitía en sus congresos que se diera una conferencia en idioma inglés.

En la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires se destacaron neurólogos como los Profesores Leopoldo Tamaroff (1919-2007) y Héctor Figini. Ambos

provenientes de la escuela del Hospital Ramos Mejía, eximios neurólogos generales y sobretodo semiólogos, pero con una predilección por las funciones cerebrales superiores. Con una sólida formación neurológica y humanista de la escuela francesa, Tamaroff fue sub jefe de Neurología del Policlínico de San Martín, luego Jefe de Neurología del Hospital Nacional Alejandro Posadas donde desarrollaba sus reuniones de los sábados sobre neuropsicología ("Saturday Tamaroff Show" como las llamaban sus seguidores). Ocupó también la titularidad de la cátedra de Afasiología de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad del Salvador de Buenos Aires y dejó sus huellas en relevantes trabajos y publicaciones en temas de lenguaje y afasias y afecciones neuropsicológicas en el adulto (27).

3. Periodo Neurociencias Cognitivas

Hacia los 70 a nivel internacional nace la Neurociencia Cognitiva que es una conjunción entre la *psicología cognitiva*, la cual estudia los procesos mentales con el objetivo de lograr información relacionada a cómo la mente humana realiza estos procesos, y la *neurociencia*, que estudia el sistema nervioso con diferentes aproximaciones desde los estudios moleculares, funcionales, computacionales y los aspectos patológicos (34). Los discípulos de la *Neurología de la Conducta* de la escuela de Geschwind comienzan a hablar de *Neurología Cognitiva*, como se agrega al título en la segunda edición del libro de Marsel Mesulam (35).

Este periodo se enmarca en un nuevo cambio de la medicina, ya el método deja de ser inductivo, desde lo particular a lo general, desde el caso único del consultorio a las conclusiones generalizables, para pasar al método deductivo que culmina con la medicina basada en la evidencia. Cambia internacionalmente la manera de medirse los niveles de evidencia y la producción académica. En este periodo ya no basta con ser los mejores docentes y teóricos, sino que deben ser los mejores en asistencia, docencia e investigación. La producción científica no se mide más como hasta ese momento por las conferencias o las presentaciones de casos únicos en congresos, sino por el número de publicaciones en sistemas evaluados por pares y así se empieza a considerar las publicaciones, el factor de impacto en las revistas así como el número de citas (12).

En los 80 en Argentina aparece la neurología moderna abandonando finalmente la influencia francesa y adoptando la norteamericana, con un cambio en el método científico, y el nacimiento de las subespecialidades. A partir de la democracia (1983) se reorganiza la vida universitaria y se concursó la cátedra de Neurología de la Facultad de Medicina de la UBA, siendo uno de los profesores titulares Roberto E. Sica, quien llevó la cátedra a la División Neurología del Hospital José María Ramos Mejía, en la Ciudad de Buenos Aires, creando diferentes subespecialidades, entre ellas en los 90 la de "*alteraciones neurocognitivas*" que puso a cargo del Dr. Carlos A. Mangone, con quien publicaron trabajos clá-

sicos como los "Trastornos cognitivos en la enfermedad de Chagas" (36).

En marzo de 1982 se crea en Buenos Aires la Sociedad Neuropsicológica Argentina (SONEPSA) siendo su presidente el Prof. Héctor Figini del Hospital Ramos Mejía y el vicepresidente el Prof. Fernando Álvarez, del Hospital Francés de Buenos Aires, ambos reconocidos neurólogos de amplia trayectoria clínica y profesores de la UBA (27).

En esta época empieza a tomar relevancia el Instituto de Investigaciones Neurológicas de la Fundación FLENI creado por Raúl Carrea, bajo la dirección del Prof. Ramón Leiguarda, quien, con orientación geshwiniana empieza a desarrollar sus trabajos sobre neurología de la conducta como *alexia sin agrafia* en 1977 (37), y sus trabajos sobre *apraxia* (38,39). Colaboró también en FLENI el Dr. Marcelo Berthier, quien investigó principalmente en *afasias* (40) y posteriormente emigró a España, donde hoy continúa su carrera.

El Dr. Carlos A. Mangone, formado en el Centro de Alzheimer de la Universidad de Illinois, Chicago (EE. UU., 1989-1990) con una sólida influencia geshwiniana, organizó su centro en el Hospital Santojanni y fue consultor en el Ramos Mejía en base a protocolos estándares de evaluación y estudio de grupos de pacientes, y orientó rápidamente toda su producción a los deterioro cognitivos y a la demencia como puede observarse en sus múltiples publicaciones de la subespecialidad desde principio de los 90 (41-43). En abril de 1989 crea la asociación de familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer, ALMA (Asociación de Lucha contra el Mal de Alzheimer), la cual en 1990 pasa a ser miembro de la Sociedad Internacional de Alzheimer (ADI, del inglés *Alzheimer's Disease International*).

En el Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda de la ciudad de Buenos Aires en esta época accedió a la Jefatura de Neurología el Dr. Jorge Ure, quien, siguiendo la escuela de Orlando y Outes desarrolló la Neurología de la Conducta junto a uno de sus colaboradores el Dr. Juan Ollari, el cual está actualmente a cargo del Servicio. En 1989 crearon el primer servicio de neuropsicología y comenzaron los estudios iniciales de cognición en esquizofrenia y depresión. En 1991 con su trabajo sobre demencia fronto-temporal ganan el premio del congreso Panamericano de Montevideo y Ure viaja a Lund (Suecia) a presentar su trabajo. Unos años más tarde realizó una pasantía en el Instituto Neurológico de Montreal donde habían trabajado Penfield y Brenda Milner. Entre las publicaciones más reconocidas de este grupo encontramos las relacionadas a *mutismo akinético* o a la *anartria subcortical* (44,45).

En los 80 se había desarrollado el Centro de Investigación de Afasia (CIRA) en el Centro de Estudios Médicos e Investigaciones Clínicas (CEMIC) liderado por la lingüista Silvia Rubio como el primer grupo interdisciplinario (fonoaudiólogas, psicólogas, psicopedagogas, musicoterapeutas y terapeutas ocupacionales) de rehabilitación de pacientes afásicos. En dicho centro colaboraron sucesivamente como asesores neurológicos Leiguarda, Berthier, Fustinoni, Tamaroff, Taragano

y Allegri. En 1989, CEMIC lo reconvierte en el Servicio de Investigación y Rehabilitación de las Enfermedades Neuropsicológicas (SIREN) tomando la jefatura el Prof. Leopoldo Tamaroff, con quien colaboran desde su inicio estrechamente los Dres. Allegri y Taragano.

En 1987 en la Sociedad Neurológica Argentina se crea el Grupo de Estudio de Demencia (GEDEM) con los Doctores Carlos Mangone (Hospital Santojanni) y Edgardo Reich (Hospital Méndez) como secretarios del mismo. Se incorporaron al mismo los Dres. Arturo Famulari, Héctor Figini, Juan Ollari, Osvaldo Fustinoni (h), Laura Garau, Jorge Ure y Ricardo Allegri, entre otros. Este grupo se ocupó del desarrollo de la subespecialidad en el contexto de la neurología a través de los cursos, mesas, simposios y las participaciones en los congresos de neurología de la Sociedad. Se creó el Boletín Informativo del Grupo GEDEM (ver figura 2). El primer trabajo colaborativo del grupo fue un relevamiento epidemiológico de demencia que permitió tener las primeras cifras de pacientes con demencia en nuestro medio 14,2% por encima de los 60 años (46).

La escuela de Boston con uno de sus seguidores en UCLA, Jeffrey Cummings, puso una impronta sobre los síndromes Neuropsiquiátricos y sus bases cerebrales dando paso a la *neuropsiquiatría moderna* (47).

A partir de aquí aparece el gran desarrollo de la Neurología Cognitiva en Argentina en los diferentes

Servicios, así como el grupo de trabajo en la SNA.

A fines de los 80 en FLENI se incorpora el Dr. Sergio Starkstein, quien realizó su residencia clínica en CEMIC y posteriormente completó la formación en Neuropsiquiatría en el Johns Hopkins (Baltimore, USA) con el Prof. Robert Robinson. Sus trabajos iniciales fueron sobre *depresión en Parkinson* (48), *apatía vascular* (49) y *anosognosia* (50) que marcaron su línea futura. Starkstein, quien emigró a Australia en 2001, es el representante más prolífico en Argentina de la neuropsiquiatría moderna.

En 1989 se realiza en Buenos Aires el 1er. Congreso Argentino de Neuropsicología organizado por SONEPSA con invitados extranjeros como André Roch Lecours, Jean Luc Nespoulous e Ives Joannette (27).

En 1992, cuando Tamaroff se jubila, se hace cargo del Servicio de Investigación y Rehabilitación Neuropsicológica (SIREN) del CEMIC el Dr. Ricardo F Allegri, neurólogo y psiquiatra quien regresaba de su formación en Francia (Hospital Bellevue) y en EE.UU. (UCLA) donde realizó sus primeras publicaciones sobre la neuropsicología de las *encefalitis herpéticas* (51,52), la *neuropsicología de la memoria* (53) y en 1994 su tesis sobre *memoria procedural* (54). Allegri crea en 1994 en el Hospital Municipal Abel Zubizarreta de la ciudad de Buenos Aires el Laboratorio de Memoria, uno de los más importantes a nivel público en el que se formaron muchos de los especialistas actuales, entre ellos Cecilia Serrano, Leandro Lon, Judith Butman, Galeno Rojas, Ignacio Demey, Carol Dillon, Fabián Román, Mónica Iturry y Leonardo Bartoloni. Allegri también desarrolló en 1992, por pedido de la Dra. Leonor Gold, la sección de neuropsicología del servicio de neurología del Hospital Británico de Buenos Aires, junto a la neuropsicóloga Marina Drake.

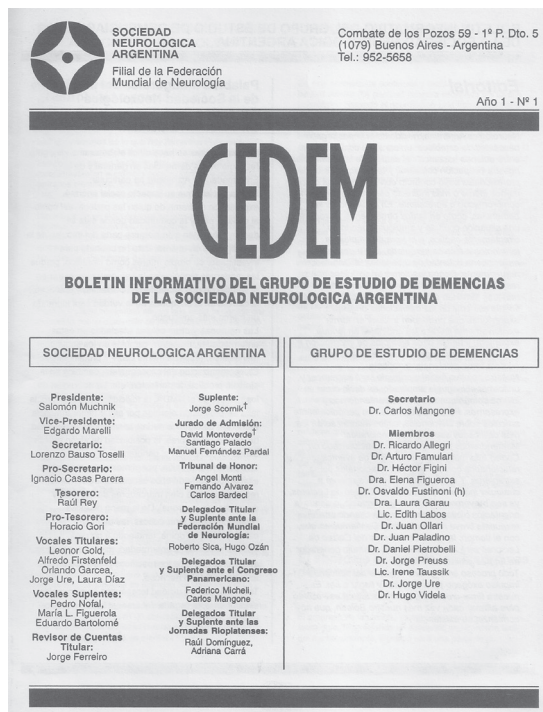
En 1995, Tamaroff y Allegri publicaron el libro *Introducción a la Neuropsicología Clínica* el cual fue prologado por uno de los principales discípulos de Geschwind, el Prof. Frank Benson de UCLA (EE.UU.) (1).

A partir de allí, Allegri permaneció 20 años en CEMIC con el Dr. Fernando Taragano, neuropsiquiatra, con quien realizaron múltiples publicaciones en neuropsiquiatría (55-57) hasta su paso como Jefe del Servicio de Neurología Cognitiva, Neuropsicología y Neuropsiquiatría de FLENI en el año 2011. El Dr. Taragano, Profesor Titular de Psiquiatra del Instituto Universitario CEMIC, quien describió por primera vez internacionalmente el concepto de "deterioro conductual leve" (56), quedó como jefe del SIREN en CEMIC, donde permanece hasta la actualidad.

En 1995 se realiza en Buenos Aires la XI Conferencia Internacional de Alzheimer de la Sociedad Internacional de Alzheimer (ADI, del inglés *Alzheimer Disease International*) y ALMA (ver figura 3) con Carlos Mangone (Presidente), Ricardo Allegri y Osvaldo Fustinoni (Vicepresidentes) y Juan Ollari y Carolina Signorelli (Secretarios), secundados por el Grupo de Demencia de la Sociedad Neurológica Argentina (ver figura 4).

En este contexto, el grupo de la sociedad coordinado por Raúl Arizaga realiza el Primer Curso Intensivo

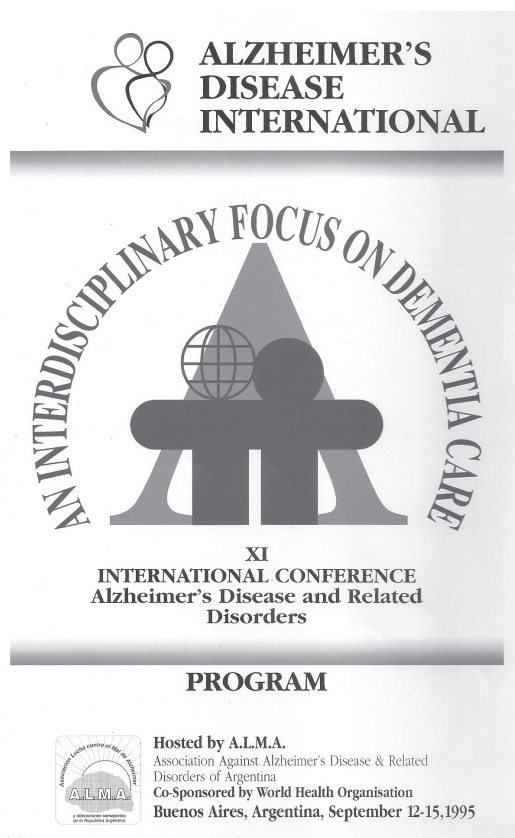
Figura 2. Portada del primer Boletín del GEDEM (1993)



a Distancia para médicos de cabecera del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (ISSJP-PAMI) y publica el libro *Enfermedad de Alzheimer: Enfoque actual* (58) y posteriormente *Demencia: enfoque multidisciplinario*, uno de los más difundidos de esta temática en lengua hispana con 3 ediciones (59).

En estos años, en el Hospital Eva Perón de San Martín (ex Castex) desarrollaron sus actividades neuropsicológicas los neurólogos Aldo Ferreres y Daniel Politis, y el psiquiatra Pablo Bagnati forma parte de ese Departamento de Neuropsicología, investigando ya en 1988 sobre aspectos neuropsiquiátricos de los pacientes afásicos y otras enfermedades neurológicas (60, 61). Ferreres en 1990 publicó su primer trabajo sobre alteraciones fonéticas en pacientes con anartria y afasia de Broca (62). Ferreres, proveniente de la escuela de Azcoaga y con una formación cognitivista, crea en 1987 la cátedra de Neuropsicología en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, logrando una década más tarde en la misma UBA crear el postgrado de la especialidad de neuropsicología clínica aprobado por la CONEAU, donde se han formado la mayor parte de los psicólogos que siguen esta disciplina (17). Pablo Bagnati dicta desde 1999 los cursos de Neuropsiquiatría en dicha carrera, en

Figura 3. Portada del Programa de la XI Conferencia Internacional de Alzheimer realizada en Argentina por ALMA, ADI y GEDEM (1995)



medio del crecimiento en nuestro medio de un enfoque neurológico-psiquiátrico-neuropsicológico, tanto en la clínica de los pacientes con expresiones cognitivo/conductuales como en la investigación de las manifestaciones normales y patológicas de la conducta humana (63, 64). Los psiquiatras Sergio Strejilevich y Gustavo Vázquez, actualmente Profesor en Queen's University (Kingston, Ontario, Canadá), abrazan la psiquiatría junto con la neuropsicología desde esos años con profuso trabajo en trastornos afectivos, publicando internacionalmente sus investigaciones (65-68), hasta la actualidad.

Sin embargo en Argentina la neuropsicología aún no ha sido reconocida como especialidad de la psicología por el Ministerio de Salud porque hasta ahora la psicología no tiene especialidades, lo cual continúa siendo una tarea pendiente. Entre sus publicaciones Ferreres desarrolló una batería para pacientes afásicos (69) siendo su línea prioritaria los trastornos de la lectoescritura (70, 71). Daniel Politis quien también desarrollo sus actividades docentes en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires tuvo como línea principal el estudio de las apraxias (72-74).

En 1996 vuelve a Argentina de su formación en neurología del comportamiento en la universidad de Toronto (Canadá) el Dr. Janus Kremer, quien entre 1998 y 2001 trabaja con Starkstein en FLENI publicando sobre síntomas depresivos, apatía y envejecimiento cerebral (75-77). Kremer en 2001 vuelve a Córdoba como director del Programa de neurología cognitiva del Hospital Privado de Córdoba donde permanece hasta 2006, cuando crea su propio centro, el Instituto Neuropsiquiátrico Kremer en la ciudad de Córdoba, siendo uno de los referentes más importantes del interior del país.

En el Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires en el año 2001 se crea el Centro de Enfermedad de Alzheimer y otros trastornos a cargo del Dr. Luis Ignacio Brusco (neurólogo y psiquiatra), formado en el Hospital Ramos Mejía con Carlos Mangone. Brusco es actualmente el profesor titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y ha sido el creador en 1997 de la asociación Alzheimer Argentina y el mentor del congreso anual en 1998 de la Asociación Neuropsiquiátrica Argentina (ANA). Brusco ha publicado extensamente sobre el rol de la melatonina y la enfermedad de Alzheimer (78-81).

En esta época el Dr. Facundo Manes hace su residencia de neurología en FLENI con Leiguarda y luego se perfecciona en Iowa (USA) y Cambridge (Inglaterra), volviendo a FLENI como Jefe del Servicio de Neurología Cognitiva, Neuropsicología y Neuropsiquiatría luego de la renuncia de Starkstein. Permanece desde el año 2001 hasta 2005 desarrollando múltiples líneas de las neurociencias cognitivas (82-84) cuando se va de la institución y crea el Instituto de Neurociencias Cognitivas (INECO), que pasa a ser en la actualidad uno de los centros referentes de la especialidad.

En el marco de la carrera de licenciatura en Fonoaudiología de la Fmed-UBA, la Dra. Edith Labos, fonoaudióloga con una larga trayectoria en la neuropsicología

crea en el año 2000 el Laboratorio de Investigación de Funciones Cognitivas donde realiza proyectos de investigación en temas de memoria y lenguaje (27).

A inicios del 2000 en la Universidad Maimónides los Doctores Néstor Román y Ricardo Allegri desarrollaron un doctorado en Neurociencias cognitivas aplicadas aprobado por la CONEAU, el primero de estas características en Latinoamérica con una amplia concurrencia de doctorandos internacionales. El Dr. Román, psiquiatra, fue director de la carrera de Psicología en la Universidad de Belgrano y uno de los desarrolladores en nuestro medio de las neurociencias cognitivas aplicadas a actividades de la vida diaria (neurociencias aplicadas a la educación, a la economía, al mercadeo, al deporte etc.).

En el año 2000 en la Sociedad Neurológica se fusionan el Grupo de Demencia (GEDEM) y el grupo de Neuropsicología, creando el grupo de Neurología del Comportamiento y Neurociencias Cognitivas con el Dr. Juan Ollari como primer secretario, quien le dio su impronta a la organización del mismo. El grupo incluye el estudio de las funciones cerebrales superiores y también las demencias, siendo actualmente uno de los cuatro grupos con mayor peso en la Sociedad como lo demuestra su participación en los congresos de neurología, psiquiatría, neuropsicología y geriatría a través de los poster, las mesas redondas o sus publicaciones de test, como el test del estado mental mínimo de Folstein (MMSE, del inglés *Mini mental State Exam*, Allegri (85,86)) y también de guías de práctica clínica en enfermedad de Alzheimer (87).

Diego Sarasola, neuropsiquiatra formado en CEMIC con Tamaroff, crea en La Plata el Instituto de Neurociencias Alexander Luria con creciente desarrollo, y participa entre otros en adaptaciones al español como el test Addenbrooke (88) o en el desarrollo del concepto de deterioro conductual leve con Taragano (56).

Así, este entusiasmo se fue difundiendo en la capital y en el interior del país con especialistas como Miriam Stolfi y Gerardo Tiezi en Rosario, Janus Kremer y Magdalena Cáceres en Córdoba, Diana Cristaldi y Diego Sarasola en La Plata, Daniel Zuin en Mendoza, Ángel Golimstok, Laura Garau, Cecilia Serrano, Ignacio Demey y Galeno Rojas en Buenos Aires, entre muchos otros.

El último periodo a partir de 2003 deja de ser historia para pasar a ser una crónica de la realidad por lo cual sus detalles y discusión quedan para una publicación futura.

La neuropsicología ha tenido un amplio camino en nuestro medio, el cual por muchas de las características de la psicología en Argentina la ha llevado a refugiarse, sobre todo en sus orígenes, en la neurología o la psiquiatría. Hoy en día ya las neurociencias cognitivas abarcan muchas disciplinas desde la biología, la psicología, la neurología, la psiquiatría, la fonoaudiología, la psicopedagogía, la neurofisiología, la neuro-radiología, la genética, y la informática entre otras y su implicancia en las actividades de todos los días como las neurociencias aplicadas a la educación, a la economía, al mercadeo, al deporte, a la política, etc. ■

Figura 4. Portada del Programa de la XI Conferencia Internacional de Alzheimer realizada en Argentina por ALMA, ADI y GEDEM (1995)



*From left to right
(de derecha a izquierda)
Stand/Parados*

Famulari A.
Reich E.
Ollari J.A.
Arizaga R.L.
Allegri R.F.
Rodríguez S.A.
Goldstein R.
Fustinoni O. (h)
Berg B.
Lima K.
González Zurro M.C.
González R.
Sanguinetti R.M.
Chalita E.

Seat/Sentados

Iturzaeta I.
Figueroa E.
Signorelli C.
Labos E.
Pereyra S.
Taussik I.
Mangone C.A.
Ceconi G.

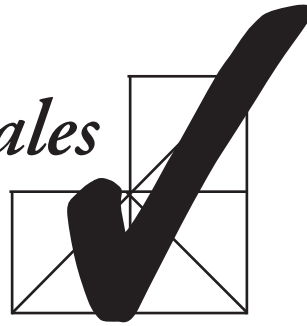
Referencias bibliográficas

- Tamaroff L, Allegri RF. Introducción a la neuropsicología clínica. Ediciones Libros de la Cuadriga, Buenos Aires, 1995.
- Allegri RF. History of Clinical Neurology in Central and South America. Handbook of Neurology. En: Finger S, Boller F, Tyler KL, editors. History of Clinical Neurology, 95. Amsterdam: Elsevier, 2010; 801–814.
- Allegri RF, Bartoloni L, Sica RE. Historia de la cátedra de neurología de la Universidad de Buenos Aires, *Vertex*, 2016; 27(128): 306-318.
- McHenry LC Jr. Garrison's History of Neurology. Springfield, IL. Charles C Thomas, 1969.
- Brown JW, Chobor KL. Phrenological studies of aphasia before Broca: Broca's aphasia or Gall's aphasia? *Brain Lang.*, 1992 ; 43: 475-486.
- Broca P. Remarques sur le siege de la faculte du langage articule: suivies d'une observation d'aphemie. *Bull Soc Anat (Paris)*, 1861; 6: 330-357.
- Dragone JA. Positivismo y antipositivismo en la Neuropsiquiatría Argentina. En La Neurología y los Neurólogos Argentinos: el otro lado. Ortiz de Zárate JC, Famulari AL, Fraiman HD editores, Propulsora Literaria SA, Buenos Aires 1998.
- Ingenieros J. La personalidad intelectual de Ramos Mejía. *Revista del Circulo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina*, 1915, pp 15.
- Ingenieros J. Le Langage Musical et ses Troubles Hystériques: Études de Psychologie Clinique. Paris: Felix Alcan, 1907.
- Ingenieros, J. Psicología Genética. (Historia natural de las funciones psíquicas). *Archivos de Psiquiatría y Criminología (Buenos Aires)* 1911; 10: 3–354.
- Allegri RF. The Pioneers of Clinical Neurology in South America. *Journal of Neurological Sciences*, 2008; 271: 29-33.
- Bartoloni LC, Fraiman H, Allegri RF. Evolución histórica de la neurología argentina. *Neurología Argentina* 2012; 4 (2): 67-78.
- Orlando J. La vida y obra de Christofredo Jakob. *Electroneurobiología*, 1995, 14(2): 499-607.
- Dimitri, V. Afasias: estudio anatomoclínico. Buenos Aires: El Ateneo, 1933.
- Bernaldo de Quiros, J. La dislexia como síntoma y como síndrome. *Acta Neuropsiquiátrica Argentina* 1959, 5: 178–193.
- Bernaldo de Quiros, J. La dislexia en la niñez. Buenos Aires: Paidós. 1965.
- Fernandez AL, Ferreres A, Morlett Paredes A, Rivera D, Arango Lasprilla JC. Past, present and future of neuropsychology in Argentina. *The Clinical Neuropsychologist* 2016, DOI: 10.1080/13854046.2016.1197313
- Aberastury A, Aberastury M, y Cesio F. «Historia, Enseñanza y Ejercicio legal del Psicoanálisis». 1ra. Edición. Editorial Escorpio, Buenos Aires, 1967,
- Sandrone, S. "Norman Geschwind (1926-1984)". *Journal of Neurology*. 2013, 260 (12): 3197–8.
- Mecacci, L. "Luria: A unitary view of human brain and mind", *Cortex* 2005; 41, pp. 816–822.
- Orlando JC y Goldar JC. Rhinencephalon or limbic system. *Arch Fund Roux Ocefa*. 1970; 4(1): 33-40.
- Goldar JC. The frontal lobe and psychoses. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 1990; 36(1-2): 37-47.
- Goldar JC. Cerebro Límbico y Psiquiatría. Ed. Salerno. Buenos Aires, 1975.
- Goldar JC. Biología de la Memoria. Ed. Salerno. Buenos Aires, 1978.
- Goldar JC. Anatomía de la Mente. Ed. Salerno. Buenos Aires, 1993.
- Marietan H. Historia de la psiquiatría. *ALCMEON* 2004; 11(4). En https://www.alcmeon.com.ar/11/44/08_marietan.htm
- Labos E. La Neuropsicología en Argentina. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 2009; 9(2): 21-27.
- Azcoaga, J. Aprendizaje fisiológico y aprendizaje pedagógico. Buenos Aires: El Ateneo, 1971.
- Azcoaga, J., Derman, B., & Frutos, W. Alteraciones del Lenguaje en el Niño. Buenos Aires: Biblioteca, 1971.
- Azcoaga J. La fisiopatología de los trastornos del lenguaje. *Acta Neurológica Latinoamericana*, 1963, 8: 349
- Azcoaga J. Correspondencia neurológica y lingüística de la noción de significado. *Revista Neurológica Argentina*, 1978; 4,2-3: 60
- Ardila A. Neuropsychology in Latin America. *The Clinical neuropsychologist* 1990; 4: 121-132.
- Tamaroff L, Allegri RF, Scarlatti A. El desprendimiento de la neuropsicología de la filosofía. En Ortiz de Zárate JC, Famulari A, Fraiman HD. La Neurología y los Neurólogos Argentinos. Propulsora Literaria, Buenos Aires, 1998. pp 360-362.
- Gazzaniga MS. Organization of the human brain. *Science* 1989; 245(4921): 947-52.
- Mesulam MM. Principles of Behavioral and Cognitive Neurology. Second Edition. Oxford University Press, New York, 2000.
- Mangone CA, Sica RE, Pereyra S, Genovese O, Segura E, Riarte A, Sanz OP, Segura M. Cognitive impairment in human chronic Chagas' disease. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52(2): 200-3.
- Leiguarda R, Carrea R. Alexia without agraphia (clinicotomographic correlation, *Acta Neurol Latinoam*. 1977; 23(1-4): 89-101.
- Leiguarda R. Limb apraxia: cortical or subcortical. *Neuroimage*. 2001; 14(1 Pt 2):S137-41.
- Leiguarda RC, Marsden CD. Limb apraxias: higher-order disorders of sensorimotor integration. *Brain*, 2000; 123(5): 860-79.
- Berthier ML, Hinojosa J, Marwín M del C, Fernández I. Open-label study of donepezil in chronic poststroke aphasia. *Neurology* 2003; 60(7): 1218-9.
- Mangone CA, Gorelick PB, Hier DB, Ganellen RJ. MRI in the elderly. *Neurology*. 1990; 40(6): 1011-2.
- Mangone CA, Hier DB, Gorelick PB, Ganellen RJ, Langenberg P, Boorman R, Dollear WC. Impaired insight in Alzheimer's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 1991; 4(4): 189-93.
- Mangone CA. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: implications for research and treat-

- ment. Cross-cultural perspectives. Argentina. *Int Psychogeriatr.* 1996; 8 Suppl 3: 473-8.
44. Ure J, Faccio E, Videla H, Ollari L, Diez M. Akinetic mutism: a report of three cases. *Acta Neurologica Scandinavica* 1998; 98 (6): 439-444.
 45. Ure J, Morasso C, Funes J, Videla H, Diez M. Subcortical anarthria: a case report. *Brain and Language* 2001; 78 (1): 43-52.
 46. GEDEM (Grupo de Estudio de Demencia de la Sociedad Neurológica Argentina). Estudio de la Prevalencia de declinación cognitiva en la capital Federal y el área suburbana. Actas XXVII Congreso Argentino de Neurología, 1988.
 47. Cummings JL. *Clinical Neuropsychiatry*. Allyn and Bacon, Boston, 1985.
 48. Starkstein SE, Mayberg HS, Leiguarda R, Preziosi TJ, Robinson RG. A prospective longitudinal study of depression, cognitive decline, and physical impairments in patients with Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1992; 55(5): 377-82.
 49. Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR, Leiguarda R, Robinson RG. Apathy following cerebrovascular lesions. *Stroke.* 1993; 24(11): 1625-30.
 50. Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR, Leiguarda R, Robinson RG. Anosognosia in patients with cerebrovascular lesions. A study of causative factors. *Stroke.* 1992; 23(10): 1446-53.
 51. Laurent B, Allegri RF, Michel D, Trillet M, Naegele-Faure B, Foyatier N, Pellat J. Primarily unilateral herpes encephalitis. Long-term neuropsychological study of 9 cases. *Rev Neurol (Paris).* 1990; 146(11): 671-81.
 52. Laurent B, Allegri RF, Thomas-Anterion C, Foyatier N, Naegele-Faure B, Pellat J. Long Term Neuropsychological Follow-up in Patients With Herpes Simplex Encephalitis and Predominantly Left-sided Lesions. *Behav Neurol.* 1991; 4(4): 211-24.
 53. Laurent B, Thomas-Anterion C, Allegri RF. Memory and dementia. *Rev Neurol (Paris)*, 1998;154 Suppl 2:S33-49.
 54. Allegri RF. Memoria Procedural, Tesis doctoral, Facultad de Medicina UBA, 1994.
 55. Taragano FE, Allegri R, Vicario A, Bagnati P, Lyketsos CG. A double blind, randomized clinical trial assessing the efficacy and safety of augmenting standard antidepressant therapy with nimodipine in the treatment of 'vascular depression'. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2001; 16(3): 254-60.
 56. Taragano FE, Allegri RF, Krupitzki H, Sarasola D, Serrano CM, Loñ L Lyketsos C. Mild Behavioral Impairment and Risk of Dementia: A Prospective Cohort Study of 358 Patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 2009; 70(4): 584-92.
 57. Taragano FE, Lyketsos CG, Mangone CA, Allegri RF, Comeña-Díaz E. A double-blind, randomized, fixed-dose trial of fluoxetine vs. amitriptyline in the treatment of major depression complicating Alzheimer's disease. *Psychosomatics*, 1997; 38(3): 246-52.
 58. Mangone CA, Allegri RF, Arizaga RL y cols. Enfermedad de Alzheimer: enfoque actual. Argentum ed. Buenos Aires, 1995.
 59. Mangone CA, Allegri RF, Arizaga RL, Ollari JA. Demencias enfoque multidisciplinario. Ed. Sagitario, Buenos Aires, 1997.
 60. Bagnati PM, Ferreres A, Politis D, Jacobovich S. Formas Conversivas de Alteración del Lenguaje. Anuario de Investigaciones 1989, Facultad de Psicología –UBA- Subsecretaría de Investigaciones.
 61. Bagnati PM. Repercussões psiquiátricas e psicológicas no processo de reeducação. Conferencia en el Curso de Afasia y Reeduación, II Congreso Latinoamericano de Neuropsicología, San Pablo, Brasil, Nov 1991.
 62. Ferreres, A. Phonematic alterations in anarthric and Broca's aphasic patients speaking Argentine Spanish. *Journal of Neurolinguistics*, 1990; 5: 189–213.
 63. Bagnati PM. Neuropsicología del TOC : Aproximación neuropsicológica al Trastorno Obsesivo Compulsivo. Póster presentado en el III Congreso Latinoamericano de Neuropsicología. Montevideo, Uruguay, Nov 1993.
 64. Bagnati PM. Disfunción cognitiva en el Trastorno Bipolar : más allá del síntoma psiquiátrico. *Revista Argentina de Neuropsicología* 2004 ; 2 : 26-32.
 65. Martino DJ, Strojilovich SA, Scápola M, Igoa A, Marengo E, Ais E, Perinot L. Heterogeneity in cognitive functioning among patients with Bipolar Disorder. *J Affect Dis*, 2008 ; 109 : 149-156.
 66. Szmulewicz A, Samamé C, Martino D, Strojilovich S. An updated review on the neuropsychological profile of subjects with Bipolar Disorder. *Arch Clin Psych*, 2015; 42 (5).
 67. Cetkovich Bakmas M, Romero E, Vazquez G. Disfunción neuropsicológica prefrontal en una muestra de pacientes esquizofrénicos y bipolares, un estudio comparativo. *Alcmeon*, 2001; 10(2).
 68. Barrera A, Vazquez G, Tonnehaus L, Lolich M & Herbst L. Teoría de la Mente y funcionalidad en pacientes bipolares en remisión sintomática. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2012; 6 (2) : 67-74.
 69. Ferreres A, Grus J, Jacobovich S, Jaichenco V, Kevorkian A, Piaggio V, y otros. Batería para el Análisis de los Déficit Afásicos. Buenos Aires: JVe ediciones, 1998.
 70. Ferreres AR, López CV, China NN. Phonological alexia with vowel-consonant dissociation in non-word reading. *Brain Lang*, 2003; 84(3): 399-413.
 71. Ferreres AR, Cuitiño MM, Olmedo A. Acquired surface alexia in Spanish: a case report. *Behav Neurol.*, 2005; 16(2-3): 71-84.
 72. Politis, D.G., Kurlat, V.L., Ferreres, A.R. [Agrafia apráxica ideomotora por alteración del retén grafomotor] *Revista Neurológica Argentina*, 2002; 27(4): 228-239.
 73. Politis DG, Alteraciones en la imitación gestual (apraxia de conducción). *Revista de Neurología* 2004, 38(8) 741-745.
 74. Politis DG, Comprensión y producción de pantomimas desde un modelo cognitivo de procesamiento. *Revista de Neurología*, 2005; 40(10): 601-604.
 75. Chemerinski E, Petracca G, Sabe L, Kremer J, Starkstein SE. The specificity of depressive symptoms in patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 2001; 158(1): 68-72.
 76. Starkstein SE, Petracca G, Chemerinski E, Kremer J. Syndromic validity of apathy in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2001; 158(6):872-7.
 77. Starkstein SE, Kremer JL. Cerebral aging: neuropsychological, neuroradiological, and neurometabolic correlates. *Dialogues Clin Neurosci.* 2001; 3(3): 217-28.
 78. Brusco LI, García-Bonacho M, Esquifino AI, Cardinali DP. Diurnal rhythms in norepinephrine and acetylcholine synthesis of sympathetic ganglia, heart and adrenals of aging rats: effect of melatonin. *J Auton Nerv Syst.*, 1998; 74(1): 49-61.
 79. Brusco LI, Márquez M, Cardinali DP. Monozygotic twins with Alzheimer's disease treated with melatonin: Case report. *J Pineal Res*, 1998; 25(4): 260-3.

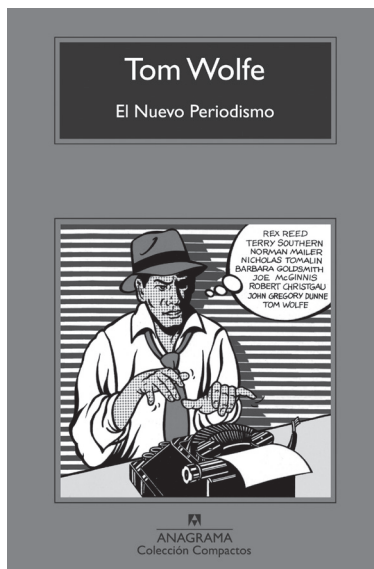
80. Brusco LI, Márquez M, Cardinali DP. Melatonin treatment stabilizes chronobiologic and cognitive symptoms in Alzheimer's disease. *Neuro Endocrinol Lett.*, 2000; 21(1): 39-42.
81. Furio AM, Brusco LI, Cardinali DP. Possible therapeutic value of melatonin in mild cognitive impairment: a retrospective study. *J Pineal Res.*, 2007; 43(4): 404-9.
82. Manes F, Sahakian B, Clark L, Rogers R, Antoun N, Aitken M, Robbins T. Decision-making processes following damage to the prefrontal cortex. *Brain*, 2002; 125(3): 624-39.
83. Manes F, Graham KS, Zeman A, de Luján Calcagno M, Hodges JR. Autobiographical amnesia and accelerated forgetting in transient epileptic amnesia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2005; 76(10): 1387-91.
84. Manes F, Serrano C, Calcagno ML, Cardozo J, Hodges J. Accelerated forgetting in subjects with memory complaints. A new form of Mild Cognitive Impairment? *J Neurol*, 2008; 255(7): 1067-70.
85. Sarasola D, Calcagno ML, Sabe L, et al. Utilidad del Addenbrooke's Cognitive Examination en Español para el Diagnóstico de Demencia y para la diferenciación entre la Enfermedad de Alzheimer y la Demencia Frontotemporal. *Revista Argentina de Neuropsicología* 2004; 4: 1-11.
86. Allegri RF, Ollari JA, Mangone CA, Arizaga RL, De Pascale A, Pellegrini M, Baumann D, Burin D, Burutarán K, Candal A, Delembert W, Drake M, Elorza P, Feldman M, Fernández P, Harris P, Kremer J, Stein G, Taragano FE. El "Mini-Mental State Examination" en la Argentina: Instrucciones para su administración. *Rev Neurol Argentina* 1999; 24 (1): 31-35.
87. Butman J, Arizaga RL, Harris P, Drake M, Bauman M, Pascale A, Mangone CA, Allegri RF, Ollari JA. El mini mental en español: normas para Buenos Aires. *Rev Neurol Arg* 2001; 26(1): 11-15.
88. Allegri RF, Arizaga RL, Bavec C, Colli LP, Demey I, Fernández M, Frontera S, Garau ML, Jiménez JJ, Golimstok A, Kremer J, Labos E, Mangone CA, Ollari JA, Rojas G, Salmi O, Ure JA, Zuin D. Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neuro Arg*, 2011; 3:120-37

Lecturas y señales



El nuevo periodismo

Daniel Matusevich



Autor: Tom Wolfe
Anagrama, 2017,
segunda edición

Aprovechando la reedición, en Compactos Anagrama, de la antología de textos *El nuevo periodismo*, hemos decidido proponerles a nuestros siempre inquietos lectores una serie de reflexiones referidas al arte de transformar “artículos en cuentos”. La decisión editorial que tomamos se sostiene en intentar agregar elementos válidos a la hora de enfrentar el papel en blanco que implica la redacción de una historia clínica en clave psiquiátrica. Algunos números atrás caracterizábamos los tiempos actuales como una época de “eclipse bibliográfico”, entendiendo como tal una etapa en la que las narracio-

nes acerca de los destinos vitales de los pacientes están reducidas a su mínima expresión, oscurecidas por las presentaciones clínicas definidas por un signo estadístico-positivista.

Es en este sentido que no creemos que vaya a estar de más incorporar elementos que faciliten la lectura y su par complementario, la escritura; coincidimos plenamente con Eduardo Müller cuando sostiene que “... noto un empobrecimiento general en la escritura de los analistas. La relación que se formó entre instituciones psicoanalíticas y universidades, influyó, bajo mi punto de vista, en ese empobrecimiento. Se obligó a los estudiantes de grado y posgrado a una escritura académica en la que los modelos *paper*, monografía y tesis censuraron la creatividad de la escritura”. En repetidas ocasiones nos formulamos la pregunta acerca de quién les enseña a escribir a nuestros residentes, dónde aprenden tan complicado menester: la respuesta queda pendiente.

El nuevo periodismo es la introducción perfecta a la narración aplicada al periodismo: en el lejano 1977 Tom Wolfe, genial periodista y agudo cronista, decide publicar un texto que combina una serie de relatos escritos por algunos de los ases del periodismo americano, combinado con tres ensayos de su propia autoría en los que intenta, con bastante fortuna, delimitar las coordenadas del género y definir sus rasgos esenciales. Vale la pena detenerse en las primeras páginas, ya que es en ellas donde queda plasmado el recorrido histórico de la cuestión y un interesante contrapunto entre novela y periodismo narrativo que aun hoy está lejos de haber sido equilibrado.

Nuestro autor plantea que es posible escribir artículos muy fieles a la realidad empleando técnicas propias de la novela y del cuento; que en periodismo se puede recurrir a cualquier artificio literario y emplear muchos géneros de manera simultánea con el objeto de atraer al lector tanto de manera intelectual como emotiva.

Esto es sumar a la descripción objetiva la vida subjetiva y emocional de los personajes; hasta la aparición de las primeras publicaciones en esta línea aquellos interesados en estos aspectos debían recurrir a las obras de los escritores, ya que estos eran quienes "...tenían el acceso exclusivo al alma del hombre, a las emociones profundas, a los misterios eternos... los novelistas eran considerados los únicos escritores creativos, los únicos artistas de la literatura".

En 1965 Truman Capote fue quien abrió la puerta, y ya no volvió a cerrarse; un novelista de sólida reputación en medio de una crisis creativa sale de la misma contando la historia de dos vagabundos que asesinan a una familia de granjeros y que es publicada nada menos que en el *New Yorker*. Capote, con la inmodestia que lo caracterizaba, afirmó que había inventado un nuevo género literario: la "novela de no ficción", de ahí al Nuevo Periodismo había que dar un solo paso.

En el libro que estamos reseñando (en la edición original la selección es más amplia), Wolfe nos proporciona varios ejemplos en los que queda muy claro de qué está hablando, ya que algunos de los escritos constituyen, sin lugar a dudas, verdaderas obras maestras, más allá de que alguien podría objetar la ausencia de trabajos de algunos autores canónicos como Talese, Thompson, el mismo Capote, Didion o Mc Ginniss; en cambio sí están el mismísimo Wolfe, Norman Mailer, Nicholas Tomalin y Rex Reed, entre otros.

Podemos encontrar un fabuloso reportaje a Ava Gardner en Park Avenue que más se parece a un relato de Ray Carver, a Norman Mailer escribiendo sobre su participación en la marcha sobre el Pentágono que posteriormente daría lugar al imprescindible *Los ejércitos de la noche*, cuyo subtítulo pasó a la historia grande de la literatura: la Novela como Historia; la Historia como Novela.

Nicholas Tomalin, que acompañó al general Hollingsworth en su helicóptero personal, el Halcón Rojo, mientras se dedicaba a cazar y matar vietnamitas al

norte de Saigón; el mismo Wolfe en *La izquierda exquisita* disecciona como solo él sabe hacerlo una reunión en el piso de Leonard Berenstein para festejar su cumpleaños; después de leerlo entendemos porqué no lo invitaron nunca más, ni a ese ni a ningún otro cumpleaños.

Solo algunas muestras de libertad y creatividad a la hora de escribir que esperamos puedan servir de inspiración para las jóvenes generaciones de médicos y psicólogos que tal vez se estén preguntando qué hacer con las fabulosas historias que les cuentan. Este pequeño libro rebosa de maestros ansiosos por transmitir sus experiencias, completamente alejados de la academia, pero muy cerca de los lugares donde suceden las cosas.

Si algún lector está preocupado por la cuestión de la verdad a la hora de transmitir aquello que nos relatan los pacientes, vuelvo nuevamente al sagaz Müller, ya que él tiene la respuesta: "el relato es inevitablemente ficción. Por las trampas del recuerdo, por la selección de la importancia que da el relator a lo que cuenta, por el orden temporal en que se narra. Ficción no es mentira ni falsedad. No hay que confundir literalidad con fidelidad".

No podemos terminar sin antes recordar/reconocer que en nuestro país existe una larga tradición de periodistas-escritores y de escritores-periodistas, los nombres de Arlt y Walsh son insoslayables, casi con el estatus de padres fundadores, pero vale la pena reconocer que en los últimos años asistimos a un verdadero renacimiento del género con autores como Forn, Caparros, Guerriero, Moreno y muchos otros, escribiendo algunas de las mejores crónicas que puedan ser leídas hoy en Occidente.

"¿Es el Nuevo Periodismo realmente nuevo?"

Esta por lo general no es más que una pregunta retórica que se contesta: Claro que no. Nunca he visto a nadie que esperase una respuesta. De todas formas, intentaré proporcionar una:

La pregunta se parece mucho a la pregunta que los eruditos se plantearon una vez acerca de si se puede decir o no que la novela realista tiene su origen en el siglo XVIII con Richardson y Fielding. Existen varias demostraciones convincentes de su deuda para con Cervantes, Rabelais, el roman francés, The Unfortunate Traveller de Thomas Nashe". ■