

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

124



TRABAJO Y SALUD MENTAL

*Ansoleaga / García Blanco / Gómez-Rubio / Höniq
Mauro / Molinier / Urra / Wlosko*

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

Volumen XXVI – N° 124 Noviembre – Diciembre 2015 – ISSN 0327-6139

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, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolos Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst. **VENEZUELA:** C. Rojas Malpica.

Comité Editorial

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

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C. T. García); N. Conti (Hosp. J. T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** 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:** M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

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

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXVI Nro. 124 NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2015

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

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

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

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

Corrección técnica de textos:
 Laura Carosella

Diseño
 Marisa G. Henry
 marisaghenry@gmail.com
 Impreso en:
 Sol Print SRL,
 Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Enfermedades mentales infantojuveniles:
una mirada bioética del estigma al que conllevan
Mónica Edith Bella, Hugo Vilarrodona pág. 405

DOSSIER

TRABAJO Y SALUD MENTAL pág. 414

- Clínica de los procesos subjetivos en relación
al trabajo: el abordaje de la Psicodinámica del Trabajo
Miriam Wlosko pág. 417

- Efectos del riesgo psicosocial laboral en
la Salud Mental de funcionarios del
Servicio Médico Legal de Chile
Elisa Ansoleaga, Marcelo Urrea pág. 427

- Inserción laboral de personas con trastorno
mental severo. La experiencia grupal y de empleo
con apoyo en una institución de Salud Mental
comunitaria en Buenos Aires
Adriana Hönig pág. 435

- El trabajo y la salud: dos derechos sociales
Lucía García Blanco pág. 441

- Violencia laboral en América Latina:
una revisión de la evidencia científica
Elisa Ansoleaga, Constanza Gómez-Rubio, Amalia Mauro pág. 444

- Charcot, el trabajo y la "histeria viril":
Una relectura de las *Leçons du mardi*
(*Lecciones del martes*) desde la psicodinámica del trabajo
Pascale Molinier pág. 453

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- La Psiquiatría Clásica Francesa:
El delirio de interpretación de Sérieux y Capgras
Norberto Aldo Conti pág. 461

- Las locuras razonantes. El delirio de interpretación
Paul Sérieux, Joseph Capgras pág. 463

LECTURAS Y SEÑALES

- Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural,
IVº Congreso Mundial "Retos globales y Psiquiatría
cultural: desastres naturales, conflictos, inseguridad,
migración y espiritualidad" pág. 471

- Declaración sobre la crisis migratoria mundial pág. 473

- La locura
Daniel Matusevich pág. 479

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

EDITORIAL



Con este número de Vertex cumplimos un cuarto de siglo de aparición ininterrumpida. Es una ocasión para desgarnar ciertas reflexiones necesarias inducidas por los acontecimientos que surgen en los tiempos que corren en nuestro país y en el mundo. La psiquiatría como especialidad médica es un campo que permite y obliga a ampliar la mirada a fenómenos internos a ella y también externos, si se nos permite esa división ciertamente artificial desde el punto de vista histórico y epistemológico.

En efecto, la reflexión sobre la locura humana, ese fenómeno de dimensión antropológica, excede los límites de la medicina, y para interrogarse sobre ella es necesario echar mano a múltiples recursos teóricos y técnicos que abarcan un arco de saberes cada vez mayor.

Si se toma como fecha de nacimiento de la misma la aparición del texto de Pinel sobre la alienación mental, constatamos que nuestra especialidad ha superado los dos siglos de existencia.

En aquella época, luego de un largo periodo que arranca en el Renacimiento, el lento proceso científico y social de naturalización de la locura, en particular durante la segunda mitad del Siglo de las Luces, devino definitivamente tributario de la medicina. Superada la concepción demoníaca de la enfermedad mental se fueron instalando nuevas respuestas de la sociedad para tratarla, dándole así un nuevo destino a quienes la sufrían. En sinergia con el ideario del movimiento filantrópico se humanizó el trato a los locos en las instituciones destinadas a ellos, y se inauguró una visión optimista de la locura al sostener la medicina que nadie estaba loco para siempre ni completamente loco, lo que dio lugar a una terapéutica, el tratamiento moral, y a una nueva actitud devolviendo la palabra a los pacientes.

Sucesivos paradigmas puntuaron el quehacer de nuestra disciplina. Como se ha dicho reiteradamente ella cabalgó -en la compleja trama de discursos y conocimientos positivos que atravesaron sus esquemas referenciales- entre las ciencias del espíritu y las de la naturaleza, sujeta siempre a los diversos reduccionismos que pretendieron hegemonizar su discurso, explicando todo desde una sola de las perspectivas de su universo tripartito artificialmente dividido con fines prácticos en biológico, psicológico y social.

Una cierta impotencia terapéutica llevó a que la psiquiatría custodial asilar dominara el paisaje de la segunda mitad del siglo XIX, contemporáneamente con la formulación del paradigma de las enfermedades mentales, en el cual las escuelas francesa y alemana llevaron a su máxima expresión la observación semiológica y el método clínico. En la Argentina, la especialidad nació por esa época, bajo el impulso de Lucio Meléndez y Domingo Cabred, al calor de los cambios introducidos por la generación del '80, con su modelo de país agroexportador, la hegemonía del positivismo y la unificación del Estado Nación surgido de las guerras civiles.

Al promediar el siglo pasado, durante las décadas de la influencia predominante del psicoanálisis, dominó el modelo de la psiquiatría dinámica, surgida del cruzamiento de la noción de inconsciente con la nosografía clásica, y una terapéutica en la que se articulaban las psicoterapias individuales y grupales con la flamante psicofarmacología, mientras surgían comunidades terapéuticas, hospitales de día y abordajes de psiquiatría comunitaria, que cuestionaron el hospital psiquiátrico asilar. La noción de Salud Mental, heredera del accionar de las Ligas de Higiene Mental, irrumpió en el panorama a posteriori de la Segunda Guerra Mundial. Poco después se hizo escuchar la protesta de la antipsiquiatría que, si bien no cristalizó en ninguna teoría innovadora consistente, lanzó una saludable denuncia respecto de los excesos de las instituciones totales y del estigma social que pesaba sobre los pacientes internados en ellas. Nuestro país no estuvo

al margen de esa evolución. El pensamiento freudiano caló profundamente en el seno de la psiquiatría argentina. Los acontecimientos políticos y sociales, mundiales y locales, de los años '60 y '70 del siglo XX, prohicieron experiencias señeras en nuestro medio introduciendo con fuerza los principios de la psiquiatría y la Salud Mental comunitarias. El crecimiento de profesiones como la psicología generó tensiones en la demografía y en las incumbencias profesionales del mundo psi. Fueron años fructíferos en experiencias y cooperación en el marco de los flamantes equipos multidisciplinarios que comenzaron a surgir.

La dictadura militar primero y el neoliberalismo que dominó desde fines de la década del '80 hasta la crisis del 2001, instauraron políticas que provocaron el desmantelamiento y el atraso de las instituciones públicas consagradas a la salud mental de la población. A pesar de los esfuerzos realizados en distintos momentos, estamos aún lejos de haber alcanzado los niveles que merece nuestro país en ese dominio.

En el plano internacional, a partir de los años '80, la influencia de las escuelas europeas declinó y el epicentro del pensamiento psiquiátrico dominante se desplazó, como otros innumerables aspectos de la cultura mundial, a los EE. UU. Desde importantes centros universitarios e institucionales norteamericanos se nos propuso una nueva manera de pensar la psiquiatría. La aparición del DSM inauguró la maniobra, poco después las nuevas generaciones de psicofármacos hicieron irrupción en el mercado, las neurociencias prometieron en esos años un camino ascendente a la comprensión integral de la conducta humana normal y alterada. En suma, una nueva propuesta biorreduccionista, más sofisticada que otras anteriores en la historia de la psiquiatría, sedujo a muchos. Demostrado que su facilismo no cumplió con la entrega de los resultados prometidos, no tardó en escucharse una reacción que pretendió un bandazo hacia un reduccionismo sociológico, de miras tan parciales como su oponente. Allí estamos, como siempre, soportando la tensión ética de ejercer profesiones, y vivir de nuestro trabajo, apoyados en algunas nociones seguras, teorías siempre perfectibles y recursos terapéuticos variados.

Junto a todo ello, y acompañando los cambios culturales vertiginosos de la crisis epocal que atravesamos, los límites de la psiquiatría se han extendido en las últimas décadas abarcando territorios cada vez más amplios de la conducta humana. Una consecuencia inevitable de esa expansión fue una delimitación cada vez más borrosa de sus límites disciplinares que, combinada con el fenómeno de la creciente especialización que invadió a la medicina en su conjunto, ha conducido a fragmentarla en compartimientos más o menos estancos, volviéndola más susceptible a ser hegemonizada por un pragmatismo de ribetes acrílicos y a-históricos tanto en su dimensión de práctica profesional cuanto en sus técnicas para la aproximación al caso individual. Una brújula segura para el derrotero que debe tomar la psiquiatría en el futuro en una nueva definición de su especificidad es una revisión profunda de sus nociones psicopatológicas de base, anclada fuertemente en la observación clínica.

En las páginas de Vertex hemos intentado acompañar ese desarrollo histórico de la especialidad. Esperamos que ese esfuerzo haya contribuido a la reflexión colectiva de nuestros lectores. Teniendo en cuenta su vigencia en el ambiente psiquiátrico argentino, como nos lo hacen saber los numerosos colegas que la visitan regularmente, y a quienes agradecemos su acompañamiento, nos sentimos autorizados a seguir en la brecha ■

Juan Carlos Stagnaro



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Enfermedades mentales infantojuveniles: una mirada bioética del estigma al que conllevan

Mónica Edith Bella

*Doctora en Medicina y Cirugía; Magíster en Bioética UNC
Especialista en Psiquiatría y Psiquiatría Infantojuvenil
Jefa de Sala de Internación Psiquiatría Pediátrica, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba
Profesora Facultad de Medicina UNC y UCC
E-mail: bellamonica@hotmail.com*

Hugo Vilarrodona

*Doctor en Medicina y Cirugía; Magíster en Bioética
Profesor Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba
Miembro Consejo de Evaluación Ética de Investigaciones en Salud*

Resumen

La bibliografía refiere que las creencias respecto a las enfermedades mentales tienen una estrecha relación con el comportamiento social hacia las personas con estas enfermedades. *Objetivo:* explorar las creencias y actitudes respecto a las enfermedades mentales de niños-adolescentes y vincularlas con la bioética. *Materiales y métodos:* estudio exploratorio, prospectivo. Se administró una encuesta a padres-tutores de niños-adolescentes con enfermedades mentales y a profesionales de la salud en Hospital de Niños de Santísima Trinidad, Córdoba (Argentina). Los datos se analizaron por análisis de frecuencias. *Resultados:* en relación a las creencias si las enfermedades mentales son enfermedades como cualquier otra se encontró que nunca para el 68.5% padres-tutores y 51.8% profesionales de salud. El diagnóstico y tratamiento es percibido como estigma por el 25.9% de profesionales. Para el 88.1% de padres-tutores los niños-adolescentes con enfermedades mentales nunca son peligrosos y para el 9.8% ($p < 0.01$) de los profesionales. El 77.1% de padres refirieron que nunca la gente tiene temor a niños-adolescentes con enfermedades mentales y el 18.4% ($p < 0.01$) de los profesionales de salud. El 42.8% de niños-adolescentes fueron excluidos de escuela y el 28.5% de actividades familiares. *Conclusión:* la enfermedad mental en la infancia conlleva a un estigma que compromete su desarrollo, igualdad de oportunidades y derechos.

Palabras clave: Enfermedades mentales - Infancia - Bioética - Estigma.

MENTAL ILLNESSES IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: A BIOETHICAL VIEW OF THE STIGMA THEY ENTAIL

Abstract

Literature suggests that general beliefs towards mental illnesses are strongly correlated to the social behavior towards people who suffer them. *Objective:* to explore beliefs and attitudes towards mental illnesses in children and adolescents and associate them to bioethics. *Materials and methods:* exploratory, prospective and quantitative study. A questionnaire was administered to parents-tutors of children-adolescents with mental disorders, and to healthcare professionals of the Hospital de Niños de la Santísima Trinidad Córdoba (Argentina). Data processing was performed by means of frequency analysis. *Results:* 68.5% of parents-tutors and 51.8% of healthcare professionals answered that mental illnesses are never considered like any other illness. Diagnose and treatment is perceived as a stigma by 25.9% ($p < 0.01$) of healthcare professionals. For 88.1% of parents-tutors and 9.8% ($p < 0.01$) of healthcare professionals, children and adolescents with mental illnesses are never dangerous. 77.1% of parents and 18.4% of professionals ($p < 0.01$) stated that people are never afraid of children-adolescents with MI. 42.8% of children-adolescents were excluded from school and 28.5% from family activities. *Conclusions:* mental illness during childhood entails a stigma that compromises development, equal opportunity and human rights.

Key words: Mental disorders - Childhood - Bioethics - Stigma.

Introducción

Las creencias y actitudes hacia las personas con padecimientos mentales son reflejo de los valores y categorizaciones sociales y en este aspecto, aún hoy y no obstante el gran desarrollo científico, las enfermedades mentales (EM) continúan siendo patologías connotadas negativamente lo que lleva a situaciones de estigma y discriminación.

La palabra estigma proviene del latín "*stigma*" y griego "*ortiyua*", y el término hace referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otro grupo minoritario en virtud de que este presenta algún tipo de rasgo diferencial o *marca* que permite identificarlo.

Para Goffman (1962), el *estigma* es un atributo profundamente desacreditador y la presencia de esta característica hace que un individuo que podría haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente, posea un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y nos lleva a alejarnos de él, anulando sus restantes atributos (1). Aún cuando las causas que motivan el estigma son diferentes, en todas estas situaciones se generará un proceso por medio del cual la persona estigmatizada quedará inhabilitada para una plena aceptación social y esta falta de aceptación ocasionará un daño en la identidad de la persona.

Se conoce que el estigma de la enfermedad mental es un fenómeno complejo que presenta diferentes niveles de comprensión y análisis, reconociendo un estigma público o social y un auto-estigma. El primero se relaciona con las ideas y creencias de la sociedad respecto a las personas con EM y el auto-estigma con aspectos que internalizan las personas que padecen EM) causando efectos negativos en su vida.

Bajo la denominación de EM se incluye una amplia gama de enfermedades que presentan diferente compromiso mental y social refiriendo los estudios que las actitudes sociales varían en una relación directamente proporcional a la gravedad de la categorización social que se efectúa del cuadro psicopatológico de la persona, relacionando a patologías como esquizofrenia y trastorno bipolar con mayor gravedad y menor aceptación social (2, 3, 4).

La bibliografía reconoce que el estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social (1, 2, 3). En los *estereotipos*, o sea en las estructuras conceptuales compartidas por la mayor parte de los miembros de la sociedad, en los *prejuicios* sociales que se expresan en forma de actitudes o valoraciones y en la *discriminación* que suele expresarse como consecuencia de los aspectos anteriores.

También se sabe que la sociedad deduce que una persona presenta un trastorno mental cuando observan signos como: déficit en las habilidades sociales, comportamientos extraños, alteraciones en la apariencia física como falta de higiene y formas de vestirse particulares, peligrosidad, imprevisibilidad de carácter, la falta de autocontrol de las personas (3-8). Muchos de estos comportamientos suelen acompañar EM de la infancia.

La mayor parte de los trabajos efectuados sobre el estigma que ocasionan las EM se han efectuado en personas adultas y especialmente en quienes presentan patologías graves como esquizofrenia y trastorno bipolar. Respecto a los niños los estudios son pocos y están orientados al estigma que provoca el tratamiento farmacológico de una enfermedad mental. Lo expuesto motiva el objetivo del presente trabajo: explorar las creencias y actitudes sociales respecto a las EM de niños-adolescentes y vincularlo con la bioética.

Materiales y métodos

El presente estudio fue exploratorio y prospectivo. Se efectuó en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba, Argentina, administrando una encuesta a padres-tutores de niños-adolescentes con EM y a profesionales de la salud.

Para cumplimentar con los objetivos propuestos para este estudio se confeccionó una encuesta para profesionales de la salud y una para padres-tutores. Previamente a confeccionar el instrumento se efectuó una revisión bibliográfica en la temática e instrumentos utilizados en estudios que exploraban el estigma de las EM, creencias, prejuicios, actitudes y discriminación. Se diseñó una encuesta y esta fue sometida a validación de contenido por un grupo de expertos quienes analizaron la suficiencia, coherencia, relevancia y claridad de cada uno de los ítems a explorar. El grupo de expertos se conformó con profesionales especialistas en pediatría, bioética, salud mental y no legos padres-tutores. Se realizaron los ajustes sugeridos por los evaluadores y se efectuó una prueba piloto.

Población

La población que participó en el estudio fueron padres o tutores responsables de niños y adolescentes hospitalizados por EM y profesionales de la salud del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Se conformaron dos grupos:

El *grupo de padres-tutores* se constituyó con 38 personas quienes eran los responsables de los niños-adolescentes que se encontraban en tratamiento por patologías mentales (problemas conductuales, intentos de suicidio, esquizofrenia, trastornos generalizados del desarrollo) y en la mayor parte de los casos sus hijos habían requerido de una internación por su patología mental.

El *grupo de profesionales de la salud* se conformó con 81 participantes, 42 personas fueron médicos y 39 profesionales de la salud (enfermeras, licenciados en psicología, licenciados en trabajo social, nutrición y fonoaudiología) representando todos los estamentos profesionales y jerárquicos del Hospital.

Las variables propuestas para el estudio fueron:

Creencias respecto a las EM que son las estimaciones o valoraciones (firme asentimiento) respecto a atributos. La bibliografía identifica dentro de este constructo al origen (etiopatogenia), peligrosidad y temor.

Actitudes que son comportamientos en respuesta a las

creencias que pueden ocasionar, por prejuicio, falta de oportunidades de desarrollo (escuela, deporte), rechazo, aislamiento, soledad y demora en buscar ayuda.

Consideraciones éticas

El protocolo de trabajo fue aprobado por la Comisión de Tesis de Maestría de Bioética de la Universidad Nacional de Córdoba.

La participación de los padres o tutores y de los profesionales de la salud en la investigación fue voluntaria. Se les explicó el objetivo, metodología y alcances de la investigación y certificaron su aceptación a participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Para el análisis de los resultados y la vinculación con la bioética se consideraron los aspectos relacionados con los valores y con los derechos de las personas y se revisó y fundamentó en los documentos (9-14).

Metodología estadística

Con los datos obtenidos se generó una base de datos

y el análisis descriptivo de las variables fue efectuado a partir de las medidas de resumen para las variables mensurables y a partir de la presentación de frecuencias para las variables categóricas. Los datos fueron procesados con el programa InfoStat.

Resultados

Grupo de padres-tutores

Al explorar respecto a las creencias, "¿Usted considera que las EM son enfermedades como cualquier otra?" el 60% ($p<0.0001$) de los padres-tutores refirió nunca, el 8.5% algunas veces, el 8.5% casi siempre y el 22.8% siempre. En relación a si "la gente comprende a las personas con EM" el 22.8% consideró que nunca, el 68.5% ($p<0.0001$) algunas veces y el 8.5% casi siempre, ver en Tabla 1. Respecto a si "las personas con EM pueden ser peligrosas" para el 11.4% nunca, el 65.7% ($p<0.0001$) algunas veces, el 11.4% casi siempre y el 8.5% siempre, identificando como motivo de peligrosidad la presencia de actitudes violentas auto o hetero-agresivas el 65.72% y las reacciones inesperadas el 2.8% (ver Tabla 1).

Tabla 1. Exploración de las creencias respecto a las EM en los padres de niños-adolescentes con EM (N=38).

Ud. considera que	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
Las EM son enfermedades como cualquier otra	22.8%	8.5%	8.5%	60% ($p<0.0001$)
La gente comprende a las personas con EM	0%	8.5%	68.5% ($p<0.0001$)	22.8%
Las personas con EM pueden ser peligrosas	8.5%	14.29%	65.7% ($p<0.0001$)	11.4%
Las personas con EM pueden ser violentas	2.9%	8.8%	82.3% ($p<0.0001$)	5.8%
La gente tiene temor a que niños-adolescentes con EM sean violentos	14.2%	8.5%	57.1% ($p<0.0002$)	20%
La apariencia física de los niños con EM es igual a la de otros niños	74.29% ($p<0.0001$)	11.4%	8.5%	5.7%

Al explorar el origen (causalidad) de las EM los padres-tutores reconocieron los factores genéticos 45.7%, factores neurobiológicos 40%, factores psicológicos 65.7%, factores familiares 60% y factores sociales 34.2%.

En relación a las creencias si el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental podía ser percibido como causa de estigmatización el 5.7% de los padres-tutores refirió siempre y esto les generaba preocupación prefiriendo que la gente no conozca que su hijo recibía tratamiento

por una EM, el 5.7% expresó que casi siempre, el 20% algunas veces y para el 71.4% esto no era percibido como estigmatizante. En el 82.8% sus familiares tenían conocimiento del diagnóstico de la enfermedad mental del niño y el 57.1% también sus amigos conocían la situación de salud. Respecto a si consideraban que "el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental fue perjudicial para el desarrollo del niño-adolescente" el 11.4% refirieron que siempre, el 14.2% casi siempre, el 17.1% refirieron que algunas veces y el 57.1% que nunca ($p<0.0002$).

Al explorar las *actitudes* se encontró que “*su hijo fue discriminado en el colegio por su problema de salud mental*” en el 7.8% siempre, el 15.7% casi siempre, el 34.2% ($p<0.002$) algunas veces y el 36.8% ($p<0.002$) nunca (ver Tabla 2). Asimismo identificaron en sus hijos la presencia de sentimientos de “*soledad, aislamiento o exclusión por su enfermedad mental*” el 13.1% siempre, el 13.1% casi siempre, el 44.7% alguna vez ($p<0.0005$) y el 26.3% nunca.

En relación a “*si la gente había evitado a su hijo por su problema de salud mental*” el 7.8% refirió que siempre, el 18.4% casi siempre, el 34.2% ($p<0.02$) algunas veces y el 39.7% ($p<0.02$) nunca. Cuando se consultó si “*su hijo había recibido agresiones por su problema de salud mental*” el 5.2% refirió que siempre, el 26.3% algunas veces y el 68.4% ($p<0.001$) refirió que nunca; los resultados se presentaron en la Tabla 2.

Tabla 2. Exploración de las actitudes hacia niños-adolescentes con EM referidas por sus padres-tutores (N=38 padres).

Alguna vez su hijo fue:	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
Discriminado en el colegio por su problema de salud	7.8%	15.7%	34.2% ($P<0.002$)	36.8% ($P<0.002$)
Se ha sentido solo, aislado o excluido por su problema de salud	13.1%	13.1%	44.7% ($P<0.0005$)	26.3%
La gente evita a su hijo por su problema de salud	7.8%	18.4%	34.2% ($p<0.02$)	39.47% ($p<0.02$)
La gente agredió a su hijo por su problema de salud	5.2%	0%	26.3%	68.4% ($P<0.0001$)
Sus familiares conocen la enfermedad de su hijo	82.86%	8.5%	8.5%	0%
Sus amigos conocen la enfermedad de su hijo	57.1%	11.4%	22.8%	8.5%

Asimismo se observó que el 42.8% de los niños-adolescentes fueron excluidos de actividades escolares por su problema de salud mental, el 25.7% de actividades deportivas y el 28.5% de actividades familiares, identificando sus padres-tutores como motivo de exclusión de espacios escolares los comportamientos agresivos en el 31.5% (N=12) ($p<0.04$), irritabilidad 23.6% (N=9) ($p<0.01$), autoagresiones 18.4% (N=7) ($p<0.004$) en el niño-adolescente. Asimismo fueron identificados como motivo de exclusión de espacios familiares la agresividad en el 18.4% (N=7), irritabilidad en el 15.7% (N=6), auto-agresiones en el 7.8% (N=3).

Al consultarles si su hijo recibía la atención en salud que su enfermedad requería el 51.4% expresó que siempre recibía la atención que la enfermedad de su hijo requería, el 17.1% dijo que casi siempre, 22.8% algunas veces y el 8.5% nunca. Entre los aspectos sanitarios estimados como faltantes reconocieron a Centros de Atención en la Comunidad y profesionales especializados para el grupo etario infantojuvenil. En relación a las instituciones de salud en que debían hospitalizarse los

niños-adolescentes cuando su situación de salud mental lo requería refirieron en Hospitales de Niños el 77.1% y en Hospitales Neuropsiquiátricos el 34.2%.

Grupo de profesionales de la salud

En relación a las *creencias*, “¿Usted considera que las EM son enfermedades como cualquier otra?”, se observó que para el 29.6% nunca, el 22.2% algunas veces, el 13.5% casi siempre y el 34.5% siempre. Al preguntar si “*la gente comprende a las personas con EM*” el 19.7% expresó que nunca, el 76.5% ($p<0.0001$) algunas veces, el 2.4% casi siempre y el 1.2% refirió que siempre (ver Tabla 3).

En relación a si “*la gente tiene temor a los niños-adolescentes con EM*” para el 28.4% de los profesionales siempre, el 34.5% casi siempre, el 33.3% algunas veces y el 3.7% nunca (ver Tabla 3).

Respecto a si consideraban que “*las personas con EM pueden ser peligrosas*” el 12.3% dijo que siempre, el 6.1% casi siempre, el 77.7% algunas veces ($p<0.0001$) y el 3.7% nunca, identificando como causa de peligrosidad

Tabla 3. Creencias respecto de las EM de niños-adolescentes en los profesionales de la salud (N=81).

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
Las EM son enfermedades como cualquier otra	34.5% (p<0.0001)	13.5%	22.2%	29.6%
La gente comprende a los niños-adolescentes con EM	1.2%	2.4%	76.5% (p<0.0001)	19.7%
Temor a las niños-adolescentes con EM	28.4%	34.5% (p<0.0001)	33.3%	3.7%
Los niños con EM pueden ser peligrosos	12.3%	77.7% (p<0.0001)	6.1%	3.7%
Considera que el diagnóstico de una EM es un estigma	25.9%	25.93%	37.04%	8.6%
La gente tiene temor a que niños-adolescentes con EM sean violentos	39.5% (p<0.0001)	40.7% (p<0.0001)	17.2%	1.2%
La apariencia física de los niños-adolescentes con EM es igual a la de otros niños	0%	3.7%	67.9% (p<0.001)	28.4%

las autoagresiones y/o hetero-agresiones como más frecuentes en el 51.3%, luego la violencia y episodios de excitación psicomotriz el 29.6%.

En lo referente a si consideraban que *“el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental es un estigma para los niños-adolescentes que lo reciben”* el 25.9% expresó que siempre, el 25.9% casi siempre, 37% algunas veces, el 8.4% nunca y el 2.4% no respondió.

Al explorar respecto a las *actitudes* hacia niños-adolescentes con EM por medio de la pregunta *“¿Usted considera que los niños-adolescentes con EM deben ir a los mismos colegios que los niños sin EM?”* se observó que para el 22.2% siempre, el 25.9% casi siempre, el 43.2% algunas veces y el 8.6% consideraban nunca. Al consultar si *“el niño-adolescente puede sentirse solo, aislado o excluido por su problema de salud mental”* el 33.3% refirió que siempre, el 43.2% casi siempre y el 23.4% alguna vez. En relación a si *“creen que la gente evita a los niños-adolescentes con enfermedad mental”* el 8.5% dijo que siempre, el 20% casi siempre, 31.4% algunas veces y el 40% nunca (ver Tabla 4).

Al explorar respecto a si los niños-adolescentes con EM podían ser excluidos de espacios sociales (escuela, deporte, familia) por su enfermedad, se encontró que el 86.4% de los profesionales consideraban que podían ser excluidos de actividades escolares por su enfermedad mental, el 82.2% de las actividades deportivas y 67.7%

de actividades familiares, identificando como factores que podían motivar la exclusión la agresividad en el 77%, que el niño-adolescente no hable en el 54.3%, irritabilidad en el 74%, que hable solo en el 61.7%, que se aisle en el 70.3% y que se auto-agreda en el 87.6%.

Respecto a si los niños cuentan con los centros de salud necesarios para su atención, el 91.3% refirió que no, identificando la necesidad de contar con más centros de atención en salud en la comunidad y profesionales capacitados en el área. En relación a en qué institución de salud consideraban que debían hospitalizarse los niños-adolescentes cuando su situación de enfermedad mental lo requería, en los Hospitales de Niños el 66.6% y en Hospital Neuropsiquiátrico el 70.3%.

Análisis comparativo de las creencias y actitudes en los padres-tutores y en los profesionales de la salud

Para comparar las creencias respecto a las EM de la infancia en los grupos estudiados se reagruparon las 4 escalas de Likert en 2, encontrando que respecto a la pregunta *“¿Usted considera que las EM son enfermedades como cualquier otra?”* no había diferencias significativas. Respecto a si *“las personas con EM pueden ser peligrosas”* el 88.1% de los padres-tutores refirió nunca y el 9.8% (p<0.01) de los profesionales de la salud observando-

Tabla 4. Exploración de las actitudes hacia niños-adolescentes con EM profesionales de la salud (N=81).

Ud. considera que:	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
Los niños-adolescentes con EM deben ir a los mismos colegios que los niños sin EM	22.2%	25.9%	43.2% (P<0.0002)	8.6%
Los niños-adolescentes con EM se sienten solos, aislados o excluidos	33.3%	43.2%	23.4%	0%
Ud. cree que la gente evita a niños-adolescentes con EM	25.9%	34.5% (p<0.0001)	34.5% (p<0.0001)	4.9%
Ud. prefiere evitar atender a niños-adolescentes con EM	9.8%	9.8%	19.7%	60.4% (p<0,0001)
Si su hijo tiene una EM Ud. lo contaría a su flia.	83.9% (p<0.0001)	8.6%	7.4%	0%
Si su hijo tiene una EM Ud. lo contaría a sus amigos	64.2% (p<0.0001)	22.2%	13.5%	0%
Si Ud tiene una EM lo contaría a su familia	59.2% (p<0,0001)	24.6%	14.8%	1.2%
Si Ud tiene una EM lo contaría a sus amigos	50.6% (p<0.0001)	29.6%	13.5%	6.1%

se diferencias significativas. De igual modo se observaron diferencias significativas respecto a si *"la gente tiene temor a niños-adolescentes con enfermedad mental"*

encontrando que nunca para el 77.1% de los padres y el 18.4% en los profesionales (p<0.01) (ver Tabla 5).

Tabla 5. Análisis comparativo de las creencias respecto a las EM en los padres-tutores y en profesionales de la salud.

Ud. considera que :	Padres (N=38)	Profesionales Salud (N=82)
Las EM son enfermedades como cualquier otra	68.5% nunca	51.8% nunca
La gente comprende a los niños-adolescentes con EM	91.3 % nunca	96.2% nunca
Las personas con EM pueden ser peligrosas	88.1% nunca	9.8% (p<0.01) nunca
La gente tiene temor a los niños-adolescentes con EM	77.1% nunca	18.4% (p<0.01) nunca

Igualmente al explorar las causas que pueden motivar la exclusión de actividades sociales los profesionales médicos identificaron la agresividad, que el niño no hable, el hablar solo, la irritabilidad y que se aísla de modo más significativos que los otros grupos (ver Tabla 6).

Asimismo las creencias respecto al origen de las EM mostraron que los profesionales médicos identificaron los factores genéticos, neurobiológicos y sociales más significativamente; los resultados se presentan en Tabla 7.

Tabla 6. Exploración de las creencias respecto a las causas que pueden motivar la exclusión de niños-adolescentes con EM.

Causas	Profesionales		Padres-Tutores
	Médicos	Profesionales salud	
Agresividad	97.6% (p<0.0001)	92.3% (p<0.0001)	42.1%
No habla	71.4% (p<0.001)	31.5%	13.1%
Habla solo	69.5% (p<0.001)	53.8%	7.8%
Irritable	83.3% (p<0.0001)	64.1%	34.2%
Autoagresiones	92.8% (p<0.0001)	82% (p<0.0001)	23.6%
Se aísla	83.3% (p<0.0001)	56.4%	23.6%

Tabla 7. Exploración de las creencias respecto al origen (etiopatogenia) de las EM infantojuveniles.

Causas	Profesionales		Padres-Tutores
	Médicos	Profesionales salud	
Genética	76.1% (p<0.01)	66.6% (p<0.01)	44.71%
Neurobiológico	76.2% (p<0.004)	69.1% (p<0.004)	40.0%
Psicológico	69.5%	71.7%	63.1%
Familiar	71.4%	64.1%	60%
Social	66.6% (p<0.005)	61.5% (p<0.005)	31.5%

Discusión

“Valorar es una necesidad biológica tan primaria como percibir, recordar, imaginar o pensar, nadie puede vivir sin valorar. La vida sería en esas condiciones radicalmente imposible” (Diego de Gracia, *Cuestión de Valor*). En función de lo explorado en el presente estudio respecto a las creencias (valoraciones) y actitudes (comportamientos sociales) hacia las personas con EM podemos expresar que las

EM de la infancia no comparten la misma valoración que otras enfermedades (valor: enfermedad-debilidad) siendo consideradas como enfermedades diferentes (valor: igualdad-desigualdad) y esta condición de la salud fue referida tanto por los padres-tutores como por los profesionales de la salud. Este valor que se le otorgaría a estas enfermedades, mentales, las dejaría en una condición de *desigualdad* comprometiendo la *equidad*.

También la bibliografía refiere que la relación que la

sociedad establece con las personas con EM varía según los atributos (síntomas) que portan y el tipo de enfermedad, reconociendo a un grupo de ellos porque se les asignan atributos más estigmatizante debido al temor que generan y que son asociados con frecuencia a peligrosidad y comportamientos violentos (8, 14-17). Al explorar estos atributos (síntomas) en el estudio se encontró que la presencia de comportamientos violentos, auto y hetero-agresión e irritabilidad en los niños y adolescentes fue referida como motivo de exclusión de la escuela e incluso de espacios familiares por sus padres-tutores. Estos comportamientos identificados como peligrosos e impropios pueden ser en gran parte síntomas de la patología mental como la que presentaban los hijos de los padres-tutores participantes del estudio, trastorno bipolar, trastornos conductuales, trastornos del espectro autista, y estas enfermedades requieren de abordajes terapéuticos apropiados y de que se le brinde al niño la posibilidad de contar con espacios de desarrollo, crecimiento y sociabilización. Esta situación, exclusión de espacios sociales, dejaría a los niños y adolescentes con EM en una condición de aislamiento y soledad, comprometiendo su *igualdad de oportunidades en la vida y sus derechos*.

Asimismo un aspecto a mencionar es la connotación social negativa que se le asigna al diagnóstico de enfermedad mental, aspecto que fue identificado significativamente por los profesionales de la salud quienes refirieron que la presencia de comportamientos violentos eran atributos que podían ser considerados peligrosos y estos aspectos deberían ser profundizados en su estudio. En relación a esto ya Foucault comparó la exclusión y marginalidad social con que se trata a las personas con EM respecto a cómo la sociedad marginó a las personas con lepra en otros tiempos (18). Esta carga valorativa negativa que tiene la enfermedad mental también se la

ha relacionado como uno de los factores que ocasiona demoras en que las personas consulten oportunamente y reciban el tratamiento apropiado.

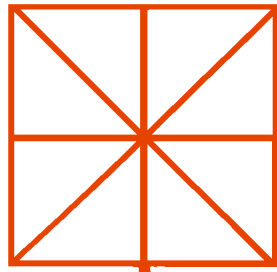
Al ser la infancia una etapa de la vida en que el ser humano se encuentra en pleno desarrollo, el niño, por su condición de vulnerable, requiere de cuidado y protección que los adultos (familia, Estado) deberían garantizar a fin de que se cumplan los requisitos que necesita para que en su vida pueda lograr un desarrollo pleno y adquirir los atributos que requiere para desempeñarse en la vida adulta, en armonía con su entorno.

Se conoce que "*los valores son más básicos o elementales que las normas, las leyes o los principios de acción, y estos surgen del proceso de valoración*" (Diego de Gracia, *Cuestión de Valor*). En este aspecto es importante reflexionar acerca del valor que se le da a la enfermedad mental de la infancia y la relación que este aspecto tiene con los cambios legislativos del país (Ley Nacional de Salud Mental N° 26657) ya que las creencias sociales constituyen una barrera importante que afectan la vida de las personas con EM. Más aún si tenemos en cuenta que la salud es un valor y un derecho que tienen todas las personas, que debería garantizar el más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores en su comunidad (11, 12, 13).

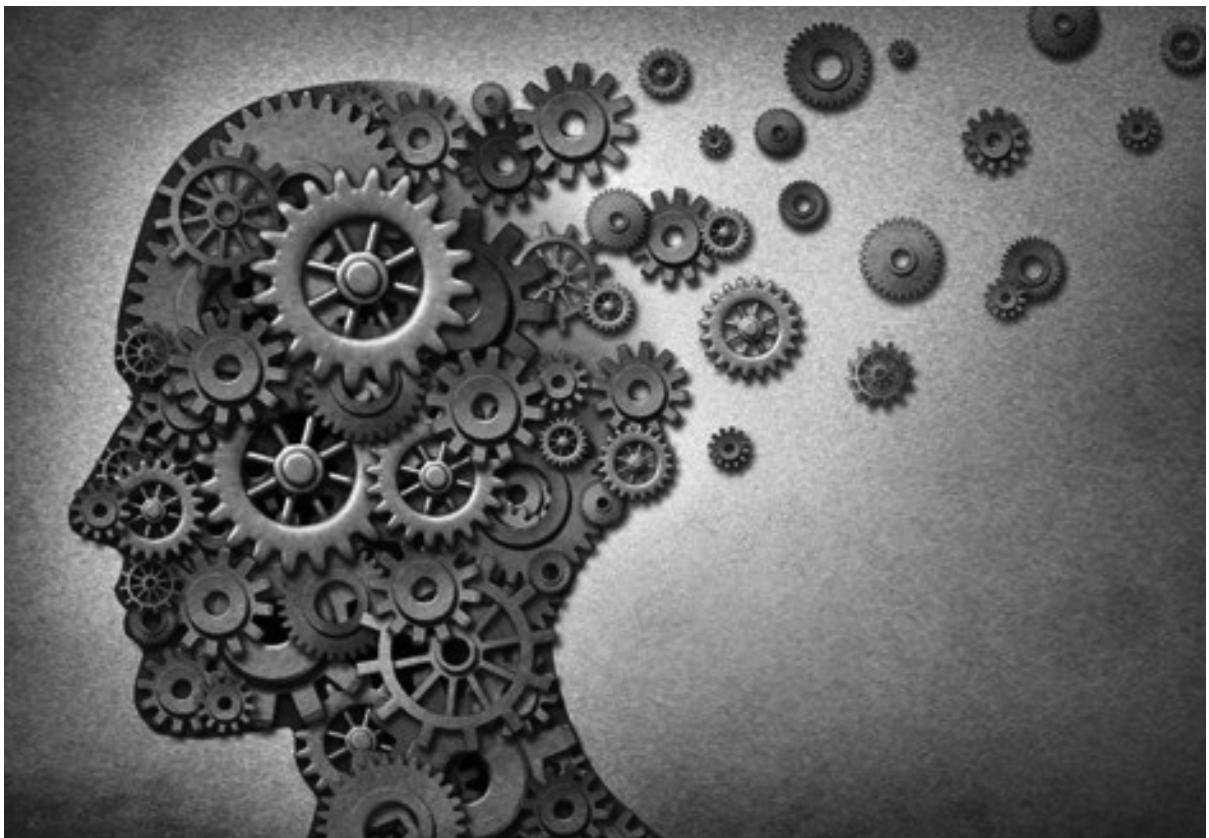
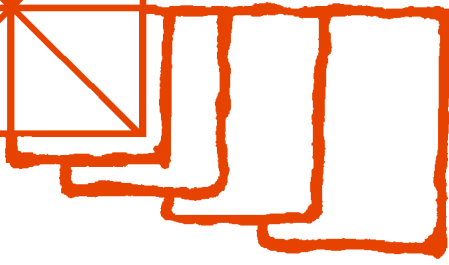
De lo explorado podemos decir que las EM en la infancia pueden llevar a valoraciones estigmatizantes que comprometan el desarrollo e igualdad de oportunidades en la vida en los niños-adolescentes con estas enfermedades y esta condición de salud está vinculada con los derechos humanos y con la bioética social. De ello la relevancia de generar líneas de investigación y educación respecto a las EM de la infancia a fin que la sociedad modifique sus creencias y posibilite comportamientos menos estigmatizantes ■

Referencias bibliográficas

1. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
2. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1 (1): 16-20.
3. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 2008; 28 (10): 43-83.
4. Corrigan PW, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbell J. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2003; 54 (8): 1105-10.
5. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol* 1999; 54 (9): 765-76.
6. Link BG. public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health* 1999; 89 (9): 1328-33.
7. Magliano L De Rosa C, Fiorillo A, Malangone C, Maj M; National Mental Health Project Working Group. Perception of patient's unpredictability and beliefs on the causes and consequences of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 410-16.
8. Man CE, Himelein MJ. Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 55 (2): 185-7.
9. De Gracia D. La cuestión del valor. Discurso de recepción de académico Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas; Madrid; Enero 2011. Disponible en: <http://www.racmyp.es/docs/discursos/d81>.
10. Cortina A. valores morales y comportamiento social [Internet]. Disponible en: http://www.fundacionfaes.org/filupload/publication/pdf/20130426115851_valores-morales-y-comportamiento-social.pdf.
11. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. New York: ONU; 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
12. Bioética y derecho. Declaración Universal de Derechos Humanos y Bioética 2005 [Internet]. Revista de bioética y derecho; 2006. Disponible en: http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/RevBioDerecho_Mar06.pdf.
13. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de los Derechos del Niño. ONU; 1959. Disponible en: <http://www.oas.org/dil/esp/Declaraci%C3%B3n%20de%20los%20Derechos%20del%20Ni%C3%B1o%20Rep%C3%BAblica%20Dominicana.pdf>.
14. Muñoz M, Perez Santos E, Crespo M, Guillen M. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedades mentales. Madrid: Complutense; 2009.
15. Penn DL, Kohlmaier JR, Corrigan PW. Interpersonal factor contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptom. *Schizophr Res* 2000; 45: 37-45.
16. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *BMJ* 2002; 324: 1470-1
17. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 490-5.
18. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica I. México: Fondo de la cultura; 1964.



dossier



TRABAJO Y SALUD MENTAL

Coordinación

Fabián Triskier

Martín Agrest

Las relaciones entre trabajo y salud o enfermedad mental admiten diversos vértices de análisis, con dos polos que funcionan como atractores semánticos generales. El trabajo ha sido considerado una fuente de enfermedad mental en los casos de acoso y violencia laboral o de estrés por las condiciones mismas del empleo o por cuestiones más generales de los modos de producción. Pero, de un modo prácticamente opuesto, también se contempla el problema de la inaccesibilidad al trabajo cuando el sujeto sufre alguna enfermedad mental, el modo en que dicha barrera atenta contra su mejoría y recuperación y, en esta misma línea, los programas que se diseñan para facilitar su acceso. De un lado, las condiciones y riesgos laborales que pueden afectar la salud mental. Del otro, el empleo o el trabajo como recurso de resocialización o de sostenimiento de los vínculos interpersonales, así como de validación social.

Si bien no tenemos estadísticas nacionales que nos indiquen la incidencia del acoso y la violencia laboral entre las personas que trabajan, sí hay datos de la Oficina de Asesoramiento sobre la Violencia Laboral del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación que indican que de un total de 450 consultas, el 75% requirió atención psicológica y psiquiátrica (1). Este es un tema que se está visibilizando en los últimos años, pero que ha sido sin duda una temática presente en la consultas atendidas por los profesionales de la Salud Mental. La visibilización del problema y la intervención institucional y del Estado diseñando políticas que reduzcan el acoso y protejan y reparen a las víctimas son un avance positivo en la materia.

Parte del estigma asociado a la enfermedad mental tuvo y tiene como consecuencia la dificultad de

quienes se ven afectados para conseguir y mantener un empleo, sea este formal o informal. Resulta muy difícil, dados los prejuicios con que la sociedad encara el tema, discernir en qué medida las dificultades propias de la enfermedad mental menoscaban realmente la capacidad del sujeto para obtener y sostener un trabajo o, en cambio, la dificultad está dada por los presupuestos de quienes tienen en sus manos la posibilidad de darles empleo y sus posibles compañeros laborales. Curiosamente, aun cuando la problemática de la empleabilidad y la enfermedad mental atraviesa cotidianamente la práctica clínica, una búsqueda en Pubmed con los términos “empleabilidad” y “enfermedad mental” arrojó en septiembre de 2015 sólo 85 referencias. Según un meta-análisis recientemente publicado, las personas con enfermedad mental tienen un 80% más de riesgo de pasar del empleo formal a la obtención de una pensión por discapacidad y un 60% más de riesgo de quedar desempleadas (2). Resultan destacables dos aspectos que surgen de la búsqueda indicada: uno es la frecuencia con que en el mismo trabajo se analiza la relación entre empleabilidad y enfermedad mental o problemas con la justicia, como un único universo, y por otro lado el hecho de que las fuentes de información en gran parte de los trabajos son las oficinas de otorgamiento de pensión por discapacidad. Este último punto da cuenta en realidad de un potencial sesgo en la información, ya que la misma se refiere al grupo con dificultades para sostener el empleo y no al que, con más o menos esfuerzo sí lo logran, y por lo tanto qué recursos movilizaron ellos, sus empleadores u otros, para hacerlo posible.

Desde una perspectiva más general, cabe señalar que

en sintonía con la preponderancia de la productividad -en las sociedades con posterioridad a la Revolución Industrial- el trabajo ha llegado a ser uno de los validadores sociales más importantes: quienes son capaces de aportar a la producción de bienes de consumo adquieren un reconocimiento y una valoración por parte de la sociedad de los que carecerán quienes no sean capaces de esta contribución. Asimismo, esta forma de medir el "status" social por cuanto una persona trabaje o no lo haga, suele estar internalizada y, espejando a la sociedad, quienes se perciben a sí mismos sin una actividad productiva llegan a cuestionar su propio valor.

Sin embargo, más recientemente y -desde un análisis que podríamos llamar "malthusiano"- a la luz de un futuro en el que la informatización y robotización de tareas podrían acarrear una escasez de actividades productivas en manos de las personas, el trabajo ha sido cuestionado como validador social (3). Dicho de otro modo: si el trabajo llegase a ser en sí mismo un "bien escaso", las sociedades podrían estar depositando la (máxima) valoración en algo que un importante sector de la sociedad podría verse desposeído. Según esta hipotética consideración, y en consonancia con la idea que las relaciones entre trabajo y salud mental poseen una fundamental raigambre cultural, serían también esperables amplias redefiniciones de sus relaciones en la medida que nuestra cultura asigne al trabajo nuevos sentidos y valoraciones.

En el presente Dossier, Myriam Wlosko analiza el trabajo en su doble condición de estructurante y fuente de enfermedad y sufrimiento desde el marco teórico de la Psicodinámica del Trabajo. ¿En qué condiciones el trabajo es estructurante de la salud psicofísica de los individuos y en cuáles puede transformarse en fuente de enfermedad y sufrimiento? ¿Cómo explicar el panorama actual de agravamiento y aumento de la patología mental en relación al trabajo? Siguiendo las teorizaciones de Christophe Dejours, la autora toma el eje de la precarización laboral que incluye, entre otros aspectos, la forma de gestión y evaluación, la competencia desleal y la fragmentación de la convivencia.

Elisa Ansoleaga, Constanza Gómez-Rubio y Amalia Mauro presentan un estudio llevado a cabo desde la Universidad de Chile en el cual realizan una revisión de la evidencia obtenida entre los años 2009 y 2014

de la violencia laboral en América Latina. Entre los resultados hallados se destaca el predominio de la violencia psicológica sobre la física y su particular impacto entre los trabajadores de la salud.

Adriana Hönig relata una experiencia en una ONG de la Ciudad de Buenos Aires que se propone contribuir a la inserción laboral de personas con discapacidad psicosocial. Ante un extensa variedad de antecedentes de programas para la inclusión laboral de personas con discapacidad intelectual, sobresale la escasez de iniciativas locales que se enfoquen en esta población específica por medio de grupos de reflexión, capacitación y apoyo para el trabajo en ambientes competitivos.

Lucía García Blanco analiza el trabajo y la salud en términos de derechos. Su trabajo propone que si se analizan en forma conjunta ambos aspectos (salud y trabajo) es imperativo hacerlo en el marco del contexto histórico-social y repasa los cambios que se dieron en las relaciones entre ambos en nuestro país en los últimos años, en particular en cuanto al rol del Estado como garante de derechos.

Elisa Ansoleaga y Marcelo Urra analizan las asociaciones entre dimensiones psicosociales del trabajo y la Salud Mental en trabajadores del Servicio Médico Legal (SML) en Chile evidenciándose entre ellos un alto riesgo psicosocial, con la aparición en proporciones destacables de sintomatología depresiva y consumo de psicofármacos. Los autores no se limitan al análisis de los datos, sino que proponen diferentes niveles de intervención.

Por último, Pascale Molinier analiza las lecciones de Charcot centrándose en los casos de histeria masculina que generaron tantas controversias en su época, rescatando la importancia atribuida al trabajo de los pacientes y la relación con sus malestares, entre lo psíquico y lo corporal, cuestión que habría sido descartada en la lectura posterior de su obra.

La Revista Vertex se acerca por primera vez al complejo problema del trabajo y la Salud Mental y, aunque seguramente deja afuera algunas otras miradas imprescindibles en torno a su articulación, se propone poner de relieve la importancia de detenernos a reflexionar acerca de un tema que atraviesa la sociedad, la clínica y los dispositivos para la inclusión social ■

Referencias bibliográficas

1. Oficina de Asesoramiento sobre la Violencia Laboral, Ministerio de Trabajo, empleo y seguridad social. Consecuencias sobre la salud y la vida social y familiar [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Oficina de Asesoramiento sobre la Violencia Laboral; 2015. Disponible en: <http://www.trabajo.gov.ar/oav1/documentos.asp?area=54>.
2. van Rijn RM, Robroek SJ, Brouwer S, Burdorf A. Influence of poor health on exit from paid employment: a systematic review. *Occup Environ Med* 2014 Apr; 71 (4): 295-301.
3. Rifkin J. The end of work: the decline of the global labor force and the dawn of the post-market era. New York: Putnam's Sons; 1996.

Clínica de los procesos subjetivos en relación al trabajo: el abordaje de la Psicodinámica del Trabajo

Miriam Wlosko

Psicóloga

Docente Titular e investigadora, Universidad Nacional de Lanús

Coordinadora del Programa de Salud y Trabajo del Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús

Candidata a doctora de la Facultad de Psicología, UBA

E-mail: miriwlos@gmail.com

Resumen

En qué condiciones el trabajo es estructurante de la salud y en cuáles puede transformarse en fuente de enfermedad y sufrimiento? ¿Cómo explicar el panorama actual de agravamiento y aumento de la patología mental en relación al trabajo? ¿El trabajo debe concebirse como un factor desencadenante entre otros, o podría jugar un rol específico en la etiología de diversos cuadros psicológicos y psicosomáticos?

En este artículo se abordan estos interrogantes desde la perspectiva de la Psicodinámica del Trabajo. Para ello se analizan desde la teoría del Trabajo Vivo, la dinámica placer-sufrimiento en relación al trabajo y el rol que poseen los mecanismos defensivos en dicha dinámica. A su vez, se caracteriza al panorama epidemiológico actual, describiendo las patologías prevalentes relativas a la salud mental en relación con el trabajo. Finalmente, se exponen las tesis de la Psicodinámica del Trabajo respecto del aumento y agravamiento de dichas patologías. El artículo tiene como fin presentar los principales ejes de la Psicodinámica del Trabajo, que constituye una teoría y una práctica clínica cuyo objeto es el análisis psicodinámico de los procesos subjetivos e intersubjetivos movilizados por las situaciones de trabajo.

Palabras clave: Psicodinámica del trabajo - Salud Mental - Trabajo - Subjetividad.

CLINICAL APPROACH TO WORK-RELATED SUBJECTIVE PROCESSES: THE PERSPECTIVE OF PSYCHODYNAMIC OF WORK

Abstract

Under what conditions the work activity may be structuring health and in which ones can become a source of disease and suffering? How explain the current situation of deterioration and increased mental pathology in relation to work? The job must be conceived as a trigger among others, or could play a specific role in the etiology of various psychological and psychosomatic pictures? This article addresses these questions from the perspective of Psychodynamic of work. Based on the theory of *living labor* developed by C. Dejours, the article analyzes the dynamic pleasure-suffering in relation to work and the role of defensive mechanisms in those dynamics. In turn, it characterized the current epidemiological situation, describing the prevalent pathologies related to mental health and work. Finally, the article exposes the thesis of Psychodynamic of work regarding the increase and aggravation of these pathologies. The article aims to present the main axes of Psychodynamics of Work, which is a theory and clinical practice whose object is the psychodynamic analysis of subjective and intersubjective processes mobilized by work situations.

Key words: Psychodynamic of work - Mental Health - Work - Subjectivity.

¿En qué condiciones el trabajo es estructurante de la salud y en cuáles puede transformarse en fuente de enfermedad y sufrimiento? ¿Cómo explicar el panorama actual de agravamiento y aumento de la patología mental en relación al trabajo? Y en este marco, ¿es suficiente apelar a la vulnerabilidad psicológica individual para explicar las descompensaciones psicopatológicas? ¿Qué papel juega el trabajo? ¿Debe éste concebirse como un factor desencadenante entre otros, o podría jugar un rol específico en la etiología de diversos cuadros psicológicos y psicosomáticos?

Para abordar estos interrogantes, en este artículo se presentan los ejes centrales de la Psicodinámica del Trabajo. Esta perspectiva teórico-clínica creada por Christophe Dejours, tiene como objeto el análisis psicodinámico de los procesos subjetivos e intersubjetivos movilizados por las situaciones de trabajo.

El trabajo entre la salud y la enfermedad

El trabajo constituye el escenario privilegiado de la mediación entre el campo social y la economía psíquica⁽¹⁾. Es por esto que puede jugar un rol importante en el mantenimiento del equilibrio psíquico y de la economía psicosomática. Sin embargo, el trabajo puede también conducir a la fragilización subjetiva y contribuir con la aparición de problemas psicopatológicos.

¿En qué condiciones el trabajo es estructurante de la salud psicofísica de los individuos y en cuáles puede transformarse en fuente de enfermedad y sufrimiento?

El panorama epidemiológico y clínico de los últimos años da cuenta del aumento y agravamiento del padecimiento mental en relación al trabajo. Las grandes transformaciones acaecidas en las últimas décadas en el mundo del trabajo, vienen impactando de manera directa e indirecta en la salud de los trabajadores, generando un nuevo perfil de riesgos, en el que han adquirido notoriedad los denominados "factores psicosociales"¹. En efecto, tanto la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo alertan sobre el incremento de los riesgos psicosociales en relación al trabajo (2, 3). Un indicador de la relevancia que vienen adquiriendo los problemas vinculados con la salud mental de los trabajadores es que en el 2010 la OIT incluyó por primera vez en el listado de enfermedades profesionales los "trastornos mentales y del comportamiento" (4).

Diversas investigaciones y encuestas sistemáticas informan del incremento significativo de diversos problemas de salud de la población trabajadora. Estos pueden dividirse en dos grandes grupos de problemas: a) Los vinculados con la sobrecarga e intensificación del trabajo –afecciones músculo-esqueléticas, estrés laboral,

burnout o síndrome de agotamiento profesional, muerte súbita por accidente cerebro-vascular o cardíaco o *Karoshi*²; b) Las problemáticas relativas a los fenómenos de violencia y acoso laboral.

La relevancia epidemiológica de estos problemas puede apreciarse a través de datos provenientes de encuestas sistemáticas elaboradas por organismos internacionales y/o regionales. Así, respecto del primer grupo de problemas, el 25% de los trabajadores/as de Europa afirma tener estrés durante su tiempo de trabajo o en la mayor parte del mismo (3), y una proporción similar reporta que el trabajo afecta negativamente a su salud (5). Por su parte, la Quinta Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (6) muestra que en la EU-27 el 25% de los trabajadores europeos sufre dolor de espalda, mientras que el 23% padece de dolores musculares. Según los informes de la Comisión Europea, entre 2002 y el 2005 los trastornos musculoesqueléticos aumentaron en un 32%, aunque el porcentaje se eleva al 39% en las mujeres (7).

Respecto del segundo grupo de problemas, diversos organismos internacionales, regionales y nacionales vienen alertando acerca del incremento de prácticas como la intimidación, el hostigamiento sistemático, las amenazas por parte de compañeros, el acoso sexual, los homicidios y los suicidios (8-13). Nuevamente, según la Quinta Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (6) el 4.1% de la población dice haber sido acosada e intimidada en el último año, mientras que un 10.8% reporta haber sido abusado en el trabajo en el último mes. La violencia física es del 1.9% en toda la EU-27. Respecto de la situación en Argentina, una encuesta realizada en diversos sectores laborales de Argentina (14) informa que 3 de cada 10 trabajadores dicen estar expuestos a situaciones de violencia en el trabajo y la agresión del público/clientes/usuarios es la causa más frecuente de violencia laboral. Asimismo, en una investigación realizada con 1497 trabajadores/as pertenecientes a 4 poblaciones del sector servicios privados de la CABA (15) se encontró una prevalencia de acoso laboral de 28.1%, guarismo alto en comparación con los indicadores de la Quinta Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo. Cabe señalar que las situaciones de acoso y violencia laboral, poseen una alta asociación con cuadros depresivos, de estrés postraumático, y con intentos de suicidios o suicidios (16, 17).

¿Cómo explicar este nuevo panorama epidemiológico? ¿Cuáles son los procesos que están en la base de la aparición y el aumento de estas patologías? ¿Cómo se piensa la etiología de las mismas? Y de modo más general, ¿qué lugar se le otorga al trabajo y sus vicisitudes al interior del proceso diagnóstico y terapéutico? (18).

Para acercarse posibles respuestas a estos interrogantes, es preciso recurrir a una teoría de las relaciones entre subjetividad y trabajo en la que éste último sea desplegado con un estatuto diferente al de un mero "contexto".

¹ Los riesgos psicosociales están relacionados a los modos en que el trabajo está diseñado, organizado y gestionado, así como con el contexto económico y social en el que éste se desarrolla.

² *Karoshi* es un término japonés que significa "muerte por exceso de trabajo". Se produce por hemorragia cerebral o infarto de miocardio en jóvenes ejecutivos o empleados de entre 25 y 40 años, que no tienen antecedentes cardiovasculares, pero cuya sobrecarga de trabajo es de más de 70 horas por semana. El *karoshi* es reconocido como una enfermedad profesional en Japón desde los años 1970.

Este es el objetivo la Psicodinámica del Trabajo.

Creada en los años '80 por el psiquiatra y psicoanalista francés Christophe Dejours³, la Psicodinámica del Trabajo constituye una teoría y una práctica clínica del trabajo cuyo objeto es el análisis psicodinámico de los procesos subjetivos e intersubjetivos movilizados por las situaciones de trabajo. "Dinámica" refiere aquí al conflicto psíquico, e implica que la investigación clínica toma como eje a los conflictos que surgen del *encuentro* entre un *sujeto*, portador de una historia singular preexistente, y una *organización del trabajo* cuyas características son fijadas independientemente de la voluntad del sujeto (19, 20).

La Psicodinámica del Trabajo se distancia de la psicopatología del trabajo clásica, desplazándose del modelo causal orientado a la indagación de síndromes o enfermedades mentales, hacia la investigación de la subjetividad en situaciones de trabajo normales (21)⁴. De este modo, el eje de la investigación se traslada de la enfermedad mental al *sufrimiento* y las *defensas* psíquicas que se ponen en funcionamiento contra el mismo. A diferencia de la patología somática relacionada con el trabajo, prácticamente no existen enfermedades mentales profesionales en sentido estricto, es decir, enfermedades mentales cuya sintomatología sea específica de las coacciones del trabajo (17).

La Psicodinámica se diferencia a su vez de los enfoques de riesgo psicosocial que, basados en el modelo del estrés, indagan las correlaciones entre factores organizacionales y variaciones biológicas o comportamentales a nivel individual. Estrés y sufrimiento son conceptos que remiten a objetos y corrientes disciplinarias distintas (22): para la psicodinámica las situaciones de trabajo y las vivencias que se les asocian no pueden reducirse a una serie "riesgos" (para la productividad, seguridad o la imagen corporativa) recolectados mediante indicadores discretos. En la medida en que el sujeto es "*afectado*" por lo que hace (20), la Psicodinámica opera mediante un dispositivo clínico cuyo énfasis está puesto en la capacidad de los trabajadores/as de dar *sentido* a la situación, defenderse del sufrimiento y conjurar la enfermedad movilizando recursos tanto individuales como colectivos⁵.

En este artículo se presentarán algunos de los ejes conceptuales de la psicodinámica del trabajo y de su teoría del *trabajo vivo*⁶ cuyo fin es dilucidar las vicisitudes de la subjetividad en relación al trabajo. En la primera parte se expondrán algunos conceptos que permiten pensar el potencial estructurante o patógeno del trabajo en relación a la salud, se analizará la dinámica placer-sufrimiento en relación al trabajo y el rol que poseen los mecanismos defensivos en dicha dinámica. En un segundo momento se presentarán las tesis de la psicodinámica relativas a los elementos que están en la base del panorama epidemiológico actual relativo a la salud mental y el trabajo. Para ello se analizará la problemática de las nuevas modalidades de gestión y organización del trabajo y su eventual poder desestructurante de la subjetividad.

El trabajo como productor de subjetividad

Una tesis central de la Psicodinámica es que el trabajo constituye una oportunidad para enriquecer la subjetividad, y no sólo un exutorio para la excitación o un espacio en el que se ejercen capacidades ya moldeadas fuera de la experiencia del trabajar⁷. Cualquier trabajo común y corriente puede brindar la posibilidad de ampliar los registros de habilidades y de la sensibilidad.

¿Cómo es esto posible? En todo trabajo existe siempre una brecha entre *trabajo prescripto* y *trabajo real*, esto es, un desfase irreductible entre la tarea prescrita por la organización de trabajo y la actividad de trabajo concreta que llevan a cabo los trabajadores/as. La organización real del trabajo *nunca* coincide con lo que prescribe la organización de trabajo. Si se trabajara obedeciendo al pie de la letra las prescripciones, se estaría trabajando "a reglamento". No sólo es imposible alcanzar los objetivos de la tarea si se respetan escrupulosamente las prescripciones y consignas dadas por la organización formal de trabajo, sino que la tarea prescrita debe ser de algún modo transgredida para que el trabajo se realice bien.

Por ejemplo, si los enfermeros ejecutaran estrictamente las ordenes prescriptas por la organización de

³ Nacido en 1949, Christophe Dejours es psiquiatra, psicoanalista, médico del trabajo y ergónomo. Profesor en el Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), es autor de numerosos libros entre los que se destacan *Trabajo Y Desgaste Mental* (1990), *El Factor Humano* (1998); *La Banalización de la Injusticia Social* (2006), *Trabajo y Suicidio* (2010) y *Trabajo Vivo: Tomo I: Sexualidad y Trabajo* (2012) y Tomo II *Trabajo y emancipación* (2013).

⁴ Este cambio de orientación condujo en 1992 a proponer el término de "Psicodinámica del trabajo" para denominar al "análisis de los procesos psíquicos intra e intersubjetivos movilizados por las coacciones del trabajo". La psicopatología del trabajo se plantea como un capítulo particular de la psicodinámica del trabajo, el de las descompensaciones que indican el fracaso de las defensas contra el sufrimiento en relación con el trabajo.

⁵ La metodología de intervención de la psicodinámica del trabajo se distingue de los abordajes de tipo experimental, de las investigaciones en psicología social clásica y de las intervenciones de consultores y expertos. Inscrita en el paradigma de la investigación-acción, su método consiste en un trabajo de co-análisis del trabajar entre un grupo de trabajadores específico que ha solicitado una intervención y un grupo investigadores. Dado que no se accede al sufrimiento de modo directo, y que su expresión supone estrategias defensivas, la psicodinámica del trabajo pone en práctica un dispositivo clínico específico, en el que el análisis de la dimensión subjetiva del trabajo pasa necesariamente por el acceso al sentido que la situación tiene para los mismos sujetos, lo que supone un trabajo reflexivo de perlaboración colectiva.

⁶ La teoría del trabajo vivo afirma que para pensar el trabajo es preciso sostener una doble centralidad: la centralidad de la sexualidad y la centralidad política del trabajo. La primera toma posición respecto del sujeto psíquico concibiéndolo como un sujeto sexuado y por tanto, clivado, portador de un inconsciente; mientras que la tesis de la centralidad política del trabajo está en relación con el papel determinante del trabajo en las relaciones que permiten a los individuos vivir en sociedad y desarrollar valores civilizatorios (Dejours C. Trabajo Vivo: Tomo I: Sexualidad y Trabajo. Buenos Aires: Topia; 2012. p. 11).

⁷ El trabajo, contrariamente a lo que sostiene la teoría convencional, no se presenta solo como posible exutorio para la excitación, sino que puede contribuir a ampliar el repertorio erótico ya reorganizar la economía pulsional en su conjunto (Dejours C. Trabajo Vivo, Tomo I: Sexualidad y Trabajo. Buenos Aires: Topia; 2012. p. 89).

⁸ El "celo" en el trabajo no solo es movilización de la inteligencia sino obstinación en sostener la confrontación en una dimensión de un combate cuerpo a cuerpo con ese real que resiste. Entre la experiencia de lo real y el encuentro con la solución, hay una etapa intermedia de sufrimiento, de tolerancia al sufrimiento, de resistencia al sufrimiento de un cuerpo a cuerpo con la resistencia; sin las cuales no habría ninguna intuición de la solución (Dejours C. Trabajo Vivo, Tomo I: Sexualidad y Trabajo. Buenos Aires: Topia; 2012. p. 13).

trabajo hospitalaria, habría muchos más casos de agravamiento y muerte en los hospitales, lo que es evitado gracias al *celo*⁸, la tenacidad y la obstinación que ponen quienes trabajan. Es decir, gracias al *trabajo vivo*. En el trabajo real siempre hay incidentes y disfuncionamientos, órdenes y contraórdenes; las cosas no funcionan como las prevé la gerencia o los jefes. Por ello, quienes trabajan deben poner en juego su inteligencia ante los imprevistos, generar interpretaciones y tomar decisiones en las que ponen en juego su ingenio y creatividad. Ninguna organización de trabajo funciona sin *trabajo vivo* (23). Esta noción designa justamente, aquello que los individuos deben agregar o cambiar de las prescripciones para lograr que el trabajo se realice, que el servicio se brinde, que el objeto se produzca con calidad.

Desde este punto de vista, el trabajo puede definirse como lo que hay que inventar, agregar, ajustar y adaptar de las prescripciones dadas por la organización de trabajo. El trabajo es así “*el conjunto de las actividades desplegadas por aquellos/as que trabajan para hacer frente a lo que no está prescripto por la organización de trabajo*” (24).

Existen diversas pruebas o resistencias que se presentan al sujeto que trabaja, y que permiten dar cuenta de la tesis del trabajo como productor de subjetividad. Los imprevistos ante las que los sujetos deben poner en juego su creatividad, surgen en todo proceso de trabajo y constituyen una primera prueba para la subjetividad. En la actividad del trabajo, el sujeto se enfrenta a la prueba de lo *real*. Lo real del mundo -el objeto, la materia, las herramientas, la técnica- se dan a conocer al que trabaja por su resistencia al control, cuestionando sus habilidades, su conocimiento y su experiencia (el paciente empeora después de una intervención de su médico, el carpintero rompe la madera con la que pretendía hacer un mueble, etc.). De este modo, trabajar es, en primer lugar *fracasar*, y seguidamente, ser capaz de *soportar el fracaso* y ejercer con tenacidad la búsqueda de soluciones que permitan sobrepasar ese real que resiste poniendo el cuerpo⁹. Es esta capacidad de soportar afectivamente el fracaso lo que constituye un momento decisivo para el desarrollo de la propia subjetividad.

Una segunda prueba de la experiencia subjetiva del trabajo es la que nos confronta con lo *real del inconsciente*. Es frente a este real que el trabajo puede constituir una oportunidad para descubrir las propias inhibiciones, repeticiones y resistencias. Existen profundas relaciones entre el trabajo que realizamos cotidianamente y la intimidad de los procesos intrasubjetivos. El investimiento psíquico en relación al trabajo supone una actividad de elaboración de la experiencia que va mucho más allá del tiempo estricto de trabajo, y que afecta al sujeto tanto en su humor y en su espacio privado como en sus sueños.

El trabajo de producción (*poiesis*) constituye una prueba para la subjetividad de la que pueden emerger nuevas habilidades y registros subjetivos, pero solo a

condición de que a esa prueba le siga un segundo trabajo -el *arbeit*-, es decir, el trabajo psíquico de elaboración de uno sobre sí mismo. No puede haber *poiesis* sin *arbeit*, no puede haber trabajo de producción de calidad sin trabajo de remodelamiento de la organización psíquica (23).

Existe, finalmente, una tercera resistencia a la que debemos hacer frente en el trabajo: la vinculada con las *relaciones sociales de dominación*. Volveremos sobre esto más adelante.

El trabajo y la dinámica placer-sufrimiento

Trabajar implica en primer lugar, atravesar la experiencia afectiva del sufrimiento. No existe trabajo sin sufrimiento desde el momento que trabajar implica confrontarse a las diversas resistencias mencionadas. Sin embargo, se trata de un *sufrimiento creativo* que eventualmente podrá revertirse en placer narcisístico, y al que es preciso diferenciar del sufrimiento patógeno.

La noción de *sufrimiento* alude a una vivencia subjetiva particular relacionada con situaciones y prácticas de trabajo específicas que, a diferencia de los trastornos psicopatológicos dependientes de la historia singular del sujeto, se vinculan con el trabajo y las restricciones organizacionales específicas que éste impone (17). Vivencia indisociable de la corporeidad -el sufrimiento es en primer lugar, sufrimiento del cuerpo-, constituye una vivencia necesariamente singular y única. No hay sufrimiento colectivo porque no hay cuerpo colectivo (25).

El sufrimiento en sí no es patógeno. Es una vivencia constitutiva de la denominada “normalidad”. Esta última, más que un estado que se alcanza de una vez y para siempre, consiste en un equilibrio inestable entre el sufrimiento y las defensas que se ponen en juego contra el mismo. Los sujetos no se enfrentan pasivamente al sufrimiento sino que le interponen mecanismos defensivos que permiten -no sin costo psíquico- aliviar el dolor. El sufrimiento designa por tanto, estados infra-patológicos que forman parte de la normalidad, por lo que podemos hablar de “*normalidad sufriente*” (25).

El trabajo nunca es neutral respecto de la dinámica placer-sufrimiento: puede funcionar como un medio para la transformación del sufrimiento en experiencia de trabajo para el Yo, y por tanto, en una experiencia fundante de la subjetividad. Es decir, puede constituirse en operador de salud, permitiendo el despliegue de satisfacciones físicas, psicosomáticas y simbólicas; o bien puede ser un operador de sufrimiento y enfermedad llevando a descompensaciones psíquicas y somáticas.

¿Cómo diferenciar el sufrimiento producto de la confrontación con las resistencias a las que nos confronta todo trabajo, del sufrimiento patógeno?

“*El sufrimiento en el trabajo es la vivencia que surge cuando el sujeto choca con obstáculos insuperables y durade-*

⁹ Para afrontar las pruebas que opone lo real y encontrar una solución que funcione es necesario hacer cuerpo con lo real, esto es, realizar una apropiación corporal del mundo que, lejos de ser cognitiva, se juega en el cuerpo a cuerpo con lo real. El cuerpo en cuestión no es el cuerpo biológico, sino el cuerpo que se experimenta a sí mismo en la experiencia subjetiva, es decir, el cuerpo erógeno (Dejours C. Trabajo Vivo, Tomo I: Sexualidad y Trabajo. Buenos Aires: Topia; 2012.).

ros, después de haber agotado todos sus recursos para mejorar la organización real de su trabajo con respecto a la calidad y seguridad. En otras palabras, el sufrimiento patógeno comienza cuando la relación del sujeto con la organización del trabajo está bloqueada" (25).

La psicodinámica del trabajo ha mostrado que se ponen en juego mecanismos de defensa individuales y colectivos. Entre los mecanismos defensivos individuales se ha descrito a la autoaceleración en líneas de montaje, que intenta hacer soportable la monotonía y la repetición de la tarea (26)¹⁰. Dicho mecanismo -aplicable a cuadros de hiperactivismo y sobreimplicación en el trabajo- ha sido descrito en ejecutivos, personal de cuidados y trabajadores sociales. A su vez, diversas conductas adictivas (consumo de alcohol, tabaco, drogas lícitas o ilícitas, etc.) pueden funcionar como defensas individuales orientadas a mantener la excitación a fin de soportar la carga de trabajo, o bien, anestesiar el sufrimiento para afrontar el peligro en el trabajo. Se han analizado, asimismo, estrategias de distanciamiento afectivo y evitación en diversas profesiones del cuidado que deben trabajar con la vulnerabilidad de otro (27, 28, 29). En una investigación realizada con personal de enfermería en Argentina, se observó que la sobrecarga de trabajo junto con estrategias evitativas permite seguir realizando el trabajo, al precio de la cosificación del paciente y la concomitante robotización de los profesionales (30, 31). Otras defensas individuales tales como la racionalización o el clivaje son puestas en marcha por los trabajadores de maneras muy diversas en función de situaciones laborales específicas. Entre las defensas individuales es posible ubicar diversas conductas adictivas, cuya función posee una relación específica con el trabajo. Así, por ejemplo, se ha encontrado que la ingesta de alcohol constituye un mecanismo defensivo para luchar contra la "vivencia de infección" de los trabajadores de un cementerio (32).

Un hallazgo central de la Psicodinámica del Trabajo es que las defensas pueden estructurarse en conductas, representaciones y reglas compartidas: los sujetos de un colectivo de trabajo son capaces de cooperar para constituir defensas comunes contra el sufrimiento construyendo *estrategias colectivas de defensa* (19). El objetivo central de éstas es luchar contra el sufrimiento generado por las restricciones reales del trabajo y proteger al Yo de la angustia mediante el ocultamiento, la paralización o la anestesia de la percepción, transformando así el vínculo con la realidad (17).

En sus inicios, la psicodinámica identificó estrategias

colectivas de defensa en los obreros de la construcción, un oficio peligroso cuyos trabajadores están expuestos a riesgos reales y objetivos. Un trabajador de la construcción que debe subir a un andamio en altura no puede sentir miedo si pretende seguir trabajando. Dado que el miedo es incompatible con la continuidad del trabajo, para conjurarlo los trabajadores ponen en práctica ciertas conductas que valorizan la fuerza y el coraje viril (ordalías tales como hacer equilibrio sin protección o rituales de iniciación peligrosos a fin de probar que el otro "es macho", etc.), que se dirigen a actuar contra la percepción del riesgo e intentan dominarlo en el plano simbólico a fin de excluirlo del campo de la conciencia. Es "*al precio de una negación que necesita ser construida y mantenida colectivamente, que los sujetos logran trabajar*" (17). Quien no se adapta a esta forma de pensar y de actuar -y por tanto, recuerda el miedo que se intenta conjurar- será excluido del colectivo. Las estrategias colectivas de defensa constituyen un conjunto estructurado de conductas en las que se ponen en práctica conductas ostentatorias de riesgo y/o peligrosas, así como otras tendientes a ocultar ciertos contenidos los relativos al trabajo (peligro físico, enfermedad, injusticia, etc.).

Estas estrategias pueden encontrarse en todas las situaciones de trabajo que poseen riesgos y en las que predominan los colectivos de trabajadores masculinos. En su gran mayoría, los colectivos constituidos por hombres se defienden del miedo y/o del sufrimiento moral, construyendo estrategias colectivas de defensa centradas en el *cinismo viril*¹¹. Éste se asienta en la denegación de la vulnerabilidad (un "verdadero" hombre no tiene miedo/no tiene "crisis psicológicas") y en el desprecio de la vulnerabilidad de los otros. Es una construcción defensiva que no sólo se estructura en contextos de riesgo para la integridad física, sino que puede activarse ante situaciones que ponen en peligro la integridad psíquica. En relación a esto último, se han descrito estrategias colectivas construidas para luchar contra un sufrimiento específico, el *sufrimiento ético* (26), que se produce ante situaciones de trabajo en las que hay que colaborar con conductas que se reprobaban moral y/o éticamente. Diferente de la experiencia del miedo, el sufrimiento ético está específicamente vinculado con el conflicto moral por el cual el sujeto ha sido tomado. Dejours ha descrito la puesta en marcha de esta estrategia defensiva entre ejecutivos que poseen responsabilidades de supervisión y deben hacer el "trabajo sucio" (despedir gente, instrumentar el acoso como modalidad de gerenciamiento, etc.). El que se

¹⁰ La cadencia impuesta por el trabajo repetitivo bajo apremio de tiempo, o por la intensificación del trabajo vinculada a modalidades de evaluación individualizada de los resultados, entran en colisión con el funcionamiento psíquico y afectivo: éste se convierte en un obstáculo para la concentración que exige la producción. Por ello, a fin de minimizar la actividad psíquica vinculada a los afectos de angustia, cólera, ensueño o distracción; el trabajador se autoacelera, intensifica su esfuerzo. Mediante esta estrategia consigue ocupar el aparato psíquico en su totalidad con la actividad misma, y neutralizar todo pensamiento que no tenga estricta relación con la producción. Aunque el origen del proceso esté en las presiones laborales, la "represión pulsional" lograda mediante la auto-aceleración supone una parte de consentimiento del sujeto para achicar el espacio necesario para el despliegue de la subjetividad (Dejours C. La hiperactividad profesional: ¿masoquismo, compulsividad o alienación? Topia Ago-Oct 2007; XVII (50)).

¹¹ La virilidad social designa al conjunto de atributos sociales asociados a lo masculino: las hazañas, el coraje, el rendimiento, la fuerza, el poder, etc. Es una construcción social que debe distinguirse radicalmente de la masculinidad, la que se define por la capacidad que tiene un hombre para distanciarse de lo que prescriben los estereotipos de la virilidad y subvertirlos. Los términos "virilidad/mujeridad" no se refieren a la "naturaleza" de las mujeres y de los hombres sino a lo arbitrario de la división social y sexual del trabajo (Molinier P. Psicodinâmica do trabalho e relações sociais de sexo. Um itinerário interdisciplinar. Revista Produção Set./Dez. 2004; 14 (3): 6-13.).

niega o no logra hacer el trabajo es denunciado como alguien que “no las tiene bien puestas”, que no tiene coraje. Se trata en este caso, de enfrentar el riesgo psíquico de perder la identidad ética. La estrategia colectiva de defensa consiste en oponer una negación colectiva al sufrimiento que surge frente a esas “tareas sucias” (“Es parte de mi trabajo”), a partir de la cual la angustia y el sufrimiento infringido a otros es borrado¹². La puesta en funcionamiento de esta estrategia defensiva anestesia tanto la percepción del miedo como el sentido moral: se opera justificando la propia participación en el maltrato o la injusticia. Apoyada en la racionalidad instrumental (eficacia, productividad, calidad, etc.), estimulada por el discurso económico neoliberal, alimentada por el management empresarial y compartida en el marco de un colectivo de trabajo que posee reglas; esta estrategia defensiva constituye una modalidad muy eficaz de adaptación a las relaciones de dominación, sea cual fuere la estructura psíquica del sujeto (26).

Hacia fines de los 80', la psicodinámica realizó una relectura de sus primeras construcciones teóricas vinculadas a las ideologías colectivas de defensa -elaboradas de modo genéricamente “neutro” en relación a oficios masculinos-, incorporando una lectura sexuada de las estrategias subjetivas puestas en juego para hacer frente al sufrimiento en el trabajo. Mediante la introducción de categorías estrategias defensivas “viriles” y “femeninas” se comenzó a pensar los procesos psicológicos que contribuyen a transformar, desplazar o mantener las relaciones de dominación (33-39). A partir de entonces, se descubrieron formas de cooperación y modalidades defensivas diferentes a las del modelo viril. En los colectivos de trabajo en los que predominan mujeres (enfermería, cuidadoras geriátricas, empeladas domésticas, etc.) se han descripto estrategias defensivas que establecen una relación diferente con el saber, el fracaso y la falla. Mientras en las estrategias colectivas viriles, lo real y su corolario, la experiencia del fracaso, son objeto de la negación colectiva y la racionalización; entre las enfermeras la angustia engendrada por el sufrimiento del otro desencadena un proceso psíquico de identificación compasiva (“sufrir con”) que se pone en marcha a fin de poder trabajar (38). En lugar de oponer una negación a lo real, las enfermeras utilizan una estrategia defensiva que consiste en ir circunscribiendo o rodeando ese real (38, 37).

En determinadas situaciones las defensas colectivas se radicalizan, dando lugar a una ideología colectiva del

oficio. Estas surgen en situaciones de extremo de sufrimiento, en las que no hay posibilidad de reorganizar la relación con la organización del trabajo (34)¹³, pudiendo generar colectivos patológicos¹⁴ y conducir a dinámicas violentas.

En síntesis, aunque las estrategias defensivas constituyen una barrera de protección contra el sufrimiento, favorecen al ocultamiento del mismo, volviéndose contra sus propios creadores. En la medida en que contribuyen a hacer aceptable lo que no debiera serlo, juegan un papel paradójico aunque central en los resortes subjetivos de la dominación (19).

Tener presente la operatoria de estrategias colectivas de defensa podría contribuir a la realización de diagnósticos clínicos diferenciales, sobre todo si se tiene en cuenta que la organización defensiva no se abandona cuando se sale del trabajo: la misma atraviesa a toda la subjetividad, y por tanto sigue operando en la vida privada y/o familiar¹⁵.

Aunque el trabajo inscribe marcas sumamente específicas sobre la organización defensiva del sujeto, la forma semiológica que adquiere la descompensación no depende de la situación de trabajo que ha disparado de la crisis, sino de organización mental del sujeto, su pasado y su infancia. De este modo, si la investigación clínica se realiza atendiendo a los trastornos independientemente de su contexto, no se encontrará rastro alguno de los elementos de la organización del trabajo que estuvieron en el punto de partida de la crisis (21). No es posible comprender la aparición de patología mental vinculada con el trabajo limitando la investigación etiológica a la historia singular del sujeto y a la dinámica intrapsíquica.

Nuevas modalidades de gestión y organización del trabajo y patología mental

Retornemos al panorama epidemiológico enunciado el comienzo. La literatura existente señala tres grandes grupos de problemas: en primer lugar, los síndromes vinculados a la *sobrecarga de trabajo*, entre los que se destacan: a) el *burnout* o síndrome de agotamiento profesional (40) que afecta a todas las profesiones que mantienen una relación de asistencia /cuidado, así como en los trabajos que suponen una relación de servicio y en el que está presente la prescripción de “trabajo emocional” (41); b) el ya mencionado *Karoshi*; c) los problemas más-

¹² Esta estrategia defensiva opera mediante un clivaje entre el funcionamiento cognitivo y afectivo, protegiendo al sujeto de la aparición de una angustia específica: la del conflicto entre el yo (moi) y el ideal del yo. Diferente al clivaje presente en las perversiones, puede afectar a cualquier persona a las que no se podría considerar clínicamente como perversa (Dejours C. La Banalización de la injusticia Social. Buenos Aires: Topia; 2006.).

¹³ Clínicamente, una ideología defensiva de oficio implica la desaparición de cualquier ámbito de discusión sobre el trabajo, el borramiento de espacios de convivencia y una cohesión cristalizada mediante pactos imaginarios por referencia a un enemigo común (los “nuevos”, los “contratados”, etc.). (Wlosko M, Ros C. La organización de trabajo como generadora de violencia laboral en la enfermería. En: Mendes AM, Comp. Violência no trabalho: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica. São Paulo: Editora Mackenzie; 2010. p. 173-98.).

¹⁴ Los colectivos patológicos se estructuran en torno a reglas que intentan proteger a los individuos contra la irrupción de los aspectos insostenibles de la actividad. Su función principal es impedir pensar. (Davezies P. Éléments de psychodynamique du travail, Comprendre le travail. Éducation permanente 1993; 3 (116): 33-46.).

¹⁵ La clínica sugiere que el vínculo subjetivo con el trabajo interviene en el advenimiento de descompensaciones psiquiátricas o somáticas cuando surgen contradicciones irresolubles entre el involucramiento en la esfera afectiva/familiar y en la de de trabajo (Dejours C, Gernet I. Psicopatología del trabajo. Buenos Aires: Ceil-Miño y Dávila: 2014. p. 79.), y a la inversa, ciertas situaciones de la vida privada que desestabilizan las defensas puestas en práctica en el trabajo pueden producir descompensaciones agudas (Bensaid A. Apport de la psychopathologie du travail à l'étude d'une bouffée délirante aiguë. Archives des maladies professionnelles 1991; 52: 307-10.).

culo-esqueléticos o lesiones producidas por esfuerzos repetitivos y los trastornos osteomusculares con toda su secuela de dolores, inflamaciones y lesiones de las articulaciones que producen impotencias funcionales graves, y que a diferencia de otras épocas aparecen en oficios que no tendrían por qué producir estos problemas.

En segundo lugar, las patologías vinculadas con el *acoso y la violencia laboral*¹⁶, cuyas consecuencias se presentan como síndromes depresivos o confusionales, que pueden ser confundidos con cuadros paranoicos. Por su parte, los procesos de violencia y acoso pueden dar lugar a *cuadros depresivos y a síndromes post-traumáticos*, consecutivos a las agresiones.

En tercer lugar, las depresiones¹⁷, las tentativas de suicidio y los suicidios¹⁸.

¿Cómo explicar este panorama?

Para la Psicodinámica del trabajo el aumento de estas patologías posee un denominador común: los nuevos métodos de organización y gestión del trabajo. Son estas nuevas formas de dominación en y por el trabajo las que exponen al psiquismo a nuevas exigencias y a situaciones de desestabilización subjetiva. Pero la relación entre psiquismo y trabajo no es mecánica ni obedece a una lógica causal: entre sujeto del inconsciente y campo social no hay articulación directa, ni existe una relación lineal entre las vicisitudes del trabajo y las afecciones psicopatológicas. Por tanto, para comprender la situación actual

es preciso colocar como *mediación* entre las relaciones de dominación social y el psiquismo a las modalidades que hoy día asume la organización de trabajo y su gestión.

Entre los nuevos métodos de organización y gestión del trabajo que poseen un rol central en la producción de sufrimiento psíquico, hay que señalar en primer lugar, a la precarización. Esta constituye una amenaza constante de ser descartado y desata ansiedades específicas que se expresan en conductas de miedo y sumisión. Esta amenaza de exclusión es redoblada por una serie de dispositivos específicos entre los que se destacan: a) La *evaluación individualizada del desempeño*, que facilitada por herramientas informáticas permite realizar un seguimiento individual del rendimiento de cada trabajador. Lejos de ser un control pasivo, supone la colaboración del operador, que debe autocontrolarse periódicamente recolectando datos sobre su actividad. La evaluación se transforma así en un mandato de “tener que ser competitivos”, que funciona como una amenaza cuya eficacia ancla en que una mala evaluación puede llevar a la humillación pública, la “*placardización*” y al despido. Gran parte del sufrimiento y la patología mental en el mundo del trabajo está ligada a estas nuevas modalidades de evaluación, las que dan lugar a una angustia específica: la de *no estar a la altura*, o ser considerado “insuficiente”, despertando sentimientos de incompetencia ansiógena (42, 20). Cuando la evaluación individualizada del rendimiento se asocia a contratos por objetivos, conduce a una rivalidad generalizada entre trabajadores que da lugar a la

¹⁶ Los problemas de acoso y violencia no son un fenómeno nuevo en el mundo del trabajo, ni tampoco deben interpretarse como producto de problemas psicológicos individuales o interindividuales. Las condiciones que favorecen la generación de violencia y acoso están estrechamente vinculadas con las modalidades de gestión y las decisiones en materia de organización del trabajo de las empresas. Por lo tanto la “irrupción” de la violencia laboral debe analizarse en el marco de las modalidades específicas de explotación y gestión de la fuerza de trabajo, que constituyen el terreno propicio para la generación de la misma. (Dejours C. *Conjurer la violence. Travail, Violence et Sante*. Paris: Payot; 2007. Wlosko M, Ros C. La organización de trabajo como generadora de violencia laboral en la enfermería. En: Mendes AM, compiladora. *Violência no trabalho: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica*. São Paulo: Editora Mackenzie; 2010. p. 173-98. Wlosko M. La construcción de la violencia y el acoso laboral: artefactos conceptuales y dispositivos ideológicos. En: Wittke T, Melogno P, compiladores. *Producción de la Subjetividad en la organización del Trabajo*. Montevideo: Psicolibros Universitario; 2009. p. 337-52; Wlosko M. Malestar y sufrimiento en el trabajo: el frágil equilibrio. En: Stecher A, Godoy L, editores. *Transformaciones del Trabajo, Subjetividad e identidades*. Lecturas Psicosociales desde Chile y América Latina. Santiago de Chile: Ril Editores; 2014. p. 343-67.).

¹⁷ Según la OMS la depresión es un trastorno mental que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo y es la principal causa mundial de discapacidad. (La depresión [Internet]. Nota descriptiva N°369, Octubre de 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/2012>). Asimismo, el 8% de la tasa global de trastornos depresivos se relaciona en la actualidad con riesgos ocupacionales (OMS. *Fundamentos de la OMS para entornos laborales saludables: bases, prácticas y literatura de apoyo*. Geneva: WHO; 2010.).

¹⁸ Para Dejours y Begue (*Suicide et travail: que faire?* Paris: Presses Universitaires de France; 2009) los suicidios y las tentativas de suicidio en los lugares de trabajo han aparecido en la mayor parte de los países occidentales en el curso de los años '90. La mediatización del problema es más reciente, y se disparó en Francia a partir de los suicidios en la fábrica de Renault en Guyancourt acaecidos entre 2006 y 2007, a la que siguieron los suicidios de Telecom-France. En esta última empresa, se produjeron en aproximadamente 3 años y medio, 58 suicidios y 39 tentativas de suicidio (Observatoire du stress: Recensement des suicides et tentatives de suicide à France Télécom [Internet]. Actualizado el 24 de junio de 2011. Disponible en: http://www.observatoiredustressft.org/images/stories/pdf/Recensement_suicides_2008-2009_V24-06-2011.pdf); (2010-2011) Recensement des suicides et tentatives de suicide à Orange, en 2010 et 2011 [Internet]. Actualizado el 28 octubre de 2011. Disponible en: http://www.observatoiredustressft.org/images/stories/recensemt_suicides_27_oct_2011.pdf). En abril del 2010 la Fiscalía de París inició una investigación por “acoso moral y puesta en peligro de la vida de terceros” contra France-Telecom, y en junio de ese mismo año se produjo la primera sentencia que declara un nexo directo entre suicidio y condiciones de trabajo. Varios de los casos de suicidio de Telecom fueron reconocidos por la empresa como “accidente de servicio” (Ministere du Travail des Relations Sociales de la famille de la solidarite et de la ville, Informe de la Direction Departamentale du Travail de l'emploi et de la formation professionnelle de Paris, 4 de Febrero de 2010 [Internet]. Disponible en: http://asset.rue89.com/files/rapport_france_telecom_0.pdf). No obstante, la cuestión relativa a la “causalidad” del suicidio es compleja y controversial: algunos privilegian las analizar el pasaje al acto como efecto de una falla en la estructura psíquica, respecto de la que las vicisitudes del trabajo operarían como mero “detonante”; otros adoptan una clínica en la que se otorga al trabajo un lugar central en la etiología de las descompensaciones (Dejours C, Begue F. 2009; Huez D. *Souffrances invisibles et dépressions professionnelles. Mettre l'organisation du travail en deliberation*. Travailler 2009; 10 : 39-55; Lhuillier D. *Dépressions sévères et travail*. L'Encéphale 2009; 35: 291-5; Lhuillier D. *Suicide et travail*, La Revue du Praticien 2011; 2: 198-201). Es claro que la problemática psicológica individual de la persona que se suicida no puede reducirse a su sufrimiento considerado únicamente desde el punto de vista del trabajo, lo que no impide que el trabajo tenga algo que ver, considerando el reto que representa para cada sujeto (Molinier P. *Los suicidios relacionados con el trabajo: ¿un indicio de su precarización?* [Internet]. Topia 2014; Disponible en: <http://www.topia.com.ar/articulos/suicidios-re-lacionados-trabajo-%C2%BFun-indicio-su-precariaci%C3%B3n>). No obstante, el sólo hecho de que las personas que se han suicidado o lo han intentado hayan considerado que esa decisión estaba en relación con su trabajo, constituye en sí una señal de alerta que requiere de una lectura sintomática (Davezies, P. *Suicides*. De mauvaises réponses à une vraie question. Revue Santé & Travail 2007; 60: 29-31). La reconstrucción de los casos de suicidios de France-Telecom, muestra que la gran mayoría tenía licencia por depresión. A su vez, la depresión reactiva profesional, que frecuentemente precede al suicidio, es la forma más común de las modalidades de descompensación y suele ser subdiagnosticada (Huez D. *Souffrances invisibles et dépressions professionnelles. Mettre l'organisation du travail en deliberation*. Travailler 2003; 10: 39-55).

progresiva desestructuración de los vínculos (16, 36). b) La *aplicación de normas de calidad total* o “cero defecto”: aunque la perfección es imposible de alcanzar, el ideal de excelencia es la norma para las empresas de nuestros días (43, 44). La imposición de prescripciones imposibles de cumplir no sólo generan un aumento de la intensidad y la carga de trabajo, sino un costo psíquico significativo en la medida en que inducen a participar de un “como si” a fin de cumplir con una exigencia imposible ser alcanzada. Esto coloca a las personas en una posición complicada respecto de su ética profesional y personal, dando lugar al *sufrimiento ético*. c) La *gestión mediante el terror*: supone modalidades de gestión que funcionan mediante la amenaza directa o velada, a fin de producir una desestabilización calculada. Es aquí donde hay que situar los fenómenos acoso y violencia contra otros y contra sí¹⁹.

La introducción de las modalidades de gestión del trabajo que evalúan el desempeño individual y estimulan la rivalidad entre agentes complican la cooperación entre trabajadores y ponen en jaque la existencia misma de los colectivos de trabajo. A partir de aquí comienzan a estar al acecho las derivas patógenas del sufrimiento.

Un “colectivo de trabajo”, lejos de ser algo dado, surge a partir de la cooperación, esto es, de los lazos que construyen los individuos entre sí en función de las dificultades reales de las situaciones de trabajo. Supone relaciones de confianza, interdependencia y obligación mutua que van más allá de la coordinación de puestos y tareas prescripta por la organización formal de trabajo. Son estos lazos construidos en el seno de la cooperación que permiten generar una interpretación compartida de las órdenes prescriptas, encontrar soluciones colectivas a las contradicciones que surgen de la organización del trabajo e inventar reglas prácticas para que las cosas funcionen. El colectivo de trabajo posee una función primordial en la elaboración una serie de consensos, normas y valores que permiten encuadrar las maneras de realizar el trabajo y diferenciar lo que es eficaz y de lo que no lo es, lo bueno de lo malo, lo justo de lo injusto. Esta actividad deóntica (45) supone la creación de reglas que no

son sólo técnicas, sino que regulan y organizan la vida en común en el trabajo, es decir, la manera de convivir. A su vez, los colectivos de trabajo poseen un rol central en la el despliegue de la dinámica del reconocimiento, es decir, la retribución simbólica relativa a la dimensión del hacer²⁰. El reconocimiento implica el juicio de los pares, lo cual solo es posible si funciona el colectivo.

Cuando los lazos que conforman a un colectivo de trabajo se resquebrajan, aparece la desconfianza, se esfuman las reglas comunes y comienzan a estar al acecho todas las derivas de la violencia. La invitación a la competencia generalizada entre personas, equipos y servicios, los contratos por objetivos, la evaluación individualizada del desempeño, en un marco de precarización laboral, llevan al desarrollo de conductas desleales entre pares. El resultado es el aislamiento de cada individuo, la fragmentación de la convivencia, y la desolación (45).

Es la desestructuración de los vínculos al interior del colectivo de trabajo la que constituye la base de las patologías de la soledad²¹ y abre el espacio para la “banalización del mal” (36), es decir, para la tolerancia al abuso, su no denuncia y la colaboración con su producción. Las patologías de la soledad tienen como rasgo común el aislamiento y deterioro de los recursos defensivos colectivos contra los efectos patógenos del sufrimiento y las coacciones del trabajo.

Las derivas del sufrimiento en relación al trabajo serán por tanto muy diferentes según el exista un colectivo de trabajo o el individuo permanezca aislado y en silencio respecto del propio sufrimiento. La soledad afectiva y la impotencia respecto de una situación de trabajo vivida como insostenible e imposible de modificar posee un rol crucial en las depresiones y en el suicidio (46). En el mismo sentido, los procesos de acoso psicológico no solo conciernen a la persona acosada sino que funcionan como medio eficaz de intimidación de quienes son testigos, haciendo de estos cómplices silenciosos²². Esta abstención de apoyo y solidaridad juega un papel central en el desarrollo de la patología.

Para la Psicodinámica el éxito de estos métodos de dominación no puede ser imputado a la lógica del siste-

¹⁹ En el Caso Telecom de Francia, se instrumentó este tipo de estrategia managerial, en la que la utilización del acoso fue central para forzar el “retiro voluntario” de los trabajadores.

²⁰ La dinámica del reconocimiento se refiere a la retribución esperada por el sujeto que trabaja, la cual no solo es económica sino simbólica. Esta dinámica se despliega a través de la construcción de dos tipos de juicios que se refieren al trabajo realizado (al “hacer” y no a la persona), y que son enunciados por actores específicos comprometidos directamente en la gestión colectiva de la organización del trabajo: 1. El juicio de utilidad, proferido por superiores jerárquicos y subordinados y clientes; y 2. el juicio de belleza, proferido por pares, colegas o comunidad de pertenencia. La retribución simbólica conferida por el reconocimiento está en relación con la transformación del sufrimiento en placer ya que es mediante estos juicios que el esfuerzo puede revertirse en gratificación identitaria o realización de sí.

²¹ La denominación de “patologías de la soledad” se basa en el concepto de desolación o loneliness, en el sentido que le diera a este término Hannah Arendt en Los orígenes del totalitarismo (Dejours C. Trabajo Vivo, Tomo II: Trabajo y emancipación. Buenos Aires: Topia; 2013).

²² Aunque la violencia y el acoso son nuevos en el mundo de trabajo, lo que es novedoso es la soledad del acosado/a. En psicodinámica del trabajo los procesos de acoso son interpretados de modo diferente al enfoque victimológico: la discusión etiológica se desplaza de lo individual que apela a rasgos de personalidad de la víctima y del victimario, al proceso colectivo implicado en la organización de trabajo y sus transformaciones (Wlosko M, Ros C. Violencia Laboral y organización del trabajo en personal de enfermería. En: Crítica de la cultura organizacional. Claves para cambiar la organización del trabajo. Montevideo: Udelar y Psicolibros; 2008. p. 490-511; Wlosko M, Ros C. La organización de trabajo como generadora de violencia laboral en la enfermería. En: Mendes AM, compiladora. Violência no trabalho: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica. São Paulo: Mackenzie; 2010. p. 173-98; Wlosko M, Ros C. Violencia Laboral en el sector salud: Abordajes conceptuales y resultados de investigación en personal de enfermería en la Argentina. En: Personas Cuidando Personas: Ser Humano y Trabajo en salud. Representación OPS/OMS Chile/Facultad De Psicología Universidad Diego Portales: Chile, 2012; p. 211-30).

ma económico: para que estos funcionen es preciso que haya consentimiento e incluso voluntad de colaborar. Para funcionar, todo sistema necesita, no solo de la obediencia de los individuos sino de su celo profesional, es decir de su inteligencia (45).

Aunque el trabajo no constituye una panacea, ofrece recursos que pueden ponerse al servicio de la cultura y

la civilización conjurando las derivas hacia la violencia y la barbarie. En este sentido la psicodinámica del trabajo posee un alcance político: apuesta por poner de manifiesto el sufrimiento en relación al trabajo a fin de fundamentar una crítica social del nuevo malestar en la cultura ■

Referencias bibliográficas

1. Dejours C. Trabajo y desgaste mental. Buenos Aires: Editorial Humanita; 1990.
2. European Agency for Safety and Health at Work. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg: EU-OSHA; 2007.
3. Organización Internacional del Trabajo. Riesgos emergentes y Nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación. Ginebra: OIT; 2010.
4. Organización Internacional del Trabajo. Lista de Enfermedades Profesionales (revisada en 2010). Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales: Criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT [Internet]. Serie Seguridad y Salud en el Trabajo, Serie Nº 74. Disponible en: www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed.../wcms_204788.pdf.
5. Eurofound and EU-OSHA. Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014. Available from: http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1443en_0.pdf. http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1443en_0.pdf.
6. European Working Conditions Surveys. Quinta encuesta europea sobre las condiciones de trabajo 2010 [Internet]. EWCS; 2010. Available from: <http://www.eurofound.europa.eu/es/surveys/ewcs/2010/european-working-conditions-survey-2010>.
7. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Managing musculoskeletal disorders. Ireland: Dublin 18; 2007.
8. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. Geneva: OIT; 2006.
9. Di Martino V. Violence at the workplace: the Global Challenge. ILO. Programme on Safety and Health at Work and the Environment (SafeWork) International Conference on Work Trauma. Johannesburg; 2000.
10. European Agency for Safety and Health at Work. Workplace violence and harassment: a European picture. EU-OSHA: Luxembourg; 2010. Available from: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC>.
11. Di Martino V, Hoel H, Cooper C. Preventing violence and harassment in the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2003.
12. Organización Internacional del Trabajo. Directrices marco

- para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: OIT; 2003
13. Organización Internacional del Trabajo. Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. Meeting of Experts to Develop a Code of Practice on Violence and Stress at Work in Services: A Threat to Productivity and Decent Work. Geneva: OIT; 2003.
 14. Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, condiciones, medio ambiente laboral y salud de la Argentina, 2009 [Internet]. SRT; 2009. Disponible en: http://www.srt.gob.ar/images/Publicaciones/Informes_investigacion/LIBRO_FINAL_Corregido_2014.pdf.
 15. Wlosko M, Ros C, Macías G, Muskats S. Violencia laboral en trabajadores del sector servicios de la Ciudad de Buenos Aires. Acta Científica XXIX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, ALAS, SocioRed y FACSOS. Santiago de Chile; 2013.
 16. Dejours C. Vulnérabilité psychopathologique et nouvelles formes d'organisation du travail (approche étiologique). *L'Information psychiatrique* 2007; 83: 269-75.
 17. Dejours C, Gernet I. Psicopatología del trabajo. Buenos Aires: Ceil-Miño y Dávila; 2014.
 18. Ganem V, Gernet I, Dejours C. Le travail: que signifie ce terme en clinique et psychopathologie du travail? *L'Information psychiatrique* 2008; 84: 801-7.
 19. Dejours C. Trabajo y desgaste mental. Buenos Aires: Editorial Humanitas; 1990.
 20. Molinier P, Flottes A. Les approches en cliniques du travail en France. *Travail et Emploi* 2012; 129: 51-66.
 21. Dejours C. Folie et travail: de l'analyse étiologique aux contradictions théoriques (à propos d'un état de mal asthmatique). En: Dejours C. Observations cliniques en psychopathologie du travail. Presses Universitaires de France «Souffrance et théorie»; 2010. p. 17-45.
 22. Molinier P. Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie* 2010/2; 10: 99-110.
 23. Dejours C. Trabajo Vivo, Tomo I: Sexualidad y Trabajo. Buenos Aires: Topia; 2012.
 24. Davezies Ph. Eléments de psychodynamique du travail. Comprendre le travail. *Éducation permanente* 1993; 3 (116) 33-46.
 25. Dejours C, Molinier P. Le travail comme énigme. *Sociologie du travail* 1994; HS/94: 35-44.
 26. Dejours C. Travail, modernité et psychanalyse. *Revue Res Publica* 2004; 38.
 27. Molinier P. Le care a l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. En: Molinier P. Le souci des autres. Paris: Editions de l'EHESS; 2005. p. 299-316.
 28. Grenier Pezê M. Forclusão do feminino na organização do trabalho: um assédio de gênero. *Revista Produção* 2004; 14 (3): 6-13.
 29. Carpentier MC. Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier. Montréal: Éditions Liber; 1991.
 30. Wlosko M, Ros C. La vivencia subjetiva del trabajo en personal de enfermería. Tercer Anuario de Investigaciones en Psicología. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA; 1993.
 31. Wlosko M, Ros C. Violencia laboral y organización del trabajo en personal de enfermería. En: Varios autores. Crítica de la cultura organizacional. Claves para cambiar la organización del trabajo. Buenos Aires: Área de Psicología del Trabajo y sus organizaciones, Facultad de Psicología, Udelar, Psicolibros. Montevideo; 2008. p. 490-511.
 32. Wlosko M, Ros C. Subjetividad y Trabajo: El caso de los trabajadores del cementerio. IV Anuario de Investigación en Psicología. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA; 1995.
 33. Dejours C. Adolescence: le masculin entre sexualité et société. *Adolescence* 1988; 6: 89-116.
 34. Dejours C. Plaisir et souffrance dans le travail. Tome 1. France: Aocip; 1993.
 35. Dejours C. La Banalización de la injusticia Social. Buenos Aires: Topia Editorial; 2006.
 36. Dejours C. Psychanalyse et politique: science, sexe, travail. *filigr@ne. Revue de Psychanalyse* 2007; 16 (2): 6-20.
 37. Molinier P. Le continent noir de la féminité: travail et/ou sexualité? *Cliniques Méditerranéennes* 2002; 66: 105-23.
 38. Molinier P. Psicodinâmica do trabalho e relações sociais de sexo. Um itinerário interdisciplinar. 1988-2002. *Revista Produção* 2004; 14 (3): 6-13.
 39. Molinier P. Trabajo y compasión en el mundo hospitalario. Una aproximación a través de la psicodinámica del trabajo. *Cuadernos Relaciones Laborales* 2008; 26 (2): 121-38.
 40. Seligman-Silva E. Psicopatología e Saúde Mental no Trabalho. En: Mendes R. *Patologia do Trabalho* -2 vol. Brasil: Atheneu Rio; 2013.
 41. Hochschild A. The managed heart: commercialization of human feeling. Berkeley, CA: University of California Press; 1983.
 42. Dejours C. Vulnérabilité psychopathologique et nouvelles formes d'organisation du travail (approche étiologique). *L'Information psychiatrique* 2007; 83: 269-75.
 43. Aubert N, De Gaulejac V. El costo de la excelencia. España: Paidós; 1994.
 44. Dujarier MA. L'ideal au travail. Paris: Presses Universitaires de France; 2010.
 45. Dejours C. Trabajo Vivo, Tomo II: Trabajo y emancipación. Buenos Aires: Topia; 2013.
 46. Lhuillier D. Suicide et travail. *La Revue du Praticien* 2011; 2: 198-201.

Efectos del riesgo psicosocial laboral en la Salud Mental de funcionarios del Servicio Médico Legal de Chile

Elisa Ansoleaga

Psicóloga

Magíster en Gestión y Políticas Públicas; Doctora en Salud Pública

Investigadora del Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile
E-mail: maria.ansoleaga@udp.cl

Marcelo Urra

Psicólogo

Unidad de Relaciones Laborales, Servicio Médico Legal, Chile

Resumen

Aún cuando numerosos estudios han mostrado los nocivos efectos de la exposición al riesgo psicosocial laboral en la Salud Mental de trabajadores, existen ocupaciones particularmente riesgosas producto de su naturaleza y de las condiciones en que se realiza el trabajo. Este artículo analiza las asociaciones entre dimensiones psicosociales del trabajo y la Salud Mental en trabajadores del Servicio Médico Legal en Chile. La muestra, nacional y representativa, constituida por 757 funcionarios (46% hombres y 54% mujeres) del SML, contestó en 2013, una encuesta *online* para medir exposición a riesgo psicosocial y resultados de Salud Mental. El análisis de datos consideró estadística descriptiva e inferencial. Los resultados muestran que los funcionarios presentan en general, un alto riesgo psicosocial: altas demandas psicológicas (83%), escaso apoyo social de pares y superiores (53%), *jobstrain* (15%), *isostrain* (12%), desbalance esfuerzo-recompensas (69%). Asimismo, uno de cada tres reportó síntomas depresivos, distrés y consumo de psicotrópicos. Los trabajadores señalan que los problemas derivados del trabajo contribuyen a los síntomas o al consumo. Finalmente, los sujetos expuestos a riesgo psicosocial presentaron una chance mayor de sufrir problemas de Salud Mental que aquellos no expuestos. Se requieren medidas preventivas diligentes para atender a esta población de alto riesgo.

Palabras Clave: Riesgo psicosocial - Salud Mental laboral - Trabajadores sector público - Karasek - Siegrist.

EFFECTS OF PSYCHOSOCIAL RISK AT WORK ON MENTAL HEALTH OF THE FORENSIC MEDICAL SERVICE OFFICIALS IN CHILE

Abstract

Although numerous studies have shown the harmful effects of exposure to psychosocial risk at work on the mental health of workers, there are particularly hazardous occupations product of their nature and the conditions under which the work is done. This article analyzes the associations between psychosocial risk at work and mental health in the Forensic Medical Service (SML) in Chile. The national and representative sample of 757 employees (46% men and 54% women) of SML, answered an online survey in 2013, to measure risk exposure to psychosocial risk and mental health outcomes. Data analysis considered descriptive and inferential statistics. The results show that workers have a high psychosocial risk: high psychological demands (83%), low social support (53%), Jobstrain (15%), Isostrain (12%), effort- rewards imbalance (69%). Also, one in three reported depressive symptoms, distress and consumption of psychotropic drugs. The workers reported that the problems of work contribute to the symptoms or consumption. Finally, subjects exposed to psychosocial risk had a greater chance of experiencing mental health problems than those not exposed. Diligent preventive interventions are needed to address this high risk population.

Key words: Psychosocial Risk - Work mental health - State workers - Karasek - Siegrist.

Introducción

La Calidad de Vida puede ser entendida como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona (1, 2) que involucra aspectos psicológicos como materiales. El trabajo es una dimensión vital de la calidad de vida y de este modo, la calidad de vida laboral puede ser definida como “*un concepto multidimensional que se integra cuando el trabajador ve cubiertas las siguientes necesidades: soporte institucional, seguridad e integración al puesto de trabajo y satisfacción por el mismo, identificando el bienestar conseguido a través de su actividad laboral y el desarrollo personal logrado, así como la administración de su tiempo libre*” (3).

Los estudios de la calidad de vida laboral tienen larga data (3) y surgen de la necesidad de relevar el derecho a condiciones laborales dignas como exigencia por parte de los trabajadores, pero también, por el interés de los directivos para aumentar la productividad basado en mejores recursos y condiciones para el empleado (3). Diversos son los factores determinantes de la calidad de vida laboral. Nadler y Lawler describen 4 factores: participación activa de los empleados; sistema de recompensas equitativo; condiciones materiales laborales favorables; y roles y responsabilidades delimitados (4). El modelo de Hackman y Oldham se focaliza en dimensiones para el diseño de cargos: variabilidad de habilidades; identidad de la tarea (responsabilidades asociadas a resultados); autonomía de decisiones; interrelación de funciones y cargos (5).

De otra parte, la salud pública en su ámbito de salud ocupacional, ha comenzado a mostrar un creciente interés por el estudio de las dimensiones psicosociales del trabajo y de sus efectos en la salud de los trabajadores. En este marco, se definen los factores psicosociales como elementos asociados a las condiciones y la organización del trabajo, que según cómo se presenten en el espacio laboral, pueden constituir factores de riesgo o de protección para la salud (6). En su versión de riesgo, el efecto de la exposición se traduce en enfermedades o trastornos de salud, de los cuales es precursor el estrés.

Dos son los principales modelos que han levantado evidencia internacional para analizar los factores psicosociales laborales: el Modelo de Karasek y Theorell (7) y el Modelo de Siegrist (8). El modelo de Karasek y Theorell, plantea la generación de tensión psíquica o *Jobstrain* como resultado de la relación entre las dimensiones de demanda psicológica (requisitos de las tareas, imposición de plazos, cargas de coordinación, interrupción constante, etc.), la latitud decisional (control respecto a los procesos de trabajo y discrecionalidad en el uso de las capacidades, posibilidad de decidir cómo hacer el trabajo y de aprender en él) y el soporte social (apoyo social de pares y jefes). La tensión psíquica es una condición que emerge cuando las demandas exceden la capacidad de control y autonomía de los sujetos para ejecutar sus tareas. Complementariamente el *Isostrain* consiste en la presencia combinada de alta demanda psicológica, baja latitud decisional (control) y bajo soporte social (carencia de apoyo social de pares y jefes). Esta es, en el modelo

de Karasek y Theorell la condición de mayor riesgo para la salud (7).

Por su parte, el modelo de desbalance esfuerzo-recompensa de Johannes Siegrist explica el estrés laboral a partir del juicio que el trabajador realiza acerca del costo-beneficio de su quehacer, en relación al balance entre los factores que implican esfuerzos y recompensas. El esfuerzo puede ser extrínseco, en cuanto las demandas son exigidas y obligadas desde la organización, e intrínseco cuando emerge desde el propio trabajador. Por otra parte, las recompensas pueden presentarse de manera económica (vía salarial), mediante la estima percibida y por medio del estatus o reconocimiento que le otorga el puesto de trabajo al trabajador (8).

Estos modelos han dado origen a 2 relevantes instrumentos para la medición de los riesgos psicosociales, el *Job Content Questionnaire* (JCQ) de Karasek (9) y el *Effort - Reward Imbalance Test* (ERI) de Siegrist (10). En Chile, junto con la validación de las versiones breves para los instrumentos de Karasek y Siegrist (11), la Superintendencia de Seguridad Social validó en 2013 (12) para la población Chilena la versión española del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, ISTAS (13) cuyo instrumento original es el *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*, (COPSOQ) (14).

En Chile, la evidencia muestra una importante proporción de exposición a riesgos psicosociales laborales, tanto en población trabajadora general (15) como en algunos ámbitos específicos, principalmente de la salud (16). De este modo, ha sido posible evidenciar asociaciones significativas entre sintomatología depresiva y factores de riesgo psicosocial laboral, en población general (15), en trabajadores de un hospital público (16), en minería (17) y en el propio SML asociado a demandas emocionales (18).

Si bien se puede sostener que estos riesgos son transversales a diversos sectores económicos y se han constatado en organizaciones públicas y privadas, se han identificado ocupaciones particularmente riesgosas producto de su naturaleza y de las condiciones en que se realiza el trabajo. Especial atención se ha puesto en el riesgo psicosocial en trabajadores de servicios asistenciales en que se ponen en juego una fuerte demanda emocional del trabajo. (16, 18, 19).

El estudio que presentamos a continuación es parte del Diagnóstico Nacional de Calidad de Vida Laboral y Salud Mental que el Servicio Médico Legal de Chile realizó en 2013. El Servicio Médico Legal (en adelante SML), es un organismo técnico dependiente del Ministerio de Justicia, que asesora al Ministerio Público y los Tribunales de Justicia en materias médico-legales y forenses. Si bien los Servicios Médico Legales suelen ser conocidos por la población, principalmente, por la función que desempeñan en diversos procedimientos con fallecidos en las morgues, otra importante proporción del trabajo consiste en la realización de pericias médico-legales con personas que deben enfrentar situaciones vinculadas con la justicia. Entre ellas, se incluyen peritajes por delitos sexuales, violencia intrafamiliar, pruebas de ADN por paternidad, alcoholemias, entre otras. Lo anterior,

expone a los funcionarios a altos montos de demandas emocionales (18) lo que, en ausencia de medidas preventivas, puede generar efectos en la Salud Mental de sus trabajadores. Como parte de una directriz institucional, el SML asume la importancia de abordar las consecuencias psicolaborales para los funcionarios de trabajar en el contexto del dolor humano, tanto por la involucración con la muerte como en los peritajes de delitos violentos. Y por ello, se propuso cuantificar un conjunto de dimensiones vinculadas a la calidad de vida laboral y sus posibles efectos en la salud mental. En específico, este trabajo se propuso analizar las asociaciones entre dimensiones psicosociales del trabajo y resultado de salud mental en trabajadores del SML.

Metodología

Se realizó un estudio de carácter cuantitativo y transversal.

Universo y muestra

La población objetivo consideró al 100% de funcionarios del SML. El universo total de funcionarios fue de 978 y la muestra estuvo compuesta por 757 funcionarios a nivel nacional.

Instrumento y variables

El instrumento ensamblado de 226 ítems y un tiempo de respuesta de 50 minutos, consideró dos dimensiones centrales: "Calidad de vida laboral" y "Salud Mental". Para este reporte se analizaron las escalas de riesgos psicosociales validadas para Chile (11) que incluyen los Modelos de Karasek (7) y de Siegrist (8). Ésta fue administrada durante 6 semanas en julio y agosto de 2013, vía *online*, en formato de autoaplicación y resguardando confidencialidad y anonimato.

Variables de exposición

Se utilizaron como variables de exposición la "tensión psíquica" o "jobstrain" e "isostrain" del modelo de Karasek y Theorell (7) y el desequilibrio esfuerzo-recompensa de Siegrist (8).

La escala Demanda/Control/Soporte Social considera 3 dimensiones: demanda psicológica y emocionales (5 ítems y 4 ítems respectivamente), latitud decisional (5 ítems y considera control y uso de habilidades en el trabajo) y apoyo social (6 ítems). Karasek señala que una situación laboral que combina altas demandas psicológicas con una escasa latitud decisional, denominada *tensión psíquica*, constituye una dimensión de especial riesgo para la salud. Asimismo, cuando la tensión psíquica se acompaña de un bajo soporte social, estamos en presencia de una situación denominada *Isostrain*, la que ha sido identificada como la de mayor riesgo en este modelo (7).

Desbalance Esfuerzo-recompensa considera 2 dimensiones principales, el esfuerzo extrínseco (3 ítems relativos

a la cantidad de tareas, el ritmo en que se desempeñan y las interrupciones sufridas durante el trabajo) y las recompensas (10 ítems con variables relativas a la estima, promoción en el trabajo y recompensas monetarias). La percepción de desbalance entre los esfuerzos invertidos en el trabajo y las recompensas recibidas constituye la dimensión de mayor riesgo en este modelo y se obtiene mediante un ratio entre los puntajes obtenidos en los esfuerzos y las recompensas (8).

Variables de resultado

Presencia de síntomas depresivos: presencia sistemática (2 semanas o más) durante los últimos 12 meses de distimia (sentirse deprimido por un período superior a 2 semanas consecutivas) y/o anhedonia (pérdida de interés por la mayor parte de las cosas que le gusta hacer como su trabajo, pasatiempos o cualquier actividad).

Distrés psicológico: Se evaluó mediante un instrumento de *screening* de distrés psicológico inespecífico que evalúa la prevalencia de síntomas en los últimos 6 meses (20). La escala considera 6 síntomas asociados a depresión, inquietud, fatiga, sentimiento de culpa y ansiedad.

Consumo de psicotrópicos: consumo regular (en los últimos 12 meses) de medicamentos para disminuir la ansiedad, para dormir, y para remontar el ánimo. Además interesó conocer las razones (atribuciones) de los síntomas o consumo de psicotrópicos que hacen los funcionarios respecto del origen de los mismos: del trabajo remunerado y doméstico; sólo del trabajo remunerado o empleo; sólo del trabajo doméstico y de cuidado; de la familia y el hogar; otras causas.

Variables de control: se incluyeron las siguientes variables de estratificación y control: sexo; edad; etnia; contar con personas a su cuidado en el hogar; situación financiera: incluye grado de endeudamiento y estrechez económica; sistema de turnos, tipo de contrato; y, años de servicio.

Análisis de datos: el análisis consideró el cálculo de porcentajes y correlaciones para caracterizar a los participantes. Se emplearon test de Chi cuadrado para evidenciar diferencias entre los grupos. Mediante modelos de regresión logística se describen los principales factores de riesgo para la Salud Mental de los funcionarios, utilizando odds ratio como medida de asociación (IC 95%). Los modelos controlaron el efecto de posibles confusores: área de trabajo, cargo, jornada, etnia, edad. Todos los análisis utilizaron el software estadístico STATA 11.0.

Resultados

Como se aprecia en la Tabla 1, un 77.4% del total de funcionarios -de las 39 sedes a nivel nacional- del SML participó del estudio (45.9% hombres y 54.1% mujeres). Los rangos de edad se distribuyen homogéneamente. Un 8% de los funcionarios se considera perteneciente a algún pueblo indígena. Un 57.9% de la muestra indica que tiene a su cuidado "hijos(as) o niños(as)". Un 41.4% señala que respecto al sueldo que ellos reciben y el ingreso familiar "no les alcanza y tienen algunas o muchas difi-

cultades" y 49% de los funcionarios señala destinar un 75% o más de su sueldo a pagar deudas. Respecto de las características laborales de la muestra, un 13% trabaja bajo algún sistema de turnos o en trabajo nocturno; un 91% tiene un contrato a plazo fijo anual (contrata) y, sólo el 7.5% tiene un contrato indefinido (de Planta); asimismo, casi un cuarto de los trabajadores tiene una

antigüedad igual o mayor a 15 años. En relación al cargo, la mayor proporción considera a profesionales (32.36%), seguido por médicos (19.28%), administrativos (26.28%) y un 22.06% de técnicos y auxiliares. Todos los cargos tuvieron una importante representación en la participación en el estudio (Ver Tabla 1).

Con relación a las dimensiones psicosociales del tra-

Tabla 1. Descripción de la muestra de funcionarios del Servicio Médico Legal.

Variable	Recuento	Porcentaje
Sexo		
Femenino	410	54.2%
Masculino	347	45.8%
Rango de Edad		
18-29 años	96	12.7%
30-39 años	262	34.6%
40-49 años	209	27.6%
50 años y más	190	25.1%
Etnia		
Pertenece a pueblo indígena	61	8.1%
No pertenece a pueblo indígena	696	91.9%
Personas a su cuidado		
Hijos(as) o Niños(as)	436	57.9%
Adultos Mayores	143	19%
Personas discapacitadas	61	8.1%
Estrechez Económica		
Presenta dificultades económicas a fin de mes	306	41.4%
No presenta dificultades económicas a fin de mes	432	58.6%
Nivel de Endeudamiento		
75%-100%	362	49%
25%-50%	313	42.4%
Menos del 25%	63	8.5%
Características Laborales		
Sistema de Turnos		
Sólo Diurno	663	87.6%
Sólo Nocturno	2	0.3%
En turnos (rotativo sólo día)	11	1.5%
En turnos (rotativo día-noche)	71	9.4%
En turnos por ciclos	10	1.3%
Tipo de Contrato		
Honorario	10	1.3%
Contrata*	690	91.2%
Planta	57	7.5%
Años de Servicio		
0-5 años	244	32.23%
5-10 años	238	31.44%
10-15 años	104	13.74%
15 o más años	171	22.59%
Distribución de Cargos		% de participación
Médico	112	76.00%
Profesional	245	85.40%
Administrativo	199	75.40%
Técnico y Auxiliar	167	74.20%

* Personal contratado a plazo fijo renovable anualmente.

bajo y como se puede apreciar en la Tabla 2, teniendo en consideración el modelo de Karasek, los funcionarios reportan altos montos de demandas psicológicas (83%), así como también un escaso apoyo social de pares y superiores (53.1%) y en menor magnitud una escasa latitud decisional (16.6%). Asimismo, es importante identificar que un 15.2% de la población reporta *jobstrain* prove-

niente de la combinación de altas demandas psicológicas y escasa latitud decisional, y un 12.4% reporta *isostrain*, situación laboral que combina altas demandas, escasa latitud decisional y bajo apoyo social. Por otra parte, en relación al modelo de Siegrist, es posible constatar que una importante proporción de trabajadores presenta desbalance esfuerzos-recompensas (68.7%).

Tabla 2. Dimensiones psicosociales del trabajo en funcionarios del SML.

Factores de la organización del trabajo	Recuento	Porcentaje
Desbalance Esfuerzo-Recompensa	520	68.7%
Alta Demanda Psicológica	628	83.0%
Baja Latitud Decisional	126	16.6%
Bajo Apoyo Social Total	402	53.1%
<i>jobstrain</i> (baja latitud y alta demanda)	115	15.2%
<i>Isostrain</i> (baja latitud, alta demanda y bajo apoyo social)	94	12.4%

Como se observa en la Tabla 3, un tercio de los trabajadores reportó sintomatología depresiva (33.6%), distrés elevado (33.8%) y consumo de psicotrópicos (31%). Al consultar a los funcionarios por las razones de los síntomas o del consumo de psicotrópicos, destaca que mientras un quinto (21.1%) atribuyó la presencia de sintomatología depresiva a problemas derivados del trabajo remunerado; casi un 40% señaló que su distrés proviene de problemas laborales, y un cuarto vincula su consu-

mo de psicotrópicos a problemas del trabajo. Asimismo, cabe destacar que la proporción de atribuciones de los síntomas o del consumo a problemas derivados exclusivamente del trabajo doméstico y de cuidado o de otros problemas de la familia y el hogar, es muy marginal para comprender la presencia de las tres situaciones de salud analizadas: en el caso de los síntomas depresivos alcanza un 10.4%, en el caso del distrés 14.4% y para el consumo de psicotrópicos tan sólo el 8.3%. (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Resultados de Salud Mental en funcionarios del SML y atribuciones al origen de estos resultados.

Variable	N	Porcentaje
Sintomatología Depresiva	252	33.6%
Razones de Sintomatología Depresiva		
Del trabajo remunerado y doméstico	140	18.7%
Sólo del trabajo remunerado o empleo	158	21.1%
Sólo del trabajo doméstico y de cuidado	3	0.40%
De la familia y el hogar	75	10.0%
Distrés Elevado	253	33.8%
Razones de Síntomas de Distrés		
Del trabajo remunerado y doméstico	206	27.5%
Sólo del trabajo remunerado o empleo	299	39.9%
Sólo del trabajo doméstico y de cuidado	13	1.7%
De la familia y el hogar	95	12.7%
Consumo de psicotrópicos	232	31.0%
Razones del consumo de psicotrópicos		
Del trabajo remunerado y doméstico	191	25.5%
Sólo del trabajo remunerado o empleo	186	24.9%
Sólo del trabajo doméstico y de cuidado	9	1.2%
De la familia y el hogar	53	7.1%

La importante presencia de riesgos psicosociales laborales, evaluados a través de las dimensiones de los modelos de Karasek y Siegrist y habiendo constatado también un importante reporte sobre la Salud Mental de los funcionarios del SML, mediante modelos de regresión logística, se realizó un análisis para estimar las asociaciones entre la exposición a las dimensiones psicosociales del trabajo y los resultados de salud mental evaluados.

Tal como se observa en la Tabla 4, las funcionarias mujeres que presentaron *jobstrain* tienen una chance mayor de presentar sintomatología depresiva (OR=2.12), Distrés psicológico (OR=1.91) y de consumir psicotrópicos (OR=1.98) al compararse con aquellas no presentaron *jobstrain*. Para el caso de los hombres que presentaron *jobstrain*, sólo se observaron asociaciones significativas para el resultado de sintomatología depresiva (OR=3.13). Es decir aquellos funcionarios expuestos a *jobstrain* tienen 3 veces una mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos que aquellos que no presentan *jobstrain*.

El análisis de la dimensión *isostrain* nos arroja resultados similares evidenciando un cambio en la magnitud de las asociaciones tanto para hombres como para mujeres. Por lo tanto, funcionarias mujeres expuestas a *isostrain* tienen una probabilidad 2 veces mayor de presentar síntomas depresivos, distrés y consumo de psicotrópicos que las mujeres que no presentan esta situación laboral.

Finalmente, en relación a la dimensión de desbalance esfuerzos recompensas, encontramos que las mujeres que perciben una situación de desbalance entre los esfuerzos que despliegan en sus trabajos y las recompensas que reciben a cambio, tienen una chance mayor de sufrir síntomas depresivos (OR=1.62), distrés psicológico (OR=4.36) y consumo de psicotrópicos (OR=1.50) que aquellas que no presentan desbalance esfuerzo-recompensas. Por su parte, los hombres expuestos a desbalance tienen una chance 2 veces mayor de sufrir distrés (OR=2.43) al compararse con los funcionarios no expuestos a esta situación.

Tabla 4. Asociaciones entre riesgo psicosocial laboral y salud mental en hombres y mujeres.

Dimensión de riesgo psicosocial	Sintomatología depresiva		Distrés psicológico		Consumo de psicotrópicos	
	OR	IC (95%)	OR	IC(95%)	OR	IC(95%)
<i>jobstrain</i>						
Hombres	3.13	1.43-6.85	NS	-	NS	-
Mujeres	2.12	1.18-3.80	1.91	1.05-3.47	1.98	1.11-3.51
<i>Isostrain</i>						
Hombres	2.18	0.91-5.22	NS	-	NS	-
Mujeres	2.63	1.41-4.92	2.47	1.29-4.71	1.88	1.02-3.45
Desbalance Esfuerzo-Recompensa						
Hombres	NS	-	2.43	1.13-5.21	NS	-
Mujeres	1.62	0.97-2.71	4.36	2.43-7.83	1.50	0.91-2.48

Adicionalmente, considerando las variables de estratificación se observó que el riesgo de padecer sintomatología depresiva se ve incrementado en las mujeres (OR=1.46) en comparación con los hombres; en la Región Metropolitana (OR=2.37) en comparación con el resto de las regiones; en quienes desempeñan cargos administrativos (OR= 2.81) cuando se les compara con los médicos.

Cuando se considera el distrés psicológico, las mujeres presentan un riesgo mayor (OR=1.48) que los hombres. El cargo y las áreas de trabajo no hacen diferencia en relación al distrés. El tipo de jornada laboral de turnos rotativos día-noche se presenta como factor protector,

es decir se asocia a un riesgo menor de padecer distrés cuando se le compara con la jornada diurna regular. Finalmente, la chance de consumo de psicotrópicos es mayor en mujeres (OR=2.03) al compararse con los hombres; quienes tienen jornada nocturna tienen un riesgo incrementado de consumo de psicotrópicos cuando se le compara con la jornada diurna regular; la Región Metropolitana tiene una mayor chance de consumo (OR=1.50) que las otras regiones. Cuando se compara a los técnicos y auxiliares con los médicos, la condición de los primeros constituye un factor protector (OR=0.50), en relación los médicos. La pertenencia a etnias y los tipos de jornada no presentan riesgos diferenciales en

relación a los tres resultados de salud mental analizados, exceptuando para síntomas depresivos.

Conclusión y discusión

Se concluye que los trabajadores del SML presentan preocupantes índices de sintomatología vinculada a problemas de Salud Mental: uno de cada 3 funcionarios presenta síntomas depresivos, distrés y consumen al menos un psicotrópico. En relación a este resultado, es importante destacar también la influencia que tienen los problemas derivados del trabajo en la producción de los síntomas, lo que nos confirma la relevancia social del trabajo como espacio de producción de bienestar/malestar y salud mental. Al comparar los resultados de este estudio con un estudio nacional sobre riesgo psicosocial laboral y salud mental (15) encontramos que la prevalencia de síntomas depresivos en el SML es mayor a la encontrada en población trabajadora general (34% vs. 9%). Asimismo, se observan diferencias por sexo, en mujeres la prevalencia de síntomas depresivos a nivel nacional fue de un 15% y en el SML alcanzó un 37%, mientras que en hombres, la prevalencia nacional de síntomas depresivos fue de 6% versus un 29% en el SML (15).

Asimismo, se observan importantes proporciones de riesgo psicosocial, destacando la presencia de demandas psicológicas y el desbalance esfuerzos-recompensas. Mientras la exposición a tensión psíquica es similar entre la muestra estudiada y en población nacional (16%), al considerar el *isostrain* (combinación de alta demanda psicológica, baja latitud decisional y bajo soporte social), una de las dimensiones de mayor riesgo para la salud, un 12% de los funcionarios del SML presentó dicha condición siendo un porcentaje mayor que en población nacional (10%) (15).

De otra parte, un 69% de los funcionarios presentó desbalance entre los esfuerzos invertidos en el trabajo y las recompensas recibidas en él, mientras que a nivel nacional la cifra alcanzó a un 50% de la población (15). Sin embargo, un estudio en trabajadores de hospital mostró resultados similares en esta dimensión (16), lo que nos invita a pensar en la relevancia del reconocimiento en los espacios de trabajo que implican la provisión de servicios con altas demandas psicológicas. Del mismo modo, nos alerta sobre la importancia de los mecanismos por los cuáles este tipo particular de organización del trabajo se hace cargo o no de una gestión preventiva en la materia.

Concordante con lo que señala la literatura a nivel nacional, la exposición a los riesgos psicosociales laborales se da especialmente en ciertas ocupaciones (21) y se asoció a peores resultados de Salud Mental en los funcionarios del SML (11, 15, 16, 17).

Entre las limitaciones de este estudio está su carácter transversal y, en consecuencia, la imposibilidad de testear causalidad. Asimismo, aún cuando la encuesta resguardó la confidencialidad de los participantes, los resultados respecto a otros indicadores de interés, tales como el consumo de alcohol, muestran posibles sesgos de deseabilidad social en la respuesta. Por último, la aplicación de encuestas *online* reviste el riesgo de excluir a población que no usa tecnología habitualmente, lo cual fue controlado con medidas previas al lanzamiento de la encuesta que, aunque no terminaron con dichas dificultades, impactaron de forma positiva en la participación de una gran cantidad de funcionarios.

Se estima que los resultados aquí presentados tienen un fuerte impacto a nivel individual como organizacional. El dolor y sufrimiento que enfrentan los funcionarios del SML producto del trabajo que realizan cotidianamente, constituye en sí mismo una condición de riesgo para su bienestar y su Salud Mental. A nivel individual, impacta negativamente en la salud física y mental, lo cual se expresa en múltiples manifestaciones sintomáticas, mientras que a nivel organizacional, se vincula con problemas de motivación, desempeño (pérdida de productividad), insatisfacción laboral, bajo compromiso organizacional, ausentismo, rotación laboral, entre otras. La falta de reconocimiento del origen laboral del sufrimiento y de los síntomas aquí evaluados, impide su real y oportuna atención, por ejemplo, creando espacios de contención emocional y cuidado de los equipos expuestos a circunstancias de alto riesgo psicosocial. Por ende, la promoción, prevención y tratamiento del estrés laboral y del sufrimiento y malestar en el trabajo, requiere actuar en 3 niveles: individual, de los equipos de trabajo y organizacional.

Dado que el SML es una institución que cumple funciones exclusivas y no tiene otros referentes u organizaciones con las cuales compararse o de las cuales reproducir experiencias, el establecimiento de un Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad de Vida y Salud Mental de sus funcionarios requerirá de la participación de los funcionarios de todos los estamentos y niveles de la institución, ya que son los únicos expertos en la materia. Las experiencias internacionales revisadas, corroboran que la eficacia de las intervenciones en temas de calidad de vida y salud mental laboral, está estrechamente relacionada con el nivel de participación con que estas hayan sido definidas (22, 23, 24). Otro insumo importante para determinar qué estrategias desarrollar tiene relación con la definición de grupos prioritarios a partir de los resultados del diagnóstico nacional, entre los cuales destacan las mujeres y quienes trabajan en Tanatología, entre otros ■

Referencias bibliográficas

- Martínez L, Oviedo-Trespalcios O, Luna C. Condiciones de trabajo que impactan en la vida laboral. *Salud Uninorte* 2013; 29 (3): 542-60.
- Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Rev Latinoam Psicol* 2003; 33 (2): 161-4.
- Gómez M. Calidad de vida laboral en empleados temporales del valle de Aburrá - Colombia. *Rev Ciencias Estratégicas* 2010; 18 (24): 225-36.
- Nadler DA, Lawler EE. Factors influencing the success of labor-management quality of work life projects. *J Occup Behav* 1983; 1 (1): 53-67.
- Hackman JR, Oldham GR. *Work Redesign*. Reading, Mass: Addison-Wesley 1980.
- OIT. Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión. Ginebra: OIT-OMS; 1984.
- Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
- Siegrist J, Wege N, Puhlhofer F, Wahrendorf M. A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health* 2009; 82 (8): 1005-13.
- Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P y Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998; 3 (4): 322-55.
- Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med* 2004; 58 (8): 1483-99.
- Ansoleaga E, Montaña R, Vézina M. Validation of two complementary instruments for measuring work stress in Chilean workers. *Sca J Org Psychol* 2013; 5 (2): 5-14.
- Ministerio de Salud. *Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2013.
- Moncada S, Llorens C, Navarro A, Kristensen. *ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhagen (COPSOQ)*. *Arch Prev Riesgos Labor* 2005; 8 (1): 18-29.
- Kristensen T, Hannerz H, Hogh A, Borg V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire -a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health* 2005; 31 (6): 438-49.
- Ansoleaga E, Vézina M, Montaña R. Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres. *Cad Saúde Pública Rio de Janeiro* 2014; 30 (1): 107-18.
- Ansoleaga E. Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Rev Med Chile* 2015; 143: 47-55.
- Ansoleaga E, Toro JP. Factores psicosociales laborales asociados a riesgo de sintomatología depresiva en trabajadores de una empresa minera. *Salud Trab (Maracay)* 2010; 18: 7-16.
- Ansoleaga E, Toro JP. Salud mental y naturaleza del trabajo: Cuando las demandas emocionales resultan inevitables. *Rev Psicol Org Trab* 2014; 14 (2): 180-9.
- Gil PR. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev Esp Salud Publica* 2009; 83 (2): 69-173.
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002; 32 (6): 959-76.
- Pérez-Franco J. Distribución del riesgo psicosocial laboral en Chile. *Rev Chil Salud Publica* 2014; 18 (1): 52-60.
- Organización Mundial de la Salud. *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo*. Ginebra: OMS; 2010.
- Biron C, Cooper C, Gibbs P. *Stress Interventions versus Positive Interventions. Apples and Oranges?* Oxford: Oxford Handbook Online; 2011.
- Snyder CR. *Handbook of hope*. In: Biron C, Cooper P, Gibbs C, editors. *Stress Interventions versus Positive Interventions. Apples and Oranges?* Oxford: Oxford Handbook Online; 2011.

Inserción laboral de personas con trastorno mental severo. La experiencia grupal y de empleo con apoyo en una institución de salud mental comunitaria en Buenos Aires

Adriana Hönig

*Licenciada en Psicología
Coordinadora de Grupos/ Psicodramatista. Coordinadora del Área de Inserción Laboral de Proyecto Suma,
Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental
E-mail: adrihönig@gmail.com*

Resumen

A partir del análisis de la experiencia de un grupo de reflexión dedicado a la capacitación laboral de personas que padecen trastornos mentales severos se desarrolla el problema de la inclusión social y laboral de estas personas. La perspectiva de los usuarios y los receptores son analizadas a la luz de considerar el trabajo como herramienta transformadora de la subjetividad. La experiencia se apoya en el concepto de empleabilidad y destaca la importancia del empleo con apoyo. Se enfatizan la afectación y movilización emocional que se producen en los participantes, respetando itinerarios personales para llegar a la inserción. Se analiza la experiencia en términos de la transformación del imaginario de las instituciones, los profesionales, las empresas y la comunidad respecto de la enfermedad mental, el concepto de recuperación y el estigma implicado.

Palabras clave: Inserción laboral - Empleo con apoyo - Recuperación - Estigma - Perspectiva de los usuarios.

JOB PLACEMENT FOR PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESS. THE GROUP EXPERIENCE AND EMPLOYMENT SUPPORT IN A COMMUNITY MENTAL HEALTH INSTITUTION IN BUENOS AIRES

Abstract

Starting from the depiction of the experience of a reflection group dedicated to job search and job placement for people with severe mental illness, social and working inclusion problem is analyzed. Users' and work receptors' perspectives are analyzed after considering work as a transforming tool of their subjectivity. This experience is based on the concept of employability. Supported employment is highlighted. Emotional moving and subjective affectation within participants are specifically taken into account, and individual pathways towards working insertion valued and respected. This reflection group is analyzed in terms of mental health services' imaginary transformation, as well as professionals, firms and community's attitudes towards people with mental illness, and the concept of recovery and stigma associated to them.

Key words: Job placement - Supported employment - Recovery - Stigma - Users' perspectives.

Introducción

Desde hace varios años, la inserción laboral de personas con trastorno mental severo es una realidad en varios países. Diversas experiencias y trabajos científicos dan cuenta de ello poniendo de relieve la transformación subjetiva que estar o no estar inserto laboralmente implica. El acceso al trabajo en personas con trastornos mentales severos está cobrando una visibilidad creciente a la luz de una multiplicidad de artículos acerca de las consecuencias subjetivas que su carencia o presencia pueden implicar (1). Interesa de la inclusión laboral de personas con trastornos mentales severos (como consecuencia de una esquizofrenia, un trastorno bipolar u otros), tanto la problemática de derechos ciudadanos implícitos en ella como su aspecto clínico e insoslayable para la recuperación, entendida esta última como la posibilidad de reinserción laboral y social aún con la persistencia de algunos síntomas (2, 3, 4, 5). Por otra parte, pese a que un empleo puede reportar tanto beneficios económicos -que seguramente contribuirían a la autonomía-, como una mejor calidad de vida, mayor satisfacción personal, autoestima, y mejoría sintomática (4), son aún escasos los esfuerzos de las instituciones asistenciales de Salud Mental en estimular, colaborar o apoyar el trabajo en personas con trastorno mental severo, excepto en países, como es el caso de España, en donde hay políticas sanitarias que brindan apoyo económico y otorgan infraestructura para espacios, personal y derivación de pacientes desde los hospitales a los lugares de inserción. En concordancia con ello, distintos estudios internacionales, en países desarrollados, muestran que la tasa de empleo de estas personas sería inferior al 10% (6). Asimismo, en el resto de los países este tipo de estudios son casi inexistentes.

En ocasiones esta población es analizada como parte del conjunto de personas con discapacidad, no diferenciando discapacidad intelectual de discapacidad psíquica o psicosocial, que correspondería a la población que analizamos. De la discapacidad intelectual, se sabe que en Argentina su tasa de empleo ronda el 25% (7). Es cierto que si amalgamamos la discapacidad psíquica con la intelectual, se diluye su problemática específica y de este modo podrían postergarse soluciones más acordes a sus posibilidades y dificultades. Pero, por otra parte, las personas con esta discapacidad pueden adquirir derechos que de otro modo les sería difícil alcanzar.

En otra línea de análisis, la inserción laboral de personas con trastorno mental severo, que pueden presentar algún nivel de discapacidad psíquica, puede ser tan beneficiosa o perjudicial como lo puede ser para personas sin este trastorno, en tanto y en cuanto el trabajo sea considerado sólo desde su eficiencia y desde exigencias de calidad y capacidad productiva. Así, no será beneficioso para una persona con enfermedad mental y tampoco para quienes carezcan de ella. Que la inserción laboral sea un objetivo en el trabajo con esta población no significa que, en determinadas condiciones, el empleo no pueda volverse insalubre. Y si fuera el caso, la incidencia de los factores patógenos del trabajo

podría ser más perjudicial en la población que analizamos que en otra. Factores patogénicos tales como el estrés laboral, el *burn out*, o el *mobbing*, entre otros, son los que debemos tener en cuenta para analizar la adaptación o inadaptación de personas con trastornos mentales severos a los trabajos actuales. Pero algo análogo sucedería, por caso, con el estrés vinculado a la falta de empleo. En el sentido que señala el experto en psicodinamia del trabajo, Christophe Dejours, partimos de la idea del trabajo como transformador de la subjetividad del individuo: "*Si el trabajo puede generar lo peor, hasta empujar a algunos asalariados al suicidio, también puede generar lo mejor y ser un medio poderoso en la construcción de la salud*" (8).

Será recién en segundo lugar, por detrás de este aspecto, que consideramos la cantidad o calidad de producción laboral que realice esa persona ya sea en modo individual o en equipo. Pero de ninguna manera debiera ser índice de su positiva inserción o integración.

Los modelos asistenciales que hacen foco en el trabajo suelen bascular entre: a) una oferta de trabajo como terapia intrahospitalaria o intrainstitucional, según la cual la mejoría se evalúa por tener el tiempo ocupado, por la producción de algún objeto y por la adaptabilidad del paciente; y b) en el otro extremo, la evaluación de la mejoría sobre la base de la concreta inserción en el mercado competitivo. Por regla general, ambos eluden aspectos centrales de la contribución del trabajo a una saludable transformación personal.

La inserción laboral es una trama compleja que articula, como dice Saraceno, "*intereses, necesidades y deseos*" (9). El trabajo y la inserción laboral de una persona colaborarán en su resubjetivación, siempre y cuando las condiciones laborales se ajusten a sus posibilidades reales de inserción. De este modo, el trabajo se convierte tanto en un medio de subsistencia como en un medio de satisfacción personal y obtención de reconocimiento. Pasa así a formar parte de la recuperación y el proyecto individual de la persona. Como dice Saraceno, "*el tema es en qué medida el trabajo es un medio de subsistencia y en qué medida un medio de autorrealización, de acuerdo con el valor que la sociedad atribuye al trabajo, y de cuánto un trabajo forma parte de un proyecto para un individuo*" (9).

Los modelos asistenciales no acostumbran atender ni a una ni a otra. Asimismo, en la inicial búsqueda de los aspectos generales laborales del marco teórico desde el cual pensar esta problemática, se eligió por su amplitud y adecuación a nuestro trabajo, el concepto de "*empleabilidad*" en el sentido que le dan Gallard, Jacinto y Suarez: "*... la empleabilidad no tiene que ver sólo con competencias técnicas, sino también con la responsabilidad individual, la autonomía y auto-organización de la tarea, la cooperación y la capacidad de trabajo en grupo, la adaptabilidad a los cambios y la predisposición al aprendizaje permanente*" (10). En este marco, atendiendo a estos aspectos, describiremos y analizaremos la experiencia de un grupo de reflexión para la inserción laboral que funciona desde 2009 en una ONG dedicada a la asistencia y rehabilitación en Salud Mental, ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Qué hacemos

Un programa de inserción laboral, que se desarrolle en una institución privada, en una ONG, o en un organismo público, debería contar entre sus objetivos no solo la reinserción propiamente dicha sino también la instalación del tema laboral en la subjetividad de sus usuarios, en sus pensamientos y sentimientos cotidianos y, no menos importante, en la mente de todos los trabajadores de Salud Mental.

El programa cuya experiencia relataremos cuenta además, y como modelo creado en esta institución, con una instancia grupal de reflexión cuyas especificidades escribiremos más adelante. Promueve el encuentro de lugares de inserción laboral en trabajos competitivos -si es posible-, en trabajos protegidos o pasantías -si es el caso- o, teniendo en cuenta itinerarios personales, la implementación del empleo con apoyo (EA), atendiendo a las pautas y protocolos de esta opción de inserción laboral (11, 12).

Brevemente: la inserción laboral que caracteriza el EA, necesita para su implementación exitosa el seguimiento de la persona que trabaja en su lugar de trabajo en forma regular al comienzo y luego, según demanda realizada por un profesional o técnico laboral, el seguimiento de su familia, del receptor del usuario (jefe o encargado) y de los compañeros de trabajo, además de estar en estrecha comunicación con los profesionales tratantes. Es un montaje complejo que requiere personal idóneo, tiempo de trabajo y apoyo de todos los actores institucionales para que sea exitoso. *“El hallazgo más consistente en la literatura especializada en empleo con apoyo ha sido la ausencia de factores propios del usuario que sean predictores de mejores resultados de empleo. El diagnóstico, la sintomatología, la edad, el sexo, el grado de minusvalía, la hospitalización previa, y el nivel educativo han sido todos analizados y ninguno ha demostrado ser predictor relevante ni consistente. Curiosamente, ni siquiera una concurrencia de abuso de sustancias ha demostrado predecir los resultados de empleo. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), al presentar en 2007 un Informe Global sobre “Igualdad en el Trabajo: Abordando los desafíos”, ha indicado expresamente la necesidad de un creciente apoyo a las personas con discapacidad y desventaja social. La OIT recomienda una combinación de subsidios públicos flexibles para que los empleadores puedan compensar la falta de una plena productividad de sus empleados con discapacidad y desventaja”* (13).

Como el objetivo de esta comunicación es describir y analizar el programa de inserción laboral y el modelo grupal creado en la institución para la formación previa a la inserción, pasamos a describirlo.

El grupo es abierto, con entrada y salida de los participantes en el momento que lo desean. Funciona durante una hora y cincuenta minutos, una vez por semana, y es coordinado por dos psicólogas. La coordinación se propone como descentrada, como dice Ana Fernández, a la escucha de los sentidos diversos que se van entramando durante cada encuentro (14).

Hay personas que estuvieron un mes, otras seis, otras asisten hace cinco años. Su salida muchas veces depende

de haber conseguido trabajo, de considerar que cumplieron una etapa, y también de sentir que el grupo no les aporta a su desarrollo o no cumple con las expectativas que tenían sobre la actividad en el momento de inscribirse. El promedio de participantes es de diez a doce personas en forma estable. Se coordinan ejercicios escritos y psicodramáticos (sobre todo, *role playing*) de acuerdo al tema que se trata, y se debate permanentemente sobre los temas abordados. Los participantes llevan una carpeta o cuaderno donde toman sus apuntes, guardan sus fotocopias, traen material propio, vuelcan y guardan sus ejercicios escritos.

No se entiende al grupo en su homogeneidad, portador de una sola voz, sino como un grupo que en sí mismo contiene la heterogeneidad necesaria y suficiente para que sean escuchadas cada una de las voces. En general se trabaja en subgrupos y luego en plenario para que cada subgrupo a través de un vocero (o más, según lo deseen) cuente cómo estuvieron trabajando y a qué preguntas o conclusiones llegaron.

La actividad principal de este grupo es la promoción de conocimientos y vivencias que hacen a la capacitación laboral y a poner en circulación todo aquello que se les ocurre en relación a lo que es para ellos trabajar. La actividad de este grupo se acercaría a lo que en algunos ámbitos similares de otros países se denomina *“formación prelaboral”* (15).

En el grupo de reflexión los participantes traen ideas, situaciones, problemas personales que se les hayan presentado respecto a determinados temas de la capacitación, de las pautas generales laborales sobre las que se trabaja, sobre la elaboración del currículum, cartas de presentación o experiencias de entrevistas laborales. También las experiencias de haber estado insertos en trabajos. Éstas se tratan entre los participantes que quieran opinar, que aporten situaciones semejantes, más el aporte del coordinador.

Se resaltan aquellas cuestiones que insisten en el grupo, que resuenan similares, o que no aparecen. El grupo de reflexión sirve para tematizar aquello que es difícil de pensar solos o con otros, en ámbitos comunes como la familia, la escuela, u otros grupos de pertenencia si es que los tienen. El grupo pasa así a ser una red en la que pueden “caer” tranquilos al volcar en ese espacio semanal lo que desean respecto a su situación laboral, tanto en lo que se refiere a lo concreto de la inserción, como a su imaginario sobre el tema.

De la mano del concepto de empleabilidad antes mencionado, en nuestra modalidad de reflexión sobre la capacitación laboral, se insiste en trabajar temas como: el autoestima, la motivación para el trabajo, la organización personal, las modalidades vinculadas en ámbitos sociales, transformándose de este modo en las herramientas que siembran autonomía, que permiten que estas personas se conecten con una dimensión distinta que la de su enfermedad, en otro momento inhabilitante. Desde la coordinación se toma en cuenta sobre todo el aspecto afectivo de todos los temas teóricos mencionados así como la movilización emocional que producen tareas como la

confección de currículum, cartas de presentación personal, entrevistas, etc.

Este grupo de reflexión es “operativo” para tematizar cuestiones que son difíciles de pensar en soledad. Esta tematización imprime nuevas formas de atribución de sentidos a lo que están haciendo, a lo que no pueden hacer, a lo que quisieran hacer, en la medida que legitima conocimientos adquiridos, ideas y deseos, brindando una plataforma emocional que diferencia este grupo de un taller común de capacitación laboral. El grupo y su devenir vehiculiza esta legitimación.

También es una “caja de resonancia” porque permite escuchar y ser escuchado, con aquel “resto” de deseo y pensamiento -generalmente devaluado por el estigma que prejuzga todo aquello que expresa una persona con trastorno mental. El etiquetamiento, con frecuencia internalizado, recibido de parte de quienes la rodean cotidianamente, se pone en cuestión con lo que cada uno dice, haciéndose eco en el otro y volviendo enriquecido para, así, hacer funcionar lo que Kesselman/Pavlovsky llaman la “máquina grupal” (16).

Se diferencia de un grupo terapéutico porque se trabaja, justamente, con este resto sano y porque en la coordinación no están inscriptas previamente ni durante el trabajo las categorías diagnósticas de modo de encaminar el diálogo a partir de ellas. Se está atento, en cambio, a otros devenires del pensamiento y acción de los integrantes, en la convicción de que es posible el desarrollo de las potencialidades hasta el límite personal de cada uno, sin saber de antemano cómo será para cada integrante en particular.

El único límite, para ser precisos, está puesto en la inscripción de este grupo en una institución de Salud Mental, que marca su especificidad y diferencia respecto de inscribirse en un centro cultural o en un centro de capacitación laboral público o privado.

Se parte de la idea que la capacitación laboral puede fortalecer la sensación interna de capacidad para “volver al ruedo”, si se trabaja preferentemente de modo grupal y aprovechando los temas de capacitación para reflexionar, para interactuar, para sentirse capaz de dar una opinión y ser escuchado, de volver a convencerse de que se tiene algo importante para decir y que este decir puede hacer bien o ser útil a otro, volver también a sentirse capaz de poder escuchar y comprender (17).

Tiempo de concreción

El tiempo de la concreción de la inserción laboral, lo pone el interesado, en nuestro caso, el usuario del grupo. Este tiempo no puede ser evaluado únicamente desde afuera, ni por la familia ni por los profesionales, ni solamente con escalas o tests especializados.

Tampoco puede ser general en su aplicación, sino que debe evaluarse caso por caso y conjuntamente con la persona. Solo es el individuo quien sabe y se sabe dispuesto a pasar de la tematización de lo laboral a la inserción concreta en un espacio de trabajo.

La familia, los profesionales tratantes, y la coordinación del grupo, conforman voces anexas a esa deci-

sión individual, corporal, casi íntima, de quien se va a levantar nuevamente día a día para bañarse y vestirse para tomar un medio de transporte, enfrentar un equipo de trabajo, cumplir con reglas y reglamentos, horarios, disposiciones generales y particulares, organigramas y funciones. Y todo ello, tal vez, después de haber pasado un largo tiempo en estado de “suspensión”, casi en un tiempo de “hibernación”, alejado de esos murmullos, ruidos y colores tan propios del ámbito de trabajo, sea cual fuere.

En ese tiempo las voces se redujeron a una mínima expresión, o se homogeneizaron en indicaciones y evaluaciones, y el tiempo cotidiano estuvo marcado fundamentalmente por los horarios de la medicación, las visitas a los terapeutas y el enfrentamiento con las miradas, a veces compasivas y a veces culpabilizantes, en muchas ocasiones miradas de miedo, de incompreensión, a veces rencorosas, y a veces abiertamente estigmatizantes.

En este sentido, se hace imperioso reflexionar sobre el despliegue de la subjetividad en la actividad grupal y como ésta también contribuyó y contribuye a nuevos lazos sociales. Es decir, el cómo las personas que asisten comienzan a tener la necesidad de seguir conversando sobre este tema a la salida del grupo yendo a tomar café, o en periódicas reuniones los fines de semana. Es un proceso de “resubjetivación”, si entendemos que la subjetividad de quienes asisten estuvo en algún sentido “suspendida” durante sus crisis, en la medida, sobre todo, que su entorno dejó de interactuar con ellos como ellos lo esperaban.

Breve ejemplo sobre la perspectiva de los usuarios en un ejercicio

En el marco de algunas preguntas de la coordinación, como parte de un ejercicio de preguntas y respuestas, nos interesa transmitir la perspectiva de los participantes.

Pregunta 1: *¿Cuáles piensan que pueden ser las debilidades que no les facilitan trabajar en este momento?*

Algunas respuestas: *“Falta de atención”, “falta de perseverancia”, “falta de entusiasmo”, “me falla el arranque”, “no tengo confianza”, “no me organizo”, “me cuestan las rutinas”, “me falta concentración”, “me falta seguridad”, “no puedo confiar en otros”.*

Pregunta 2: *¿Cuáles son las fortalezas que creen disponer y les facilitaría trabajar?*

“Soy comprensivo”, “soy solidario”, “hago esfuerzos”, “tengo paciencia”, “soy responsable”, “soy innovador”, “soy intuitivo”, “soy inteligente”, “soy creativo”, “soy estudioso”, “soy capaz”, “soy creíble”, “soy expeditivo”. A partir de estas intervenciones se profundiza sobre el significado de lo enunciado y así se arma el debate, o la conversación, o la discusión, según el dibujo que el grupo delinee ese día.

Ante una pregunta sobre los beneficios de concurrir al grupo, que entregaron de modo anónimo, manifestaron: *“Aprendí a interactuar con otros”, “aprendí a vencer mis miedos en forma creativa”, “socialización”, “capacitación/eficiencia”, “mayor autoestima”, “más amigos”, “más cosas para pensar en lo que me gusta y lo que no me gusta”, “conseguir un trabajo”, “hablamos y sacamos ideas”, “aprendo”,*

“organizar mi tiempo”, “me ayuda a levantarme temprano”, “me hace bien mentalmente”, “es como una terapia de lo laboral”.

La perspectiva de los receptores

Cuando se pregunta en una empresa que ha recibido a un usuario del programa sobre el nivel de compromiso y responsabilidad que perciben, generalmente la respuesta es la misma: *“las habilidades técnicas y de competencia pueden fallar, no así las habilidades específicas de lo que se denominan competencias blandas o cualidades laborales, difíciles de encontrar actualmente en la población común: responsabilidad, compromiso, actitud solidaria”.* Incluso, esta valoración la hacen comparando con otros empleados a quienes no les atribuyen un padecimiento mental o no poseen un certificado -mal denominado- de discapacidad. Por otra parte, los compañeros laborales y jefes hacen referencia casi siempre al cómo la presencia de una persona de las características que nos ocupa les “suma” experiencia, sensibilización, conocimiento e información sobre una población de la que nada o poco sabían. También hemos observado que se repite mucho la experiencia que a medida que pasa el tiempo reconocen en la persona empleada un parecido con algún familiar del que nunca se habló en su casa o que permanece aislado de la familia a diferencia del nuevo compañero laboral.

En este sentido, entendemos que cada inclusión de una persona con trastorno mental severo en una empresa negocio o comercio, tiene un efecto resonador en la comunidad, echando por tierra estigmas mitos y prejuicios. También se reporta un cambio positivo en el clima laboral con la inclusión de una persona con trastorno mental severo, ya que además de las tareas habituales, los empleados sienten que están haciendo algo solidario, reconocen recursos propios que no conocían de sí mismos, sienten que están haciendo algo por la sociedad y esto positiviza el clima organizacional interno. Vemos que de este modo, en cada espacio y experiencia, se empieza a tejer una posibilidad de menor discriminación y mayor reconocimiento de derechos a corto, mediano plazo y hacia un futuro.

Conclusiones

Un área dentro de una institución de Salud Mental dedicada a la inserción laboral, articulada a los tratamientos especializados y en directa relación con la comunidad, marca una aproximación poco habitual en la Argentina. Hacer foco en la subjetividad y en las condiciones de posibilidad concretas y personales de inclusión social constituye un desafío a las formas establecidas para pensar el trabajo en personas con trastornos mentales severos. Los propios usuarios describen con

claridad y precisión los ejes que atraviesan el “intento de volver al ruedo”. A pesar de que no suelen hablar positivamente sobre sí mismos, la reflexión grupal los acerca más a esto. Para muchos es la primera vez que pueden pensar sobre el desencuentro entre sus intereses, necesidades y deseos -atravesados por limitaciones y potencialidades- con la oferta y exigencias de una sociedad similarmente atravesada. En este sentido, Robert Castel llama “zona de vulnerabilidad social” a aquella caracterizada por dificultades relacionales y precarios vínculos laborales (18). A menos que cambie nuestra subjetividad como comunidad respecto al alojamiento de estos “vulnerables”, a los que venimos haciendo referencia, pasan a la “zona de desafiación”. Es decir, quedan fuera del sistema, con todo lo que eso implica para ellos (en términos subjetivos) y para el Estado (desde el punto de vista socio-sanitario, productivo y económico). Se produce así, imperceptiblemente, un deslizamiento de sentido como operatoria imaginaria social: ya no son las personas con trastornos mentales severos los “vulnerables”, sino la sociedad la que es frágil, temerosa, o aún vulnerable, que no puede responder, alojar, dar cabida nuevamente a quienes dificulta su afiliación. Estamos todavía lejos de una sociedad que albergue de modo equitativo a estas personas, que desean trabajar e integrarse al mercado laboral formal -e incluso al informal-, cuando se toma conocimiento de su historial clínico. En esta transición es fundamental -en el sentido de su importancia y de todo aquello a lo que da origen- instalar dispositivos de las características mencionadas con una clara ideología de inclusión social, con énfasis en el derecho ciudadano y la salida a la comunidad. Una vez más los grupos y su potencia, dentro de un marco institucional, dan cuenta de ello. Cada usuario debiera comprender cabalmente qué significa su re-inserción con sus costos muchas veces dolorosos, su derecho a transitarlos y definir “su” tiempo para esta reinserción. Quizá sea éste el punto fuerte del trabajo realizado y que lo hace operativo en su especificidad. Consideramos al EA el modo más viable para poder seguir investigando los alcances de la reinserción laboral y psicosocial general de las personas. Entendemos que todo lo planteado debe necesariamente ir de la mano de una actividad que propicie la transformación del imaginario de las instituciones, los profesionales, las empresas y la comunidad en general respecto de la enfermedad mental, el concepto de recuperación y el estigma implificado.

Agradecimientos

Al Lic. Martín Agrest, muy especialmente por su estímulo, dedicación y colaboración para la escritura de este artículo y acompañamiento en todos estos años ■

Referencias bibliográficas

1. Pachoud B, Corbière M. Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves: résultats et pistes de recherche. *L'Encephale* 2014 Jun; 40 Suppl 2:S33-44.
2. López M, Laviana M, Álvarez F, González S, Fernández M, Vera MP. Actividad productiva y empleo de personas con Trastorno Mental Severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Revista de la AEN* 2004, 24 (89): 2849-83.
3. Bond GR, Resnick SR, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. Does competitive employment improve non-vocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 489-501.
4. Warner R. Does the scientific evidence support the recovery model? *Psychiatrist* 2010; 34: 3-5.
5. Liberman RP, Kopelowitz A. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatr Serv* 2010; 56: 735-42.
6. Perkins R, Rinaldi M. Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. A decade of rising unemployment. *Psychiatr Bull* 2002; 26: 295-8.
7. Fundación Par. La discapacidad en Argentina: un diagnóstico de situación y Políticas Públicas vigentes a 2005. Buenos Aires: Fundación Par; 2005.
8. Dejours C. La Banalización de la Injusticia Social. Buenos Aires: Topía; 2013.
9. Saraceno B. La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. México, DF: Editorial Pax; 2003.
10. Gallart MA, Jacinto C, Suarez A. Adolescencia, pobreza y formación para el trabajo. En: Konterllnik I, Jacinto C, compiladores. Adolescencia, pobreza, educación y trabajo. Unicef Argentina. Buenos Aires: Editorial Losada; 1996.
11. López Álvarez MN. El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves. La experiencia de Andalucía. *Rev Norte Salud Mental* 2010; 8 (36): 11-23.
12. Jordán de Urríes F, Verdugo MA, Fernandez-Pulido R, Santamaría M. Estándares de Calidad EUSE y resultados en empleo con apoyo. Prácticas basadas en la evidencia. En: VIII Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Salamanca; 2012.
13. Laviana, et al. Los programas de empleo para personas con trastornos mentales graves. Una revisión actualizada de los modelos de intervención [Internet]. 2007. Disponible en: <https://feafes.org/publicaciones/Programasempleopersonascontrastornosmentales.pdf>.
14. Fernandez AM. El campo crupal. Notas para una genealogía. Buenos Aires: Nueva Visión; 1989.
15. Departament de Psicologia Social de la Universitat Autònoma de Barcelona, IGOP, Spora Sinergies. La inserción laboral de las personas con trastorno mental grave o severa en Catalunya: diagnosis participativa; 2010. Disponible en: <https://feafes.org/centro-documentacion/insercio-laboral-persones-trastorn-mental-4432/>.
16. Pavlovsky E, Kesselman H. La multiplicación dramática. Buenos Aires: Editorial Búsqueda; 1989.
17. Van Dongen CJ. Quality of life and self-esteem in working and non-working persons with mental illness. *Community Ment Health J* 1996; 32 (6):535-47.
18. Castel R. La dinámica de los procesos de marginalización. De la vulnerabilidad a la exclusión. En: Acevedo MJ, Volnovich JC. Selección de textos. El Espacio Institucional. Buenos Aires: Lugar; 1991.

El trabajo y la salud: dos derechos sociales

Lucía García Blanco

*Abogada. Licenciada en Psicología
Coordinadora de CoPreAd
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación
E-mail: lagarcia@trabajo.gob.ar*

"Lo que calificará la existencia de un derecho social como derecho pleno no es simplemente la conducta cumplida por el Estado, sino también la posibilidad de reclamo ante el incumplimiento."

Víctor Abramovich y Christian Courtis

Resumen

Salud y trabajo son dos conceptos cuya formulación depende de cada sociedad a partir de valoraciones temporales y particulares. Actualizarlos hoy propone el desafío de interpretar su construcción dentro de sociedades organizadas como sociedades de consumo. Allí, es preciso analizar los procesos políticos y sociales de las últimas décadas, observar al sujeto trabajador a partir de considerarlo una unidad psicofísica, entender la salud como un derecho universal, y comprender y focalizar sobre aquellas conductas sociales patológicas que impactan en el ámbito laboral. La dimensión social del sujeto, la relación salud-trabajo/trabajo-salud es dinámica. Mantener ese dinamismo implica revisar en forma permanente principios, normas y regulaciones que deben adecuarse a la realidad, modos de comunicación y lenguaje, condiciones y medioambiente de trabajo. Esos procesos se inscriben dentro del imaginario social que, hoy en la Argentina, impulsan un cambio de paradigma del que se hace necesario subrayar: el cambio de concepción respecto al rol del Estado, el sentido de las políticas públicas, la importancia de trabajar en complementariedad y de modo interdisciplinario, la importancia de rediseñar el concepto de salud, ampliando su campo de protección, y la importancia de considerar y construir el lugar de trabajo como un espacio saludable.

Palabras clave: Salud mental - Trabajo - Políticas públicas - Derechos humanos.

WORK AND HEALTH: TWO SOCIAL RIGHTS

Abstract

Work and health are two concepts whose formulation varies from one society to another depending on unique and temporal appreciation. Updating them to our time involves the challenge to understand their construction as part of consuming organized societies. Political and social processes during the last decades must be analyzed, and so must be the worker subject as a psychophysics unit. Health, as well, ought to be considered a universal right, from where to focus and understand pathological social behaviors impacting the workplace. The subject's social dimension and the health-work relationship are dynamic. And keeping this dynamic involves to continuously review principles, norms and regulations which need to fit reality, and specific communication and language modes, as well as working conditions and environmental aspects. These processes must be considered as taking part in Argentina's social imaginary worth highlighting: a shift in how the State's role is considered, the public policy's sense, the importance of working in a complementary and interdisciplinary way, redesigning the concept of health through the broadening of those under the State's care and considering and building the workplace as a healthy space.

Key words: Mental health - Work - Public policies - Human rights.

Salud y trabajo son dos conceptos que pueden analizarse en forma particular y cada análisis daría lugar a horas de trabajo y páginas interminables. Unidos, conforman una situación que no puede dejar de pensarse sino dentro de contextos generales mayores, que tienen que ver con los diferentes momentos históricos y sociales en los que puede recortárselos ya que se reformulan y conllevan una valoración que determinará su sentido axiológico predominante en cada sociedad a la luz de sus valores morales, éticos, estéticos, espirituales y políticos.

Para articular y trabajar esta relación, para procurar una mirada actual y contextualizada, es necesario revisar, aunque sucintamente, la evolución a que han dado lugar, en las últimas décadas, los diferentes procesos políticos y económicos que la involucran y producen. El pensamiento político-económico, liberal y neoliberal, que entiende la no intromisión del Estado en la sociedad, las personas y las relaciones sociales, ha planteado su papel respecto a la salud y el trabajo desde la ausencia, dejando librada a la economía empresarial la regulación de las condiciones de trabajo y a la gestión privada el gerenciamiento de la salud, con un criterio de costo-beneficio, legando un saldo negativo respecto de ambos conceptos y su importancia social.

El abstencionismo estatal había traído aparejados los reclamos de los trabajadores, *“reclamos gremiales contra reclamos políticos; reclamos salariales contra reclamos cualitativos sobre las condiciones y el sentido de trabajo”*¹.

Esos reclamos cualitativos amplían el marco de las pretensiones en torno a lo que consideran un buen trabajo. Exigen entre otras cosas, condiciones y medioambientes laborales que tomen en cuenta situaciones que afectan la salud de los trabajadores.

La salud en el trabajo se ve afectada por situaciones propias de un momento determinado que hacen necesario incluir la observación sobre conductas patológicas, otrora inexistentes, que no tenían la misma incidencia y que hoy devienen en condiciones enfermantas. Ello impulsa la necesidad de revisar condiciones y medioambiente de trabajo y redimensionar problemáticas, lo que supone revisar preconceptos, representaciones sociales, modos de comunicación, a la vez que plantea el desafío de interpretar el imaginario social en lo referente al trabajo y a la salud.

Desde el año 2003 se produjo en Argentina un cambio sustancial en el rumbo político y económico. La situación social heredada pone en evidencia, para un Estado ahora presente, la necesidad de actuar en diferentes ámbitos, particularmente en aquellos que afectan la salud, el trabajo y la educación. Se interviene desde la mejora de condiciones básicas, la universalización de derechos, su accesibilidad y la distribución del ingreso. Particularmente en trabajo y salud se optimiza la cantidad y calidad del empleo, se proyecta una reparación paulatina sobre el salario real logrando disminuir la pobreza. Se resignifica el valor de la salud, entendiendo a la misma como un bien social que debe ser resguardado y acrecentado. Cambia el punto de vista desde donde se focaliza la relación del binomio salud-trabajo. El mismo no se centrará en una premisa económica sino social.

La ecuación pasa a integrar una concepción más

amplia, que incluye y toma como punto medular del análisis al sujeto trabajador.

Este Sujeto es ante todo una unidad psicofísica, y desde allí, la idea de salud varía. La mirada y el análisis se hace sobre un ser indivisible al que se considera en el lugar y puesto de trabajo a partir de desempeñar un rol, de tantos que esa persona tiene y desarrolla. *“Debemos pensar que el enfermo es un hombre que es también un padre de familia, un individuo que trabaja y que sufre; y que todas esas circunstancias influyen, a veces, mucho más que una determinada cantidad de glucosa en la sangre. Así humanizaremos la medicina”*².

En esa unicidad, de la cual se parte para un entendimiento holístico, es donde la salud y el trabajo pasan ser aspectos fundamentales del sistema, y el sujeto, quien actúa en medio de múltiples interacciones.

Tomando de la dimensión social del sujeto la relación salud-trabajo/trabajo-salud, pueden señalarse una serie de innovaciones que, entiendo, se inscriben dentro de un cambio de paradigma del que se hace necesario subrayar:

El cambio de concepción en el concepto de políticas públicas

El Estado elabora y ejecuta políticas públicas que colocan al Sujeto como sujeto de derecho y en el centro de la preocupación estatal.

La salud y el trabajo cobran importancia en tanto valores que implican, en un caso, no la ausencia de enfermedad sino un estado completo de *bienestar físico y social*, y en el otro, se recupera el concepto de trabajo en tanto recurso imprescindible como fuente de salud, felicidad y realización.

A tal fin, se ponen en valor disposiciones internacionales (que forman parte de nuestro ordenamiento) que reconocen a la salud como derecho humano fundamental³. En el orden nacional, el artículo 14 bis de la Constitución Nacional asegura el derecho a la salud al disponer en su párrafo tercero que *“el Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable”*⁴. El trabajo, en tanto actividad, queda protegido por la misma norma nacional al establecer que *“en sus diversas formas, gozará de la protección de las leyes”*. La Ley de Contrato de trabajo, por su parte, señala que el trabajo *“tiene como principal objeto la actividad productiva y creadora del hombre en sí”* y reconoce la protección de las leyes, las que asegurarán al trabajador *“condiciones dignas y equitativas de labor”*⁵.

Complementariedad e interdisciplinariedad

La elaboración de estas políticas tiene por objetivo soluciones integrales y permanentes. Ello implica la necesidad de trabajar en forma conjunta y congruente entre los distintos organismos nacionales sumando acciones que posibiliten la continuidad en la tarea por competencia y especialización.

Esta labor se lleva a cabo en forma interdisciplinaria, lo que asegura una mirada amplia, compleja y completa, que permite focalizar desde los diferentes ángulos que conforman los diversos aspectos de una misma realidad. Esa

mirada integral, a su vez, permite entender la problemática que emparenta dos áreas como salud y trabajo a partir de tomar como centro al sujeto en tanto trabajador y referirlo a un tiempo y lugar con las particulares de cada saber.

El concepto de Salud es rediseñado, ampliando su campo de protección

La noción de unicidad del sujeto forja la idea de la protección integral de la salud, lo que implica, no sólo la salud física sino, y muy especialmente, la salud mental, como queda expresado con la sanción de la ley de Salud Mental y en la formulación de su artículo 1°.

El entendimiento del sujeto, en tanto sujeto de derecho, preserva al paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud⁷. La concepción como “*problema de salud*”⁸ de los consumos problemáticos de sustancias y los derechos de quienes los padecen, reconocidos por el artículo 4° de la misma, señala criterios opuestos al concepto imperante hasta entonces por la Ley 23737 respecto de los mismos.

El trabajo es reconsiderado como un espacio saludable

La realidad social en que se encuadra la relación salud-trabajo transpola al ámbito laboral situaciones de estrés, violencia, consumo de drogas (que impactan sobre la jornada de trabajo y provienen tanto de consumos internos como ajenos al ámbito laboral pero que no pueden dejar de hacer sentir sus consecuencias en el mismo), psicofármacos, medicalización de la vida cotidiana (con el abuso de la sobre medicación y la automedicación), entre otros. El mundo del trabajo incorpora como propios factores de riesgo y enfermedad que tienen que ver con los materiales manipulados en algunos trabajos (como los ligados a la química, entre otros) y con las particularidades de la tarea (tareas en altura, con energía, material nuclear, etc.). Todo ello influye sobre el medioambiente de trabajo y hace que la sumatoria de sus condiciones atente contra el estado saludable de la persona en razón de su trabajo determinando, a su vez, la salud de la población en general.

La toma de conciencia operada por los actores colectivos del mundo del trabajo, la injerencia del Estado a través del principio protectorio del Derecho del Trabajo y la actuación del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, es la evidencia de la importancia de la situación y del compromiso que el Estado ha tomado al respecto.

Es, a través de la acción de los Ministerios y creando programas preventivos, que se intenta dar respuestas que lleven a protocolos y procedimientos que permitan ocuparse de la salud en el trabajo desde la mirada preventiva no invasora. Se entiende que las condiciones y medioambiente laborales pueden afectar la salud de los trabajadores constituyéndose en detonantes de sufrimiento en vez de conformar un espacio beneficioso y saludable en el que debe desarrollarse la jornada laboral.

Desde qué lugar se analizan la salud y el trabajo, las condiciones y circunstancias que se toman en cuenta a fin de intervenir o abstenerse, y el modo de hacerlo conforme el modelo político desde donde se lo mira, indican el orden de prioridades en que dichos conceptos, en tanto valores, son apreciados.

La sociedad de consumo es un marco referencial que no puede dejar de tenerse en cuenta a la hora de entender la salud como un derecho universal o un indicador económico de inversión o gasto y al trabajo en tanto actividad vital y estructurante o productor de plusvalía.

Ese marco referencial esta ordenado jurídicamente por una serie de normas y regulaciones que sostienen principios sociales que deben, siempre, adecuarse a la realidad, esa realidad que hoy en la Argentina desafía un cambio de paradigma pues cree necesario revisar, readequar y revalorizar conceptos como la salud y el trabajo.

Ampliar, mantener y mejorar esos principios es la tarea que hoy compromete al Estado garantizando tanto el ejercicio particular de cada uno como su interacción, a fin de lograr lugares de trabajo y trabajadores saludables.

Como todo proceso implica tiempo y una mirada integradora que permita extender los campos de protección y fomentar espacios saludables actualizando las medidas que lo sostengan respecto de las demandas que lo impulsan ■

¹ Dejours C. La banalización de la injusticia social. Buenos Aires: Topía; 2006. p. 35.

² Ramón Carrillo, médico sanitarista, primer Ministro de Salud Pública de Argentina. Disponible en: www.frasesypensamientos.com.ar/autor/ramon-carrillo.

³ “*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios*” (Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art.25, párrafo 1°).

⁴ “*El trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, las que asegurarán al trabajador: condiciones dignas y equitativas de labor, jornada limitada; descanso y vacaciones pagados; retribución justa; salario mínimo vital móvil; igual remuneración por igual tarea; participación en las ganancias de las empresas, con control de la producción y colaboración en la dirección; protección contra el despido arbitrario; estabilidad del empleado público; organización sindical libre y democrática, reconocida por la simple inscripción en un registro especial. Queda garantizado a los gremios: concertar convenios colectivos de trabajo; recurrir a la conciliación y al arbitraje; el derecho de huelga. Los representantes gremiales gozarán de las garantías necesarias para el cumplimiento de su gestión sindical y las relacionadas con la estabilidad de su empleo. El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna*” (Constitución Nacional, Art.14 bis).

⁵ “*Concepto de trabajo. Constituye trabajo, a los fines de esta ley, toda actividad lícita que se preste en favor de quien tiene la facultad de dirigirla, mediante una remuneración. El contrato de trabajo tiene como principal objeto la actividad productiva y creadora del hombre en sí. Sólo después ha de entenderse que media entre las partes una relación de intercambio y un fin económico en cuanto se disciplina por esta ley*” (Ley 20744 de Contrato de Trabajo, Art. 4°).

⁶ “*La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*” (Ley 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental, Art. 1°).

⁷ Ley N° 26742 Modificatoria de la Ley N° 26529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud.

⁸ Ley N° 26657 Derecho a la Protección de la Salud Mental (Sancionada: 25 de noviembre de 2010; promulgada: 2 de diciembre de 2010).

Violencia laboral en América Latina: una revisión de la evidencia científica

Elisa Ansoleaga

*Doctora en Salud Pública por la Universidad de Chile; Investigadora del programa de Estudios Psicosociales del Trabajo,
Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales
E-mail: maria.ansoleaga@udp.cl*

Constanza Gómez-Rubio

*Magíster en Estudios de Género y Cultura, con Mención en Ciencias Sociales por la Universidad de Chile
Psicóloga de la línea de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Universidad de Chile*

Amalia Mauro

*Socióloga, Magíster en Desarrollo Urbano y Regional por el Colegio de México
Directora del Centro de Estudios de la Mujer, Santiago de Chile*

Resumen

Introducción: La violencia laboral ha adquirido relevancia social dada la evidencia respecto a su a sus consecuencias para la salud. Se han identificado diversos efectos, como trastornos del ánimo y del sueño, hostilidad, aislamiento, inseguridad, entre otros. **Objetivo:** describir y analizar la evidencia científica publicada sobre violencia en el trabajo en estudios realizados en países latinoamericanos entre los años 2009 y 2014. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo y cuantitativo. Se realizó una búsqueda en las bases de AcademicSearch Complete (EBSCOhost), Fuente Académica Premier, PSICODOC, Scielo.org, JSTOR y SCOPUS. Se contemplaron estudios empíricos e indexados. **Resultados:** se trabajó con 46 artículos seleccionados. Los estudios evidenciaron una mayor cantidad de violencia psicológica en el trabajo, con un riesgo potencial en mujeres y profesionales de la salud. Así también, las categorías de análisis más reportadas fueron las conductas que expresan violencia, las implicancias en la salud y factores facilitadores. **Conclusiones:** La literatura sobre el estudio de la violencia laboral en América Latina es reciente. Los artículos son de carácter descriptivo, con insuficientes estudios de índole interpretativa o analítica. El personal de salud, particularmente el femenino, tendría condiciones de vulnerabilidad, con relevancia en lo referido al acoso sexual, la inequidad salarial y acoso psicológico. **Palabras clave:** Violencia laboral - Impactos en la salud - Organizaciones - Trabajo.

WORKPLACE VIOLENCE IN LATIN AMERICA: A REVIEW OF THE SCIENTIFIC EVIDENCE

Abstract

Introduction: Workplace Violence has acquired social relevance given the evidence regarding there its health consequences. Has identified various effects such as mood disorders and sleep disorders, hostility, isolation, insecurity, among others. **Objective:** To describe and analyze scientific evidence published on workplace violence in studies in Latin American countries between 2009 and 2014. **Materials and methods:** A descriptive and quantitative study. A search was made on the basis of Academic Search Complete (EBSCOhost) Academic Source Premier, PSICODOC, Scielo.org, JSTOR and SCOPUS. And indexed empirical studies were considered. **Results:** We worked with 46 selected articles. The studies showed a higher amount of psychological violence at work, with a potential risk in women and health professionals. Also, the analysis categories were the most reported behaviors that express violence, health implications and facilitators. **Conclusions:** The literature on the study of workplace violence in Latin America is recent. Items are descriptive, interpretative studies with insufficient or analytical nature. Health personnel, particularly women, have conditions of vulnerability, with relevance with regard to sexual harassment, wage inequality and bullying. **Key words:** Workplace violence - Impacts on health - Organizations - Work.

Introducción

El reconocimiento del acoso laboral como un problema de relevancia social ha ido en aumento a nivel internacional, dada la evidencia respecto a su extensión y profundidad de las consecuencias que genera (1). Por esto, se ha denominado como la nueva epidemia del siglo XXI (2).

Se han elaborado diferentes concepciones para este fenómeno, tales como *mobbing*, acoso laboral psicoterror laboral, violencia laboral, acoso moral, entre otras (3), lo que se traduce en la dificultad de encontrar una definición única, ya que las conductas que constituyen dichos conceptos pueden variar (4). La Organización Internacional del Trabajo (OIT), la entiende como cualquier acción, que no pueda considerarse una actitud razonable y con el cual se agrede, perjudica, degrada o hiere a una persona dentro del contexto laboral (5).

Di Martino, Hoel y Cooper definen violencia laboral como una forma de conducta negativa hacia dos o más personas, caracterizada por la agresividad y los efectos dañinos para la salud, bienestar y seguridad de los trabajadores (6). Por su parte, Einarsen y Hauge se centran en el concepto de acoso psicológico que hace referencia a conductas negativas persistentes, dirigidas contra uno o varios trabajadores por superiores y/o colegas (7).

La violencia laboral puede adoptar distintas formas: agresiones físicas, violencia psicológica o acoso sexual, afectando este último más comúnmente a las mujeres (8). Puede expresarse también en forma más discreta y sutil como la exclusión o el aislamiento de la víctima del grupo (7, 9, 10, 11).

La comprensión de los procesos de violencia laboral han sido conceptualizados a partir de 3 enfoques: 1) en relación a las variables individuales de personalidad, tanto de acosadores y de víctimas; 2) en función de las características inherentes a las relaciones interpersonales; 3) a partir de las características del entorno sociolaboral (1, 12, 13). El primero de los enfoques plantea que la causa primordial de la violencia son las características de los individuos, rasgos de personalidad de la víctima y del acosador así como su perfil sociodemográfico (13). El segundo, responde a una mirada antropológica, en la que los conflictos interpersonales serían propios de las relaciones sociales y por tal, esperables. Dentro de esta perspectiva, que considera el nivel diádico y el nivel grupal, el acoso laboral se da en la interacción entre víctima y victimarios/as (13). La tercera perspectiva postula que un entorno laboral débilmente organizado, propicia la aparición de situaciones de violencia. La evidencia destaca la relevancia de los factores contextuales de la organización en la predicción del acoso y una importante relación entre organización del trabajo y acoso, tales como ambigüedad y conflicto de roles, falta de información, tareas mal definidas, sobrecarga, estilos de liderazgo, valores y estilo de gestión (14, 15). En este sentido, se ha observado que la cultura organizacional reproduce discriminaciones sociales y de género predominantes en la sociedad, que tienden a situar a mujeres y a trabajadores/as pertenecientes a grupos de menor estatus social o a

minorías (étnicas, sexuales) en posiciones de subordinación y de mayor a situaciones de violencia (16).

Algunos estudios en América Latina, evidencian importantes montos de violencia psicológica en el lugar de trabajo. Así, en trabajadores/as de centros de salud primarios de Santiago de Chile, llegó a un 79.16% (17) y en funcionarios/as de instituciones de orden y seguridad chilenos a un 74% (18). A su vez, en trabajadores/as bolivianos y ecuatorianos es de 76.8% y 62.5%, respectivamente (19). En Cuba, la cifra llegó a 51.7% en el sector de servicios y administrativos (20) y a un 45.4% en Colombia (21).

Con relación a las consecuencias del acoso laboral, la literatura ha identificado diversos efectos psicológicos (trastornos del ánimo y del sueño, indefensión, rabia, hostilidad, tendencia al aislamiento, inseguridad, entre otros); una merma en sus relaciones interpersonales con la familia, compañeros y amistades; así como también consecuencias organizacionales (alto absentismo laboral, disminución del compromiso organizacional y abandono del cargo) (22).

Una revisión realizada sobre violencia laboral en contextos de urgencias extrahospitalarias (23) evidenció que las tasas de violencia psicológica a lo largo de la trayectoria profesional eran significativamente mayores (60-76%) que las tasas de violencia física (32-51%). A su vez, no se encontraron variaciones importantes en variables sociodemográficas; no obstante, los resultados en torno al género no son del todo concluyentes. Así, por un lado, se ha encontrado que los hombres son más propensos a sufrir de violencia física, y las mujeres a recibir amenazas y violencia sexual. Sin embargo, hay estudios que no evidenciaron diferencias de género en torno a la violencia (23). En este sentido, en Chile, los resultados de la Encuesta Araucaria (2011) mostraron significativas diferencias entre hombres y mujeres, en el reporte de violencia psicológica (10% vs. 12%), física (11% vs. 15%), y sexual (1% vs. 2.6%), siendo mayor la presencia en las mujeres (24).

La literatura ha mostrado que las enfermeras y asistentes de enfermería tienen altos riesgos de sufrir violencia laboral dentro de su carrera profesional (25). Así, el Consejo Internacional de Enfermeras plantea que el personal de enfermería se encuentra más propenso al fenómeno que funcionarios de seguridad, siendo 3 veces mayor que otros trabajadores víctimas de violencia en el trabajo (26). Parra y Acosta, encontraron que las formas de violencia en enfermeras eran principalmente de acoso entre ellas y por parte de médicos (22).

En el marco del proyecto Dimensiones Organizacionales de la Violencia en el Trabajo en Chile del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico de Chile, en el que se inserta esta revisión sistemática, se ha constatado que el problema de la violencia en el trabajo ha ido adquiriendo creciente importancia en el mundo (2, 13, 14), y existe evidencia para sostener que algunos contextos laborales, tales como el sector salud, refieren una mayor prevalencia del fenómeno. Sin embargo, aún cuando se ha evidenciado que la violencia en las organizaciones cobra relevancia, esto no se ha acompañado

de un correlato equivalente en materia de producción científica en América Latina. Atendiendo a lo anterior, el propósito de este trabajo es describir y analizar la evidencia científica publicada sobre violencia en el trabajo en estudios realizados en países latinoamericanos entre los años 2009 y 2014.

Materiales y métodos

La revisión sistemática fue de carácter descriptivo y cuantitativo, incluyéndose en ésta estudios cuantitativos y cualitativos. En un comienzo se establecieron subcategorías preestablecidas de revisión con las cuales se levantó la información de la literatura seleccionada. Posteriormente, se realizó una síntesis cuantitativa de la distribución de los datos obtenidos.

La búsqueda de la literatura fue realizada entre los meses de agosto y octubre del año 2014 y fue identificada por medio de las siguientes bases de datos: AcademicSearch Complete (EBSCOhost), Fuente Académica Premier, PSICODOC, Scielo.org, JSTOR y SCOPUS.

Los términos de búsqueda o palabras claves en español fueron: “Violencia laboral”, “Acoso laboral”, “Acoso psicológico + trabajo” y “Acoso moral”. En inglés fueron: “Mobbing”, “Harassment + work”, “Workplace bullying” y “Work violence”. Por último, los términos en portugués: “Violência no Trabalho”, “Assédio no trabalho”, “Assédio

moral + trabalho”, “Mobbing”, “Assédio moral”, “Assédio + trabalho”, “Assédio moral no trabalho”.

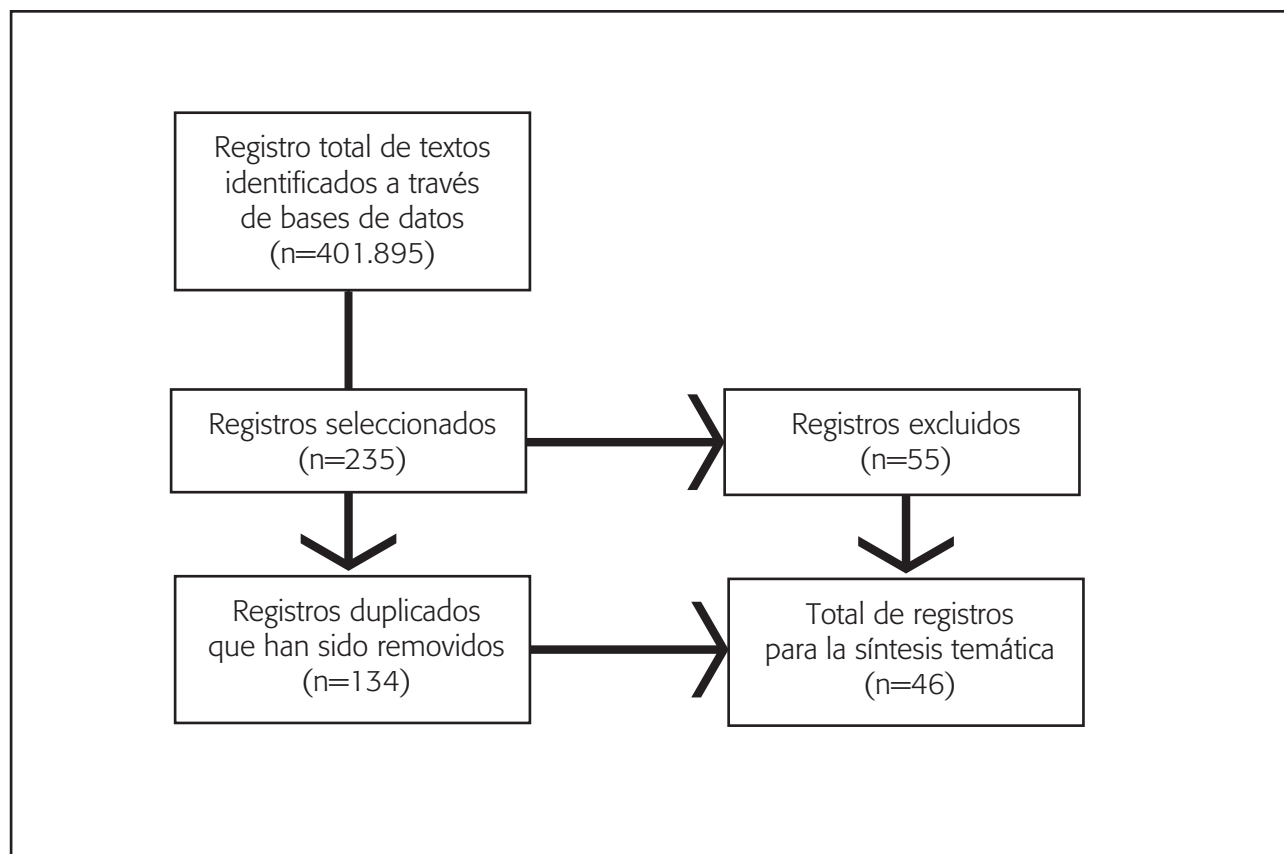
La revisión sistemática consideró artículos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: 1) estudios que hicieran referencia a la violencia en el trabajo y sus distintas expresiones y consecuencias; 2) estudios empíricos realizados con población latinoamericana; 3) estudios publicados entre los años 2009 y 2014, respecto al criterio temporal de búsqueda, fue el usualmente utilizado por la comunidad científica respecto a la validez de las investigaciones por un período de los últimos 5 años (27); 4) literatura escrita en español, inglés y portugués; 5) ser artículos publicados en revistas científicas indexadas en ISI, SCOPUS, Scielo y Latindex, con el fin de asegurar la calidad de las publicaciones.

Como criterios de exclusión se descartaron: 1) artículos teóricos, revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos; 2) artículos cuyas muestras no correspondieran a poblaciones latinoamericanas; 3) publicaciones no indexadas.

El proceso de selección de publicaciones siguió las indicaciones de la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (27).

En el proceso de revisión se utilizó una base de datos construida para el análisis temático de los artículos seleccionados, definiéndose 23 categorías iniciales, las que posteriormente se reconfiguraron en 14, que se describen en la Tabla 1.

Figura 1. Síntesis de proceso de búsqueda y selección de artículos.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 1. Definición de categorías de análisis.

Nombre de la categoría	Definición
Año	Fecha de la publicación
Revista	Revista de origen de la publicación del artículo
País	País de origen muestral
Metodología	Estudio cualitativo, cuantitativo o mixto
Número de muestra	Número de la población con la que se trabajó
Conductas que expresan violencia	Manifestaciones que dan cuenta de algún tipo de violencia laboral
Factores facilitadores de violencia	Condiciones contextuales que fomentan la aparición del fenómeno de la violencia
Impactos en la salud	Efectos físicos, psicológicos o conductuales que se producen por la violencia laboral
Mecanismos individuales de afrontamiento	Estrategias conductuales o psicológicas que despliegan las víctimas de violencia laboral
Mecanismos organizacionales de afrontamiento	Medidas que ponen en marcha las instituciones cuando se produce violencia laboral
Población trabajadora más afectada	Población o individuos que son potencialmente afectados por violencia laboral
Sector ocupacional	Señalar el sector en el cual se realizó el estudio
Tipo de trabajadores	Define la jerarquía ocupacional de los trabajadores
Tipo de violencia	Indicar si corresponde a física, psicológica, sexual o mixta

Fuente: Elaboración propia

Resultados

El conocimiento científico sobre el estudio empírico de la violencia en el trabajo en América Latina es bastante escaso en la actualidad. Del total de los estudios revisados, se seleccionaron 46 artículos que se presentan en la Tabla 2.

En el período considerado (2009-2014) se observa una tendencia al alza de las publicaciones relacionadas con el fenómeno en Latinoamérica, lo que corrobora que su estudio es reciente. En la Tabla 3 puede apreciarse que el año 2012 concentra la mayor cantidad de investigaciones publicadas (28.3%), seguido del año 2011 (26.1%), manteniéndose estable la cantidad para los años 2013 y 2014, con un 13% en cada uno. Por otro lado, el 50% de los estudios corresponden a publicaciones con muestras en Brasil, seguido muy por debajo por Colombia, Argentina y poblaciones compuestas por distintos países con 8.7% respectivamente. Por otro lado, dentro de los países con menos publicaciones se cuentan: Ecuador, Costa Rica, Cuba y Perú, con sólo una publicación en los últimos 5 años.

En relación a las fuentes de publicación, la distribución es homogénea en las 28 revistas científicas, destacando: "*Acta Paulista de Enfermagem*", "*Ciencia & Trabajo*" y "*Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*", con 3 (6.5%) publicaciones respectivamente.

Respecto a la metodología empleada por los estudios, el 50% fueron de carácter cualitativo, el 37% cuantitativo y el 13% mixtos, vale decir, contaban con metodologías cualitativas y cuantitativas. La mayor parte de los/as participantes fueron hombres y mujeres en una misma muestra (71.7%), seguido por muestras exclusivas con mujeres (19.6%). El 8.7% de los artículos no especificaron el sexo de los/as participantes. Cabe destacar que no se encontraron estudios en que los participantes fueran exclusivamente hombres.

Por otro lado, las categorías de análisis aluden principalmente a las conductas que expresan violencia (71.7%), a las implicancias en la salud de ésta (71.7%) y a sus facilitadores (63%). La categoría menos encontrada corresponde a los mecanismos organizacionales de afrontamiento, con sólo un 6.5% de artículos.

Tabla 2. Artículos seleccionados.

Autores	Año	Nombre de publicación	Revista
Zoni M, et al	2011	Adaptación argentina de la Escala Cisneros para evaluar mobbing	Revista Electrónica de Motivación y Emoción
González D, et al	2012	Estrategias de afrontamiento en víctimas de mobbing: diferencias entre trabajadores españoles e inmigrantes latinoamericanos y consideraciones clínicas	Psychologia. Avances de la Disciplina
Ferrari L, et al	2011	¿Moderadores o condicionantes estructurales del campo organizacional de emergencia del maltrato?	Anuario de investigaciones UBA
Pando M, et al	2011	Análisis factorial confirmatorio del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO) para Bolivia y Ecuador	Liberabit
Barbeiro C, et al	2014	Assédio moral e violências no trabalho: caracterização empírica judicial. Relato de experiência no setor bancário	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional
Spoti V, et al	2010	Assédio moral entre docentes de instituição pública de ensino superior do Brasil	Acta Paulista de Enfermagem
Rodrigues M, et al	2014	Assédio moral nas instituições de ensino superior: um estudo sobre as condições organizacionais que favorecem sua ocorrência	Cad. EBAPE.BR
Coelho R, et al	2012	Assédio Moral nas Residências Médica e Não Médica de um Hospital de Ensino	Revista brasileira de educacion medica
Jacoby A, et al	2009	Assédio moral: uma guerra invisível no contexto empresarial	Revista Malestar e Subjetividade
Fernández M, et al	2012	Autopercepción de presuntos perpetradores de acoso psicológico en el trabajo. Un acercamiento fenomenológico	Salud Uninorte. Barranquilla
Pando M, et al	2013	Determinación del mobbing y validación del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT) para Colombia	Salud Uninorte. Barranquilla
Lara J, Pando M.	2014	El Mobbing y los Síntomas de Estrés en Docentes Universitarios del Sector Público	Ciencia & Trabajo
Biagio K, et al	2013	Factors associated with bullying at nurses' workplaces	Rev. Latino-Am. Enfermagem
Schindwein V.	2013	Histórias de vida marcadas por humilhação, assédio moral e adoecimento no trabalho	Psicologia & Sociedade
Ferrari L, et al	2012	Hacia una comprensión colectiva, comunal y relacional del acoso laboral. Algunos vínculos entre víctimas, testigos, responsables y cómplices	Anuario de investigaciones UBA
Dois A.	2012	Hostigamiento laboral: amenaza permanente para enfermería	EG Enfermería Global
González D, Delgado S.	2013	Mobbing en trabajadores españoles y peruanos: un estudio exploratorio con el IAPT-60	Liberabit
Rodríguez N.	2010	Mobbing y nivel de estrés en el ámbito académico	Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina
Rodrigues A, Kieling J.	2014	Mobbing of Working Students	Paidéia
Antunes B, et al	2012	Mulher e trabalho: visibilizando o tecido e a trama que engendram o assédio moral	Psicologia em Revista
Rodrigues L, Vieira W.	2012	O assédio moral na perspectiva de bancários	Rev. bras. Saúde Ocup.
Moraes B, et al	2011	O assédio moral no trabalho na visão de operadores do direito	Psicologia & Sociedade
Soares T, Da Rosa S.	2012	Políticas y prácticas de prevención y combate al acoso moral en una universidad brasileña	Salud de los Trabajadores

Brazileiro R, et al	2013	Por que ocorre? Como lidar? A percepção de professores de graduação em Administração sobre o assédio moral	R.Adm.
Martins M, Ferraz A	2011	Propriedades psicométricas das escalas de assédio moral no trabalho: percepção e impacto	Psico USF
Rigotto R, et al	2010	Produtividade, pressão e humilhação no trabalho: os trabalhadores e as novas fábricas de calçados no Ceará	Rev. bras. Saúde Ocup.
Arce D, et al	2012	Repercusión de los principales factores de riesgo biopsicosociales de la violencia sobre la trabajadora estudiante	Medisan
Cahú G, et al	2014	Situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros no ambiente de trabalho	Acta Paulista de Enfermagem
Ferreira E, et al	2011	Saúde mental do trabalhador: o assédio moral praticado contra trabalhadores com LER/DORT	Rev. bras. Saúde Ocup.
Acosta M, et al	2009	Relación entre el acoso moral en el trabajo y el estilo interpersonal en el manejo de conflictos	Ciencia & Trabajo
Pioner L.	2012	Trabalho precário e assédio moral entre trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família	Revista Brasileira de Medicina do Trabalho
Camargo J, Puentes A.	2010	Rasgos de personalidad y autoestima en víctimas de acoso laboral	Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología
Acevedo D, et al	2009	Violencia de género en el trabajo: acoso sexual y hostigamiento laboral	Revista venezolana de estudios de mujer
Rosembach de Vasconcellos I, et al	2012	Violence in daily hospital nursing work	Acta Paulista de Enfermagem
Dois A.	2011	Violencia laboral en enfermeras: Explicaciones y estrategias de afrontamiento	Rev. Latino-Am. Enfermagem
Acevedo D.	2012	Violencia laboral, género y salud. Trabajadoras y trabajadores de la manufactura.	Salud de los Trabajadores
Barbosa R, et al	2011	Violência psicológica na prática profissional da enfermeira	Rev. Esc. Enferm. USP
Batista C, et al	2011	Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minasgerais	Trab. Educ. Saúde
Escartín J, et al	2011	Workers' perception of workplace bullying: A cross-cultural study	European Journal of Work and Organizational Psychology
Becerra D, Guerrero T.	2012	Representaciones sociales que sobre riesgos psicosociales y acoso laboral tienen los trabajadores de una organización pública.	Hacia la Promoción de la Salud
García B, et al	2014	The hidden face of mobbing behavior Survey application of the Cisneros inventory in a maquila facility in Mexico	Contaduría y Administración
Pino C, et al	2011	Práticas de acoso laboral en empresas colombianas: Una mirada estructural e inter-subjetiva	Cuadernos de Administración
Gaete R, et al	2010	Diagnóstico de la función de gestión de recursos humanos de los servicios públicos de la ciudad de Antofagasta en Chile desde la perspectiva de la responsabilidad social corporativa interna	Administración Pública y Gestión Estatal
Pando M, et al	2010	Trastornos de Sueño Asociados a la Violencia Genérica en el Trabajo y el Mobbing	Ciencia & Trabajo
Fonseca D, Santos A.	2011	Mobbing em contexto de enfermagem	Revista de Enfermagem Referência
Souza A, et al	2013	Aspectos da dominação masculina no assédio moral ao profissional homossexual no polo industrial de Manaus	Revista Pensamento & Realidade

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Distribución según país de muestra y año de publicación.

Año	Brasil Frecuencia (%)	Colombia Frecuencia (%)	Argentina Frecuencia (%)	Ecuador Frecuencia (%)	Chile Frecuencia (%)	Venezuela Frecuencia (%)	México Frecuencia (%)	Costa Rica Frecuencia (%)	Cuba Frecuencia (%)	Perú Frecuencia (%)	Mixto Frecuencia (%)	Total Frecuencia (%)
2009	1 (4.3)	0	0	0	0	1 (50.0)	1 (50.0)	0	0	0	0	3 (6.5)
2010	2 (8.7)	1 (25.0)	1 (25.0)	0	1 (33.3)	0	0	1 (100.0)	0	0	0	6 (13.0)
2011	6 (26.1)	1 (25.0)	2 (50.0)	0	1 (33.3)	0	0	0	0	0	2 (50.0)	12 (26.1)
2012	6 (26.1)	1 (25.0)	1 (25.0)	0	1 (33.3)	1 (50.0)	0	0	1 (100.0)	0	2 (50.0)	13 (28.3)
2013	4 (17.4)	1 (25.0)	0	0	0	0	0	0	0	1 (100.0)	0	6 (13.0)
2014	4 (17.4)	0	0	1 (100.0)	0	0	1 (50.0)	0	0	0	0	6 (13.0)
TOTAL (% total)	23 (50.0)	4 (8.7)	4 (8.7)	1 (2.2)	3 (6.5)	2 (4.3)	2 (4.3)	1 (2.2)	1 (2.2)	1 (2.2)	4 (8.7)	46 (100.0)

Fuente: Elaboración propia

En lo referente a los tipos de violencia, se evidenció una predominancia de estudios en “violencia psicológica” (82.6%), seguida muy por debajo de violencia “mixta” (17.4%), en la cual se presentan conjuntamente dos o más tipos de violencia; “física y psicológica”, “física, psicológica y sexual” y violencia “psicológica y sexual”, incluyendo de igual forma siempre la violencia psicológica. En este sentido, no se encontraron estudios que abordaran de forma exclusiva la violencia física, a pesar de que este tipo de violencia es la que más fácilmente puede demostrarse en el campo laboral. En torno al impacto de la violencia laboral en la salud de los trabajadores afectados, el 55% de los artículos seleccionados mostraron efectos en la salud mental, mientras que el 45% de estos consideraron efectos tanto psicológicos como físicos. No se encontraron estudios que abordaran exclusivamente las consecuencias de la violencia laboral en la salud física.

La distribución por sector ocupacional mostró que un 34% de los artículos fueron estudios realizados en educación, seguido por un 32.6% en salud y, muy por debajo, en el sector comercial un 19.6%. En los 3 sectores mencionados, predominó la violencia psicológica con 93.8%, 80% y 70% respectivamente. Asimismo, el mayor número de estudios fueron realizados en el ámbito público y mixtos (en el público y privado) con un 34.8% respectivamente, seguido por el ámbito privado con 23.9%. Un 6.5% de los artículos no especificó el sector laboral. Se evidenció que existe un alto índice de violencia psicológica tanto en el sector público como en el privado (93.8%); sin embargo existe una diferencia entre ambos, por cuanto se encontró mayor evidencia de violencia psicológica en el sector público (87.5%) que en el privado (63.6%).

Los grupos ocupacionales estudiados fueron: profesionales, empleados de oficina, ejecutivos y mandos medios, profesionales no calificados y vendedores. Los mayores índices de violencia laboral se encuentran en profesionales (67.4%), seguido por los empleados de

oficina (21.7%), y ejecutivos y mandos medios (19.6%). Todos ellos con una presencia predominante de violencia del tipo psicológico.

Finalmente, es importante destacar que 27 artículos hicieron referencia a grupos especialmente vulnerables a la violencia en el trabajo. Así, los profesionales del sector de salud se configuran como un colectivo con mayores afectaciones respecto al fenómeno (17.4%), seguido por las mujeres (15.2%), profesionales de la educación (8.7%) y más calificados (8.7%), e inmigrantes (4.3%) y homosexuales (4.3%).

Discusión y conclusiones

La literatura científica sobre el estudio de la violencia laboral en América Latina es reciente. A la escasa cantidad de estudios sobre el fenómeno y a la ausencia de publicaciones con datos sobre algunos países de la región, se le suma el hecho de que buena parte de los estudios publicados son de carácter descriptivo, con insuficientes estudios de índole interpretativa o analítica que permitan una mejor comprensión del fenómeno.

Por otro lado, la mayoría de los estudios publicados abordan el fenómeno de la violencia desde los primeros enfoques señalados: énfasis en características personales o bien en la interacción entre víctimas y victimarios, y una muy pequeña proporción que abordaran las dimensiones organizacionales facilitadoras de la violencia laboral. De este modo, un desafío para la investigación sobre violencia laboral en América Latina consiste en incorporar más allá de los antecedentes, lo que la literatura indica: los factores contextuales considerados importantes predictores en la aparición de acoso laboral, al igual que la organización del trabajo (6, 14, 15).

Otro desafío, en materia de investigación en América Latina, se refiere a la necesidad de identificar y caracterizar a los grupos más vulnerables y propensos a sufrir violencia a partir de su perfil sociodemográfico. Ello remite a una discusión más amplia sobre los procesos de

discriminación y desigualdad social que se reproducen en los contextos de trabajo (16), en un continente en el cual la multiculturalidad dada por los fuertes movimientos migratorios, está generando efectos importantes en los espacios laborales, así como también las desigualdades de género, que se constituye como una categoría socio-histórica fundamental para la comprensión de las relaciones sociales dentro y fuera del ámbito del trabajo.

Los resultados de esta revisión coinciden con hallazgos de estudios previos sobre el predominio significativo de la violencia psicológica respecto a la violencia física (23), y respecto de la vulnerabilidad contextual de ciertos sectores ocupacionales como es el caso del trabajo en salud. Asimismo, en relación a las consecuencias de la violencia, la evidencia resulta concordante con lo reportado por Parra y Acosta, en relación a las implicancias para la salud; existe un predominio de efectos en la salud mental, seguido por efectos físicos y psicológicos en conjunto, entre los que se encuentran: insomnio, depresión, irritabilidad, lesiones, accidentabilidad, entre otros (22).

La percepción de violencia, de discriminación y de arbitrariedades en el lugar de trabajo, especialmente en el campo de la salud, es alta (25). El sector de enfermería es el más afectado (25), siendo el acoso entre enfermeras y de parte de los médicos hacia éstas, las formas más frecuentes (22). En este sentido, se aprecia que este tipo de violencia es de carácter psicológico, mientras que los ataques físicos son perpetrados por los pacientes o sus familias (25).

Los resultados confirman los hallazgos de otras investigaciones respecto a que el personal de enfermería sería aproximadamente 3 veces más propenso a sufrir violencia laboral (25). En tal sentido, se encontró que los grupos de mayor riesgo de sufrir este tipo de violencia son las mujeres y profesionales de la salud, por lo que en el personal de enfermería, al ser un trabajo predominantemente femenino, se presentarían estas 2 condiciones de vulnerabilidad, especialmente en lo referido al acoso sexual y psicológico e inequidad salarial.

Estos hallazgos son particularmente relevantes para el quehacer de la enfermería y profesionales de la salud, por cuanto sus trabajos son altamente demandantes y con cargas emocionales significativas. Así, es importante prestar atención a la violencia y planificar medidas de intervención entre todos los actores en la atención de salud, promoviendo su equidad y divulgando los resultados de investigaciones relacionadas con la temática de la violencia (28). En este sentido, fueron escasos los estudios que reportaron mecanismos de afrontamiento y prevención organizacional, por lo que existe un campo de acción para investigar e intervenir. Asimismo, es

importante generar investigaciones en América Latina que produzcan conocimientos extendidos que sirvan de base para la realización de políticas públicas en la región. Para esto, es necesario contextualizar las conclusiones y resultados de los estudios a sus respectivos países de estudio, en torno a la problemática de la violencia laboral (25).

Dentro de las limitaciones de este estudio, cabe destacar que los criterios de inclusión de literatura sólo de revistas indexadas excluyeron artículos relacionados que, de igual manera, pueden aportar antecedentes relevantes sobre el problema. En esta misma línea, las revisiones sistemáticas deben atender como limitante al sesgo de publicación científica. Este sesgo, alude a la mayor probabilidad de que se publiquen en revistas indexadas estudios que confirman sus hipótesis y no aquellos que no lograron demostrarlas, lo cual tiene un efecto negativo dado que se reduce tanto la cantidad de evidencia publicada en relación a la temática abordada como a las posibles controversias en torno a ciertas hipótesis sobre el problema (29).

Para finalizar, se destaca que la principal fortaleza de la revisión sistemática presentada radica en el esfuerzo por sistematizar la escasa evidencia disponible sobre el fenómeno de la violencia laboral en América Latina, traduciéndose en una valiosa contribución al conocimiento en esta materia con el fin de detectar falencias en materia de investigación y, en consecuencia, pensar posibilidades futuras en materia de investigación y de acción en instituciones de salud y organizaciones afines.

Agradecimientos

Agradecemos a Katherine Gálvez y Franco Díaz, egresados de la Carrera de Psicología de la Universidad Diego Portales, por su valiosa colaboración y trabajo en la búsqueda y selección de artículos para esta revisión sistemática.

Este trabajo fue realizado en el marco del proyecto de investigación "Dimensiones organizacionales de la violencia en el trabajo en Chile: diferencias ocupacionales y de género en tres sectores productivos", financiado por el Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología (FONDECYT regular 1140060) del Gobierno de Chile, y realizado por la Universidad Diego Portales y el Centro de Estudios de la Mujer.

Declaración de conflicto de intereses

Las autoras no demuestran conflictos de interés ■

Referencias bibliográficas

- Moreno B, Rodríguez A, Garrosa E, Morante M. Antecedentes organizacionales del acoso psicológico en el trabajo: un estudio exploratorio. *Psicothema* 2005; 17 (4): 627-632.
- Chapell D, Di Martino V. La Violence au travail. Bureau international du travail [Internet]. Geneve; 2000 [citado 2015 Ene 19]. Disponible en: http://books.google.cl/books?id=Dgxm7FfEJf8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Romanik, K. Informe de actualidad laboral 2: el mobbing y su tratamiento en la legislación laboral [Internet]. Departamento de estudios, Dirección del Trabajo; 2011 [citado 2015 Ene 28]. p. 1-44. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/w3-article-100418.html>.
- González D, Graña J. El acoso psicológico en el lugar de trabajo: prevalencia y análisis descriptivo en una muestra multiocupacional. *Psicothema* 2009; 21 (2): 288-293.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre la violencia en el trabajo en el sector de servicios y medidas destinadas a combatir ese fenómeno. Ginebra; 2003.
- Di Martino V, Hoel H, Cooper C. Preventing violence and harassment in the workplace. Luxemburgo: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2003.
- Einarsen S, Hauge JL. Antecedentes y consecuencias del acoso psicológico en el trabajo: una revisión de la literatura. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2006; 22 (3): 251-273.
- Baker J. La violencia en el trabajo. *Educación obrera* 2003/4; (133): 1-73.
- Einarsen S, Raknes BI, Matthiesen SB. Bullying and harassment at work and their relationship to work environment quality: An exploratory study. *European Work and Organizational Psychologist* 1994; 4 (4): 381-401.
- Zapf D, Knorz C, Kulla M. On the relationship between mobbing factors, and job content, the social work environment and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 1996; 5 (2): 215-237.
- Leymann H. The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 1996; 5 (2): 165-184.
- Einarsen E. Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behaviour* 2000; 5 (4): 379-401.
- Salin D. Workplace bullying among business professionals. Prevalence organizational antecedents and gender differences. Helsingborg: Publications of the Swedish School of Economics and Business Administration; 2003.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Sensibilizando sobre el acoso psicológico en el Trabajo Programa de Salud Ocupacional y Ambiental. Serie Protección de la Salud de los Trabajadores. Ginebra; 2004.
- Piñuel I. Neomanagement. Jefes tóxicos y sus víctimas. Madrid: Editorial Aguilar; 2004.
- Krieger N, Waterman P, Hartman C, Bates L, Stoddard A, Quinn M, et al. Social hazards on the job: workplace abuse, sexual harassment, and racial discrimination- a study of black, Latino, and white low-income women and men workers in the United States. *Int J Health Serv* 2006; 36 (1): 51-85.
- Macía F. Aplicación y evaluación psicométrica del test IVAPT-PANDO en dos centros de atención primaria. *Psicología y Salud* 2008; 18 (2): 247-254.
- González C, Pincheira P, Moyano E. Análisis de fiabilidad y estructura factorial del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo IVAPT-PANDO. En: Moyano E, editor. Calidad de vida y psicología en el Bicentenario de Chile. Santiago: Editorial Marmos; 2010. p. 507-537.
- Pando M, Aranda C, Olivares D. Análisis factorial confirmatorio del inventario de violencia psicológica y acoso psicológico en el trabajo (IVAPT-PANDO) para Bolivia y Ecuador. *Liberabit* 2012; 18 (1): 27-36.
- Pando M, Bertot M, Aranda-Beltrán C, Amezcua MT. Análisis factorial exploratorio del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo (IVAPT) para Cuba. *Revista Mexicana de Salud en el trabajo* 2011; 1 (8): 10-14.
- Pando M, Aranda C, Parra L, Gutiérrez AM. Determinación del mobbing y validación del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT) para Colombia. *Salud univorte* 2013; 29 (3): 525-533.
- Parra L, Acosta M. La investigación cuantitativa del acoso psicológico laboral en los sectores de la educación superior y de la salud. Una revisión sistemática. *Entramando* 2010; 6 (1): 158-172.
- Bernaldo-de-Quirós M, Labrador F, Piccini A, Gómez M, Cerdeira JC. Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. *Clínica y Salud* 2014; 25: 11-18.
- Centro de Estudios de la Mujer - Universidad de Ottawa. Encuesta Araucaria [Internet]. 2011 [citado 2015 Ene 28]. Disponible en: www.proyectoarucaria.cl.
- Wlosko M, Ros C. Violencia Laboral en el sector salud: abordajes conceptuales y resultados de investigación en personal de enfermería en la Argentina. En: Ansoleaga E, Artaza O, Suárez J, editores. Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud. Santiago: OPS/OMS; 2012. p. 211-257.
- Consejo Internacional de Enfermeras. Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2007.
- Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *MedClin (BARC)* 2010; 135 (11): 507-511.

Charcot, el trabajo y la “histeria viril”: Una relectura de las *Leçons du mardi* (*Lecciones del martes*) desde la psicodinámica del trabajo

Pascale Molinier

*Profesora de Psicología Social de la Université Paris 13 Villetaneuse.
Directora de la Unité Transversale de Recherche Psychogénèse et Psychopathologie,
Directora adjunta del Groupement d'Intérêt Scientifique-Institut du Genre (GIS-IDG)
E-mail: pascalemolinier@gmail.com*

Introducción

Jean-Martin Charcot trabajó treinta años, desde 1862 hasta 1893, en el hospital de la Salpêtrière de París, adonde logró la proeza de escalar desde una situación poco envidiable situada en el escalón más bajo de la jerarquía hospitalaria, a una posición de prestigio que le procuró gloria internacional y discípulos eminentes en neurología (J. Babinski, G. Gilles de La Tourette), en psicología (P. Janet) y, por supuesto, en psicoanálisis (S. Freud).

Su propio aporte fue a menudo deformado, como lo demostraron Marcel Gauchet y Gladys Swain en su obra de referencia que lleva el título revelador de *Le vrai Charcot. Les chemins imprévus de l'inconscient* (1).

Para empezar, Charcot fue transformado en ícono

escandaloso por el “peso de la leyenda”. En efecto, las repercusiones de la fascinación de la histeria *charcotiana* son indisolubles del impacto cultural de la *Iconographie de la Salpêtrière*¹ y de sus interpretaciones sucesivas en los dominios popular y de vanguardia, ya se trate del café-concert y de las sifilíticas epilépticas, de André Breton y de los surrealistas (2), o de la reviviscencia de *l'Iconographie* presentada en los años '80 del siglo pasado por el historiador del arte Georges Didi-Huberman (3). En el imaginario social, la histeria asociada a Charcot, a pesar de sus esfuerzos en contrario, siguió siendo femenina y sexual; y se encarnó bajo su forma paradigmática en la figura erótica de Augustine, vedette de la *Iconographie*².

Resumen

Este artículo trata acerca del lugar del trabajo en la enseñanza clínica de Charcot, centrándose principalmente en los casos de histeria masculina comentados en las *Leçons du mardi* entre 1887 y 1889. La obra de Charcot es leída hoy en la perspectiva retrospectiva de un fracaso: el de haber pasado por alto el inconsciente sexual. A partir de la psicodinámica del trabajo, nos damos cuenta de que otra vía estaba presente en Charcot, a pesar de estar inacabada, que se abre sobre una elaboración posible de las relaciones entre lo psíquico y lo corporal. El rol del trabajo en la histeria traumática fue descartado por la tradición freudiana; cabe preguntarse hoy porqué esa omisión aún perdura.

Palabras clave: Charcot - Freud - Histeria viril - Traumatismo - Psicodinámica del trabajo.

CHARCOT, WORKING AND “MALE HYSTERIA”: A NEW APPROACH TO THE *LEÇONS DU MARDI* (TUESDAY LESSONS) FROM THE STANDPOINT OF PSYCHODYNAMICS OF WORK

Abstract

This paper examines the role of work in Charcot's clinical teaching focusing on cases of male hysteria in The Tuesday's Lessons from 1887 to 1889. Today, we read the work of Charcot in a retrospective way as having ended in a failure: He would have missed the discovery of the sexual unconscious. From the perspective of psychodynamics of work, it appears an alternative way which was present in Charcot, though unfinished, opening on a possible development of a relationship between psychic and body. The role of work in traumatic hysteria has been forgotten by Freud's posterity and this obliteration continues today.

Key words: Charcot - Freud - Male hysteria - Trauma - Psychodynamics of work.

¹ El Hospital de la Salpêtrière de París albergó a finales del siglo XIX cerca de 4.300 mujeres internas y un servicio de consultas para pacientes externos. En 1875, bajo la dirección de Charcot, se instaló un Laboratorio Fotográfico en el Hospital y un Taller de Vaciados en escayola, con el fin de documentar los casos clínicos y elaborar una nosología de la enfermedad. Las fotografías realizadas se publicaron entre 1876 y 1918, bajo los títulos: *Iconographie Photographique* de la Salpêtrière, de Bourneville y P. Régner; y *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, de A. Londe, G. Gilles de la Tourette y P. Richer. En estos volúmenes se recoge el comienzo de la fotografía clínica aplicada al a Psiquiatría.

² Dos films le fueron consagrados: *Augustine* de Alice Winocour, con Vincent Lindon y Soko, en 2012; y el más confidencial, *Augustine*, de Jean-Claude Monot y Jean-Christophe Valtat, les Films du possible, 2003.

Luego, las preocupaciones científicas y médicas de Charcot fueron eclipsadas por el éxito rotundo del psicoanálisis inventado por Freud al regreso de su estadía en París en 1885, adonde había seguido sus enseñanzas. Desde entonces, la obra de Charcot es leída a partir de aquello que es percibido retrospectivamente como su fracaso, el de haber pasado por alto el inconsciente sexual: “ya no se conoce más a Charcot, de hecho, sino en relación con Freud”, afirmaron Gauchet y Swain (1).

Este artículo se inscribe también en el horizonte de las relecturas post-freudianas de la obra de Charcot, de las cuales somos ampliamente deudores. Sin embargo, nos interesaremos aquí en un punto poco comentado en las relecturas de Charcot: el lugar del trabajo en su obra, y, para ello, limitaremos nuestra investigación a las *Leçons du mardi à la Salpêtrière* de los años 1887 a 1889, lo cual representa, de todos modos, unas mil páginas (4).

Hemos retenido esa época, en la medida en que es a partir de 1885 que Charcot se interesó por la histeria por choque o por trauma, en la cual “la elaboración psíquica inconsciente” -de la cual Freud le reconoce la paternidad (5)- juega un rol central. Es la histeria viril la que sirve de modelo privilegiado a esta concepción traumática. Ahora bien, la histeria viril de Charcot, cuando es mencionada, lo es principalmente en relación con la desexualización de la histeria, es decir, en función del marco interpretativo retrospectivo ofrecido por el psicoanálisis y su inconsciente sexual. Se ha subrayado ampliamente que los abusos sexuales ocupan una parte importante en las historias de pacientes de la Salpêtrière y en sus fases de delirio. Sin embargo, Charcot minimizó su importancia, poco compatible con su proyecto de hacer de la histeria una entidad neurológica, una “neurosis” que escapara a la categoría milenaria de “enfermedad de las mujeres”. Según Hacking, que la histeria se aplique a ambos sexos hace de esta una *gran* patología (6). ¿A menos que esto no signifique también que se trata de *otra* patología? Las anamnesias de los pacientes, en efecto, hacen frecuentemente visible el rol del trabajo, más saliente que el de la sexualidad, en la aparición de esta forma viril de histeria que condujo a Charcot, hacia el fin de su vida, por el camino de una histeria completamente “mental” (1).

No se puede, ciertamente, re-escribir la historia que consagró el privilegio de lo sexual y de lo infantil por encima del trabajo y de lo actual. Sin embargo, si *la epistemología consiste en plantear el problema que plantea la manera de formular los problemas*, volver sobre las huellas del trabajo en la obra de Charcot es una invitación a interrogarse sobre las modalidades por medio de las cuales se puede introducir el trabajo en el campo psicoanalítico hoy.

El dispositivo clínico de las *Leçons du mardi*

El dispositivo clínico de las *Leçons...* genera hoy un cierto malestar, no solo por el carácter desconcertante

y espectacular de la sintomatología, en particular aquella etiquetada de histeria (gran crisis, apoplejía, ataque de sueño, reducción del campo visual, parálisis, etc.) sino también por las condiciones de interacción con los enfermos. Estas son, en efecto, creadas dos veces y manipuladas por los médicos. Primeramente, por el propio Charcot, durante la presentación de los enfermos. La palabra de los pacientes, sea abundante o casi ausente, es canalizada por interrogatorios apretados, impiadosos, que no tienen nada que envidiar a los interrogatorios policiales. Si bien no es raro que algunos enfermos se resistan a la voluntad del “amo”, ellos son prontamente descartados como “casos imperfectos” o “enfermo muy prolijo”. Aquello que está conforme al saber médico es victoriosamente subrayado, toda forma de resistencia que se le oponga es sospechada de ser fruto de un error del enfermo (que sin duda no recuerda bien la sucesión de los signos). Luego, el lector queda turbado por el dispositivo alambicado de publicación. Gracias al trabajo de archivos realizado por Swain y Gauchet (1), se sabe que Charcot preparaba cuidadosamente sus *Leçons...*, que eran escritas de antemano. Pero esta escritura está luego disfrazada de palabra auténtica, para no decir improvisada, por el artificio de una ficción editorial: *Les Leçons du mardi* fueron editadas por *Le Progrès médical*, cuyo redactor en jefe era Bourneville, discípulo de Charcot, como si fueran las “*Notes de cours de MM. Blin, Charcot³ et H. Colin, élèves du service*” (7).

Las *Leçons...* son puestas en escena, con un comienzo y una caída. Así, en la primera, de 1887, un epiléptico concluye: “Lo que pido es que mis ataques desaparezcan, hagan lo que quieran” (4).

Ciertas indicaciones son escritas según las convenciones del teatro: (“la enferma se retira”). Recordemos que la histeria estaba en el clima de la época. La *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* se difundió ampliamente en la sociedad; Rae Beth Gordon ha demostrado cómo las puestas en escena del cuerpo patológico se construyen, a fines del siglo XIX, en Francia, en una relación directa entre la gestualidad de los histéricos y la de los artistas burlescos de los *café-concert*, espectáculo popular en el que se mezclan como asistentes todas las clases sociales (8). No es sorprendente que, a su vez, las exposiciones médicas pidieran prestado sus gestos a las artes del espectáculo.

Charcot no vacila nunca en usar “palabras ingeniosas” para divertir a su público. Así, por ejemplo, la “durmiente” Eudoxie que cae en el sueño “cada año una o dos veces, durante períodos de uno o dos, a veces tres meses, recordándonos, en pequeño, la historia de la ‘Bella durmiente del bosque’ que, en resumen, no es sino la historia, embellecida por el arte, de una histérica buscada por un príncipe joven y un poco tonto” (4).

Sin embargo, sea cual sea la potencia de la ironía o del sarcasmo, Charcot, en tanto gran clínico, presta una atención particular a la vida de algunos de sus pacien-

³ Jean-Baptiste Charcot, hijo de Charcot.

tes y su relato adopta a menudo acentos literarios en los cuales la realidad descrita escapa al discurso médico para expresar *más y otra cosa*. Es aquello que G. Politzer llamará más tarde el "drama vivido" (9).

Charcot no es insensible a lo que en el humano es exceso, gasto o falta. Así, en referencia a la misma Eudoxie dice: "Nuestra enferma siempre dormida va a volver a ser conducida a su Servicio que está como a medio kilómetro de aquí. Tendrá entonces que atravesar largos patios y no sería inverosímil que durante el trayecto se despierte. Es incluso verosímil que el martes próximo pueda presentarla nuevamente tal como la vieron hoy, habiendo dormido durante ocho días sin cesar, el sueño particular que acabamos de verla dormir acá" (4).

Más allá de su gusto innegable por los efectismos o por las diatribas arrogantes, Charcot no redujo nunca a nadie a su síntoma. Por eso, podemos leerlo todavía.

La histeria charcotiana, una patología social

Primer punto importante en esta clínica neurológica que distingue radicalmente a Charcot de Freud: los pacientes de su Servicio y de su consultorio son esencialmente proletarios que viven en los suburbios parisinos. En su libro *Classes laborieuses et classes dangereuses* Louis Chevalier, investigando las estadísticas urbanas de la primera mitad del siglo XIX, escribía: "Al observar [...] los casos relativamente numerosos de obreros arrestados durante estos años en sus rondas nocturnas y diurnas por la gendarmería del Sena y por la policía urbana, aduciendo alienación mental, no podemos dejar de preguntarnos si la locura no puede ser considerada como un fenómeno tan característico de la patología urbana como aquellos que acabamos de evocar [el infanticidio y la prostitución] y si ella no presenta aspectos diferentes de los que ofrece hoy" (10).

La urbanización y la industrialización producían nuevas poblaciones, nuevas subjetividades y nuevas patologías. En ese contexto de modernidad industrial, hay mucho sobre el trabajo en las *Leçons du mardi*. Pero ¿cuál es su estatus? ¿Y a partir de qué grilla de lectura podemos interrogarlo hoy?

Planteamos esta cuestión en 2015 apoyándonos en la psicodinámica del trabajo y su tesis acerca de la centralidad del trabajo en la vida psíquica, heredera de una historia científica y política francesa.

La psicopatología del trabajo fue inventada en los años 1950, al salir de la posguerra, en el contexto de una psiquiatría social en la cual psiquiatras franceses progresistas -L. Le Guillant, P. Sivadon, C. Veil, S. Follin...- jugaron un papel importante. Sabemos que la idea de que el trabajo puede *causar* enfermedades mentales *específicas* no fue confirmada por la clínica, es decir, no hay psicosis del trabajo. Sin duda, los casos de las mucamas reportados por Le Guillant fueron estadísticamente muy numerosos en los hospitales del Sena y su condición puede ser descrita como patógena, pero no todas se volvieron locas y tampoco de la misma manera (11, 12).

En los años 1980, la problematización de las relaciones entre salud mental y trabajo, bajo la denominación

de *psicodinámica del trabajo*, se reorganizó alrededor de la idea de una centralidad del trabajo en la vida psíquica -haciendo eco a la centralidad del trabajo en la sociedad- y en la perspectiva de una antropología freudiana (13).

La psicodinámica del trabajo se sobreponía entonces de las aporías epistemológicas de la primera psicopatología del trabajo, cuyos principales promotores eran comunistas. Durante la guerra fría, bajo directivas de Jdanov, era políticamente inconcebible que se refirieran al psicoanálisis (14). Esto influyó para que el tema del trabajo tuviera una escasa consideración en el campo psicoanalítico.

En 1993, en las últimas líneas de *Travail: usure mentale*, C. Dejours planteaba una pregunta que sigue siendo de actualidad: "La psicopatología general, que fue edificada desde el siglo XIX al lado de la cama del enfermo, en el espacio hospitalario o en el espacio privado de la relación dual, ¿puede todavía bastar para responder a las preguntas que surgen del trabajo?" (13).

Los histéricos: trabajadores y (también) trabajadoras

Hace un siglo, los hombres, mujeres y niños que eran presentados en la célebre consulta de los martes de Charcot trabajaban duramente. Uno de los hombres era excavador, otros herrero, vigilante, marinero del Garonne, empleado de oficina, mecánico, carnicero, cochero, pintor de obra, grabador, dorador de metales, sombrerero, empleado de la Compañía del Canal interoceánico de Panamá, fotógrafo, zapatero remendón, controlador de pasajes en la compañía de trenes... Uno ejercía "una profesión muy cansadora, jefe de venta y encargado de contabilidad en *Le Figaro* y en *Le Temps*"; otro, víctima de una esposa frívola y desequilibrada, ejerció "unos veinte oficios", sobre todo curtidor de cueros, pero también fue ajustador en la fábrica de armas de Chatellerault, soldado de la infantería francesa en el África, enfermero, labrador, barrendero, etc.". Otro tuvo una carrera sinuosa: mandadero a los quince años, luego vendedor en un negocio del Palais Royal, vigilador en una tienda y oficinista en el regimiento 12 de cazadores a pie. Algunos, por el contrario, conservaron el mismo oficio: Gabriel Men..., quien consulta a los 42 años de edad, ejerció el oficio de dorador de metales desde los 11, o sea, durante tres décadas. Si bien los oficios y los itinerarios laborales de los hombres están casi siempre indicados, y son más variados y comentados que los de las mujeres, muchas de éstas no se ocupan solamente de su casa, y, según su estado de salud, son lencera, lavandera, mucama, cocinera, dueña de un despacho de licores, obrera zapatera, cajera de una gran tienda, vendedora de flores artificiales o enfermera en la Salpêtrière.

El interés de Charcot por el trabajo es real y a menudo bien informado, como lo muestra su conocimiento de los riesgos corridos en caso de exposición a los vapores mercuriales debido a una mala ventilación de ciertos talleres "donde -señala- las precauciones higiénicas prescriptas son poco o mal observadas" (4). Schumacher, el hombre prodigio con seis dedos en el pie, sufre de tem-

blor mercurial: “Nació en Forbach y tiene 52 años -relata Charcot- trabajó primeramente en las minas, ahora es sombrerero y trabaja en el curtido de pieles. Es una operación en la cual, ustedes lo saben, se emplea el nitrato de mercurio. Como ya lo dije, empezó por ser minero, vino luego a París, en 1862, y trabajó como obrero manual en una casa de carbón a granel. En 1869, entró como peón a una fábrica de fieltro; no trabajaba en los talleres y por consiguiente no estuvo expuesto, en ese período, a ser afectado por accidentes mercuriales. Finalmente, en 1880, se ocupó de las operaciones de curtido de pieles. Parece que el taller en el cual ingresó no era un taller de primera clase ya que, inmediatamente, en 1880, sufrió un primer ataque de temblores” (4).

¿Por qué Schumacher, vedette del temblor mercurial, tan estudiado ya por los alienistas Letulle y Maréchal, le interesa tanto? Porque Schumacher presenta un espasmo glosolabial, lo cual permite a Charcot exponer una tesis que le es cara: la unidad de la histeria no es refutada por la histeria viril, cuyo cuadro, por otra parte, está frecuentemente intrincado con otras patologías.

“¿No saben acaso que diversas intoxicaciones evocan la histeria en el hombre, el alcoholismo y el saturnismo, en particular? Sí, hay histerias alcohólicas, histerias saturninas, esto es clásico hoy. No es que esas histerias difieran de las otras de manera diferente que la que se da por el elemento etiológico, ya que la histeria es una e indivisible. Pero la causa ocasional merece evidentemente ser siempre recordada; es por esto que, al lado de la histeria alcohólica y de la saturnina, debe figurar la histeria ‘mercurial’ de la cual Schumacher nos ha presentado un hermoso ejemplo, con la particularidad de que, en él, los síntomas histéricos se entremezclaron con los fenómenos íntimamente ligados a la intoxicación, como el temblor mercurial.”

“¿Qué oficio ejerce usted?”

La pregunta: “¿Qué oficio ejerce usted?” es casi sistemáticamente planteada por Charcot. El trabajo le sirve a veces para evaluar el nivel de invalidez. A un carnicero, le preguntará, por ejemplo, si puede todavía servirse de sus manos con el fin de verificar que la debilidad muscular solo concierne el hombro. Puede así evocarlos para descartar una etiología toxicológica: “Tienen ante ustedes a un hombre de unos cincuenta años de edad que ejerce la profesión de florista y que emplea algunos colorantes tóxicos. Sin embargo, creo que esto no tiene ninguna relación con la afección de la cual está atacado. Es diabético.” (4).

A veces el trabajo es evocado por un paciente, sin ser comentado por el médico, en un desvío de una respuesta, como ese repartidor “andariego”, que no recuerda “sus aventuras” -como dice- que le ocurren todas en momentos en los cuales se desplaza por su trabajo. “¿Su mujer no se preocupó nunca por sus ron-

quidos?”, le pregunta el médico a otro, “Pienso en mi trabajo por la noche -responde el hombre-, a veces estoy agitado” (4).

Una lavandera, de 22 años, comparece acompañada por su madre:

“CHARCOT: ¿Cuánto hace que usted tiene ataques? [...] ¿Hubo alguna causa que los explique?”

La madre de la enferma: No conocemos ninguna.

CHARCOT: ¿Su hija ha sido contrariada?

La madre: No, señor, pero ella se enoja fácilmente, se pone nerviosa por cualquier cosa desde hace un cierto tiempo.

CHARCOT: ¿Tuvo alguna enfermedad aguda recientemente?

La madre: No, señor.

CHARCOT: ¿Cuál es su ocupación?

La madre: Es lavandera, y plancha.

CHARCOT: ¿Y trabaja mucho?

La madre: Sí, señor, desde hace varios meses.

CHARCOT: Señores, [...] la enferma presenta en las dos manos, sobre todo en la derecha, un cierto grado de paresia y al mismo tiempo una anestesia cutánea [...]. Sería posible que la acción de planchar con una plancha pesada, a veces con una mano a veces con la otra, durante una buena parte del día, en un sujeto histérico, haya podido jugar el rol de una causa traumática y provocar la parálisis histero-traumática”.

Las famosas hermanas Papin no son las primeras en ponerse nerviosas por causa de una plancha... en este caso con efectos más benignos, sin embargo⁴ (15). Además, si la histeria viril está dada por el modelo de la parálisis histero-traumática, retendremos que el trabajo juega un papel equivalente para las mujeres también. Charcot toma el trabajo en serio, tanto para los riesgos toxicológicos a los cuales este expone, como para la fatiga o las emociones fuertes en caso de accidente, ya que lo considera como una “causa ocasional” o un “agente provocador” de la patología neurológica. La cita que sigue da perfectamente cuenta de la diferencia que él establece entre la “causa original” y la “causa ocasional”:

“Un hombre es atáxico en potencia [...], si no le ocurre nada extraordinario, si no sufre grandes penas, si no trabaja en exceso [y se agota], quedará atáxico en potencia y de esto no nos daremos cuenta nosotros, y tampoco él. Pero, si por desgracia este hombre llega a agotarse, si sufre una sacudida moral como la que resulta a veces de la muerte de una mujer amada, entonces la revelación se hace y he aquí la causa ocasional. La causa original es la modificación especial de los centros nerviosos que traemos con nosotros al nacer. La causa ocasional solo juega el rol provocador, pero no es ella la que ha creado la ataxia locomotriz. Si el enfermo hubiera tenido en potencia otra enfermedad, esta misma causa podría haber provocado su aparición. La causa ocasional produce resultados diferentes según haya una predisposición diferente en los sujetos” (4).

⁴ Las hermanas Papin, mucamas, asesinaron en 1933 a sus patronas a causa de un desperfecto de una plancha.

Cada uno tiene sus tendencias, uno se volverá histérico, otro se volverá parálítico agitante. Como para ese cochero que presenta Charcot: el agente provocador de su parálisis agitante fue "un vivo espanto porque su caballo se desbocó y unos niños salían en ese mismo momento de la escuela" [...] podría haber provocado un accidente" explica el enfermo. Este caso forma parte de los casos típicos de la histeria viril, en los que la representación del peligro (la ideación) cuenta tanto, o incluso más, que su propia realidad. La histeria viril, escribe Gauthet, pone a Charcot sobre la vía de una "demarcación de un dominio interior en el cual el mundo exterior no cuenta y no pesa sino a través de las representaciones que se forma ese sujeto, y en el interior de este interior, la demarcación de un orden de causalidad psíquica distinto de la causalidad fisiológica, incluso cuando es llevado por esta" (1). La importancia del factor emocional no es en absoluto desestimada por Charcot, "ya que ella está en el principio de su identificación de un traumatismo propiamente psíquico al interior del traumatismo físico aparente, pero dejada sin desarrollo verdadero" (1). La vía está abierta para la exploración de una histeria psíquica.

El mal americano: surmenaje en el trabajo y neurastenia

La otra patología ligada al trabajo es la neurastenia, la cual sufre un grupo de pacientes más cultivados y más ricos que los que vienen a la consulta en la Salpêtrière, y que constituyen "la gran mayoría de los neuróticos que veo en la ciudad", dice Charcot; que considera a esta categoría de enfermos como "insoportables", porque quieren dar su opinión sobre lo que les pasa: "Son los neurasténicos. Redactan informes acerca de su afección, se presentan ante ustedes con un cuaderno en la mano y les dicen que prepararon notas, que su lectura no será larga pero casi siempre es interminable.

(Introducen a un enfermo que tiene, en efecto, unas notas a mano que presenta al doctor Charcot).

CHARCOT: ¿Adonde trabaja? Usted está en una oficina, ¿qué hace allí?

El enfermo: Escrituras, a veces números.

CHARCOT: Los cálculos lo fatigan.

Hay neurasténicos que creen tener un reblandecimiento cerebral. En general, cuando se refieren a una sensación penosa, es siempre de presión o de pesadez de la cabeza. Algunos dicen que sienten crujidos en la parte posterior del cuello cuando giran la cabeza rápidamente; sienten en el cráneo alguna cosa que empuja desde adentro hacia afuera; otra veces, es como una mano de hierro que les aprieta el cuello, pero casi siempre describen la sensación que experimentan con la palabra presión. Hay algunos que dicen: 'Tengo dolores espantosos de cabeza, algo me golpea...'. No son dolores espantosos, pero son extremadamente molestos...

(Al enfermo): ¿Cómo cayó usted en este estado?

El enfermo: El médico de Limoges me dijo que era por haber trabajado demasiado.

CHARCOT: ¿Cómo?

El enfermo: En mi ocupación de empleado de oficina.

CHARCOT: Así que esta neurastenia es una neurastenia accidental, creada por completo por las condiciones de existencia agotadora que le impone su condición social. Los jóvenes que salen de la escuela politécnica, que van, por ejemplo, a dirigir una fábrica y se rompen la cabeza con cálculos y cifras, se vuelven a menudo víctimas de estas afecciones. Cuando uno tiene responsabilidades, apuesta en la Bolsa, arriesga su fortuna a cada momento y pasa noches de inquietud, llega a menudo a ese estado. Los norteamericanos creen que tienen el privilegio de esta enfermedad, tanto que Beard, que la describió de manera más o menos completa, la llamó el mal americano."

Después de algunas digresiones anti-norteamericanas, Charcot prescribe... una serie de duchas.

"(Al enfermo): Puede desayunar antes de tomar su ducha. No hay inconveniente en que el estómago esté un poco cargado. Hay que mentalizarse de que su enfermedad no es grave. Dígale a su médico que le pida a su patrón que le dé un poco de reposo" (4).

Sin embargo, la neurastenia no es la prerrogativa de los directores de fábricas o de los contadores, en cuyo caso el tono cambia y la descripción muy sugestiva se vuelve digna de una proto-clínica del trabajo:

"Este hombre es un empleado de los ferrocarriles, de 38 años de edad, que, como lo ven, es vigoroso; la función que ocupa en la industria de las vías férreas es casi sedentaria, es un guarda-frenos. Todos ustedes pueden figurarse más o menos lo que es vigilar los frenos: estar despierto, sobre todo de noche, porque es necesario estar atento para evitar colisiones. Si uno se equivoca ante semejante responsabilidad es grave, así que no hay que equivocarse. Y cuando uno siente una cierta predisposición nerviosa, lo mejor sería no ser guarda-frenos, no habría que tener antecedentes como los suyos [...]. Este caso es interesante. Se trata un hombre que tiene una profesión manual en la cual entra un poco de trabajo intelectual, pero que solo demanda atención. Se agota porque que usa muchas veces la noche como día. Los neurasténicos no son raros entre los empleados del ferrocarril. Nuestra vecina, la Compañía de Ferrocarriles de Orleans⁵, nos aporta numerosos pacientes entre los cuales hay muchos neurasténicos. Este es un histérico y un neurasténico a la vez. Tiene el aspecto de un hombre vigoroso que, si uno se fiara de la antigua manera de ver, debería estar bastante lejos de la histeria, pero en lo que le concierne, esta opinión no tiene valor. Si lo hice venir, es precisamente para mostrarles a ustedes esta complicación" (4).

Conviene ser prudente ante toda descripción retrospectiva. Los enfermos presentados por Charcot expresan su drama vivido según la gramática y la expresividad de

⁵ La Salpêtrière es aledaña a la actual Gare d'Austerlitz, en esa época sede de la Compañía de Ferrocarriles de Orleans.

la histeria charcotiana. Sus acciones, sus intenciones y sus síntomas no nos son accesibles sino por “*under description*”, para retomar la célebre expresión de Elisabeth Anscombe.

Neurastenia y surmenaje son, sin embargo, los ancestros de la “fatiga nerviosa” que hizo furor en los años 1950 y, luego, del estrés en el trabajo. El *railway spine* o el *shock bell* contra los cuales Charcot defiende su “histeria viril” prefiguran el *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) (16) (recordemos que en Francia, en los años 1968, los ferroviarios estarán entre los primeros que presentaron demandas judiciales fundadas en términos de psicopatología del trabajo (17)). La lectura de Charcot nos enseña igualmente que la existencia de conflictos deletéreos en las relaciones de trabajo no es una novedad. Es el caso de esa mucama de 33 años, afectada de mutismo histérico quien luego de que su patrona la llamara; “se levanta bruscamente, camina precipitadamente, vuelca una silla colocada ante ella y en el momento en el cual va a alcanzar su objetivo se cae al suelo, como fulminada, atacada de apoplejía histérica”. Sin embargo, “sus antecedentes de familia no presentan nada destacable” (no hay etiología hereditaria). “Es mucama y en la casa en la cual trabaja parece que tenía a menudo dificultades con la cocinera. ¿Qué pasó entre ella y su colega de la cocina?” Charcot dice no “haber podido esclarecerlo nítidamente”, pero sabe que “*las discusiones que se dieron a este respecto son invocadas por la enferma como la causa principal de su situación actual*”⁶ (4). Hoy, con la vara de la sensibilidad contemporánea por el sufrimiento en el trabajo, sin duda escucharíamos explicar la situación en forma diferente: ¿se quejaría la mucama de acoso moral?

“El hombre de la corbata roja”

Charcot sabía perfectamente que su concepción de histeria viril no tenía consenso, por lo poco que tenía que ver con la versión femenina, intrincada con la intoxicación mercurial o el alcoholismo “que puede ser considerado como el agente provocador que determina la aparición de aquella.” (4). ¿En qué medida todas estas consideraciones, hoy obsoletas en un plano nosográfico, esconden “lecciones” clínicas que pudieran ser preciosas en la actualidad? Veamos el caso del hombre de la corbata roja. Charcot presenta a este “sujeto muy original” el martes 20 de noviembre de 1888 (4). Se trata de un tipo “raro, un poco loco” [...] “que pertenece a una categoría de sujeto bastante típica de los arrabales parisinos”. Charcot construye el caso como una historia en episodios, una novela por entregas. El enfermo camina de una manera rara flexionando los muslos en exceso y levantando los pies exageradamente, como consecuencia de una importante atrofia muscular. La historia de los antecedentes confirma el examen clínico. El hombre tiene 27 años de edad, su padre, un

mecánico de 57 años, es un “borracho, vicioso, pendenciero e iracundo”. Su madre bebe un poco pero sin llegar a ser una alcohólica. “Lo mismo ocurre con una de sus hermanas a la cual visita bastante a menudo los domingos y con la cual se puso a beber varias veces: ‘No hay nada malo en beber en familia’”. Si la familia ocupa un rol, el trabajo es, sin embargo, el principal lugar de intoxicación. Comienza a beber a los 14 años cuando era aprendiz con un zapatero. “Era un excelente patrón -dijo el paciente- pero tomaba mucho; y cuando había alguna fiesta, me llevaba siempre con él”. Entra luego como mozo de día en el lavadero de la calle Charenton.

“No les diré en detalle -dice Charcot- lo que es en París un lavadero y lo que son, desde el punto de vista de las costumbres, las personas que los frecuentan. Ustedes lo saben muy probablemente por la lectura que seguramente han realizado de la muy interesante novela de M. Zola, *l'Assommoir*”⁷.

El trabajo comienza muy temprano: “El ‘mozo de día’ debe ayudar a llevar la ropa que cargan las lavanderas. Es un trabajo rudo, se trata a menudo de cargar fardos pesados. Es necesario cada cierto tiempo levantar el ánimo del muchacho y las propinas, destinadas a estimular su celo, abundan; eso lo lleva a beber mucho y muy seguido.”

El joven bebe además durante el tiempo de descanso, cuando, después de comer, “se arman las charlas” [...] “el vino, el ron y el aguardiente circulan por turno”. El uso del ajenjo es frecuente en el lavadero y por eso el enfermo conocía de memoria la canción “*La Muerte de ojos verdes*”, de la cual Charcot llega a recitar algunas coplas⁸. La parálisis debutó a los 20 años de edad, sus sueños fueron atormentados por visiones de animales semejantes a ratas. Después de una primera hospitalización, el enfermo regresó al lavadero pero debió renunciar a los trabajos más cansadores en favor de otros menos lucrativos, pasaba sus noches vigilando las máquinas, y continuó bebiendo “demasiado y muy a menudo”. Durante este período y hasta 1887, sufría numerosos olvidos, “una vez, casi hace saltar la caldera del lavadero por haber olvidado de llenarla de agua: tenía verdaderas *ausencias* [...] durante las cuales cometía actos de los cuales, al volver a las condiciones normales, no conservaba el recuerdo. Se fuga, arroja su reloj a un sumidero. Segunda hospitalización en el hospital Laënnec, adonde presa de diversos accesos delirantes, es contenido con camisa de fuerza. Esto sucede luego de un episodio conmocionante: “Estaba totalmente enamorado de una joven enfermera del Servicio y había resuelto casarse con ella, pero fue rechazado por la familia”. Las libaciones para ahogar su pena le causaron la agitación delirante.

Segundo capítulo: Charcot da a conocer la existencia de una parálisis espinal infantil, con debilidad de los miembros inferiores, repercusión del alcoholismo del

⁶ Las itálicas son nuestras.

⁷ *La taberna*, publicada en 1876.

⁸ En alusión al color verde del ajenjo, una bebida muy popular a fines del siglo XIX a la que se le atribuyó un alto riesgo de producir intoxicaciones debido a sus propiedades neurotóxicas por su contenido en metanol.

padre sobre su séptimo hijo, mientras otros seis anteriores habían muerto por convulsiones a temprana edad. Charcot vuelve en ese momento a los antecedentes familiares que no contienen ninguna enfermedad nerviosa típica sino "el vicio de la ebriedad". Es totalmente suficiente. Charcot aborda entonces "una tercera fase" que comenzó durante la estadía en el hospital Laënnec, dos años antes, y que se caracteriza por crisis convulsivas. Esto requiere "exponer todo un aspecto de su carácter y de sus costumbres" [...] "Ustedes podrían considerarlo como un ser grosero y crapuloso, que no habla sino en argot. Pero eso sería un error [...] y también una injusticia". Mal alumno en la escuela, frecuentó luego "regularmente, y con cierto celo, los cursos nocturnos". Hoy, "compone versos en los cuales la métrica deja que desear, pero poseen cierta idea poética. Cultiva sobre todo el género erótico; pero, tanto en los versos como en la prosa, apunta a la esencia del tema sin caer en la grosería". Por otra parte, "es coqueto y lleva habitualmente una brillante corbata roja, al mismo tiempo que sus cabellos, muy engominados, están dispuestos, como él dice, 'a la Capoul'⁸. Es un elegante en su tipo, y se vanagloria de haber hecho, gracias a sus encantos, varias conquistas en el lavadero, donde le dicen que es un Don Juan". Pero, a diferencia de esos "amores ligeros", la enfermera del Laënnec es su primer "amor serio". La pena amorosa es el agente provocador de los accidentes nerviosos que Charcot va a describir en el registro de la gran histeria con todos los estigmas en el nivel sensorial.

Síntesis del caso: "El alcoholismo del padre repercutió en el hijo bajo la forma de parálisis espinal infantil. Los abusos del hijo, cuyo padre es al menos en parte responsable, determinaron en este la paraplejía alcohólica y prepararon el desarrollo de la afección histérica que las causas morales hicieron estallar en un momento dado".

¿Pronóstico? Nadie quiere darle trabajo "por causa de sus frecuentes y terribles crisis nerviosas, y también por el estado mental que lo vuelve irregular y olvidadizo". "Lo mejor -concluye Charcot- será obtener su admisión en el hospicio de Bicêtre, donde al reparo de la miseria y de las tristes preocupaciones y privaciones que esta lleva consigo podrá, durante un tiempo suficientemente prolongado, seguir el tratamiento que le conviene. ¡Terminar en Bicêtre! ¡Ay, pobre 'Don Juan'!"

La presentación de este "caso complejo", que se extiende a lo largo de veinte páginas de las *Leçons...*, fue escrita en forma particularmente cuidada. Es de notar que si bien Charcot no puede *in fine* abstenerse de la burla, al escribir el drama del joven en el estilo de un naturalismo a lo Zola da testimonio indirecto de lo que lo ha conmovido en ese destino quebrantado, y le vuelve a dar una verdadera dignidad.

Esta historia es apasionante en el plano de una epistemología de la clínica porque no disocia lo biológico, lo sociológico y lo psicológico. La etiología es "mixta".

Todo está intrincado en la vida del "hombre de la corbata roja", la herencia, la familia, el trabajo, la enfermedad y el amor. Reducir su drama a una sola de estas dimensiones sería equivocarse de abordaje.

El borramiento del trabajo: el precio pagado para el nacimiento del psicoanálisis

A partir de 1888, Freud se aleja progresivamente de la doctrina de Charcot. La histeria encuentra su origen en un trauma sexual precoz y el abandono de la teoría de la seducción en 1893 -año de la muerte de Charcot- no cambia nada: la histeria viril y su traumatismo accidental no sexual ha fracasado. El psicoanálisis no tomará en cuenta al trabajo. Un espacio de posibilidades, que cierra otro, se abre.

¿Cuál será a partir de entonces la suerte psicopatológica de los obreros? La fatiga nerviosa y la "neurosis de los telefonistas" reducen en los años 1950 la patología obrera a un condicionamiento pavloviano, los obreros ya no son considerados como sujetos sino como juguetes de un trabajo alienante (18). Las patologías post-traumáticas harán su regreso en los años 1960 bajo la descripción de la sinistrosis. Esta, inicialmente introducida en 1907 por Brisset, un ex alumno de Charcot, es entonces transformada en entidad nosográfica racista, "inhibición muy particular de la voluntad", que sería alentada en los trabajadores norafricanos de la construcción por la posibilidad de una indemnización, la cual, creen, les permitirá no volver al trabajo⁹. Vuelve así la sospecha de simulación.

En cuanto a la histeria "de masas", solo será evocada en Francia y en otras partes para descalificar las crisis de nervios de las obreras en las líneas de montaje que ellas asociaban con las cadencias infernales del trabajo (19).

Habrà que esperar hasta 1980 el libro de C. Dejours *Travail: usure mentale* para que los accidentes del trabajo y el trabajo obrero sean nuevamente tomados en serio en el campo psicopatológico (13).

Para los especialistas contemporáneos de Charcot, como para nosotros, el trabajo jugaba un rol importante, y algunos lo identificaban como un factor de descompensación. Podemos pensar que para Charcot la causa original -anatómo-neurológica- primaba claramente sobre la causa ocasional. Sin embargo, la figura de un hombre "a quien no le ocurriría nada extraordinario" es puramente retórica. La vida está necesariamente hecha de accidentes, emociones fuertes y grandes penas. Sin embargo, incluso si conviene sanear los talleres o luchar contra el alcoholismo, el tratamiento social sigue quedando, para la escuela de la Salpêtrière, en la periferia de la acción médica, el proyecto es edificar una medicina científica: describir, comprender y, si fuera posible, curar las patologías neurológicas. Para Le Guillant, fundador de la psicopatología del trabajo, se trata de otra

⁹ Peinado célebre en la época, que popularizó el tenor Victor Capoul.

cosa. Poco le importa la causa orgánica, ésta dicta, a lo sumo, la forma de descompensación, es el trabajo el que se erige en función de causa original, la subjetividad no es sino un reflejo del trabajo alienante; aunque esa afirmación implicaba el riesgo tautológico de que lo laboral deviniera el alfa y omega de la vida psíquica (20).

Para Dejours, la centralidad del trabajo en la vida psíquica implica la sublimación, con sus componentes de creatividad, ética y auto-curación, algo que Tosquelles había encarado también, aunque en el campo restringido de las relaciones entre los miembros del equipo y los pacientes en las instituciones psiquiátricas (21).

Con esta nueva concepción, el trabajo es *positivamente* importante para todos. Cuando da sentido a la vida, permite conjurar la locura.

Esta concepción de las relaciones entre salud y trabajo tuvo, en Francia, un impacto decisivo en las prácticas de los médicos del trabajo y de los ergónomos, pero no

permitió hasta ahora integrar el trabajo en la práctica y la teoría psicoanalíticas.

La psicopatología y la psicodinámica del trabajo deberían ser sub-disciplinas, y todos los “*psi*” deberían tomar en cuenta el tema del trabajo. Todos deberían hacer a sus pacientes la pregunta que Charcot hacía a los suyos: “¿En qué trabaja?”.

Sin embargo, no es tan fácil traer de regreso aquello que fue tan magistralmente descartado por Freud en el momento de la invención del psicoanálisis y de la etiología sexual de los neuróticos. ¿Por qué Freud, quien era un gran trabajador, no tomó en cuenta al trabajo? ¿Por qué fue seguido en esa vía por la mayor parte de los psicoanalistas? ¿Cómo remediarlo hoy? ¿Con qué epistemología? ¿Con qué trasfondo político? Preguntas que dejamos abiertas para invitar a todos los que quieran apoderarse de ellas ■

Referencias bibliográficas

1. Gauchet M, Swain G. Le vrai Charcot, les chemins imprévus de l'inconscient. Paris: Calman-Levy; 1997.
2. Chevrier A. Charcot et l'hystérie dans l'œuvre d'André Breton. En: Gauchet M, Swain G. Le vrai Charcot, les chemins imprévus de l'inconscient. Paris: Calman-Levy; 1997.
3. Didi-Huberman G. L'invention de l'Hystérie. Charcot et L'iconographie de la Salpêtrière. Paris: Macula; 1982.
4. Charcot J-M. Leçons du mardi à la Salpêtrière: polyclinique, 1887-1889. T. 1 y 2. Paris: Le Progrès médical / E. Lecrosnier et Babé; 1888-1889. Disponible en: <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb34553255c>
5. Freud S. Études sur l'hystérie. Trad. Française. Paris: PUF; 1967. p. 58.
6. Hacking I. L'âme réécrite. Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire. Paris: Les empêcheurs de penser en rond; 2006. p. 14.
7. Blin E, Charcot J, Colin H. Leçons du Mardi à la Salpêtrière: policliniques, Professeur Charcot. Notes de cours de MM. Blin, Charcot (fils) et Colin. Paris: Bureaux du Progrès Médical / Librairie C.Delahaye et E Lecrosnier; 1887/88; 1888/89. Manuscrito. Disponible en: http://jubilotheque.upmc.fr/ead.html?id=CH_00000067 y http://jubilotheque.upmc.fr/ead.html?id=CH_00000068
8. Gordon BR. De Charcot à Charlot, Mises en scène du corps pathologique. Paris: PUR; 2013.
9. Politzer G. Critique des fondements de la psychologie. Paris: PUF; 1928.
10. Chevalier L. Classes laborieuses et classes dangereuses. Réédition. Paris: Tempus; 1958. p. 334.
11. Le Guillant L. L'affaire des sœurs Papin. *Les Temps Modernes* 1963; 216: 869-913.
12. Le Guillant L. “Incidentes psychopathologiques de la condition de bonne à tout faire”, En: Le Drame humain du travail. Essais de psychopathologie du travail. Réédition. Toulouse: Octares; 2006.
13. Dejours C. Travail: usure mentale. Paris: Bayard; 1993. p. 252.
14. Rebeyrat J-F. À propos du drame humain du travail. Quelle histoire pour la psychopathologie du travail? *Travailler* 2008; 19: 59-80.
15. Molinier P. L'évitement du travail dans l'affaire des sœurs Papin, une question toujours d'actualité? *L'Évolution Psychiatrique* 2012; 77, 1: 81-95.
16. Fassin D, Rechtman R. L'empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime. Paris: Flammarion; 2007.
17. Moscovitz J-J. Approche psychiatrique des conditions de travail. *L'Évolution psychiatrique* 1971; 36: 183-221.
18. Begoin J. La névrose des téléphonistes et des mécanographes. Thèse. Faculté de Médecine: Paris; 1957.
19. Gallot F. Les «crises de nerfs» des ouvrières en France... dans les années 1968: politisation d'une manifestation genrée de souffrance individuelle? *Nouvelle Revue de Psychosociologie* 2014; 17: 31-44.
20. Molinier P. “Risques psychosociaux: le point de vue psychologique”. En: Lerouge L dir. Risques psychosociaux au travail. Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal. Paris: L'Harmattan; 2009. p. 1-41.
21. Tosquelles F. Le travail thérapeutique en psychiatrie, Réédition. Toulouse: Erès; 2009.

el rescate y la memoria



La Psiquiatría Clásica Francesa: El delirio de interpretación de Sérieux y Capgras

Norberto Aldo Conti

Paul Sérieux nació en París en 1864 y comenzó su formación como alienista en 1886 en los Asilos de Alienados del Departamento del Sena; posteriormente se desempeñó como médico adjunto en Vaucluse y en Villejuif, médico jefe de la casa de salud de Ville-Évrard y médico jefe en el hospital Sainte-Anne. Se formó principalmente con Valentin Magnan (1835-1916), de quien fue su discípulo dilecto y con quien publicó muchos trabajos en colaboración, de los cuales el más relevante sin duda fue *El delirio crónico de evolución sistemática*, de 1892, pieza esencial de la nosografía de Magnan que dividió aguas en la psiquiatría francesa entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX.

Joseph Capgras nació en Verdun-sur-Garonne en 1873, y también realizó su formación en el cuerpo de alienistas de los Asilos del Sena desde 1898 para pasar después a desempeñarse como médico jefe del Hospital Maison-Blanche, en Neuilly-sur-Marne y en Sainte-Anne, en París, donde trabajó hasta su jubilación. Fue también discípulo de Valentin Magnan y de Paul Sérieux, con quien trabajó muchos años en colaboración; de esa labor conjunta el libro que hoy presentamos, *Las locuras razonantes, el delirio de interpretación*, publicado en 1909, en París, por la casa editorial de Félix Alcan, es sin duda su aporte más destacado para la conformación de la clínica psiquiátrica clásica.



Paul Sérieux



Joseph Capgras

Las locuras razonantes: el delirio de interpretación

Desde 1902 Sérieux y Capgras desarrollan una serie de trabajos, fruto de sus investigaciones acerca de los delirios llamados por ellos de interpretación, influenciados tanto por la doctrina de Magnan acerca del *delirio crónico de evolución sistemática* como por el concepto de *paranoia*, inaugurado por Kahlbaum en Alemania y popularizado por la ya prestigiosa nosografía kraepeliniana a principios del siglo XX.

Primero, en 1902, precisan el lugar que están dispuestos a asignar a las interpretaciones delirantes en las diferentes psicosis, en un momento en que la clínica francesa comienza a poner el eje de los estudios sobre los delirios en los mecanismos de génesis (alucinatorios, interpretativos, imaginativos, oníricos) y no solo en las formas evolutivas, como lo venía haciendo desde los trabajos de J. P. Falret hacia mediados del siglo anterior. En este sentido sostienen tres presentaciones posibles: psicosis donde las interpretaciones son más bien episódicas, psicosis donde las interpretaciones forman parte del cuadro clínico tanto agudo como crónico y psicosis donde las interpretaciones delirantes constituyen el mecanismo esencial del cuadro clínico con ausencia casi completa de fenómenos alucinatorios y un curso lento donde no se registra la evolución típica propuesta por Magnan.

Después, en 1906, precisan aún más la entidad que pretenden diferenciar: será una psicosis delirante crónica, sistematizada, a mecanismo interpretativo que se desarrolla sobre un terreno predispuesto y cuya evolución no es deficitaria, al menos en el sentido que no avanza hacia la demencia conservando la actividad intelectual y la coherencia de los razonamientos.

Finalmente, en 1909, publican *Las locuras razonantes, el delirio de interpretación*, no ya un artículo sino un

libro de más de 350 páginas, que pretende dar una mirada global acerca del problema del *delirio de interpretación*, la validación empírica de su propuesta está representada por aproximadamente sesenta casos estudiados a lo largo de muchos años, de los cuales cuarenta fueron observados por los autores y seis por el profesor Régis, más un apéndice final titulado *El delirio de interpretación en algunas obras literarias*, en donde se analizan textos del dramaturgo August Strindberg y de Jean-Jacques Rousseau en quien ven la intrincada presencia del genio y la locura. Pero es en la introducción en donde queda establecida esta entidad clínica con las características esenciales que la acompañarán a lo largo de todo el siglo XX:

“El delirio de interpretación es una psicosis sistematizada crónica caracterizada por 1. la multiplicidad y organización de las interpretaciones delirantes; 2. la ausencia o la escasez de alucinaciones, su contingencia; 3. la persistencia de la lucidez y de la actividad psíquica; 4. la evolución mediante extensión progresiva de las interpretaciones; 5. la incurabilidad sin demencia terminal.

En la octava edición del Tratado de Psiquiatría de Kraepelin, publicado entre 1909 y 1913, volverá a aparecer esta descripción clínica del *delirio de interpretación* bajo el rótulo nosográfico de la *paranoia* a la cual el trabajo de Sérieux y Capgras proveerá una precisión en el análisis clínico y semiológico no alcanzada por el autor alemán en las ediciones anteriores. Ya para entonces la entidad de Magnan habrá perdido su prestigio ante la caída del soporte etiológico de la teoría de la degeneración, en especial desde la tesis de Genin-Perrin de 1913, y la psiquiatría europea tenderá a organizar la arquitectura de los delirios crónicos en torno a los dos constructos kraepelinianos: la demencia precoz, devenida esquizofrenia y la *paranoia* de la cual el delirio de interpretación de Sérieux y Capgras constituye su descripción más acabada ■

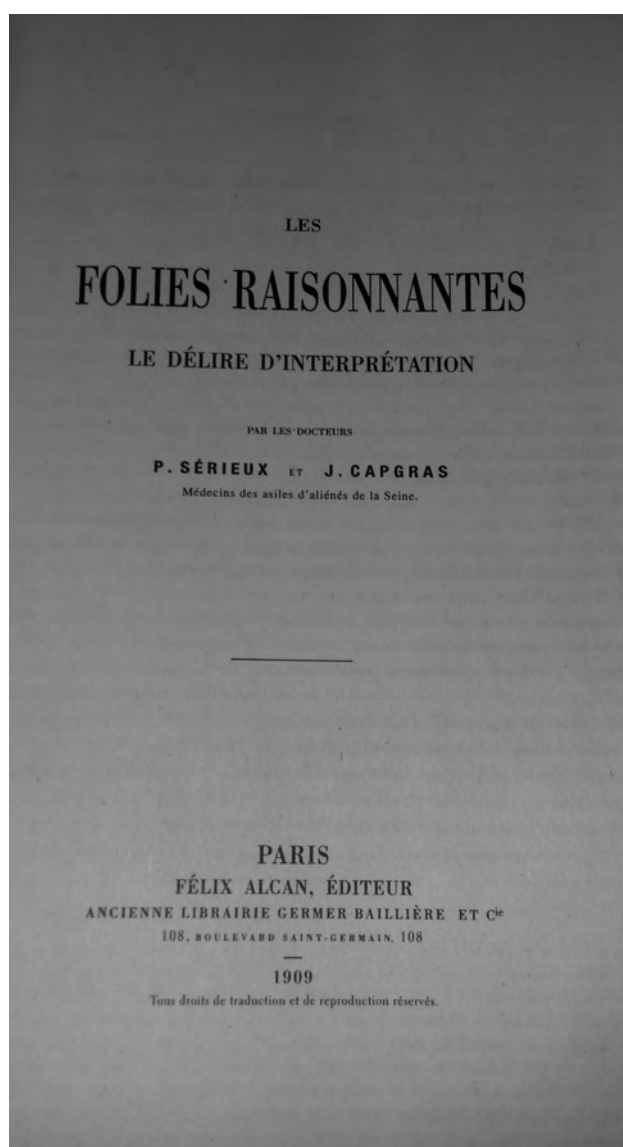
Las locuras razonantes. El delirio de interpretación

Por los doctores
P. Sérieux y J. Capgras
París, 1909

Desde hace ya mucho tiempo se ha agrupado bajo el nombre de «Delirios sistematizados» en Francia, de «Paranoia» en el extranjero, ciertos estados psicopáticos —agudos o crónicos, primitivos o secundarios, con o sin debilitamiento intelectual—, caracterizados, de manera aproximada, por la organización de un conjunto más o menos coherente de concepciones delirantes, una suerte de novela fantástica o absurda que, para su autor, llega a convertirse en la expresión indiscutible de la realidad. Venía pareciendo suficiente subdividirlos, según la naturaleza del sistema delirante, en delirio de persecución, delirio de grandeza, delirio de celos, delirio místico, delirio erótico, delirio hipocondríaco... Fundado en un criterio tan superficial, este intento de clasificación, verdaderamente simplista, reunía hechos muy dispares. Para establecer la autonomía de una psicosis, no sería ya posible basarse solamente en el tono de sus ideas delirantes; hay que estudiar el agrupamiento peculiar de los síntomas y la evolución completa de los fenómenos morbosos; finalmente, en la medida en que lo posibilite el estado actual de los conocimientos psiquiátricos, hay que tener en cuenta sus causas y su génesis. Hechas estas consideraciones, los «delirios sistematizados» no son sino una manifestación morbosa susceptible de aparecer al inicio o durante el curso de muy diferentes enfermedades mentales.

Los *delirios agudos* o *secundarios* desaparecen de la clasificación como entidades. Caracterizados por el polimorfismo y la falta de coordinación de las ideas delirantes, la coexistencia de síntomas de excitación, de depresión o de confusión, el comienzo y terminación bruscos o la evolución progresivamente demenciante, a veces consecutivos a infecciones o intoxicaciones, pertenecen frecuentemente al campo de la degeneración mental, de la locura intermitente o de la demencia precoz.

En cuanto a los *delirios sistematizados crónicos*, si no se quiere englobar especies irreductibles bajo la misma etiqueta se impone la necesidad de separarlos en dos divisiones: por una parte estarían las psicosis adquiridas que, alterando profundamente la mente del sujeto, desembocan más o menos velozmente en la demencia; por otra, las psicosis constitucionales, las cuales no modifi-



Portada: El delirio de interpretación, Joseph Capgras, Paul Sérieux

can la personalidad pues no son sino una exageración de la misma, y no se encaminan hacia el debilitamiento intelectual. Dentro de este último grupo, trataremos de

definir un tipo nosográfico que llamamos «*psicosis crónica a base de interpretaciones delirantes*», o más brevemente «*delirio de interpretación*», en función de su rasgo más sobresaliente; no es preciso decir que su diferenciación como forma clínica se basa también en un conjunto de otras características relevantes. Mientras que la mayor parte de las psicosis sistematizadas demenciantes reposan sobre síntomas sensoriales predominantes y casi permanentes, todos los casos que bajo la denominación propuesta hemos reunido se manifiestan, casi exclusivamente, a base de interpretaciones delirantes; las alucinaciones, siempre episódicas cuando existen, no juegan apenas ningún papel.

Antes de exponer las características del delirio de interpretación, conviene definir la *interpretación delirante*. Es un razonamiento falso que tiene como punto de partida una sensación real, un hecho auténtico, el cual, en virtud de asociaciones de ideas ligadas a las tendencias, a la afectividad, y con la ayuda de inducciones o deducciones erróneas, adquiere una significación personal para el enfermo, invenciblemente compelido a relacionar cualquier cosa consigo mismo.

La interpretación delirante es distinta de la alucinación y la ilusión, que son trastornos sensoriales: la primera, una percepción sin objeto, y la segunda una percepción inadecuada del objeto. Un místico que ve a la Virgen aparecerse en medio de las tinieblas es juguete de una alucinación. Cuando Don Quijote toma por gigantes a los molinos de viento, es víctima de una ilusión. Limitemos el término ilusión al error de los sentidos; a veces, en efecto, se ha designado la interpretación con el nombre de «ilusión mental». Anotemos también otro error cometido bastante a menudo: tomar la interpretación por una alucinación; por ejemplo, un enfermo pretende haber oído ciertas palabras, ciertas injurias, y sin embargo esas palabras han sido realmente pronunciadas.

La interpretación delirante se distingue también de la idea delirante, concepción imaginaria de pies a cabeza, o al menos no deducida de un hecho observado. Como dice Régis, la primera tiene un punto de partida auténtico, la segunda es errónea hasta en sus cimientos: «en cierto modo, la interpretación delirante es a la idea delirante lo que la ilusión es a la alucinación».

Más dificultoso es separar la interpretación delirante de la interpretación falsa. Muchos autores han señalado signos diferenciales que, pese a su valor, no son aplicables en todos los casos. El error, se dice, es con frecuencia rectificable; la interpretación delirante, incorregible. El error se mantiene limitado, circunscrito; la interpretación delirante tiende a la difusión, a la irradiación, se asocia a ideas análogas y se organiza en sistemas. El error no tiene el yo como objeto; la interpretación delirante tiene como objeto el yo, su carácter egocéntrico es destacable. El error no tiene forzosamente repercusión sobre la actividad del sujeto, con frecuencia es sólo teórico; la interpretación delirante tiende a ser puesta en práctica, orienta y domina la actividad. El error ocurre sobre la base de un cerebro normal; la interpretación, sobre un terreno patológico. En el primero no hay lesión de la personalidad, no así en la segunda. ¿Bastaría decir que la interpretación delirante es absurda e inaceptable para

las personas de mente clara? No, en absoluto: numerosas interpretaciones delirantes, más verosímiles que muchos errores, han conllevado la adhesión de personas sensatas e inteligentes.

Común a psicosis muy distintas, esta clase de juicio afectivo se encuentra además en los estados pasionales; un estado afectivo ligero o incluso una idea predominante bastan para provocarlo. Por tanto, no se puede fundamentar la autonomía de una especie morbosa sólo por la existencia de interpretaciones delirantes.

El delirio de interpretación es una psicosis sistematizada crónica caracterizada por: 1º la multiplicidad y organización de las interpretaciones delirantes; 2º la ausencia o la escasez de alucinaciones, su contingencia; 3º la persistencia de la lucidez y de la actividad psíquica; 4º la evolución mediante extensión progresiva de las interpretaciones; 5º la incurabilidad sin demencia terminal. Psicosis funcional cuyo origen debe buscarse no en la acción de un agente tóxico sino en una predisposición psicopática, en las anomalías de los centros cerebrales de asociación de los que dependen las perversiones del juicio, las lagunas del sentido crítico, los trastornos de la afectividad; el delirio de interpretación procede básicamente de una malformación congénita, o dicho más brevemente, de la degeneración.

El delirio de interpretación debe alinearse entre los estados psicopáticos que suelen artificiosamente agruparse bajo el nombre de «locuras razonantes», conservando los sujetos por ellas afectados, fuera de su «delirio parcial», toda la vivacidad de su inteligencia, con una aptitud a veces notable para discutir y defender sus convicciones. Los interpretadores no merecen el epíteto de alienados en el sentido

etimológico del término (*alienus*, extraño, extranjero): permanecen en contacto con su medio ambiente, su aspecto se mantiene normal; algunos consiguen vivir en libertad hasta el fin sin llamar la atención salvo por algunas rarezas; la mayoría no son ingresados por sus ideas delirantes sino por un carácter violento e impulsivo que les llega a hacer peligrosos. Al entrevistarse con ellos, al leer su correspondencia o sus «memorias», no sólo ocurre que no formulen ninguna frase incorrecta, sino que se constata una adecuada forma de expresión, normalidad en la asociación de ideas, recuerdos muy fieles, una despierta curiosidad, una inteligencia intacta y a veces fina y penetrante. No es posible evidenciar alucinaciones activas, ni excitación ni depresión; no hay confusión, no hay pérdida de los sentimientos afectivos. A menudo son necesarias entrevistas prolongadas o repetidas para descubrir alguna peculiaridad.

Unos formulan quejas muy plausibles, quizá legítimas, dignas de ser verificadas. Una mujer acusa a su marido de inmoralidad: la ha engañado, ha intentado envenenarla, despojarla de su fortuna, la secuestra arbitrariamente. Un hombre se queja de la injusticia de sus superiores, de la hostilidad de su vecindario, de insinuaciones o alusiones malévolas. Un hijo natural explica las pruebas de que pertenece a determinada familia noble. Algunos interpretadores parecen emitir únicamente juicios erróneos: se les podría tomar por razonadores equivocados, con ideas preconcebidas para enfocar los sucesos bajo un ángulo especial, de sistematizarlo todo

partiendo de un prejuicio discutible, de una idea fija que orienta sus falsas interpretaciones. Sus ideas delirantes —cuando se trata claramente de delirio y no de equivocaciones— se mantienen dentro de lo verosímil, no parecen implicar una afectación de sus facultades silogísticas.

Otros, sin diferenciarse de los anteriores por ningún rasgo esencial, dan a sus frases un giro singular. Sus apreciaciones, conservando una absoluta apariencia de lógica, resultan demasiado extrañas: se impone en el interlocutor la convicción de que se trata de creaciones de una imaginación enfermiza. Uno de ellos, por ejemplo, toma a otro enfermo por un espía que representa admirablemente bien su papel; los enfermeros son policías disfrazados. No es tan ingenuo como para no darse cuenta de que está rodeado de agentes provocadores camuflados. Y refiere que desde hace mucho tiempo es víctima de mil vejaciones. Le siguen, le silban para burlarse, le rozan con el periódico al pasar, escupen a su paso; los gestos amenazantes u obscenos se multiplican: se rascan la cabeza, se frotan las manos, una mujer recoge sus faldas. Por la noche hacen chirriar puertas y ventanas premeditadamente con la finalidad de impedirle dormir. Recibe catálogos de aparatos ortopédicos: ¿cómo anunciar de un modo más claro que se le quiere lisiar? ¿Por qué se empeña la gente en formar grupos ante los kioscos de periódicos?: pues para impedirle ver un artículo o una imagen que a él podría interesarle. Inútil molestia: la prensa, preñada de alusiones sobre él, desvela utilizando pseudónimos su pasado y su destino; las revistas ilustradas reproducen su retrato; ¡hasta los anuncios hablan de él! Ha sido objeto de aclamación popular, las tropas le han rendido honores, un ministro se inclinó ante él, cierta gran señora le ha mirado con un aire maternal: él ha deducido que era hijo de ella. Le niegan su verdadero origen; tendrán que rendirse a la evidencia.

Los datos clínicos del delirio de interpretación, vislumbrados en Francia por algunos observadores, se encuentran dispersos en diversos grupos nosológicos según el predominio de tal o cual síntoma. Si se constatan —o se cree constatar— la existencia de alteraciones sensoriales se les clasifica dentro de los delirios sistematizados alucinatorios. Si sobrevienen reacciones agresivas o sañudas reivindicaciones se diagnostica «locura de los perseguidos-persecutores». Finalmente, se atribuyen a la degeneración mental aquellos casos cuya originalidad no se puede discutir.

Ahora bien, aunque es legítimo considerar desequilibrados a los interpretadores, no es menos cierto que constituyen un grupo homogéneo y merecen un lugar diferenciado dentro de la multitud proteiforme de los degenerados. Deben ser radicalmente separados de los delirantes alucinados. En cuanto a la locura de los perseguidos-persecutores, reúne arbitrariamente, debido a la analogía de las reacciones, casos en realidad dispares. Entre otros tipos heterogéneos, incluye a algunos interpretadores: aquellos que, proclives al ataque, no cesan de perseguir a sus pretendidos enemigos; y deja absolutamente al margen a los interpretadores resignados, sin reacciones agresivas. Engloba también a esos desequilibrados que, bajo el imperio de una idea obsesionante,

emplean toda su inteligencia y toda su actividad anormal no en la construcción de una novela delirante sino en la satisfacción de su pasión morbosa. A estos últimos les reservamos el nombre de «reivindicadores» (*delirio de reivindicación*). El término locura de los perseguidos-persecutores que se quiere aplicar a los casos de delirio de interpretación no podría convenir a unos pacientes que a veces no son ni perseguidos ni perseguidores.

El estudio que haremos a continuación está dedicado a los interpretadores puros, a esos sujetos que, como ningún otro, ponen de manifiesto la extraña asociación de razón y locura y merecen adecuadamente el calificativo de «locos razonantes». Describiremos sucesivamente los síntomas, las formulaciones, la evolución y las variedades del delirio de interpretación. A continuación trataremos de explicar su génesis, y de diferenciarlo del delirio de reivindicación, de las psicosis interpretadoras sintomáticas y de los delirios sistematizados alucinatorios.

Finalmente, tras haber recordado de qué modo fue entendido en el siglo pasado, intentaremos justificar la autonomía de esta especie morbosa y situarla en una clasificación nosográfica. Las consideraciones terapéuticas y médico-legales pondrán fin a esta monografía.

CAPÍTULO VIII

Ensayo nosográfico

I. Autonomía del delirio de interpretación. — ¿Debe seguir mezclado con la locura de los perseguidos-perseguidores? — Opinión de Falret y de sus alumnos. — Ambigüedad del concepto actual de perseguidos-perseguidores. — Delirio de reivindicación: justificación de su autonomía; papel de la idea fija. — Opiniones de Maguan, Ballet, Arnaud, Régis, Forel, Neisser, Tilling, Leppmann, Wernicke, Hitzig, Kraepelin, Heilbronner.

II. Situación nosográfica del delirio de interpretación. — Psicosis constitucionales y psicosis accidentales. — Patogenia del delirio crónico (tipo de psicosis sistematizada alucinatoria). — Concepto de Kraepelin sobre la paranoia. — Objeciones de Bleuler, Wernicke, Schneider, Levi Bianchini, MacDonald, Dercum (anexión de la paranoia a la demencia precoz). — Clasificaciones de Tanzi, Deny y Camus, Régis. — Conclusiones. — Formas atípicas. — Nosografía de los delirios sistematizados.

Las consideraciones históricas precedentes nos permiten ahora abordar el estudio de la situación nosográfica del delirio de interpretación. Responderemos primero a las objeciones hechas contra la autonomía de esta psicosis; analizaremos qué es lo que conviene entender por «locura de los perseguidos-perseguidores», donde algunos autores continúan alineándola; veremos finalmente si se atribuye la misma patogenia a los delirios sistematizados alucinatorios.

I. — La conceptualización del delirio de interpretación ha levantado recientemente dos críticas principales: 1º siendo la interpretación una forma de razonar banal, necesitaría incluso para la constitución de cualquier delirio sistematizado, no hay por qué —dicen— aceptarla como patognómica de una nueva entidad morbosa; 2º el delirio de interpretación ya fue descrito por J. Falret en sus persegui-

dos hereditarios; hay que seguir colocando a los intérpretes en las filas de los perseguidos-perseguidores, de los cuales ningún rasgo fundamental les distingue.

La primera objeción haría pensar que la autonomía de la psicosis en cuestión se ha establecido sobre un sólo síntoma: la interpretación. Hemos insistido lo bastante sobre el conjunto de características positivas y negativas del delirio de interpretación, sobre su evolución y sobre su patogenia, que tal crítica no puede considerarse bien fundada. El importante papel de las interpretaciones en enfermedades mentales diversas fue señalado por nosotros en 1902, y, junto a la psicosis crónica a base de interpretaciones delirantes o delirio de interpretación esencial, hemos descrito estados delirantes interpretadores sintomáticos de otras afecciones. No es posible, en efecto, construir una enfermedad sólo sobre un síntoma, ni agrupar juntas varias psicosis en base a un solo rasgo común, sea cual sea su aparente relevancia. Con Falret, Magnan y Kraepelin, consideramos que las taxonomías puramente sintomáticas están desprovistas de valor desde el punto de vista nosográfico.

La segunda objeción no parece más justificada. Cuando J. Falret trazó la magistral descripción de sus perseguidos hereditarios, dio a conocer solamente a los sujetos que nosotros clasificamos en el delirio de reivindicación. El declaró con toda claridad en 1896 que fueron los estudios de casos de Sandon, de Teulat, de Verger y de algunos otros, lo que le sirvió de punto de partida para establecer esa nueva variedad, el delirio razonante de persecución. Sin embargo, sin lugar a dudas los enfermos de que habla Falret son reivindicadores y no intérpretes. El 25 de febrero de 1878 Falret explicó su conceptualización de los perseguidos hereditarios en los siguientes términos: "1º- Son hereditarios. 2º- Tienen signos físicos de degeneración, y congestiones (...) 4º- Personifican la persecución en una sola persona, y la persiguen mediante el chantaje, las obsesiones (...) 6º- Están enfermos toda la vida y tienen paroxismos, pero siguen siempre siendo ellos mismos a edad avanzada y nunca llegan a la demencia (...) 8º Tienen un orgullo incomparable, son inventores estériles, son desclasados, incomprendidos, tienen facultades notables, inmensas lagunas en la inteligencia y sobre todo en la moral". El 29 de julio de 1878 precisa sus ideas diciendo que estos sujetos "tienen un cierto grado de ideas de persecución (...) son alienados hereditarios (...) que son presa de ideas de persecución, vagas, sin contenido preciso (...) *no se constatan en estos enfermos ni interpretaciones delirantes, ni alucinaciones auditivas (...) ni ideas de grandeza*". Y Delasiauve llama la atención acerca de que los enfermos de Falret "están menos locos que los temperamentos excéntricos, que la gente un poco desequilibrada". El caso es que Falret declara expresamente que sus perseguidos hereditarios no tienen interpretaciones delirantes.

Además, en 1892, Falret parece aludir con claridad a los intérpretes y querer distinguirlos de los perseguidos-perseguidores habituales en el siguiente pasaje, lamentablemente muy breve: «los perseguidores razonantes no tienen alucinaciones auditivas. Pero, ellos aparte, ¿tienen todos los demás perseguidos alucinaciones auditivas? Parece que algunos de ellos sólo tienen interpretaciones delirantes; es un punto interesante que habría que elucidar».

Pottier, en su tesis (1886), sugerida por Falret, estudia los perseguidos-perseguidores verdaderos (nuestros «reivindicadores»). «Sus delirios, dice, en gran parte se basan en hechos auténticos que sirvieron de punto de partida a sus sistematizaciones delirantes, y a los cuales se han limitado a añadir complementos imaginarios que apenas se distinguen de los hechos reales que les sirvieron de base (...) esta variedad de enfermedad mental se caracteriza sobre todo por sus actos (...) Estos enfermos, a diferencia de los otros perseguidos, no llegan hasta la megalomanía, es decir, no llegan a un delirio de grandeza claramente característico, como por ejemplo creer que son tal o cual personaje histórico». A su vez, Ritti escribe en el *Diccionario Dechambre*: «En los perseguidos-razonantes no se constatan *ni interpretaciones delirantes, ni alucinaciones auditivas ni de la sensibilidad en general. Tienen un orgullo inmenso pero no ideas delirantes de grandeza*».

Tras estas citas, que podrían ser corroboradas por otras más recientes, es difícil admitir que Falret haya incluido a los intérpretes en la psicosis de los perseguidos hereditarios. A decir verdad, en la tesis de Pottier encontramos algunos casos de delirio de interpretaciones clasificados como perseguidos razonantes. Esta confusión proviene de hecho de haber retenido de la descripción tan precisa de Falret sobre todo, si es que no únicamente, dos rasgos llamativos: por una parte la lucidez, el desarrollo de las facultades silogísticas, las tendencias razonadoras; por otra, la viveza de las reacciones, la tenacidad, el tesón de las reivindicaciones. Así se vio llevado a ampliar el cuadro original para incluir en él los intérpretes con tendencias agresivas. Sin duda se proclama en voz bien alta la contingencia de las reacciones; lo cual no impide que en la práctica sea sobre todo en éstas últimas en lo que se apoye [el diagnóstico], y nadie se atrevería, que nosotros sepamos, a declarar perseguido-perseguidor a un intérprete resignado, de modales suaves y apacibles. Y así como sería razonable criticar a quien pretendiese aislar una especie clínica por un único síntoma —cosa que nadie ha sostenido—, es tanto más lamentable seguir describiendo pseudoentidades morbosas basándose en los tipos de reacciones, las cuales son manifestaciones individuales y no específicas [de la enfermedad]. Aunque ya nadie se atreve a hablar de locura de grandezas o de locura religiosa, se continúan englobando bajo el nombre de perseguidos-perseguidores —como antaño bajo el de locura razonante— hechos dispares, especies irreductibles que no tienen en común más que rasgos sin valor nosológico. Entre dos enfermos que presentan las mismas reacciones perseguidoras, ¿no va a haber ninguna diferencia nosológica real si uno es un fanático del Derecho, un reivindicador obsesionado, y el otro un verdadero delirante que acumula interpretación sobre interpretación?

Meschede y Thomsen eluden el término *Querulantenwahnsinn* y se contentan con decir: obsesión de reclamación. También Westphal establece un nexo entre la locura litigante y la locura por obsesiones [*folie des obsessions*].

Para Schüle, la locura pleitista se relaciona con la locura hereditaria con ideas obsesivas: «la sensación de haber sufrido una injusticia llega a hacerse una impulsión obsesiva».

A criterio de Neisser, la locura de los querulantes no puede ser considerada como un tipo de paranoia: en efecto, no hay ideas delirantes propiamente dichas; sólo es enfermiza la intensidad de los sentimientos afectivos.

Según Tiling, los querulantes no son enfermos delirantes y por lo tanto no deben colocarse dentro de la paranoia. Algunos paranoicos pueden hacerse querulantes, pero los verdaderos querulantes no son paranoicos. No se constata en ellos la evolución progresiva de sistemas delirantes complicados. El querulante sigue siendo, sin modificación, lo que era anteriormente; su antigua personalidad simplemente se propone una tarea nueva. Hay que clasificarle junto al fanático, quien, él también, sigue siendo siempre el mismo hombre pero poseído por una idea tiránica: está afecto de fanatismo, no de delirio.

Siefert o Willmans no consideran la psicosis de los querulantes como un proceso morboso simple, sino como la manifestación, bajo ciertas influencias externas, de una personalidad patológica.

Para Leppman, en algunos querulantes no se manifiesta debilidad mental identificable, ni generalización manifiestamente paranoica de las ideas de persecución. Esos sujetos están tristes, se dan cuenta de que más les valdría callarse; intentan apartar del pensamiento sus ideas de reivindicación, pero sucumben bajo la obsesión. Dicen resignadamente: «no puedo hacer otra cosa». Leppman clasifica estos casos en la locura con representaciones obsesivas.

Wernicke sostiene que hay un grupo entero de enfermedades psíquicas parciales, las *autopsicosis circumscribas*, que tienen como característica el desarrollo de ideas prevalentes (*überwertigen Ideen*) o ideas fijas, con la conciencia respetada, por otra parte, o relativamente indemne. «Incontestablemente, dice, hay casos de locura querulante en los que se trata de una enfermedad psíquica completamente circumscriba».

Hitzig acusa a Wernicke de querer restaurar las «ideas fijas» y las monomanías. Para él, la locura querulante (y bajo ese nombre parece englobar el delirio de interpretación, el delirio de reivindicación y algunos estados paranoicos), lejos de ser una psicosis «circumscriba» es una enfermedad de toda la personalidad psíquica. No hay solamente una idea prevalente aislada, sino numerosas ideas delirantes (de persecución, de grandeza...), una extensión progresiva de las asociaciones delirantes, algunos trastornos de la inteligencia que afectan sobre todo a ciertos temas, anomalías de la memoria y alteraciones afectivas numerosas y siempre manifiestas. Esta enfermedad no se diferencia de la paranoia en cuanto a sus elementos esenciales. Termina frecuentemente en demencia «debida probablemente a sutiles lesiones anatómicas del cerebro». — La divergencia de las opiniones de Wernicke y Hitzig se explicaría admitiendo que la tesis de Wernicke se aplica más bien al delirio de reivindicación y la de Hitzig a las psicosis interpretadoras.

Distintos autores (Köppen, Siemerling, Salgo, Weber), adoptando las opiniones de Hitzig, consideran la locura querulante como una manifestación de debilidad mental o de deterioro psíquico.

Kraepelin hace de la locura querulante una variedad típica de la paranoia; le dedica una descripción particularizada. Como en la paranoia, admite el lento desa-

rollo de una concepción delirante del mundo a raíz de la elaboración patológica de los sucesos de la vida; esta psicosis es relativamente inmutable e incurable. Distingue los verdaderos querulantes de los pseudoquerulantes, sujetos obstinados, pendencieros, con pasión por las argucias de leguleyo, pero diferentes sin embargo a los verdaderos querulantes. En efecto, el delirio de éstos últimos procede de un único punto de partida, bien determinado, que sin cesar está en primer plano y desde ahí se extiende cada vez más.

La teorización de Kraepelin es criticada por Heilbronner, cuyas ideas parecen conformes con nuestros puntos de vista. Heilbronner considera que existe una diferencia fundamental entre la génesis del delirio de los querulantes y la del de la paranoia. Esta diferencia aparece claramente, incluso ateniéndose a la descripción de los que engloban la locura querulante en la paranoia y que, aunque defienden la poca importancia de la temática delirante, caracterizan sin embargo a la locura querulante por la existencia de ideas relativas a perjuicios jurídicos. Si se compara el desarrollo de una locura querulante con el de una paranoia, se llega a la conclusión de que en la primera, por así decir, falta el comienzo, o sea, el periodo que en el paranoico precede a menudo varios años al desarrollo del delirio. Se tiene la impresión de que el querulante comienza por una idea fija, mientras que el paranoico no llega a eso sino después de una larga enfermedad. En éste último la idea fija tiene por finalidad explicar una larga serie de fenómenos patológicos, mientras que en el querulante orienta la interpretación de percepciones y de recuerdos normales. La diferencia también se advierte en un síntoma común, la interpretación. En el paranoico hay un delirio de «significación personal» de los hechos externos muy repartido entre estos; en el querulante hay un verdadero delirio de relaciones, en el sentido v exclusivamente en el sentido de una idea prevalente determinada.

Mientras que la paranoia converge lentamente hacia un sistema delirante único, en la locura querulante todo se agrupa alrededor de una idea delirante que, desde el principio, está en el centro de la conciencia. Así pues, no se observa en el querulante modificaciones en el tema delirante, hecho que, por el contrario, puede ocurrir en el paranoico con el transcurrir de los años. Finalmente, para Heilbronner (así como para Jolly, Siefert, Bonhoeffer) la locura querulante es puede llegar a curarse, con o sin secuelas. Hay pues, todo el grupo de la locura querulante debe ser sacado de la paranoia de Kraepelin, que es incurable y que tiene desde el principio una evolución crónica progresiva.

En resumen, por sus síntomas, su etiología, su patogenia y su evolución, el delirio de reivindicación presenta rasgos característicos que justifican el lugar autónomo que creemos debe acordársele desde el punto de vista nosográfico. Conviene en particular distinguir esta psicosis a base de representaciones mentales exageradas u obsesionantes, del delirio a base de interpretaciones. Es indudable que ambas formas presentan algunas semejanzas. Pero aunque en ambas psicosis se pueda poner de manifiesto la existencia de ideas prevalentes, en una de ellas (el delirio de interpretación), la idea prevalente, una vez instalada a favor de interpretaciones erróneas múlti-

ples, se convierte en el núcleo a cuyo alrededor se organiza un sistema delirante complejo; en la otra (delirio de reivindicación) la idea prevalente, o fija, determina un estado afectivo crónico y reacciones anormales.

II. — Numerosos alienistas, tomando a las psicosis alucinatorias crónicas por un tipo de delirio sistematizado, reúnen en un mismo cuadro a esas formas sensoriales y al delirio de interpretación; la génesis de estos estados morbosos les parece idéntica, sólo ven entre ellos diferencias de grado. Vamos a intentar demostrar que, por el contrario, existe una diferencia de naturaleza entre las psicosis alucinatorias, enfermedades accidentales, y el delirio de interpretación, enfermedad constitucional. Escogeremos como modelo de esas psicosis alucinatorias crónicas aquéllas cuyas características fueron ya resumidas en el capítulo «Diagnóstico»: el delirio crónico de Magnan.

El primer período del delirio crónico, período interpretativo, es a nuestro parecer la manifestación de una elaboración mental provocada por una brusca ruptura entre el pasado y el presente, por «las modificaciones de la actividad mental y la sensación de incompletud que surgen de tal ruptura» (Pierre Janet). Buscando una explicación a ese malestar, forja interpretaciones que no le satisfacen; se queda en un estado de inquietud permanente, sin sistematizar, porque las adquisiciones anteriores conservan durante algún tiempo su capacidad de atemperarle. Por el contrario, en el comienzo del delirio de interpretación no se produce esa lucha contra la invasión de las ideas irracionales: la idea delirante germina y fructifica en un terreno abonado desde mucho tiempo atrás para las interpretaciones erróneas.

La lesión del delirio crónico se extiende cada vez más, debilita progresivamente la autocrítica y acaba alcanzando los centros sensoriales. Entonces surge la alucinación y, cortando de raíz cualquier duda, fija el delirio que las interpretaciones habían sido incapaces de establecer; a partir de ese momento, las interpretaciones pasan a un segundo plano. — En el hombre normal tanto como en el interpretador, cuando la mente está constantemente pendiente de una sola idea y distraída de cualquier otra, termina muchas veces por objetivar el pensamiento predominante bajo la forma de una sensación: la alucinación se traduce entonces inmediatamente mediante términos concordantes a las preocupaciones. No es ése el modo en que aparece y evoluciona la alucinación auditiva del delirante crónico; esencialmente ligada al eretismo cortical y a la progresiva afectación del centro auditivo, comienza por trastornos elementales, ruidos sin significado; una frase articulada, exteriorizando las rumiaciones mentales del perseguido, sólo surge cuando la lesión se ha propagado al centro verbal, y, al aumentar poco a poco la irritación de este centro, el delirio completo termina por expresarse mediante diálogos alucinatorios.

Los síntomas sensoriales y cenestésicos al igual que las interpretaciones premonitorias del delirio crónico revelan la existencia de una alteración progresiva de la corteza cerebral que, irritativa al principio y enseguida destructiva, conduce -a veces muy lentamente- al delirio

hasta la disgregación y al enfermo hasta la demencia; la evolución del delirio de interpretación está bien lejos de terminar en un deterioro psíquico parecido.

«¿Qué importa esa diferencia?», dirán los que pretenden mantener el bloque de los delirios sistematizados, «no se clasifica a las enfermedades por su terminación ¿Se atrevería alguien a dividir las fiebres tifoideas en las que curan y las que llevan a la muerte?». Tal argumento es más engañoso que decisivo; compara hechos disímilares, y su peso, tratándose de nosología psiquiátrica, no deja de ser muy discutible. En efecto, en este terreno nos faltan datos etiológicos y anatómicos precisos. Esa laguna, ciertamente lamentable, ¿tendría que obligar al clínico a contentarse con un simple *nomenclátor* de síntomas? ¿Le está prohibido dar algún valor a la evolución de las psicosis? De ninguna manera. Y mientras que quienes critican la importancia atribuida a la evolución no nos den a conocer otros elementos de valoración más seguros, continuaremos pensando con J. P. Falret que «el curso de las enfermedades mentales es verdaderamente la parte más importante de su historia», y consideraremos con Lasègue, Magnan y Kraepelin el estudio de la evolución como la idea directriz de la psiquiatría clínica. Y esta evolución hay que contemplarla en su totalidad, sin descuidar el período terminal. ¿No es bien sabido que fenómenos iniciales de excitación a menudo enmascaran la auténtica naturaleza de una lesión, clarificada únicamente por los fenómenos tardíos de déficit?

Las psicosis sistematizadas alucinatorias son pues radicalmente distintas del delirio de interpretación, tanto por su génesis como por su evolución. Así como se observan algunas afinidades entre el delirio de interpretación y el de reivindicación, ambos derivados de una personalidad mórbida, ningún lazo aproxima estas psicosis constitucionales y no demenciantes a las psicosis alucinatorias crónicas, enfermedades adquiridas y demenciantes. Esta división nosográfica es conforme a la de Magnan, que contrasta el delirio crónico, nacido en sujetos sencillamente predispuestos, con los delirios sistematizados de los degenerados, donde va incluido el delirio de interpretación. Se acerca también a la de Kraepelin, que clasifica el delirio crónico en la demencia paranoide, forma clínica de la demencia precoz, y aísla la paranoia, que corresponde exclusivamente al delirio de interpretación y al delirio de reivindicación.

Se ha objetado a Kraepelin, por una parte, que era discutible la asimilación de las formas llamadas paranoideas y las hebefrénicas y catatónicas de la demencia precoz, basándola en el análisis de los síntomas afectivos, de los de la voluntad y de la evolución (Dupré); por otra parte, también se le objeta que no hay separación entre la paranoia y la demencia paranoide. No entra dentro de nuestros planteamientos examinar la primera objeción, que muchos autores consideran bien fundada. Pasemos revista a los trabajos dedicados a la segunda.

Sommer admite entre esas dos psicosis -paranoia y demencia precoz- una cadena ininterrumpida de formas clínicas. Bleuler no establece entre ellas una diferencia de naturaleza comparable a la que existe entre una psicosis constitucional y una psicosis adquirida; cierto número de paranoicos podrían ser hebefrénicos en los cuales

el proceso morboso no ha progresado; cierto número de delirios sistematizados alucinatorios, eliminados por Kraepelin del cuadro de la paranoia, son probablemente idénticos en realidad a las formas habituales de esta última psicosis; finalmente, ciertos tipos clínicos (uno de ellos aislado por Kraepelin, el delirio presenil de perjuicio) podrían servir de transición entre la paranoia y la demencia paranoide.

Wernicke (1892-1906) no admite la distinción entre la paranoia alucinatoria y la «paranoia crónica simple» (no alucinatoria). Niega esta última forma, alinea la mayor parte de los casos de paranoia originaria en la hebefrenia, y se contenta con agrupar bajo el nombre de *estados paranoides* a todas las psicosis crónicas caracterizadas por el predominio de las modificaciones del contenido de la conciencia. Alteración del contenido de la conciencia con conservación de la actividad consciente, tal es la fórmula de los «estados paranoides». Bajo ese nombre son clasificadas las «psicosis residuales» que, finalizada su evolución, han dejado como secuelas un déficit psíquico, y también las «psicosis crónicas en vías de evolución», con ideas delirantes explicativas (*Erklärungswahnideen*).

Para Schneider así como para Wernicke, la paranoia no es una especie clínica sino un síndrome que aparece sobre un terreno conformado por otras enfermedades.

Algunos casos de paranoia en el sentido de Kraepelin, pertenecen en realidad a la demencia precoz. Se trata de una demencia precoz que se ha vuelto «silenciosa» o se ha «curado» pero habría dejado como secuela un déficit del juicio sin haber lesionado gravemente las demás facultades. Schneider emparenta con estas formas crónicas al delirio de celos de los bebedores.

Heilbronner, después de haber eliminado de la paranoia de Kraepelin a la locura querulante y formas vecinas, propone atribuir un grupo de la demencia paranoide a los casos de paranoia propiamente dicha.

Levi Bianchini, recortando hasta lo más extremo el cuadro de la paranoia, sólo clasifica como tales a los *mattoides* (inventores, reformadores). Diferencia entre ideas delirantes e ideas absurdas. La idea delirante es «la más alta expresión de un estado de demencia». La idea absurda es «la expresión de una inteligencia defectuosa desde el nacimiento». La paranoia es una «forma de frenestenia, de defecto mental, una imperfección congénita de la inteligencia». Todos los falsos reyes o emperadores, los genios perseguidos y los perseguidos-perseguidores no serían sino dementes paranoides. Contrariamente a todos estos, que a menudo son peligrosos, los verdaderos paranoides -en el sentido que Bianchini da al término- son muy sociables, sin duda molestos pero inofensivos.

Para MacDonald, ninguno de los principales síntomas de la paranoia de Kraepelin es lo suficientemente característico. La lentitud del primer estadio a menudo se ve reemplazada por un comienzo más bien agudo. La lucidez habitual no impide que haya períodos de confusión, íntimamente ligados a la enfermedad. Lejos de ser raras, las alucinaciones son a menudo predominantes; y además su ausencia en algunos casos acerca este delirio al de los débiles de espíritu. La sistematización, imprecisa e incompleta, muchas veces está próxima al polimorfis-

mo. La estabilidad del delirio sólo es aparente. El lenguaje y los escritos manifiestan a veces la incoherencia del pensamiento; el razonamiento y la conducta prueban un cierto deterioro intelectual: hay que estar demente para formular todo el rato juicios erróneos y aferrarse obstinadamente a ellos pese a los testimonios más convincentes. Todos esos presuntos casos de paranoia se reducirían a fin de cuentas a la demencia paranoide.

Dercum expone consideraciones análogas pero saca de ellas conclusiones diferentes. Aunque en la paranoia, dice, el delirio se apoye en interpretaciones más que en alucinaciones, las cuales a veces también son frecuentes (alucinaciones psicomotrices y cenestésicas, principalmente), y aunque las ideas delirantes estén quizá mejor definidas y sistematizadas, esto no basta para establecer una diferencia en cuanto a la naturaleza de la paranoia y la de la demencia precoz; se trata solamente de una cuestión de grado. Habría pues un parentesco esencial entre todas esas enfermedades degenerativas, empezando por la hebefrenia y terminando en la paranoia de Kraepelin y el delirio de los degenerados de Maguan. Pero aunque no sea posible establecer entre ellas barreras infranqueables, no es menos cierto que las diferencias entre los extremos de la serie son notables: si se pretende extender demasiado el terreno de la demencia precoz, se corre el riesgo de hacer de ella una enfermedad universal. Dercum divide pues su grupo heboideo-paranoide en cinco categorías: hebefrenia, catatonía, paranoia heboide (delirio súbito de Magnan, paranoia aguda), paranoia alucinatoria (delirio crónico de Magnan), paranoia simple (paranoia de Kraepelin, delirios sistematizados de los degenerados de Magnan).

A pesar de estos desacuerdos, la situación nosográfica de la paranoia y la del delirio de interpretación han sido aceptadas por un cierto número de autores, extranjeros y franceses, como ya señalábamos en el capítulo.

Tanzi (1905) coloca la paranoia entre las *anomalías mentales degenerativas*. Este grupo de estados mentales comprende «las verdaderas degeneraciones psíquicas: no se trata aquí de naufragios o infortunios accidentales y reparables, sino de desviaciones, de parafrenias, de anomalías del desarrollo». Tales anomalías se subdividen así: *1ª Perversiones sexuales, 2ª Inmoralidad constitucional; 3ª Paranoia, 4ª Debilidad mental*. La paranoia se subdivide a su vez en: *1ª Paranoicos con delirio egocéntrico: perseguidos, ambiciosos, eróticos, querulantes; 2ª Paranoicos con delirio abstracto o «mattoides»*.

G. Dery y P. Camus han dividido (1906, loc. cit.) los delirios paranoicos en tres grandes categorías según la preponderancia de los siguientes elementos constitutivos: representaciones mentales exageradas; interpretaciones falsas y sin fundamento; trastornos de la percepción. Dichas categorías son:

a) *Delirios a base de representaciones mentales exageradas u obsesionantes* (tipo locura de los perseguidos-perseguidores de Falret, Pottier, etc.).

b) *Los delirios a base de interpretaciones erróneas* (tipo delirio de interpretaciones de Schüle, Kraepelin, Sérioux y Capgras).

c) *Los delirios a base de trastornos perceptivos*, que se subdividen en dos subvariedades según que los trastor-

nos de la percepción afecten de una manera predominante a las *sensaciones internas* u orgánicas, es decir, a la cenestesia, o bien a las *sensaciones externas* (sensibilidad general y órganos de los sentidos). En el primer caso el delirio puede ser llamado a *base de trastornos cenestésicos* (locura sistematizada primaria hipocondríaca de Ségla); en el segundo, el delirio es a *base de trastornos sensitivo-sensoriales* (delirio crónico de Magnan, etc.).

Para Deny y Camus, de estas cuatro variedades de *psicosis sistematizadas crónicas* hay dos, el *delirio a base de representaciones obsesivas* (o delirio de reivindicación) y el *delirio a base de interpretaciones*, que pertenecen irrefutablemente a la paranoia «o constitución psíquica particular verosímilmente ligada a anomalías morfológicas y estructurales de las neuronas y de las fibras de asociación». Ambos tipos de delirios son, efectivamente, esencialmente intelectuales. Lo mismo podría decirse de los *delirios a base de trastornos cenestésicos*; pero es muy probable que los *delirios a base de trastornos sensitivo-sensoriales* no deban incluirse aquí.

Régis, en la tercera edición de su *Compendio de psiquiatría* (1906), describe dentro del gran grupo de las *psicopatías-estado [psychopathies-maladies]*, o *psicosis, al delirio sistematizado progresivo*, que se corresponde con el delirio de persecución de Laségue, con el delirio crónico de Magnan y con la paranoia crónica primitiva tardía de los autores alemanes.

En otro grupo, las psicopatías-enfermedad [*psychopathies-infirmités*], o enfermedades psíquicas [*infirmités psychiques*], tienen su lugar las psicosis delirantes de los degenerados:

1º Delirio de los perseguidos autoacusadores y perseguidos melancólicos;

2º Delirio de autoacusación sistematizado primario y delirio hipocondríaco sistematizado;

3º Delirio sistematizado agudo;

4º Delirio sistematizado de interpretación (Régis lo considera como intermedio entre el delirio sistematizado progresivo y el delirio sistematizado razonante);

5º Delirio sistematizado razonante o de los perseguidos-perseguidores («únicamente basado en una idea fija»).

Finalmente, conviene citar la conceptualización de la paranoia recientemente formulada por Dupré (loc. cit.): «Me parece útil reservar el vocablo paranoia, del que la psiquiatría alemana y la italiana tanto han abusado, al conjunto de estados psicopáticos constitucionales, degenerativos, donde el orgullo y la desconfianza, asociados a la fragilidad y falsedad del juicio, conducen a la edificación de sistemas delirantes interpretativos, no alucinatorios, de temática variable, sobre todo de persecución o de grandeza, en el curso de los cuales una idea fija, prevalente, domina la mente y orienta la conducta del sujeto, y acaba en su progresiva extensión por acaparar toda su actividad intelectual y práctica». Pero Dupré no cree que haya que establecer una división nosológica tajante entre el delirio de los perseguidos-perseguidores y la psicosis a base de interpretaciones delirantes.

De esta revisión se desprenden dos conclusiones:

1º En contra del criterio de Kraepelin, ciertos autores,

centrando su atención en algunos casos excepcionales, tienden a englobar todos los delirios sistematizados en la demencia precoz, igualmente que, en contra de Magnan, se les ha pretendido atribuir en bloque a la degeneración mental. Esas afecciones, ganando así en extensión lo que pierden en precisión, estarían a punto de ser confundidas unas con otras debido a tales exageraciones. Tomando como guía la gran mayoría de los estudios de casos y los casos típicos, se debe, a nuestro parecer, mantener en la nosología de los delirios sistematizados la distinción fundamental entre las psicosis constitucionales y las psicosis adquiridas, entre las que se mantiene la integridad intelectual y aquéllas en las que aparece una demencia progresiva.

2º La patología mental, como la biología, no afirma jamás la independencia absoluta de una especie morbosa; pero de la existencia de eslabones intermedios tampoco deduce que sea inútil o arbitraria cualquier diferenciación. Hecha esta reserva, es importante reconocer la realidad de los casos de transición entre las psicosis que hemos definido y la posibilidad de que haya formas mixtas o combinadas, casos atípicos. Se les encontrará sobre todo entre el delirio de interpretación y el delirio de reivindicación debido a sus afinidades. Se puede ver, por ejemplo -lo indicamos al estudiar la evolución-, que un interpretador se transforma episódicamente en reivindicador. Llega a ocurrir también que un delirio de reivindicación se acompañe de interpretaciones, sin duda poco numerosas, pero que por su carácter netamente delirante dan la impresión de estar ante una forma mixta.

Más raras son las formas intermedias entre el delirio de interpretación y las psicosis sistematizadas alucinatorias. Sin embargo, la acción de una causa específica (tóxica u otra) puede originar una forma bastarda truncada de clasificación difícil. Por un lado, síntomas sensoriales muy activos y de larga duración pueden transformar completamente la fisonomía de un delirio de interpretación. Otras veces, una locura sistematizada con predominio de las interpretaciones puede llegar progresivamente a la demencia.

En resumen, se puede establecer la siguiente gradación en los delirios sistematizados:

I. - PSICOSIS CONSTITUCIONALES, FUNCIONALES Y ESTABLES:

1. Delirio de reivindicación
2. Delirio de interpretación

II. — PSICOSIS INTERMEDIAS O COMBINADAS:
Formas atípicas diversas

III. — PSICOSIS ADQUIRIDAS, TÓXICAS, DEMENCIANTES:

1. Delirio crónico de evolución sistemática (proceso demenciante lento o atenuado)
2. Delirio sistematizado paranoide (proceso demenciante rápido o acentuado) ■

Lecturas y señales



Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural

(World Association of Cultural Psychiatry, WACP)

IV° Congreso Mundial

“Retos globales y psiquiatría cultural: desastres naturales, conflictos, inseguridad, migración y espiritualidad”

(“Global challenges & cultural psychiatry: Natural Disasters, Conflict, Insecurity, Migration, and Spirituality”)

Puerto Vallarta, Jalisco, México, del 29 de octubre al 2 de noviembre de 2015

El IV° Congreso Mundial de la Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural (*World Association of Cultural Psychiatry, WACP*), fue celebrado en Puerto Vallarta, Jalisco, México, con la asistencia de más de trescientos especialistas en el tema de los cinco continentes. El encuentro sucedió a los realizados en Pekín (2006), Norcia, Italia (2009) y Londres (2012).

La WACP que nuclea a especialistas de todo el mundo, con una formación en psiquiatría, psicología clínica, antropología médica y otras disciplinas relacionadas con la salud mental, es una organización académica internacional independiente, sin fines de lucro, cuyo objetivo es promover el intercambio de información científica y educativa y el progreso de la actividad internacional en el campo de la psiquiatría cultural.

Según el enfoque de los miembros de la WACP cualquier actividad diagnóstica y terapéutica psiquiátrica y psicológica se detendría en el umbral de la parcialidad, si la interpretación de los trastornos mentales fuera entendida en un marco de referencia monocultural. Por el contrario, para superar esa reducción conceptual es imprescindible, en un mundo globalizado en el que las condiciones de vida en sociedad devienen multiculturales, entender la psicopatología desde la perspectiva de individuos determinados por las condiciones culturales y políticas de su existencia.

La lista de temas discutidos en Puerto Vallarta fue amplia y de importancia para una revisión crítica de diversas disciplinas. Se presentaron ponencias y se dictaron conferencias en torno a aspectos psicológicos, psicopatológicos, sociales, antropológicos, étnicos, religiosos, artísticos y legales que atraviesan la clínica psiquiátrica. Asimismo, se plantearon las complejas definiciones de la cultura en que se basa la psiquiatría cultural, tanto en las dimensiones de su práctica, como en las relativas a su dominio de investigación.

Durante el evento, presidido por el Prof. Dr. Sergio Villaseñor Bayardo, desde hace muchos años corresponsal de VERTEX en México, fueron entregados premios por su trayectoria intelectual y profesional al Director de nuestra revista, el Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro (Premio "Jean Garrabe"), al Prof. Dr. Carlos Rojas Malpica, destacado colega venezolano, Profesor Titular de Psiquiatría, Psicopatología y Psicología Médica del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, Profesor Honorífico del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española de Madrid y Académico Correspondiente extranjero de la Real Academia de Medicina de España (Premio "Honorio Delgado"); al Prof. Dr. Renato Alarcón, Profesor Emérito y Asesor en el Departamento de Psiquiatría y Psicología de la Mayo Clinic College of Medicine, en Rochester, Minnesota y,

desde 2009, titular de la Cátedra Honorio Delgado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), de Lima, Perú (Premio "Wen-Shing Tseng"); y a la maestra Martha Patricia Aceves Pulido, quien recibió la condecoración "José Luis Patiño Rojas" dedicada a jóvenes promesas de la investigación. Dichas distinciones fueron

otorgadas por el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET), entidad dedicada a la investigación, la clínica, la docencia y la difusión científica de la psiquiatría, así como sus vínculos con la cultura latinoamericana ■



El Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro recibió la condecoración "Prof. Jean Garrabé" de manos del Prof. Dr. Sergio Villaseñor Bayardo, Presidente del IV Congreso Mundial de la WACP.



El Prof. Dr. Carlos Rojas Malpica recibió la condecoración "Dr. Honorio Delgado" de manos del Prof. Dr. Renato Alarcón, Secretario de la WACP.

Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural

Declaración sobre la crisis migratoria mundial

Puerto Vallarta, Jalisco, México.

29 de Octubre – 2 de Noviembre de 2015

Proclamada en ocasión del 4to. Congreso Mundial de Psiquiatría Cultural

“Desafíos globales y psiquiatría cultural: desastres naturales, conflictos, inseguridad, migración y espiritualidad”

World Association of Cultural Psychiatry

Universidad de Guadalajara

Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales (GLADET)

Centro Universitario de los Lagos, Universidad de Guadalajara (UDG)

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara (UDG)

Centro Universitario de La Costa, Universidad de Guadalajara (UDG)

O.P.D. Hospital Civil de Guadalajara

Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)

Preámbulo

La Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural (WACP) fue fundada para alentar la colaboración internacional, la amistad, la erudición, la investigación y el cuidado compasivo alrededor del mundo. Compartiendo e intercambiando las mejores prácticas y mejorando la seguridad y la calidad de la atención de la salud mental como una prioridad. La WACP se enfoca objetivamente en las diversas culturas, los sistemas jurídicos y en amplios problemas políticos y sociales, como el estigma contra el enfermo mental y sus familias. Nuestra asociación ha contribuido a mejoras en tales áreas aunque persisten muchos problemas y nuestro trabajo continúa. Se requieren más recursos humanos, apoyo consistente y financiamiento de las agencias públicas y privadas con el objetivo de asegurar que la calidad de los cuidados brindados en todas partes responda a expectativas compatibles con un profundo respeto por la dignidad de todos los grupos humanos y de las comunidades afectadas por las enfermedades mentales o emocionales.

Durante las últimas décadas, ha habido un aumento constante en el reconocimiento de la importancia de las influencias culturales sobre la vida y la salud tanto mental, así como la salud en general.

La cultura tiene un impacto sobre todos los aspectos de la enfermedad mental por lo que es necesario brindar una atención culturalmente sensible para los pacientes de diversos orígenes étnicos, raciales y culturales. Desde un punto de vista social, el mundo ha sido testigo de cambios rápidos y significativos, magnificados por las crisis políticas y por la influencia de los medios de comunicación nutridos de sofisticados avances tecnológicos. Una realidad derivada de estos hechos es que los países, las regiones y las sociedades de todo el mundo se están volviendo multiétnicas y multiculturales. Indiscutible evidencia de este proceso es la presencia masiva de fenómenos migratorios tanto internos como entre naciones. Las múltiples implicaciones y consecuencias de la migración, en términos estadísticos, humanos y clínicos requieren urgentemente un examen a profundidad, tanto de los factores precipitantes como de las múltiples acciones orientadas a mejorar la competencia cultural de los profesionales de la salud en general y de la salud mental en particular. El resultado será una atención médica y psiquiátrica integral que respete la identidad y las creencias, considerando por completo el origen étnico, racial o cultural de todos y cada uno de los pacientes inmigrantes.

El tema de este cuarto congreso, apropiadamente titulado, fue: *“Desafíos Globales y Psiquiatría Cultural: Desastres naturales, conflictos, inseguridad, migración y espiritualidad”*. El magno evento tuvo lugar en un momento de intensificación inexorable de la violencia y las catástrofes en diferentes partes del mundo, causando una destrucción generalizada y un número creciente de personas desplazadas, inmigrantes y refugiados.

Las migraciones internas y externas crecen de manera generalizada, por ejemplo, el flujo entre países latinoamericanos y entre latinoamericanos-norteamericanos, recientemente, ha alcanzado niveles dramáticos

y casi abrumadores, al igual que en lugares del Medio Oriente, Asia y África, prácticamente con millones de personas desplazadas dentro de sus propios países o continentes, o se han visto forzadas a moverse, principalmente hacia países de Europa.

La crisis migratoria mundial, especialmente en sus versiones americana y europea son, en consecuencia, el resultado de inequidades socio-económicas crónicas y de la intensificación de los conflictos políticos y de las guerras religiosas. Los movimientos masivos de personas generan grandes riesgos de salud mental entre los inmigrantes que llegan a los refugios que ofrecen los países receptores. Asimismo, se pone en riesgo la estabilidad social de los inmigrantes, lo cual conduce a tener un gran volumen de cuadros psicopatológicos inducidos por el trauma (depresión, ansiedad, psicosis y trastornos por estrés post-traumático entre otros).

Esta declaración de la WACP sobre la crisis de migración en el mundo fue adoptada por el comité ejecutivo de la asociación en el contexto del IV Congreso Mundial de Psiquiatría Cultural. Se pretende que esta resolución sirva como foro para discusiones intensas, el debate abierto y para acciones progresivas. La declaración incluye consideraciones específicas sobre la situación en Europa, América, Asia y África, tratando de identificar los factores comunes y particulares. Además, hace sugerencias concretas y recomendaciones para las acciones futuras.

Antecedentes

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)¹ estima que el número de personas desplazadas de manera forzada alrededor del mundo en 2014 asciende a 59,5 millones. Estas cifras las componen los refugiados, los que buscan asilo, los desplazados internos (IDP) y los apátridas. La guerra, el conflicto y los disturbios políticos de numerosas regiones del mundo han incrementado el número de personas desplazadas que huyen de situaciones de emergencia complejas y de los desastres. Estas personas a menudo terminan en secciones marginales de áreas urbanas o en grandes campamentos bajo condiciones ínfimas de vida. Los países en desarrollo albergan a más del 86% de todos los refugiados del mundo, en comparación con el 70% de hace diez años.

Medio Oriente-Europa

A finales de 2014 había 19,5 millones de refugiados en todo el mundo. Bajo el mandato del Alto comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados (ACNUR), había 14,4 millones, en torno a 2,9 millones más que en 2013. Otros 5,1 millones de refugiados palestinos están registrados en la Agencia de Obras y Socorro de las Naciones Unidas para los refugiados de esa nacionalidad (UNRWA).

La guerra civil en Siria, complicada por la irrupción del Estado Islámico (ISIS), muestra la imagen más severa y dramática.

Hacia finales del año 2014, Siria se había convertido en la fuente de refugiados más importante a nivel mundial, superando a Afganistán, que había ocupado esa posición por más de tres décadas.

Hoy en día, en promedio, casi uno de cada cuatro refugiados en el mundo es sirio, 95% de los cuales se encuentran en los países vecinos. El año pasado, 51% de los refugiados fueron niños, siendo la cifra más alta de para este grupo etario de refugiados en más de 10 años.

En 2014 el país que acogió el mayor número de refugiados fue Turquía, con 1,59 millones de refugiados, ahora son casi 2 millones. El Líbano, Jordania y Turquía, que albergan 3,6 millones de refugiados sirios, se encuentran sobrepasados e incluso están sufriendo escasez de alimentos. El financiamiento humanitario internacional está cayendo muy por debajo de lo necesario y del tiempo de ayuda requerido.

Muchos prefieren intentar el peligroso viaje a Europa antes que vivir durante años en campamentos para refugiados, hacinados y empobrecidos, donde pueden experimentar aún más violencia, violaciones e incluso la muerte.

Cerca de 38,2 millones de personas fueron removidos por la fuerza y desplazados dentro de su propio país, a ellos se les conoce como desplazados internos (IDP). Los constantes enfrentamientos en Siria han elevado el número de desplazados internos de dicho país a 7,6 millones. Asimismo, Irak fue testigo de nuevos desplazamientos internos masivos como resultado de la ofensiva del Estado Islámico (ISIS) en múltiples puntos del país.

Apátrida se refiere a la condición de un individuo que no es considerado nacional suyo por ningún estado. Las personas apátridas pueden también ser refugiados. Siria tiene más de 300.000 kurdos desnacionalizados, Kuwait tiene 93.000 Bidoon (jinsiya bidun)².

¹ UNHCR: UN Refugee Agency UK. <http://www.unhcr.org.uk>

² Refugees International. <http://www.refintl.org>

En 2014, 1,66 millones de personas solicitaron asilo, el nivel más alto jamás registrado. Con un estimado de 274.700 solicitudes de asilo, la Federación Rusa se convirtió en el mayor receptor en 2014, aunque para septiembre de 2016 Alemania había registrado, oficialmente, 256.000 refugiados de un estimado de 800.000. Se puede pensar que para fines de este año la cifra alcanzará el millón. De manera similar, en Suecia, con más de 190.000 buscadores de asilo tan sólo este año, es, proporcionalmente, el país con el mayor número de inmigrantes per cápita; de aquellos que emprenden la travesía, más de 20.000 (12%) de ellos son niños y adolescentes (principalmente vienen de Medio Oriente, pero también de otros países distantes tales como Afganistán y Somalia, sin sus padres u otro adulto responsable)³. En contraste, en 2014, los EE. UU. recibieron 121.200 refugiados de Medio Oriente.

Europa está luchando para hacer frente a la afluencia masiva de inmigrantes que han cruzado el Mediterráneo durante 2015. Este es el mayor flujo que se ha visto luego de la Segunda Guerra Mundial⁴ y ha desatado una crisis y división en la Unión Europea con respecto a la mejor manera de manejar el reasentamiento de las personas.

Los improvisados campamentos para refugiados, cuyas condiciones son miserables, y la desgarradora fotografía de un niño sirio ahogado, han atraído la atención mundial sobre la crisis de refugiados en Europa. Esto no ha impedido que las personas hagan desesperados intentos para alcanzar Europa.

Según el ACNUR, más de 380.000 inmigrantes y refugiados han aterrizado en las costas del sur de Europa en lo que va de este año, frente a las 216.000 llegadas en todo el 2014. Huyen de la persecución, la pobreza y los conflictos que se desarrollan más allá de las fronteras del continente. El viaje de Libia a Italia es muy largo y arriesgado. Los migrantes⁵ huyen de la persecución, de la pobreza, de los conflictos que sobrepasan los bordes continentales. No todos logran llegar a salvo. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) se reportaron más de 2.700 inmigrantes muertos tratando de hacer la travesía en el último año⁶. En lo que va de 2015, 2.988 personas han muerto en el Mediterráneo.

Mientras la presión se incrementa, los líderes europeos permanecen divididos e incompetentes en cuanto a la mejor manera de responder a esta crisis. Algunos países como Grecia e Italia enfrentan una carga desproporcionada. Alemania ha sido recientemente más liberal en cuanto a la aceptación de migrantes; prometiendo aceptar aproximadamente 1 millón de personas en los próximos 12 meses. Otros países han comenzado a adoptar estrategias más humanitarias, pero que se han mostrado lentas y poco prácticas. Sin embargo, en muchos casos, la respuesta ha sido profundamente xenofóbica y racista, invocando, como argumentos justificativos, la protección de las identidades religiosas o la seguridad de las comunidades potencialmente receptoras. Ha habido señalamientos de un inminente “colapso de la civilización Europea”, o de “merodeadores o pillos” que avanzan más allá de la costa occidental europea.

Todo esto sucede en medio del crecimiento de una ola política conservadora en el continente y de políticas exteriores confusas con respecto a las áreas de guerra y de conflicto.

Latinoamérica - Norte América

A lo largo de un período de cerca de un siglo, la migración desde los países de América Latina (especialmente México) hacia los EE. UU. (principalmente) y Canadá, ha sido un fenómeno social persistente. Inicialmente, el factor de motivación fue la necesidad de trabajadores para construir y establecer vías férreas a través de América del Norte e incluso expandirse para comunicarse con países al “sur de la frontera”; más tarde, un fuerte desarrollo de la agricultura en los EE. UU. determinó la contratación de personas que, además, de tener una ética de trabajo duro, estaban dispuestas a recibir una paga inferior⁷.

Durante la segunda mitad del siglo XX, los factores económicos y socio-políticos en México, Centro y Sudamérica (como el desempleo, el déficit presupuestario público, la inestabilidad de los gobiernos, la desorganización social, la inseguridad relacionada con la violencia y el narcotráfico, las necesidades de la familia, las guerras civiles, la corrupción administrativa, etc.) han sido las principales razones que motivan la creciente migración hispana. La principal característica de los recién llegados hispanos en las últimas cinco décadas ha sido la llamada “migración indocumentada”, los llamados migrantes “ilegales”, quienes a pesar de esto permanecen en los EE. UU. durante muchos años, trabajan mayoritariamente en áreas de bajos salarios, (principalmente agricultura) y son marginados y discriminados. A través de los últimos 15 a 20 años, de

³ Sweden Immigration Authority. www.migrationverket.se

⁴ Europe Migrant Crisis. <http://www.bbc.co.uk/news>

⁵ La BBC utiliza el término *migrante* para referirse a todas las personas en movimiento que aún no completan el proceso legal para solicitar asilo. Este grupo incluye a personas que huyen de países asolados por la guerra como Siria, que es probable que se les asigne el estatus de refugiados, así como la gente que migra de Latinoamérica hacia Estados Unidos o Canadá, buscando trabajo o mejor calidad de vida y que los gobiernos probablemente los clasifican como “*migrantes económicos*”.

⁶ International Organization for Migration. <http://unitedkingdom.iom.int>

⁷ Durand J, Massey DS, Charvet F. Soc Sci Quart 2000; 81: 1-8.

manera consistente, los hispanos o latinos han conformado, en los EE. UU., más de la mitad de la población nacida en el extranjero. De acuerdo con cifras de censos recientes, hay 54 millones de hispanos viviendo en el país, 17% de la población total y la más grande minoría étnica en el país. Las proyecciones para 2050 (104 millones) y 2060 (128 millones) confirman un patrón de crecimiento constante.

De entre los hispanos, los mexicanos constituyen el subgrupo más grande (33 millones en 2013, 63% de la población total de hispanos). Más de 11 millones (28% de todos los inmigrantes de los EE. UU.) son inmigrantes legales según estadísticas del año 2013⁸. Otros grupos latinos incluyen cubano/caribeños, puertorriqueños, centroamericanos (el subgrupo más grande es de El Salvador) y sudamericanos (el subgrupo más grande es de Colombia). De Venezuela han emigrado en los últimos 15 años alrededor de un millón y medio de personas hacia países desarrollados, la mayor parte de ellos profesionales y técnicos de clase media.

Entre el 2000 y 2010, el subgrupo de puertorriqueños creció 36%, el de cubanos 44% (algunos de ellos escaparon en embarcaciones precarias de Cuba, arriesgando la vida en las aguas del Mar Caribe) y otros subgrupos, 22%. Es importante notar que la sub población latina de ancianos es actualmente uno de los más grandes segmentos entre los “baby-boomers”.

Las características más comunes de la población hispana en los Estados Unidos son: menores ingresos, menor nivel educativo, desempleo significativo, el segundo número más grande (después de los afroamericanos) de personas en la cárcel y las familias más numerosas. Más importante aún es que, desde un punto de vista socio-cultural, el ritmo y el nivel de asimilación del llamado “estilo de vida americano” (la cultura en sus múltiples formas, vida económica y cívica) es más lento entre los mexicanos y otros latinoamericanos. Esta tendencia persiste a pesar de que los inmigrantes que llegaron en los últimos 25 años lo han asimilado más rápidamente que sus contrapartes de hace un siglo, según un informe elaborado por el conservador Instituto Manhattan de política de investigación⁹.

Agregándose a estas realidades inestables e impredecibles, se llevaron a cabo 662.483 detenciones en 2013 por la Aduana y Protección Fronteriza de Estados Unidos, además del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de Estados Unidos, dos organismos encargados de la identificación y eliminación de “no-ciudadanos inadmisibles”. Sesenta y cuatro por ciento de las detenciones (420.789) fueron llevadas a cabo en 2013 por la Patrulla Fronteriza, un total de 364.768 en 2012, y cerca de 98% de las capturas (414.397) ocurrieron a lo largo de la frontera sudoeste. Además, 35% o 229.698 personas fueron sujetas a “arrestos administrativos” en 2013. Las principales nacionalidades de los detenidos (93%) fueron de países de México (64%), Guatemala, Honduras y El Salvador. También fueron deportadas 648.783 personas en 2012 y 616.792 en 2013¹⁰.

En definitiva, la inmigración de latinos hacia América del Norte es un fenómeno demográfico enorme que ha estado presente en la escena mundial por más de un siglo. A pesar de los altos costos económicos (pagos hechos a los llamados coyotes, generalmente pandilleros que supuestamente conducen a los inmigrantes a través de la frontera) e informes dramáticos de la violencia en diferentes puntos del largo trayecto de migración (por ejemplo, violaciones, comercio sexual, extorsiones incluso dentro de los trenes que llevan migrantes; o abandono total, hambre y hasta asesinatos), esta crisis -quizás debido a su duración- no parece atraer la atención pública como lo hace la actual ola de migraciones del Medio Oriente. Es un punto que debe ser examinado, sin embargo, porque es innegable su impacto extremadamente significativo (tanto en número como en gravedad), sobre la vida de los inmigrantes y los ciudadanos de los países de acogida. Los costos culturales y clínicos de este fenómeno no pueden perder importancia ni ser descuidados.

También se observan otros hechos relacionados con la migración en América Latina. Por ejemplo, la República Dominicana tiene un estimado de 900.000 a 1,2 millones de indocumentados de origen haitiano, muchos de los cuales son o están en riesgo de ser apátridas.

Asia y región del Pacífico

Sólo veinte países asiáticos han seguido la Convención de Refugiados de 1951 y su protocolo de 1967, mientras que toda la región es el hogar de 7,7 millones de personas, más de la mitad de los cuales son refugiados, 1,9 millones son desplazados internos (IDP) y 1,4 millones son apátridas. La mayoría de los refugiados proceden de Afganistán y Myanmar. La situación de los refugiados afganos es considerablemente prolongada. El 96 por ciento de ellos viven en Irán y Pakistán, donde los han acogido generosamente durante más de tres décadas.

La situación de Myanmar no es menos delicada. Desde hace varias décadas, personas de diferentes grupos étnicos han salido huyendo para evitar conflictos y violencia.

Actualmente, unos 500.000 refugiados están en zonas de países vecinos como Karen y Karenni en Tailandia, Chins en Malasia, Rohingya en Bangladesh y en grandes centros urbanos. Hay más de 400.000 despla-

⁸ Migration Policy Institute, Spotlight, February 26, 2015.

⁹ Manhattan Institute for Policy Research. September 2015. Report on immigrants' acculturation.

¹⁰ U.S. DHS' Office of Immigration Statistics, 2013 Report.

dos internos en Myanmar, más de la mitad de la población de los Estados de Kachin y Rakhine. Esto incluye más de 140.000 personas desplazadas durante la violencia intercomunal de hace dos años, muchos de los cuales tienen estatus de ciudadanía indeterminada.

Sesenta y tres por ciento de los 3,5 millones de refugiados viven fuera de campamentos, principalmente en entornos urbanos donde están básicamente desprotegidos, expuestos y son vulnerables a todo tipo de estresores. Las personas que viven en los campamentos tienen una limitada libertad de movimiento, muchos carecen de documentación y están en riesgo de detención y deportación. Las prácticas de detención y otras formas de políticas de asilo restrictivas se siguen propagando, limitando el acceso de los refugiados a los servicios básicos o al mercado de trabajo; las consecuencias son predecibles: se convierten en víctimas de la explotación y el abuso, siendo las mujeres y adolescentes del sexo femenino especialmente vulnerables a las acciones de los depredadores sexuales.

Ante esta situación, muchos refugiados y sus familias están arriesgando sus vidas para cruzar el mar en busca de seguridad y protección. ACNUR ha documentado estas salidas irregulares particularmente en la bahía de Bengala en la zona fronteriza de Bangladesh y Myanmar.

África

Es probable que nuevos desplazamientos masivos ocasionados por conflictos, violencia y abusos contra los derechos humanos continúen afectando a muchos países africanos en el año 2015. Aunque se espera que el número proyectado de personas afectadas disminuya ligeramente (de 15,1 millones en 2014 a 14,9 millones este año) debido a la repatriación, reasentamiento y otras soluciones, muchas áreas problemáticas prevalecen. También es probable que la escala del desplazamiento causado por la agitación interior de la República Centroafricana (RCA) (611.000 desplazados), Sudán del Sur (1,5 millones en 2013, 200.000 en 2014) y Yemen (85.000) continúe en los próximos años. La reanudación de los combates en la República Democrática del Congo que desplazaron a 1 millón de personas han provocado que el número total de IDP en este país sea de 2,8 millones¹¹.

En los últimos años se han cuestionado algunos valores del sistema de protección tradicionalmente loable en varios países africanos, incluyendo las dificultades para que personas que necesitan protección internacional logren obtener apoyo por parte de los defensores de los derechos humanos. En África del Sur, un aumento de los movimientos migratorios mixtos también ha provocado una creciente hostilidad hacia los refugiados, ejerciendo presión sobre el espacio de asilo y protección.

Una proporción significativa de la población de Malí -267.000 personas- sigue siendo desplazada interna y externamente. La insurgencia en los estados federales de Adamawa, Borneo y Kobe en el noreste de Nigeria, ha provocado el desplazamiento de un gran número de personas, forzando a más de 650.000 a abandonar sus hogares en el país y a un estimado de 70.000 a buscar refugio en las fronteras con Camerún, Chad y Níger.

En este complejo contexto, organizaciones como el ACNUR han trabajado continuamente para aliviar este sufrimiento colectivo. Los suscriptores reconocen esfuerzos como los de los últimos cinco o seis años para la implementación de una estrategia duradera para la situación de los refugiados angoleños, un acuerdo tripartito para la repatriación de refugiados somalíes, restablecimiento de la paz y la seguridad a lo largo de Costa de Marfil y en otros países de África occidental, y una Vuelta Regional y Estrategia de Reintegración para el Sahel y la Estrategia Acelerada del Gobierno para el Norte de Malí.

La mejora de las condiciones en las zonas adonde retornan en todo el continente y el constante trabajo hacia un enfoque comunitario que fomente la cohesión social, deben complementarse con medidas concretas de protección a la salud, salud mental y valores socio-culturales de las poblaciones afectadas.

La WACP hace un llamado a la acción

– Hacemos un llamado a todos los Gobiernos Europeos a respetar, mantener y administrar la CONVENCIÓN DE REFUGIADOS DE LAS NACIONES UNIDAS (1951) con equidad y prontitud, para actuar con humanidad y compasión y no dejar que los males sufridos en el pasado de la historia Europea amenacen con repetirse.

Los Gobiernos Europeos con influencia en las regiones de conflicto y de guerras (en Medio Oriente, Asia y África), y con puestos permanentes en el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, deben intensificar sus esfuerzos para resolver estos conflictos, mitigar sus consecuencias y poner fin a la crisis migratoria¹².

¹¹ <http://www.unhcr.org/pages/4a02d7fd6.html>

¹² Según el derecho internacional, LA CONVENCIÓN SOBRE REFUGIADOS DE LAS NACIONES UNIDAS DE 1951, los refugiados no deben ser forzados a regresar a los países de los cuales huyeron, un principio que evita la presentación de una víctima verdadera de persecución ante su perseguidor. Los gobiernos receptores son los principales responsables de la protección de los refugiados y de que la mayoría de los estados cumplan con sus obligaciones para hacerlo. Otros, sin embargo, evitan su responsabilidad argumentando falta de recursos, saturación de la capacidad del país para recibir más migrantes, amenazas a la seguridad nacional, miedos de desestabilización de la política interna o la llegada de un número aún mayor de refugiados.

– Extendemos este llamado al Gobierno de los EE.UU. (Poder Ejecutivo y Congreso) a unirse a otros para alcanzar los mismos objetivos, así como, particularmente, a adoptar y reforzar las políticas encaminadas a establecer normas y procedimientos más prácticos, flexibles y humanos en relación con el manejo de las olas de migrantes hispanos de México, América Central y América del Sur; así como a mejorar el trato por parte del personal y de las oficinas burocráticas y agencias sociales en diferentes regiones y Estados.

– Hacemos un llamado a todos los gobiernos de los países receptores finales de los inmigrantes (particularmente de Europa y a los EE. UU.) a actuar con prontitud e imparcialidad en la evaluación, selección y decisión sobre la condición legal de los migrantes. Las decisiones para los refugiados y su estatus de asilo deben realizarse rápidamente, con humanidad y dignidad. Las poblaciones receptoras deben estar tranquilas, abordar sus miedos y preocupaciones, y sus líderes, alentados a involucrarse activamente en brindar asistencia con programas constructivos de re-asentamiento.

– Hacemos un llamado a todos los servicios básicos de salud para que sean proporcionados a los migrantes, con un claro énfasis en la inmediatez de la atención física; por ejemplo, las lesiones causadas por violencia, guerra, violación, desnutrición, fracturas, embarazo y parto, vacunación básica, enfermedades crónico-degenerativas, etc., así como en la atención emocional y psicológica (efectos de tortura, violencia, violaciones, muertes, estrés postraumático, etc.). La WAPC puede actuar como un reservorio para el entendimiento cultural y el reconocimiento de la importancia de las influencias culturales sobre la vida y la salud mental.

– Hacemos un llamado al respeto y a la protección de la dignidad individual cultural, religiosa y espiritual -características valiosas apreciadas por la mayoría de las personas- después de recorrer una gran distancia de viaje migratorio y estar expuestos a sus secuelas traumáticas. Prestar atención a los procesos de aculturación y proporcionar resguardo y protección para evitar o prevenir coerción y procedimientos, conductas o maniobras inductoras de miedo, son componentes clave de la supervivencia de los inmigrantes y del fortalecimiento de su propia resiliencia.

– La WAPC trabajará activamente en la organización de reuniones internacionales sobre el tema de la crisis mundial de migrantes y sus diferentes expresiones en varios continentes. Los propósitos de este tipo de eventos incluirán reunir a funcionarios de gobierno, políticos, abogados, medios de comunicación, comunidades, profesionales de salud y de salud mental, médicos, organizaciones sociales e investigadores del área, comprometiéndolos a todos en la formulación de acciones concretas y bien coordinadas, con énfasis en el uso positivo de los recursos clínicos y factores culturales en el manejo y recuperación de la salud mental afectada por las experiencias traumáticas de la migración. La colaboración de otras organizaciones con un fuerte impacto político e internacional (ONU, UE, OEA, OMS, WPA, EPA, APA, etc.) debe de perseguirse activamente para la materialización de todos estos objetivos.

Sergio J. Villaseñor Bayardo

Presidente de la WACP

Renato D. Alarcón

Secretario de la WACP

Hans Rohlof

Tesorero de la WACP

La locura

Daniel Matusevich

Rafael Huertas es, quizás, el más importante estudioso de la historia de la psiquiatría de los tiempos que corren; sin duda, uno de los más importantes.

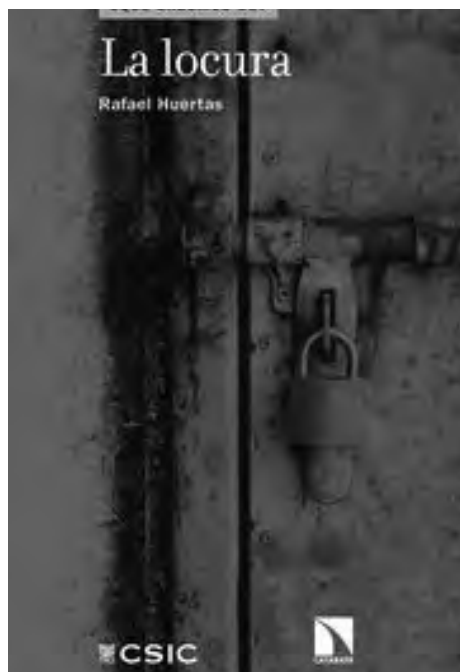
Fundador, director y *alma mater* de Frenia, una de las revistas de Historia de la Psiquiatría más interesantes y punteras que se recuerde (lamentablemente ya no se publica más), ha escrito libros que son referencias fundamentales para todos aquellos interesados en los aspectos antropológicos, filosóficos, históricos y humanísticos de nuestra especialidad.

Intelectual dotado de una sensibilidad poco común, a la cual casi ningún tema le resulta ajeno (puede ser fútbol, cine, básquet, los clásicos griegos, Charly Parker o la obra de Mankell), hemos decidido en esta ocasión presentar un libro suyo publicado en España hace muy poco tiempo, en el cercano 2014.

La locura -a él nos estamos refiriendo- es un breve volumen de apenas 110 páginas, lo que podría hacer pensar al lector aficionado que nos encontramos frente a una obra menor de Huertas, en nada comparable con su *Historia cultural de la psiquiatría*, pero a poco de adentrarnos en la introducción, llamada “preludio” por nuestro autor, nos damos cuenta de que de ninguna manera es así, ya que la densidad teórica y la ambición del texto quedan plasmadas en esas primeras páginas, haciendo las veces de brújula para los lectores.

Tomamos nota, entonces, de que nos encontramos frente a una profunda reflexión epistemológica acerca del sentido de nuestra especialidad apelando a los instrumentos y al marco provisto por la reflexión sobre la historia y los orígenes (“...el nuestro será un recorrido histórico sin que este sea o pretenda ser un libro de historia. La reflexión sobre elementos del pasado será nuestra herramienta para conocer ciertas problemáticas de nuestro presente”); estas ideas y muchas otras son puestas en tensión a través de la relación que la psiquiatría establece con la cultura, hecho muchas veces pasado por alto o directamente escamoteado con fines espurios. Es necesario tener en cuenta que en su seno surgió el movimiento antipsiquiátrico, se produjeron los experimentos de los psiquiatras Nazis o se inventó un modelo de esquizofrenia que solo afectaba a los disidentes del régimen soviético. En cambio, nadie escuchó hablar jamás de la antihematología o de experiencias que hayan sido llevadas adelante por traumatólogos en los campos de concentración de la historia de la humanidad, es por eso que la meditación cultural debería ser la regla más que la excepción en nuestro campo.

Otra estrategia desplegada por nuestro autor que



Autor: Rafael Huertas

Los Libros de la Catarata, 2014

realza el texto es la mezcla de historias y anécdotas bien conocidas con otras que han pasado desapercibidas para muchos autores de historia, otorgándole un brillo muy especial. Por ejemplo, en el capítulo 2 se alternan las historias de brujas y licántropos con la sensacional saga de Dimphna, quien fue decapitada en Geel (“...en aquel preciso instante, y ante la barbarie del acto, algunos locos presentes recuperaron la razón y, posteriormente, no fueron pocas las misteriosas curaciones que se pudieron observar ante la tumba de la joven virgen y mártir. A partir del siglo XII, y por razones no bien definidas, Geel se convirtió en un lugar de peregrinación; allí acudían muchas personas con desarreglos mentales con la esperanza de curarse.”). Siguiendo con la lectura nos enteramos de que la comunidad de Geel se ha considerado un antecedente de las comunidades terapéuticas e, incluso, un ejemplo con el que ilustrar la necesaria integración de los servicios de salud mental en el resto de las estructuras sociales para superar el aislamiento, la estigmatización, la extrema dependencia y la pérdida de autonomía que el asilo produce.

Este párrafo lo podemos relacionar con otro que aparece en la página 46, donde el autor establece una relación detallada y muy profunda entre las obsesiones, las fobias y las posesiones demoníacas o los escrúpulos religiosos (“...aunque en la actualidad se siguen comunicando casos con contenidos religiosos, las obsesiones han sido despojadas de ese carácter y se interpretan a la luz de otras miradas como la neurosis obsesiva, según planteamientos psicoanalíticos, o como el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), desde presupuestos neurobiológicos, pero no deja de resultar significativo constatar la relación histórica y terminológica que estos cuadros mantienen con determinadas creencias y actitudes mantenidas en el tiempo.”). El vínculo entre ambos párrafos lo encontramos en la capacidad de Huertas para pensar la historia en clave del presente, como aliada y compañera de ruta del clínico; el sentido de bucear en el pasado es permitir revisar críticamente la clínica del presente con el objeto de evitar caer en reduccionismos a la hora de posicionarnos teóricamente frente a aquellos que nos convocan desde su sufrimiento.

En palabras del mismo Huertas, en una nota publi-

cada en *Salud mental y cultura*: “...con todo el respeto hacia los distintos enfoques historiográficos, yo creo que la Historia, al menos la Historia que a mí me interesa, no puede consistir solamente en descubrir cosas más o menos curiosas o eruditas del pasado y contarlas. Pienso que la Historia en sí misma tiene que ser hermenéutica y crítica, una interpretación crítica –positiva o negativa según los casos– que, lógicamente, estará en relación íntima con la subjetividad o con la ideología de cada investigador.”

Como podemos ver, un enfoque que no admite medias tintas ni deja lugar para ningún tipo de ingenuidad epistemológica, apelando a la responsabilidad del psiquiatra, obligado a surcar aguas procelosas cuando de contrastar modelos teóricos y de seleccionar estrategias de tratamiento se trata.

En esta línea de pensamiento, creemos que vale la pena destacar el último capítulo del libro, quizás el más polémico, donde nuestro autor revisita cuestiones como el diagnóstico, la antipsiquiatría y la postpsiquiatría; en relación al diagnóstico plantea que “...uno de los argumentos que se han barajado para luchar contra el estigma es afirmar que la ‘enfermedad mental es una enfermedad como otra cualquiera’. Es una manera de intentar, ingenuamente, que se comprenda que la locura es una enfermedad crónica, que es una enfermedad del cerebro del mismo modo que la diabetes es una enfermedad del páncreas. Ya sabemos que esto no es así, que intervienen muchos factores biográficos, sociales, culturales”. Huertas nunca elige tomar el atajo o esquivar el debate, por el contrario recoge el guante y sube la apuesta, lo que es agradecido por sus lectores, que de esa forma son invitados a participar de algunas de las discusiones más estimulantes del universo de nuestra especialidad.

En resumen, una oportunidad para no dejar pasar, no solo para aquellos fans de la historia sino también para los clínicos inquietos, ninguno se verá defraudado por una de las plumas más agudas que ha dado la psiquiatría en los últimos treinta años, dueña de un estilo único capaz de amalgamar la alta cultura y la baja cultura redondeando una visión súper personal de los diferentes matices que constituyen el entramado psiquiátrico ■

“Esta misma crítica se ha repetido desde posiciones muy diversas (psicoanalíticas, fenomenológicas, psicosociales, etc.) que marcan el acento en el carácter contextual de la locura. Con frecuencia se ha advertido, y nosotros ya lo hacíamos al comienzo de este breve ensayo, la necesidad de considerar al paciente mental en su totalidad y no simplemente como un enfermo del cerebro, equiparable a un enfermo del corazón, o de los huesos, o del riñón, o del estómago. Esto, que tiene, según acabamos de ver, unas raíces históricas muy profundas, enlaza con el debate sobre las actuales concepciones esencialistas y no esencialistas del trastorno mental, cuyo punto álgido tuvo lugar a finales de la década de los noventa del siglo XX”