

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

112



APOYO DE PARES EXPERIENCIAS Y PERSPECTIVAS INTERNACIONALES

*Abadi / Agrest / Ardila Gómez / Brown / Cáceres / de Araújo Carvalho
Fernandes de Cintra Santos / Harrington / Jespersen / Knutson / Kuno / Lovisi
Magalhães Dahl / Mead / Mitkiewicz de Souza / Morales Cano
Moscoso Teixeira de Mendonça / Restrepo-Toro / Stastny
Tavares Cavalcanti / Wainstok Estivil Bustos*

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

Volumen XXIV – Nº 112 Noviembre – Diciembre 2013 - ISSN 0327-6139

Director:
Juan Carlos Stagnaro
 Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert
 Secretario:
Martín Nemirovsky

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablon Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz **ESPAÑA:** V. 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.

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:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles 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. XXIV Nro. 112 NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2013

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

VERTEX
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

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

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

Ilustración de tapa

Fotografía de Sofía Trobbiani

"Electrocará"

20 x 20 cm
sofiatrobiani@yahoo.com.ar

Año 2013

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• La sociedad post-moderna como crisis de la comensalidad

María Lucrecia Rovaletti pág. 405

DOSSIER

Apoyo de pares: experiencias y perspectivas internacionales pág. 410

• La ayuda entre pares en AA.

Reportaje a Raúl, participante de AA por 30 años

Martín Agrest pág. 417

• El Apoyo de Pares Intencional

Shery Mead, Eri Kuno, Sarah Knutson pág. 426

• La Fundación Bipolar: el aprendizaje entre pares al servicio de la recuperación

Guadalupe Morales Cano pág. 434

• Pares como compañeros de trabajo: entendiendo y respetando sus funciones

Steve Harrington, Maria E. Restrepo-Toro pág. 440

• "Soy loco, pero estoy en red": el proceso de capacitación con usuarios de servicios de Salud Mental para el trabajo de ayuda entre pares en la red de atención psicosocial de Río de Janeiro

Catarina Magalhães Dahl, Maria Cecília de Araújo Carvalho,
Joana Moscoso Teixeira de Mendonça, Flavia Mitkiewicz de Souza,
Mayra Wainstok Estivil Bustos, Jacqueline Fernandes de
Cintra Santos, Giovanni Marcos Lovisi, Maria Tavares Cavalcanti pág. 445

• Pares especializados: orígenes, resultados, dificultades y diseminación a nivel mundial

Peter Stastny, Celia Brown pág. 455

• Ombudsman personal y toma de decisiones con apoyo

Maths Jespersen pág. 460

• El aporte de los pares al trabajo en salud mental: consideraciones acerca de las relaciones entre los sistemas formales e informales de ayuda. Relato de una experiencia

Sara Ardila Gómez, Martín Agrest, Daniel Abadi,
Carmen Cáceres pág. 465

EL RESCATE Y LA MEMORIA

• Diderot y la Enciclopedia Francesa

Norberto Aldo Conti pág. 472

• Delirio

Arnulphe D'Aumont pág. 474

LECTURAS Y SEÑALES

• Las encrucijadas actuales del psicoanálisis, subjetividad y vida cotidiana

Daniel Matusevich pág. 479

EDITORIAL



ada año, nacen 758.042 argentinos y mueren 8.878 menores de un año. Estos guarismos nacionales varían mucho según la provincia estudiada. La mayoría, 5751, de las muertes acaecen en los primeros 30 días de vida, sobre todo en la primera semana después del parto. Aunque las tasas de mortalidad infantil muestran un lento descenso, es necesario señalar que el 61% de las muertes neonatales obedecen a carencias evitables:

mejor vacunación, vivienda digna y educación, sobre todo materna; un aumento de las medidas de prevención y tratamiento en el embarazo, el parto y en la atención del recién nacido las evitarían. Asimismo, durante el primer año de vida, se podría evitar el 67,4% de las muertes que ocurren en ese lapso. En los primeros cinco años, casi el 30% de los 1347 decesos anuales son por "accidentes domésticos" y sus secuelas. Y crece al 37,6% de las 1764 muertes ocurridas entre los 5 y 14 años, pero con una diferencia: aparecen los suicidios y las agresiones con sus secuelas. Los tumores malignos aparecen recién en el segundo lugar y las anemias y los trastornos nutricionales dejan de ser factores de riesgo y se vuelven enfermedades fatales.

El Informe "Salud Materno Infante Juvenil en Cifras, 2013" elaborado por la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y la UNICEF Argentina, basado en las estadísticas vitales del Ministerio de Salud, revela que los accidentes, las imprudencias y el suicidio desplazaron a las enfermedades entre las causas de mortalidad infantojuvenil, que, en conjunto, provocan el 66% de las muertes entre los 15 y los 24 años. Entre los 5 y los 14, si a esas causas fatales se suman las agresiones, la mortalidad llega al 30%. Las muertes por tumores y malformaciones congénitas quedaron relegadas al 14 y al 5,5%, respectivamente.

A partir de los 15 años, las causas externas explican el 66,4% de las 6238 muertes anuales del grupo hasta los 24 años. El suicidio, las peleas, los accidentes en moto o automóvil y por imprudencias, como trepar paredes o bañarse en lugares inadecuados, causan el 61,5% de las muertes hasta los 19, y el 62% entre los 20 y los 24 años. En los más grandes, los accidentes incluyen los laborales. El suicidio provoca el 24,2% de las muertes entre los 15 y los 19 años y el 21,8% entre los 20 y los 24 años.

El conjunto de factores actuantes para determinar estas cifras alarmantes para el país y su población requiere la adopción urgente de una serie de medidas tales como el refuerzo de los programas materno-infantiles de prevención pediátrica y de educación de las madres, un redoblado esfuerzo por el estudio de los factores productores de violencia familiar y social, la provisión de viviendas dignas implementando medidas que garanticen un crecimiento planificado de la urbanización, una adecuada educación vial, la construcción de infraestructura adecuada (rutas, señalización) y la regulación de todas las leyes y normas que hoy garantizan un entorno protector.

Un capítulo especial debe dedicarse al estudio de las causas locales de la ola de suicidios de jóvenes.

Toda sociedad tiene la responsabilidad ineludible de proveer un entorno protector para niños y adolescentes a través de la transmisión de valores como el respeto y el cuidado de la vida, y de hábitos como usar cinturón de seguridad o casco y no conducir bajo el efecto del alcohol. Todas ellas son medidas de prevención que deben aprenderse a edad temprana. Se puede medir el grado de convivencia democrática y de cultura de un pueblo por la forma en que trata a sus niños y adolescentes. Allí está su futuro, olvidarlo es condenarse a un presente doloroso e injusto y negarse toda proyección como comunidad viable, productiva y creativa que construya una existencia justa y en paz ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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

MÉTODO DE ARBITRAJE

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

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2013

Vertex 107 / Enero - Febrero
ESCENARIOS EXTRAHOSPITALARIOS
EN SALUD MENTAL
INFANTOJUVENIL: UN PANORAMA
DE EXPERIENCIAS EN EL ÁREA
METROPOLITANA

Vertex 108 / Marzo - Abril
IDENTIDADES

Vertex 109 / Mayo - Junio
EDUCACIÓN EN MEDICINA
Y PSIQUIATRÍA: DOCENCIA,
ENSEÑANZA Y TRANSMISIÓN

Vertex 110 / Julio - Agosto
SEXOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

Vertex 111 / Septiembre - Octubre
DOLOR

Vertex 112 / Noviembre - Diciembre
APOYO DE PARES: EXPERIENCIAS Y
PERSPECTIVAS INTERNACIONALES



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



La sociedad post-moderna como crisis de la comensalidad

María Lucrecia Rovaletti

Prof. Emérita de la Universidad de Buenos Aires.
Investigador Principal del CONICET.
E-mail: mlrova@arnet.com.ar

“Se pasa de la comensalidad al picoteo y en esta vuelta a lo individual, ese «otro cultural» de la norma desaparece y al desaparecer la comida deja de «compartirse» no solo de manera material sino también simbólica. Porque ya no se comparten los ritos y formatos, tiempos y platos de la familia, región, país y cultura que sostiene nuestra pertenencia y nos identifica”

Patricia Aguirre, 2007 (2).

Resumen

De la alimentación de la sobreabundancia al campo de la clínica de las perturbaciones alimentarias, he aquí un cambio de signo en la sociedad capitalista actual. Se trata ahora de mostrar cómo se da el pasaje de la necesidad/hambre-necesidad de nutrición a la *metáfora convivial* constitutiva del ser humano. De la alimentación materna a la comensalidad del padre y los otros. He aquí el recorrido del *con-vivium* humano, como un ser y vivir con los demás. Ahora bien, cuando el alimento está al alcance de todos, la capacidad de control suele ser signo de distinción. Es el ocaso de la obesidad como signo de poder. Pero cuando este control llega a un virtuosismo dietético y gimnástico, el cuerpo se rinde un homenaje a sí mismo dentro del sistema de valores corporales y en conformidad con el Otro social, es decir con una “cultura de la imagen”.

Palabras claves: Sociedad Contemporánea - Perturbaciones alimentarias - Metáfora convivial.

THE POST-MODERN SOCIETY LIKE A CRISIS OF THE COMMENSALITY

Abstract

From the feeding of overabundance to the clinic of the nourishing disorders' field, there's a change of sign in the present capitalist society here. Now, it tries to show how happen the passage to necessity/hunger-necessity of nutrition to the *con-vivial* (live with others) metaphor, constituent of human being. The route of human *con-vivium*, like to be and to live with others, goes from the maternal feeding to the dining habit of the father and the others. However, when the food is within reach of all, the control capacity is usually a distinction sign. It is the twilight of the obesity as sign of power. But when this control gets a dietetic and gymnastic virtuosity, the body pays tribute to itself within the corporal values system and in accordance with the social “Other”, that is, with a “culture of the image”.

Key words: Contemporary Society - nourishing disorders - Con-vivial metaphor.

Sobre hábitos y saberes alimentarios

Pensar la relación del hombre con los alimentos como un mero problema nutricional, de mera supervivencia vital, implica dejar de lado una vasta problemática. Alimentarse, no se reduce a una función biológica, sino que constituye una función estructurante de la constitución humana (13, 15). Cada persona incorpora durante su socialización determinados modelos que a lo largo de su vida serán reinterpretados y modificados según sean las propias experiencias, las sucesivas instancias de aprendizaje y el acceso a nuevos tipos de información (14, 16, 22).

Hablar de pautas alimentarias implica atender a los aspectos culturales, asociados al status social, género, creencias, ocupación e identidad grupal, o los tipos de ordenamiento según sean los estilos de comida, los modos de prepararlos y servirlos, las ocasiones cotidianas o especiales, el tipo de comensal... donde también se inscriben reglas, prescripciones, y normas a ser cumplidas. Más aún, el alimento dice además referencia a la dimensión ambiental, y por ello nos enfrenta a una responsabilidad política. En este sentido, *"Ninguna sociedad humana puede jactarse de tener un comportamiento alimentario racional, sino respetando el equilibrio de su ambiente; en ninguna parte, este comportamiento es funcional sólo a los criterios de disponibilidad, de comestibilidad de los alimentos, ni de las propiedades nutritivas"* (9).

Finalmente, cada cultura a partir de los alimentos mediatiza una diversidad de estrategias desde lo individual hasta lo social y político. Por eso, selecciona los alimentos según sean sus características sensoriales de sabor, perfume, aspecto o de acuerdo a los valores medicinales, afrodisíacos, sagrados... (4).

Actualmente, la vida cotidiana sobrecargada de horarios y traslados ha ido modificando los hábitos de consumo en las familias. Se come en horarios diferenciados según las actividades de cada uno, hasta se llega a hacerlo de modo solitario ya sea frente al televisor o implementando el "picoteo" individual frente a la computadora sin llegar a constituirse verdaderamente en una comida.

Esta modalidad genera una ruptura, una gastro-anomía (17), es decir una crisis en las pautas y saberes alimentarios cuya causa no reside en la falta de un marco de referencias, sino en el exceso de las mismas. Mientras los grandes *gourmets* nos muestran cómo disfrutar las exquisiteces, los médicos, nutricionistas y educadores nos enseñan como comer saludable para sobrevivir a las enfermedades prevalentes, a la vez que las ecónomas nos indican como comer a buen precio y la industria nos presiona a comer constantemente, rápido, semi-preparado, envasado, diet o enriquecido según convenga. La crisis global de la alimentación actual se sostiene y se nutre desde la lógica de la ganancia que moviliza los intercambios de mercado, e influenciando con ello el cambio de valores en la alimentación.

Sin embargo, el comensal moderno enmarañado entre tantas directivas acerca del buen comer, que se presentan valiosas todas y a la vez con lógicas excluyentes, se ve constantemente obligado a decidir individualmente.

Finalmente, las pautas alimenticias reciben constantemente fuertes influencias de otras sociedades a través del fenómeno de la globalización. Y a esto, debe sumarse el entrecruzamiento de mensajes que provienen no sólo de los medios masivos de comunicación sino también de las instituciones de nutrición, organizaciones vinculadas a la moda y la estética, que suelen mostrar contradicciones o poca claridad en sus discursos. Esta situación se agrava en la medida que marcan tendencias sobre campos simbólicos tan vitales como la salud, la estética corporal, el placer, las interacciones sociales y los estilos sociales de vida aceptables (6).

De la nutrición a la alimentación: la metáfora *convivial*

El problema alimentario cambia de signo en la sociedad capitalista actual. De la alimentación de la sobreafluencia al campo de la clínica de las perturbaciones alimentarias. Se trata ahora de mostrar cómo se da el pasaje de la alimentación, es decir el problema de la necesidad/hambre-necesidad de nutrición a la crisis de la metáfora *convivial* constitutiva del ser humano. El *con-vivium* como *con-vivir* expresa precisamente el vínculo entre alimento y vida.

En efecto, la relación del sujeto con el alimento implica una relación simbólica con el Otro, es decir una relación de intercambio, un acto de donación dirigido o recibido por un otro en el cuadro de un sistema de comunicación¹. En efecto no hay alimento sin la presencia actual o imaginaria del otro.

En este sentido, el ofrecimiento del seno materno al bebé implica no sólo la satisfacción de una necesidad nutritiva sino, sobre todo, el *primer don simbólico*, el primer mensaje de amor recibido del sujeto por parte del otro y codificado como tal por el sistema simbólico de su cultura de pertenencia.

En este primer ceremonial de alimentación, se da un nivel de integración aunque incipiente. La saciedad hunde los primeros pasos del desarrollo en una especie de nirvana, y cuando éste desaparece con la discontinuidad alimenticia aparece el hambre, y con ello la carencia y la nueva posibilidad de esa atmósfera nutricia con su otro indiscriminado: he aquí la madre como espacio continente. Ésta, con el juego sus caricias resignifica la trama biológica y posibilita paulatinamente la discriminación. *"El pecho se convierte en el primer exponente de la futura individuación"* (11).

Los primeros pasos alimentarios sellan al futuro sujeto pero también posibilitan las primeras patologías materno-infantiles. *"Hay bebés que comen porque desean en su hambre y bebés que padecen el suplicio de la alimentación"* (11). La

¹ Para Lacan, es el gran Otro que organiza la economía de los intercambios y de las donaciones; el Otro en cuanto conjunto de sujetos que constituyen la cultura y la sociedad.

madre es alimento y da alimentos. No comer implica, por eso, una forma radical y primaria de rechazo materno.

El ingreso del hijo/a a la *estructura de la comensalidad*, lo sustrae de la relación diádica -madre alimento- y lo introduce en el campo del intercambio simbólico de la intersubjetividad y en el horizonte de la cultura.

En este sentido, la metáfora con-vivial puede ser pensada como la ley "originaria" que pone orden en la relación del sujeto con el alimento, es decir pone límites a la relación entre sexualidad y alimentación materna, haciendo del Alimento-Madre un alimento inaccesible, prohibido, cuya pérdida instala al sujeto en el discurso alimentario de su cultura y sociedad de pertenencia (12).

Se puede decir que la metáfora con-vivial, como ley de estructura y encarnación simbólica del "Nombre del Padre"², permite al sujeto el acceso al campo de la alimentación humana a través de la remoción del Alimento-Madre de origen, señala Consenza (12).

Desde la antigüedad, la ley de la comensalidad indica que no se come no se bebe solo sino en el campo del Otro, es decir en compañía del otro, que organiza tiempo, lugares y modalidades culturales para la comida. En este sentido, la soledad alimentaria es un contrasentido.

Acceder a la estructura de la comensabilidad implica ubicar el apetito en un discurso, es decir, sustraerlo del impulso que devora, como en las primeras etapas del desarrollo o en experiencias primitivas; es insertarlo en un sistema de leyes que regulan la organización alimentaria. Más aún, *"La codificación de los comportamientos en la mesa habrían reforzado la diferencia entre la función nutricional primaria y su función supletoria en el enriquecimiento de la vida social"* (17).

Esta estructura de la comensalidad también se organiza en conformidad con los recursos disponibles dados por la estructura productiva, los modos y los tiempos canónicos de la comida, las alternancias de ausencia y presencia, de inclusión y de exclusión de determinados alimentos sobre la mesa cotidiana, de acuerdo a las normas del calendario alimentario. Del mismo modo, se asignan los lugares en la mesa de acuerdo a los roles familiares o políticos, se presentan y distribuyen los alimentos, se reglamentan los turnos dialógicos en alternancia con los momentos del comer y beber, y se disciplinan las formas y condiciones de acceso y de despedida (17). *"La comensalidad, es (...) la forma en que los alimentos se comparten. La mesa familiar o la comida institucional en un comedor pueden estar compuestas por el mismo menú, pero la situación social (en este caso privada o pública) y su significación para la vida de las personas cambia radicalmente el evento alimentario porque el momento de compartir la comida es un momento privilegiado de la reproducción física y social de los individuos y los grupos"* (2).

La comensalidad representa la ley simbólica que arranca al hombre de una relación solitaria con el ali-

mento para redefinirlo en un horizonte intersubjetivo regulado. Por eso, ubicarse en los bordes, excluirse de la comunidad, constituye desde la antigüedad un sinónimo de condición no-humana.

De allí la eficacia política de las estrategias de inclusión/exclusión, de los sistemas de interdicciones y de prohibiciones fundamentales, a través de las cuales una sociedad se protege de la propia disolución. El discurso alimentario de toda sociedad se estructura como un discurso social, incluyendo -como diría Foucault- un *"borde de exclusión determinado"*. Un primer filtro se expresa en la mesa familiar, en el mantenimiento de las diferencias de estatus, de honores, de roles, de condiciones económicas y sociales... Hay así épocas en las que se excluye a niños, mujeres, servidumbre, subalternos; hay lugares además donde normalmente se exceptúa a aquellos a los que no se les reconoce vínculos familiares, amistosos o sociales. De este modo, el orden de la comensalidad se configura como un microcosmos en el orden social.

El devenir del "orden culinario"

Levi-Strauss, en *Lo crudo y lo cocido* (26), ha mostrado la labor de la cocina como proceso de mediación para el acceso al campo de la cultura. Es la instauración del *"orden culinario"*³, o ese conjunto de creencias, reglas y prácticas compartidas por los miembros de una cultura, país o región que determina una identidad cultural (7, 27).

He aquí la sublimación del gusto, es decir el paso de la cocina carnicería del animal salvaje, a la cocina como campo de preparación; es el paso del vegetal arrancado de la tierra, a esa estética culinaria visivo-gustativa que los elabora en múltiples combinaciones (19).

La vida humana como un pasar por una serie de devenires (3). También el alimento antes de "venir a la mesa" debe pasar por un entrar y salir de otros lugares. Nos ubicamos en el ámbito de transformaciones culinarias que producen sabores nuevos, y con ello habilita un cambio de orden.

Precisamente, el Medioevo a través de la frugalidad y el ayuno -asociado a la renuncia y el autocastigo- impondrá un nuevo orden. La antigua noción de salud del paganismo se transforma ahora en salvación del alma, implementando de este modo una estética negativa de la corporeidad, ejercicio de expiación ante el placer y el pecado.

Con el Renacimiento, en cambio, se asumen decididamente los valores afirmativos del cuerpo y de la terrenalidad, reconciliando nuevamente placer y salud. La cocina renacentista revaloriza el alimento en su dimensión hedonística, erotizada y ostentosa. Será finalmente, la Cultura de las Luces -después de la epopeya reformista/contra-reformista del cuerpo- y la cocina barroca, las que nos introduzcan directamente en el discurso alimentario de la modernidad.

Al exponer al cuerpo a la mirada científica y a las leyes de la producción, esta estética iluminista heredera

² Del mismo modo, Lacan considera que el acceso del sujeto humano al campo simbólico del lenguaje se realiza a través de la metáfora paterna, en el cual el "Nombre del Padre" se instala en el sujeto en concomitancia a la remoción del deseo de la Madre (24).

³ Se habla también de "orden gastronómico", como la secuencia que indica cómo se sirven los platos. Cada gastronomía o cultura tiene sus entradas, platos principales, segundos, etc., que se sirven de una manera y un orden determinado.

de la tradición cristiana -sobre todo en su versión reformista calvinista-, retoma el ideal de la delgadez corporal y el ideal de la eficiencia productiva.

La estética corporal deja de ser la "*ancillae theologiae*" para amoldarse a la "*ancilla economiae*". Lo delgado se convierte aquí en un valor positivo, sinónimo de ligereza que viene a vincularse el "don del intelecto", creando la fascinación de la mujer culta e inteligente.

Ahora, la dieta como prueba de fe del Medioevo se transforma en control voluntario e intelectual de la corporeidad, reforzando aún más una estructura super-yoi-ca que escinde al cuerpo entre su *ser* y su *deber ser*.

En efecto, de la ostentación barroca y derroche de los alimentos, se pasa a la parsimonia esencial y a la reducción de la grasa o vegetarianismo. Es la "cocina controlada", medida o "cocina matemática", que anestesia los olores y gustos, que reemplaza los servicios de las fuentes por las porciones individualizadas, y que llega hasta separar y confinar a los comensales.

Pero una tercera fase va emergiendo ahora en la construcción de una estética social del cuerpo-delgado. Radicalizando el cuerpo-pecado medieval y el cuerpo-trabajo del iluminismo, surge la estetización del cuerpo-magro. Precisamente, es esta época la que posibilita históricamente la anorexia como un fenómeno epidémico. Sucumbe con ello, la estética corporal de la "*grassa/grosso*" como símbolo de riqueza, poder y valor social que se originó en el ideal bárbaro del "*gran mangiatore*", como hombre de valor y poder que rigió hasta los desarrollos últimos del capitalismo clásico.

Como señala Patricia Aguirre, "(...) *al quedar liberada la alimentación de un hábitat específico o de las alternancias estacionales, la modernidad alimentaria urbano-industrial nos lleva a la deslocalización de la dieta, así como a la ilusión de una abundancia permanente. Sin embargo, nos encontramos ante una homogeneización de la dieta puesto que existen mayores cantidades pero también menor variedad, tanto en el número de los diferentes alimentos consumidos como en los sabores y formas de preparación. Nos vemos enfrentados a una alimentación industrial en donde no sabemos el origen exacto de lo que comemos y qué modificaciones sufrió en su procesamiento con aditivos, colorantes transgénicos, edulcorantes, etc. A la vez, percibimos una estandarización en los sabores, formas y colores de nuestros alimentos, debido a su procesamiento la sentimos como comida de plástico*" (5).

En la medida que el alimento en la sociedad moderna del capitalismo avanzado está disponible a todos, el control del apetito deviene signo de distinción. Paradójicamente esto trae como consecuencia un vaciar el apetito de objetos para rellenarlos narcisísticamente por la capacidad de autonomizarse (12).

Esta nueva estética del cuerpo-magro, no se rige por una expresión *ancillar* a valores religiosos ni productivos sino que se convierte en un valor en sí misma (30). Es el cuerpo que en su nueva devoción debe rendir homenaje a sí mismo, en conformidad al sistema de valores del Otro social,

construyendo de este modo una serie de técnicas y disciplinas ad hoc: deporte, dietas, relajación, moda... (6, 25).

Precisamente, el cuerpo anoréxico, es ese cuerpo fetiche que demanda la mirada del Otro como espectador de un control y un suplicio corporal, pero a diferencia del *Panopticon* de Foucault (19), el torturador deviene aquí una instancia interiorizada del sujeto. En este sentido, la anorexia constituye la expresión más radical de este simulacro de cuerpo, que en su progresiva in-visibility quiere ser cuerpo visto en todo momento y por todos, siguiendo la actual cultura de la imagen.

La epidemia anorexia/bulimia sólo es posible en una sociedad donde está en crisis la metáfora *convivial*; metáfora que expresa en el campo alimentario la función paterna, haciendo posible al sujeto la sustracción del Alimento original (13). El Alimento-Madre en estas patologías sólo está perdido parcialmente, pues permanece siempre a través de un "*matriarcado superyoico*" (28).

En este sentido, tanto Consenza como Gordon, consideran la anorexia como formas patológicas y específicas del capitalismo avanzado, como un síndrome cultural específico, como una nueva figura histórico-clínica del "*malestar de la cultura*" (11, 21). La bulimia por su parte, como fracaso del proyecto anoréxico, deviene expresión extrema de la cultura del consumo (29).

Partiendo de la distinción de Brillat-Savarin entre placer de comer o "*plaisir de manger*" propio del animal, o del hombre sólo, y el placer de la mesa o "*plaisir de la table*" (8), se puede afirmar que la elevación del hombre de la pura necesidad al plano del deseo, constituye el pasaje del simple consumidor en co-mensal. Precisamente, el paso del sabor directo (que se percibe en la lengua), al sabor completo (que se degusta en la parte posterior de la boca), y al sabor reflexivo (del juicio en el que se fusiona con otras sensaciones)⁴ es comparado "*con el tempo de un relato. Por lo tanto, sin posibilidad de narración, no hay auténtica comida*", sólo así es posible la gran aventura del deseo donde se sitúa la auténtica alimentación (1).

Es por eso que en el corazón de esta epidemia anoréxica/bulímica, se puede situar la crisis de la comensalidad, expresión de la crisis de la ley simbólica del Padre: de la alimentación materna a la comensalidad del padre y los otros. He aquí el recorrido del *con-vivium* humano, como un ser y vivir con los demás.

En la vida urbana actual, la modalidad de la comida doméstica va decreciendo mientras crece la alimentación solitaria y desestructurada. Todos los estamentos sociales, y de todas las edades ingieren los alimentos en forma itinerante, en cualquier hora y en cualquier lado: en la calle, junto al kiosco, en la mesa del café o al lado de la heladera, y hasta de pie.

"*Nuestra forma urbana, posmoderna, de comer está formada de actos alimentarios individuales, cortos, desordenados: picotear, pellizcar, mordisquear, es el reino del bocadillo vagabundo frente a la heladera o el kiosco. Actos alimentarios*

⁴ En la reciente y conmovedora película *Infancia clandestina* (2012) dirigida por Luis Puenzo, el tío le señala al personaje pre-adolescente enamorado cómo enfrentar la situación aprendiendo a saborear un maní con chocolate.

desestructurados, individuales, fuera del control de las normas culturales, de la comensalidad que decía dónde, cuándo, cuánto, en qué forma y con quién comer, de acuerdo a categorías de edad, de género, posición social, estado de salud, ocasión y conformaban un haz de normas valorizadas como un saber acerca del buen comer: una gastro-nomía (expresada en la cocina tradicional pero también en los ritos de la comensalidad)" (5).

Esta elección alimentaria es vivida como una verdadera libertad individual. Abandonado la comensalidad, el camino a seguir es la alimentación solitaria a veces vagabunda, pero esta vez en contextos no de escasez, como en las primeras culturas, sino de abundancia. Más aún, en la actual cultura de masas, alimentada por el capitalismo consumista, la ciencia y la tecnología exhiben de modo paradójico pero previsible la libertad de determinar los cuerpos, la fantasía de remodelarlos.

Hay además un abandono de la cocina del recuerdo y de la remembranza, encarnada en las tradiciones familiares y regionales, por otra que acaba siendo una cocina del olvido, animada por el deseo de alejarse y evadir (10).

La obsesión por la imagen del cuerpo-magro en la anorexia así como el impulso irrefrenable al consumo

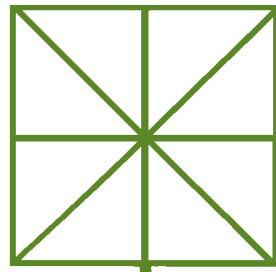
del alimento en la bulimia, se sustentan desde un déficit de filtro edípico, una disminución de la autoridad de la función simbólica del padre y de su eficacia separadora en el ámbito del discurso familiar.

Mientras la bulímica tiende a comer todo de modo indiferenciado, la anoréxica tabuiza la casi totalidad de los alimentos de la mesa, quedándose con un residuo para la subsistencia. En ambos casos, la prohibición fundamental que la anorexia y la bulimia violan, dice referencia al ámbito de la mesa familiar y amical. Reducir la comida a una alimentación solitaria, clandestina y regulada por la abstinencia o por el exceso, las protege de la angustia de una relación obscena con el alimento bajo la mirada del Otro que a éstas las caracteriza en la situación convivial.

"Para la mayor parte de las personas de nuestra cultura, la delgadez es realmente equiparada a la competencia, auto-control y a la inteligencia, mientras la procacidad es sinónimo de fatuidad y frivolidad. Los mitos, las ideologías, las patologías que tiene por objeto el cuerpo femenino, se leen a partir de aquello que las mujeres denuncian, que se convierte de este modo en ventanas abiertas de sus problemas del mundo social" (6) ■

Referencias bibliográficas

- Alonso Benítez. Mitologías alimentarias cotidianas. Una relectura de Roland Barthes. *Rev Int Sociol* 2005; (40): 79-107.
- Aguirre P. Qué puede decirnos una antropóloga sobre alimentación. Hablando sobre gustos, cuerpos, mercados y genes [Internet]. En: V Congreso Internacional de Cardiología; 2007. [Accesado 14 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c027e/aguirrep.php>.
- Aguirre P. ¿Por qué los humanos amamantamos a nuestras crías? La Lactancia Materna en el tiempo largo de la especie [Internet]. Buenos Aires: Fundación Lac-Mat. IBFAN; 2002. [Accesado 14 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=61684>.
- Aguirre P. Cultura Alimentaria, Crítica Política y Ética [Internet]. En: Topos y Tropos; 2008. [Accesado 14 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.toposytropos.com.ar/N5/bioetica/bioetica5.htm>.
- Aguirre P. Del gramillón al aspartato. Las transiciones alimentarias en el tiempo de la especie. Buenos Aires: Boletín informativo de Techint Nro. 306; 2001.
- Bordo S. *Il peso del corpo*. Milano: Feltrinelli; 1997.
- Bourdieu P. *La Distinción. Criterios y Bases Sociales del Gusto*. Madrid: Taurus; 1990.
- Brillant-Savarin JA. *Fisiología del gusto o meditaciones de gastronomía trascendente*. Madrid: Aguilar; 1987.
- Bruch H. *Le deux et le ventre. L'obese, l'anorexique*. Paris: Payot & Rivages; 1994.
- Camporessi P. *La terra e la luna. Alimentazione, folklore, società*. Milano: Il Saggiatore; 1989.
- Caparrós N, Sanfeliu I. *La anorexia; una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1997.
- Consenza D. *Il cibo e l'inconscio. Anorexia, bulimia e discorso alimentare*. En: Recalcati M, editores. *Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell'anorexia-bulimia*. Roma: Borla; 1998. p. 129-181.
- Consenza D. *Anorexia, patologia della commensalità. Psicoanalisi applicata e discorso alimentare*. La Psicoanalisi 1997; 22: 67-76.
- Contreras J. *Alimentación y cultura*. Barcelona: Publicacio-
- ns Universitat de Barcelona; 1995.
- Corcos N. *Le corps absent: approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Paris: Dunod; 2010.
- Díaz Méndez C. Los Debates Actuales en la Sociología de la alimentación. *Rev Int Sociol* 2005; (40): 47-78.
- Divac S. *Des manières de table des anorexiques*. *Evol Psychiatr (Paris)* 1995; 60 (4): 805-812.
- Fischler Cl. *Gastronomía y Gastro-anomía*. En: Contreras J, editor. *Alimentación y Cultura*. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona; 1995.
- Fischler Cl. *El (H)omnívoro*. Barcelona: Anagrama; 1995.
- Foucault M. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2002.
- Foucault M. *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores; 1999.
- Guillemot A, Laxenaire M. *Anorexie mentale et bulimie. Le poids de la culture*. Paris: Masson; 1993.
- Gordon R. *Anorexia e bulimia. Anatomia di una epidemia sociale*. Milano: Cortina; 1991.
- Lacan J. *Los cuatro principios fundamentales del psicoanálisis: seminarios XI*. Barcelona: Barral Editores; 1977.
- Lermuzeax C. *A propos de anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture*. *Evol Psychiatr (Paris)* 1994; 2 (59): 347-350.
- Levi-Strauss Cl. *Lo crudo y lo cocido*. México: Mitologías I; 1968.
- Montanari M. *Convivio oggi. Storia e cultura del piacere della tavola nell'età contemporanea*. Roma-Bari: Latenza; 1992.
- Selvini Palazzoli M. *L'anorexia mentale*. Milano: Feltrinelli; 1981.
- Recalcati M. *L'ultima cena: anorexia e bulimia*. Milano: B. Mondadori; 2007.
- Rovaletti ML. *La platonización del cuerpo en la experiencia anoréxica*. *Vertex* 2000; 38 (10): 254-261
- Vibert S, Cohen de Lara A. *Anorexie mentale et fonctionnements limite. Traitement diversifié de la perte et du conflit oedipien à l'adolescence*. *Evol Psychiatr (Paris)* 2011; 1 (76): 55-74.



dossier



APOYO DE PARES: EXPERIENCIAS Y PERSPECTIVAS INTERNACIONALES

Coordinación

Martín Agrest
Peter Stastny

Un dossier en Vertex dedicado al apoyo de pares es algo novedoso y, a la vez, una iniciativa que para la mayoría de los lectores puede requerir una explicación. ¿Por qué los psiquiatras, o cualquier otro integrante del equipo de Salud Mental, podrían interesarse por algo “tan lejano” a sus prácticas cotidianas, una ayuda que no es la suya, como lo es el apoyo de pares? Pero, ¿a qué nos referimos cuando hablamos del “apoyo de pares”? ¿Qué es o qué son los pares? ¿Qué tipo de ayudas existen más allá de aquellas que brindamos los profesionales?

Una primera aclaración es que el presente dossier se inscribe en una continuidad con aquel dedicado a “La Perspectiva de los Usuarios”, en el número 95, del año 2011. En relación con aquél, éste se propone ampliar el horizonte y hacer foco en una modalidad particular de participación de los usuarios: su capacidad de ayuda mutua en contextos institucionales, según su propia iniciativa y perspectiva.

Cabe definir, entonces, este tipo de apoyo como un tipo de vínculo en el que dos semejantes se brindan soporte horizontal y abiertamente en base a sus experiencias dolorosas, en tanto al menos uno de ellos haya podido transformarla en una capacidad de ayuda que el otro aún no reconozca en sí mismo como tal.

Segundo, si ésta es la característica básica de la relación, ¿qué es un par? Según el Diccionario de la Real Academia Española, un “par” es tanto un adjetivo como un sustantivo. En tanto adjetivo, es un “igual o semejante totalmente”; y, en tanto sustantivo, es un “conjunto de dos personas o dos cosas de una misma especie”. Pero, en este contexto llamaremos par a una persona que ha adquirido una destreza a causa de su experiencia de padecimiento y gracias a su capa-

cidad (o saber hacer) para encontrar formas de salir de su sufrimiento, participar en la sociedad a pesar de su dolencia y ayudar a otro a transitar de una mejor manera un sufrimiento que tiene semejanza con el propio. En inglés se lo denomina “peer specialist” (9), “peer support worker” (12), “peer supporter” (11) o “consumer-provider” (8, 16); en francés “pair aidant” (14), y en portugués “parceiro do cuidado” (6). Se trataría de un “compañero o acompañante promotor de la recuperación” (18), un “barquero” (4) o “baquiano” (19), “conocedor de los caminos y atajos de un terreno”, un “especialista en apoyo para la recuperación” (22), alguien comprometido con su propia recuperación, que lo ha logrado al menos por un período de tiempo, se capacitó específicamente para trabajar con otros y está dispuesto a compartir lo que ha aprendido de forma de poder inspirar a otros en el camino de su recuperación (11). En todo caso, queda de manifiesto que se subvierte la idea de “experto”, generalmente atribuido a quien sabe a causa de su preparación académica. En esta concepción, es el usuario quien pasa a ser considerado “experto por experiencia” (17), poseedor de un “saber experiencial” (1), y capaz de acompañar a otro en un recorrido con el que está familiarizado.

Este dossier sobre el apoyo de pares, por lo tanto, se propone: 1) visibilizar una práctica parcialmente reconocida por los profesionales y de desigual impacto en distintos países; 2) poder precisar en qué consiste y cuáles son sus características principales; 3) establecer las diferencias entre una variedad de situaciones en las que se hace presente, abarcando el amplísimo espectro que recorre la ayuda mutua en su vertiente informal hasta las distintas alternativas de formalización de la ayu-

da de pares; y 4) acentuar la perspectiva de quienes desempeñan estas tareas y no únicamente la visión profesional respecto de las mismas.

El apoyo de pares es el reverso del campo que los profesionales de la Salud Mental solemos iluminar. Mientras dedicamos enormes esfuerzos a precisar el arsenal de nuestros recursos terapéuticos (farmacológicos, psicológicos, sociales, ocupacionales, artísticos, etc.) y sus efectos en quienes nos consultan (eficacias clínicas, eficiencias económicas, etc.), es casi nulo el esfuerzo que dedicamos a ver qué hacen las personas por sí mismas o entre ellas para tratar de ayudarse, simultáneamente o al margen de nuestras intervenciones. En este sentido, el tema del apoyo de pares es algo así como un mundo generalmente invisible a la mirada de los clínicos y que, en esta oportunidad, querríamos enfocar para repensar los límites de nuestra ayuda y redescubrir las posibilidades de recuperación de las personas con padecimientos mentales.

El tema de "los pares" da la impresión de venir creciendo en la literatura internacional (profesional y no profesional, o experiencial) de la mano, justamente, del énfasis en la recuperación (recovery) (14). Esta asociación, incluso, trasciende el tema de las personas que viven con un trastorno mental y alcanza a todas aquellas situaciones en donde los tratamientos disponibles muchas veces -o por regla general- no logran curar las enfermedades sino solo mantenerlas dentro de ciertos parámetros de estabilidad o control. De tal modo, la manera que encuentran estos sujetos para sobrellevar una condición médica (que puede mantenerse por mucho tiempo) pasa a ser tanto o más importante que el tratamiento específico. En tal caso, los pares y la recuperación ocuparían un rol que se encuentra en pleno proceso de crecimiento. En el ámbito específico de la Salud Mental, enfatizan la perspectiva de quienes viven con trastornos mentales y cuanto ellos hacen por encontrar alivio o alguna forma de inclusión social. Según esta visión, el hincapié no se encuentra tanto en la "anormalidad de los síntomas" como en lo que es posible hacer a pesar de ellos. En este sentido, el apoyo de pares vendría a ser una actividad más (tal vez, una actividad particularmente privilegiada) que alguien con un padecimiento mental puede llevar a cabo a partir, a pesar e, inclusive, gracias a su trastorno.

Gracia Fuster distingue dos modalidades de apoyo (o ayuda): el informal y el formal. El primero se caracteriza por la ausencia de reglas explícitas de funcionamiento, la semejanza entre los participantes o la horizontalidad del vínculo, y la no mensuración de sus efectos. El ejemplo típico podría ser el de dos amigos que conversan sobre lo que les pasa. En cambio, el apoyo formal se define por una variedad de reglas que se suelen explicitar (de tiempo, espacio y dinero),

en donde hay alguien que ayuda (y para lo cual ha recibido capacitación específica) y otro que es ayudado, producto de lo cual tiene sentido evaluar (de modo más o menos riguroso) cuál es el producto o resultado de dicha intervención. Ejemplos prototípicos serían la consulta psiquiátrica o psicoterapéutica a un profesional especializado (10). El apoyo de semejantes se inscribe en su esencia dentro del apoyo informal aunque, cabe remarcar, viene creciendo en cuanto a la formalización: la creación de asociaciones específicas, su inclusión en distintos países como parte de la nómina de prestaciones reembolsables o financiadas desde el Estado, y de nuevas figuras legales que enmarcan su actividad son buenos ejemplos de ello. Este crecimiento se da también mediante instituciones de Salud Mental sin participación de psiquiatras ni psicólogos y en otras instituciones de Salud Mental que dan cabida a pares junto a los profesionales, etc. Todo ello daría cuenta de una formalización de las ayudas tradicionalmente informales, haciendo un aporte decisivo en el campo de la ampliación de derechos y, a la vez, generando tensiones a las que vale la pena prestar atención.

La ayuda profesional para las dolencias anímicas no ha sido en el pasado (ni lo es en el presente) la única forma de abordar este tipo de situaciones ni tan siquiera el espacio privilegiado de búsqueda de apoyo por parte de quienes las padecen. Un estudio realizado en los Estados Unidos en la década de 1950 mostró que sólo una pequeña proporción de los problemas psicológicos, tal y como eran definidos por las personas que los sufrían, llegaban a los profesionales de la salud mental (13). Distintos trabajos se ocuparon de estudiar cómo los recursos de apoyo informal y los grupos de autoayuda (o de ayuda mutua) serían fundamentales en la reinserción en la comunidad de personas con trastornos mentales severos, incluso como alternativa a las redes formales de apoyo (3, 5, 20). Como, provocativamente, dice Cowen: "los profesionales no son los únicos guardianes del bienestar psicológico de las personas" (5). Existe tanto una brecha de tratamiento y de necesidades insatisfechas, en el sentido que personas que necesitarían la ayuda profesional no la obtienen (algo cercano al 50% en los países desarrollados y al 80% en los países en desarrollo (23)), cuanto en el sentido que otras personas encuentran alivio con mayor eficacia por fuera del sistema formal de Salud. En el año 2001, en Canadá, McEwan y Goldner afirmaron que "un descubrimiento significativo de los estudios epidemiológicos es que la mayoría de las personas que reúnen los criterios para diagnosticar un trastorno mental no reciben asistencia en el sistema de Salud por esta condición" (15). Y para preocupación adicional, el

hallazgo de estos estudios es que una importante proporción de quienes sí reciben asistencia para su padecimiento mental no reúnen los criterios para un diagnóstico de trastorno mental. Es decir, que existen personas que requerirían ayuda formal y no la obtienen, otras que se beneficiarían de otro tipo de apoyos y reciben solo ayuda formal y, afortunadamente, otras que se benefician decididamente de los apoyos formales que necesitan y obtienen, o que cuentan con los apoyos informales que hacen prescindibles los servicios formales.

Se hace necesario, entonces, señalar un eje fundamental a lo largo del cual se pueden comprender las variantes de la ayuda informal, de parcial superposición con el concepto de "ayuda no profesional". Un primer eje es el tipo de relación que se establece entre el apoyo de pares y las instituciones asistenciales profesionales, su saber o sus métodos. Desde esta perspectiva podríamos hablar de experiencias de inclusión (en sus variantes según las cuales los profesionales incluyen pares en sus equipos o, por el contrario, de pares que incluyen a profesionales), otras de convivencia y, finalmente, algunas de oposición. En la Argentina, las destacables actividades de FUBIPA, APEF y otras asociaciones, podrían ser interesantes ejemplos de las distintas formas de relación con los profesionales.

Podemos hallar numerosos antecedentes de experiencias de este tipo de ayuda en el seno de instituciones dedicadas a la ayuda formal. Existen registros de que el superintendente del Hospital Bicêtre de Paris, Jean-Baptiste Pussin, sugería a Philippe Pinel en 1793 que contratara a personas que tuvieran la experiencia de haber estado internadas ya que ellas serían "más amables, honestas y humanas" (7). En la década de 1920, Harry Stack Sullivan, un psiquiatra y psicoanalista, que se supone que también estuvo internado por causas psiquiátricas, llegó a contratar a ex pacientes por considerar que su ayuda sería más humanitaria y que éstos tendrían mayor sensibilidad para comprender ese sufrimiento que quienes sólo hubieran tenido educación formal al respecto. En la Argentina, Enrique Pichon Rivière, alrededor de 1950, tuvo la idea de capacitar a pacientes internados en el Hospital "José T. Borda" ya que los alumnos originales del curso de enfermería estaban en huelga y no tenía personal para asistir a las personas internadas. En todas y cada una de estas experiencias, ya de larga data, se incluyeron pares para el trabajo en equipos asistenciales dirigidos por profesionales. Otra modalidad, de enorme difusión entre 1950 y 1970, es la de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de personas que vivían con trastornos mentales severos. En las mismas, se hacía mucho hincapié en la importancia de

los vínculos entre los miembros de la comunidad y se alentaba el apoyo que los pacientes podían darse entre sí.

Los operadores terapéuticos, personas con experiencia directa en el campo de las adicciones, de extensa difusión en las comunidades terapéuticas especializadas, se cuentan como referencia obligada para comprender la tarea de los pares con personas que tienen otro tipo de trastornos mentales. En cambio, los acompañantes terapéuticos, que no ponen en juego su condición de personas en recuperación, más allá de compartir con los pares su función de acompañar, suelen presentar más diferencias que similitudes con aquello que hacen los "compañeros de recuperación".

Por otra parte, existen numerosas experiencias en las cuales esta ayuda de pares transcurre por fuera de instituciones organizadas de acuerdo al saber profesional. Recorren el desarrollo del movimiento de usuarios y ex usuarios de Servicios de Salud Mental, que reivindican sus derechos y su capacidad para dirigir sus acciones (incluidas aquellas tendientes a buscar el propio bienestar). La sociedad Alleged Lunatics' Friend Society (en el siglo XIX), Alcohólicos Anónimos y Recovery, Inc., The Association of Nervous and Former Mental Patients (ambas en la década de 1930), se cuentan entre los pioneros en la materia (2, 21). En tanto estas últimas admiten una coexistencia pacífica entre profesionales y usuarios, la primera tenía un mayor grado de enfrentamiento con el saber profesional. El origen de Alcohólicos Anónimos (AA) se puede rastrear hasta los comienzos de la década del treinta, cuando un hombre de los Estados Unidos va a consultar Carl Jung en busca de ayuda para su problema con la bebida, pero éste le dice que es médicamente incurable y le recomienda realizar una experiencia espiritual con el Grupo Oxford (un movimiento religioso presente en Europa y en los Estados Unidos desde comienzos del siglo XX basado en "cuatro absolutos": honestidad, pureza, falta de egoísmo y amor). Junto a un compañero con problemas similares a los suyos, asistiendo a este grupo y siguiendo los principios que en él se profesaban, pudieron dejar de beber. Un tercer hombre, Bill, amigo del segundo y con antecedentes de éxito en el mundo de las finanzas, pudo recuperarse y desde entonces trabajó para llevar paz y libertad a otros que estuviesen pasando por lo que él había pasado. Quien pasó a la historia como "Dr. Bob" fue la persona inspirada por la historia relatada por Bill y, juntos, son considerados los inauguradores de AA que, en el año 2005, se consideraba que habían pasado los 2 millones de miembros, en más de 100 mil grupos distribuidos en más de 170 países de todo el mundo.

Pese a que Recovery, Inc. fue fundada por un psiquiatra (el Dr. Abraham Low), sus actividades crecieron por todos los Estados Unidos al punto que el control dejó de estar en manos profesionales y, en la década de 1950, se transformó en una organización gestionada por los mismos usuarios (21). Estas dos experiencias podrían considerarse modelo de tantas otras instituciones en donde el saber profesional convive pacíficamente con modelos de autogestión y ayuda mutua sin la presencia de psiquiatras, psicoanalistas o psicólogos.

De fundamental importancia son, también, los modos de autogestión, de organización barrial o familiar, en donde las personas se ayudan mutuamente sin oponerse, ni tampoco incluirse en las estructuras formales de apoyo estatal, comunal, semiprivado o privado. En este campo, aunque no de modo excluyente, suelen interesarse más los sociólogos y antropólogos que los psiquiatras o psicólogos.

De una complejidad mayor, y con no pocas resistencias entre los efectores de Salud Mental, son para destacar las iniciativas que llevan en su seno la franca oposición al saber y a las instituciones profesionales. Muchas de las personas que participan de estos grupos se consideran "sobrevivientes", damnificadas por las buenas prácticas (aquellas que cuentan con consenso entre colegas y que han ayudado eficazmente a un buen número de otras personas, aunque tal vez no a ellas), por los errores involuntarios y por las malas prácticas.

El apoyo de pares cuenta con experiencias en cada uno de estos tres registros: incluido en el sistema de ayuda formal profesional, en paralelo y con una convivencia armónica, y en decidida oposición.

Ahora bien, si las experiencias de ayuda de pares existen desde hace tanto tiempo y en formas tan variadas, ¿qué es lo nuevo y por qué hay tantas referencias al tema en la actualidad?

Lo primero que habría que decir es que en los últimos veinte años el gran compañero de la cuestión de los pares son los derechos. Su mayor visibilidad y la insistencia en el tema van de la mano de una preocupación por los derechos de las personas que viven con trastornos mentales. Reconocer su capacidad de ayuda está en línea con reconocer capacidades (en general), derechos y también obligaciones. Recuperación, esperanza, empoderamiento y derechos son los pilares fundamentales del movimiento de pares.

Lo segundo es que la ayuda basada en el acompañamiento de pares ha cobrado un desarrollo inimaginable hasta hace dos décadas, con verdaderas organizaciones que brindan soporte a miles de usuarios o capacitan a otros tantos miles de pares. Algunas de estas organizaciones reciben financiamiento vinculado al sector Salud, y se avinieron a realizar estudios

con metodologías muy similares a las que se utilizan para dispositivos o recursos impulsados por profesionales de Salud Mental (3).

En tercer lugar, implica un reconocimiento de las limitaciones que tienen los saberes y las instituciones tradicionales para ofrecer una mejor calidad de vida a estas personas. En otras palabras, es reconocer (lo cual fue posible a partir de estudios longitudinales de larga duración) que personas que buscan otras soluciones a sus problemas mentales han tenido posibilidades de inclusión social, y que nuestro arsenal de recursos es parcialmente efectivo para los problemas que muchas veces importan a quienes viven con estas patologías.

En cuarto lugar, entre los profesionales, la cuestión de la ayuda de pares no es algo reconocido de modo aislado, sino que hay movimientos de alcance internacional atentos a estas experiencias. Ya no se trata más de situaciones excepcionales.

Los artículos que componen este dossier han sido escogidos según el criterio de privilegiar una diversidad de experiencias internacionales, la expresión de los propios actores involucrados en la ayuda de pares y, especialmente, experiencias -más novedosas para la mayoría de los colegas- en las que los pares desarrollan sus actividades explícitamente ligados al campo de la Salud Mental aunque, al mismo tiempo, con independencia del saber-poder de los profesionales. Esta selección, desde ya, no supone ningún juicio valorativo respecto de otras experiencias, de enorme importancia, en donde los usuarios se han organizado en torno a saberes profesionales y han conformado su práctica de ayuda mutua cobijados por éstos. Por ejemplo, entre los grupos GIA de alcoholismo y la actividad de AA hemos privilegiado dejar un testimonio de los segundos, sin por eso desmerecer la importancia o valor de los primeros.

Por otra parte, son tan numerosas las experiencias de auto-organización y ayuda mutua que, necesariamente y con alguna dosis de arbitrariedad, no hemos podido acoger en nuestras páginas extraordinarias faenas de personas anónimas o, mismo, con una buena dosis de reconocimiento por parte de sus pares y de otros profesionales. Experiencias solidarias colectivas, las hubo, las hay y, afortunadamente, seguirá habiendo, aunque no haya sido allí donde hemos puesto el foco. Esto no implica que la ayuda de pares acá presentada, más basada en el "uno a uno", descalifique o pretenda suplantar gestiones grupales que proliferaron otrora (fructíferamente y muy en particular en la Argentina de los años sesenta y comienzos de los setenta) y que hoy, por desgracia, aún son más escasas de lo que desearíamos.

El reportaje a un participante de AA enfatiza no solo los aspectos generales y básicos del funcionamiento

de esta casi centenaria organización, pionera por su gigantesca difusión a nivel mundial sino, en especial, cuanto es posible derivar de estas prácticas para otras formas de apoyo de pares en el campo de la Salud Mental.

El artículo de Shery Mead, Eri Kuno y Sarah Knutson sobre el Apoyo de Pares Intencional es probable que genere sorpresa y, por qué no, cierta polémica en torno al cuestionamiento que desliza sobre las formas de ayuda unidireccionales (se trate de profesionales o de personas que cumplen tareas en calidad de pares). Según las autoras, si hubiera algo novedoso en el apoyo de pares sería la verdadera mutualidad, el crecimiento de ambos miembros de la pareja que participa en la dinámica de la ayuda, y no el hecho que quien ayude al otro también haya atravesado situaciones de padecimiento.

Guadalupe Morales Cano presenta las actividades de una asociación de usuarios de España con diagnóstico de Trastorno Bipolar, la Fundación Mundo Bipolar. En ella, las personas afectadas por esta enfermedad se entrenan para ayudar a sus pares y enseñar su perspectiva a psiquiatras y psicólogos y, en calidad de comunicadores sociales, al resto de la sociedad.

María Elvira Restrepo-Toro y Steve Harrington desarrollan en detalle las características de la formación y del trabajo de apoyo de pares, su grado de extensión en los Estados Unidos y el modo en que esta labor se puede articular en los equipos clínicos.

Catarina Dahl y un numeroso equipo de Brasil presentan una síntesis de su primera experiencia en el desarrollo de un curso de capacitación de pares a fin de incorporarlos a una intervención que está próxima a comenzar y que será objeto de riguroso estudio tanto allí como en Santiago de Chile. La realización de grupos focales les ha permitido aproximarse a cómo estos usuarios ven su proceso de recuperación y las situaciones de ayuda en las que participaron.

Peter Stastny y Celia Brown relatan la historia del surgimiento de la figura del par especializado y revisan los estudios posteriores a su trabajo en Nueva York que diera origen a una multiplicidad de investigaciones en el tema.

Maths Jespersen describe el funcionamiento de un servicio en Suecia basado en ombudsmen personales o agentes que abogan por los derechos y el cuidado de personas con trastornos mentales, señalando las semejanzas y diferencias con las tareas de pares.

Sara Ardila Gómez y un equipo de Proyecto Suma analizan una experiencia concreta en la Ciudad de Buenos Aires en donde se creó un dispositivo grupal de reflexión sobre la tarea de ayuda y comenzó a implementarse la participación de pares en los equipos clínicos. El rol del par, sus posibles aportes e inconvenientes en los servicios de Salud Mental y su relación con profesionales, son discutidos a la luz del concepto de cuidado.

Seguramente, algunos lectores podrán anticipar una serie de potenciales problemas derivados de una mayor difusión de estas formas de ayuda. No faltará quien pueda ver aquí una precarización laboral de los profesionales de la Salud Mental o, directamente, una competencia que restará posibilidades laborales a una fuerza de trabajo que en algunas grandes ciudades sobreabundaría. O, también, quien mire con recelo el hecho que estos actores puedan pretender disputar un saber que sólo ha sido adquirido con gran esfuerzo, dedicación y generosidad, como para quedar en un pie de igualdad con otro por el simple hecho de que éste padece o ha padecido buena dosis de sufrimientos. Más aún, los innumerables riesgos y peligros que podrían correr, por un lado, los usuarios al ser ayudados por otros que carezcan de amparo legal o certificación consensuada de su capacidad y, por otro, aquellos otros usuarios que sometidos al peso de estas complejas interacciones pudieran sufrir recaídas. En otro orden de cosas, la posibilidad de descubrir detrás de algunos de estos planteos una valoración de los determinantes sociales (excesiva, tal vez, para quienes miren críticamente estas propuestas) por sobre cuestiones psicopatológicas puede generar incomodidad o, también, rechazos. Incredulidad, desconfianza y temor no serán casos excepcionales generados por la lectura de estas presentaciones.

Reconocer un saber a otro conlleva una cierta dimensión de redistribución en las dinámicas del poder. Tan sólo esto alcanzaría para dotar a la valoración del apoyo de pares en una cuestión álgida y controversial entre colegas y en el seno de la sociedad en su conjunto. Esperamos que el presente dossier contribuya a debates con mejores fundamentos y, especialmente, a valorar otras voces y prácticas que podrían beneficiarnos a todos ■

Referencias bibliográficas

1. Borkman T. Experiential Knowledge: a new concept for the analysis of self-help groups. *Soc Serv Rev* 1976; 50 (3): 445-456.
2. Campbell P, Roberts A. Survivors' history [Internet]. Brighton: Pavilion Journals; 2009. Available from: <http://studymore.org.uk/history1.pdf>.
3. Clay S. On our own, together. Peer Programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press; 2005.
4. Corin E. Entre le même et l'autre, l'altérité comme passeur. *Inf Psychiatr* 2013; 89:435-442.
5. Cowen E. Help is where you find it. Four informal helping groups. *Am Psychologist* 1981; 37 (4): 385-395.
6. Dahl C, Araújo Carvalho MC, Teixeira de Mendonça JM, Mitkiewicz de Souza F, Wainstok Estivil Bustos M, Fernandes de Cintra Santos J. "Soy loco, pero estoy en red": el proceso de capacitación con usuarios de servicios de Salud Mental para el trabajo de ayuda entre pares en la red de atención psicosocial de Río de Janeiro. *Vertex* 2013.
7. Davidson L, Bellamy Ch, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012; 11: 123-128.
8. Dixon L, Krauss N, Lehman A. Consumers as service providers: the promise and challenge. *Community Ment Health J* 1994; 30 (6): 615-25.
9. Felton CJ, Stastny P, Shern DL, Blanch A, Donahue SA, Knight E, et al. Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on client outcomes. *Psychiatr Serv* 1995; 46 (10): 1037-44.
10. Gracia Fuster E. El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós, 1997.
11. International Association of Peers Supporters. Definition - Peer Supporter [Internet]. Available from: <http://inaops.org/definition-peer-specialist/>.
12. Jacobson N, Trojanowski L, Dewa CS. What do peer support workers do? A job description. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 205.
13. Joint Commission on Mental Health and Health. Action for mental health. Nueva York: Basic Books: 1961.
14. Le Cardinal P, Roelandt JL, Rafael F, Vasseur-Bacle S, François G, Marsili M. Pratique orientées ver la rétablissement et pair-aidance: historique, études et perspectives. *Inf Psychiatr* 2013; 89: 365-370.
15. McEwan K, Goldner E. Accountability and performance indicators for mental health services and supports. Ontario: Health Canada Pub; 2001.
16. Mowbray CT, Brown KS, Furlong Norman K, Sullivan-Soydan A. Consumers as providers in psychiatric rehabilitation. Columbia, MD: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services; 1997.
17. Palomer E, Izquierdo R, Leahy E, Carme Masferrer C, Flores P. El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2010; 30 (105): 109-123.
18. Restrepo Toro, ME. Entrecruzando Caminos: Entrenamiento para compañeros-promotores de recuperación y rehabilitación. Boston, MA: Boston University; 2010.
19. Stagnaro JC. Comunicación personal; 2013.
20. Stastny P, Lehmann P. Alternatives beyond psychiatry. Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing; 2007.
21. Weschler H. The self-help organization in the mental health field: Recovery, Inc., a case study. *J Nerv Ment Dis* 1960, 130 (4): 297-314.
22. White W. The history and future of peer-based addiction recovery support services. SAMHSA; 2004.
23. WHO, World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291 (21): 2581-90.

La ayuda entre pares en AA. Reportaje a Raúl, participante de AA por 30 años

Martín Agrest

Psicólogo clínico; Máster en Administración de Sistemas y Servicios de Salud (Univ. Favaloro).

Coordinador de Docencia e Investigación, Proyecto Suma.

Co-coordinador de un grupo de pares, Proyecto Suma.

E-mail: magrest66@gmail.com

El apoyo de pares, así como la recuperación, son dos pilares fundamentales en una institución que puede considerarse señera de importantísimos desarrollos en el campo de la Salud Mental. Alcohólicos Anónimos (AA) nace en 1935 de la ayuda mutua entre dos personas que han perdido toda posibilidad de gobernar sus vidas a causa del alcohol y, gracias a su eficacia y a la ausencia de profesionales -al menos en tanto tales-, se transforma con el tiempo en un ejemplo de organización basada en la ayuda de pares.

Asimismo, AA logró que los profesionales del equipo de salud tuviesen muy en cuenta sus experiencias y, tempranamente (valga como ejemplo local, el número 13 de Vertex de 1993), registrasen en páginas de literatura especializada sus testimonios y aprendizajes.

La entrevista a Raúl comienza con la explicitación del motivo del encuentro, a lo cual le siguen innumerables imágenes -tan potentes como poéticas- de la recuperación y la ayuda mutua. En qué medida el Programa de Doce Pasos trasciende la ayuda entre pares y puede ser traspasable como tal al beneficio de personas con otro tipo de dificultades recorre las preguntas y cada una de las respuestas. Es tarea del lector sacar sus propias conclusiones acerca de las adaptaciones convenientes para otros grupos y formularse nuevas preguntas acerca de la eficacia de la ayuda entre pares.

Vertex: El sentido de nuestra entrevista es poder conversar y preguntarte acerca de la ayuda de pares, algo en lo que AA fue pionera y que hoy vemos que, si bien

sin seguir los Doce Pasos, se generalizó a otras problemáticas y trastornos mentales. Los últimos 20 años vieron crecer el valor dado por los profesionales a la ayuda de pares, de la mano de una mayor conciencia sobre el tema de los derechos, las capacidades, la esperanza, el empoderamiento y, muy especialmente, de la noción de recuperación. Esta última, con gran claridad, ha sido muy desarrollada en AA. De ahí el sentido de querer hablar con vos y que me cuentes cómo ves algunas cuestiones de la ayuda de pares.

La recuperación del alcoholismo incluye necesariamente la ayuda a otros. En otro tipo de dificultades (personas con depresión o psicosis), la ayuda de pares se plantea como "opcional". ¿Por qué es esencial en la concepción de AA el ayudar a otros, que incluso la registra en su duodécimo paso?

Raúl (R): Indudablemente, la recuperación del alcoholismo incluye ayudar a otros. No podría existir un grupo de ayuda entre pares si unos no transmitirían a los recién llegados, o a quienes están atravesando un momento duro, los tres valiosos elementos que hemos capitalizado con el correr de nuestra recuperación, y que están mencionadas en el Preámbulo con el que se inicia cada reunión: experiencia (nuestro ayer), fortaleza (el hoy) y esperanza (el mañana). Vale la pena aquí consignar el Preámbulo en su totalidad el que, por otra parte, describe con certera precisión y síntesis qué es AA.

“Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo”. “El único requisito para ser miembro de AA es el deseo de dejar la bebida”. “Para ser miembro de AA no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. AA no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias; no respalda ni se opone a ninguna causa”. “Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad”.

Estimo que compartir un problema común puede ayudar a personas que padecen otro tipo de enfermedades o dolencias. Para el alcohólico lo que es opcional es el ingreso en el programa de recuperación pues, contrariamente a lo que generalmente se cree, el enfermo no recurre a su fuerza de voluntad para dejar de beber. Es la voluntad la columna que el alcohólico tiene fracturada por la naturaleza misma de la enfermedad. Por lo general, ingresa a su primera reunión desahuciado y escéptico, movido por la desesperación o empujado por algún amigo o familiar. En un principio le resulta inconcebible que él pueda dejar de beber o permanecer sin hacerlo. Tendría que explicar cómo es el proceso de llegar a AA para entender lo de la ayuda. Primero, se encuentra con 25 o 30 personas sobrias, bien vestidas, sonrientes y que apelan con frecuencia al humor. Además, le llama la atención que los asistentes, en sus testimonios, se ríen mucho de sí mismos y tienden a desdramatizar los percances cotidianos de sus vidas. La concurrencia diaria y la “buena voluntad” son las llaves que van abriendo la puerta hacia la esperanza. El efecto sinérgico de las reuniones le van haciendo ver que cuando le señalaron *“si nosotros pudimos, vos también podés”* es una realidad alcanzable. Este fenómeno, en el cual la energía del grupo es mayor que la suma de la de cada uno de sus integrantes, va impregnando el espíritu del recién llegado y, pasado un tiempo, adquiere un sentido de pertenencia. Al compartir sus inquietudes empieza a dejar de hablar de *“Ustedes”* para comenzar a referirse a *“Nosotros”*. Ya es un AA más. Sabe que no está más solo. Que hay quienes han atravesado el mismo camino y que lo contienen y comprenden. Más adelante aparecen nuevos compañeros, y él ya no es un recién llegado. Se siente impelido entonces a transmitir su entusiasmo al novato. Ya está ayudando a otros. Sin esta mecánica AA desaparecería.

La historia es la que sirve como experiencia y es lo que transmitimos: *“Ojo que pasé por esa puerta. Cuidado, que yo ya me la dí. Tiene un metro sesenta... Cuidado con la cabeza. Tené cuidado con esto, a mí me fue bien con esto otro. O, no te preocupes con lo que te está pasando porque va a pasar”*. Le decís algo de tu experiencia, que es lo que permite hacerle ver cómo va a ser su camino, que las cosas que le están pasando, que le parecen que son un cielo cerrado, negro, lleno de desasosiego, de miedo, de incertidumbre, que eso pasa, que aunque se le haga cuento que eso va a pasar, porque el tipo está metido en el medio de una tormenta perfecta, sobre todo cuando recién entra, con culpas, porque se siente mal físicamen-

te, porque tiene un síndrome de abstinencia, porque lo rajaron de la casa, porque está durmiendo en la calle, porque perdió el amor de su mujer, de sus hijos; ante ese panorama desolador, piensa que eso no va a cambiar nunca. Y la experiencia es decirle: *“a mí me pasó lo mismo o si no lo mismo, con variables en la partitura, pasé por ese mismo infierno o un infierno muy parecido. Sin embargo, hoy...”* y ahí está la esperanza.

No es desatinado suponer que si se reúnen, por ejemplo, un grupo de personas con depresión, con el correr de sus reuniones descubran que, aunque sea mientras éstas se desarrollan, su estado de ánimo experimenta un cambio positivo. Puede también que, al producirse la primera chispa de cambio, en la reunión siguiente el integrante que ha advertido su leve repunte, lo transmite a otros con entusiasmo, haciéndoles ver cuáles son los giros que ha experimentado su ánimo y como los ha estimulado aprovechando el viento favorable. Esto devendría en una inyección de esperanza para sus compañeros. Afloraría -aunque fuese como un lábil titileo- el *“se puede”*. Creo que compartir un problema común conlleva la aparición de una suerte de comunión proactiva. La fe que obra. Por lo pronto se puede decir que el enfermo se siente absolutamente solo, pues aunque otros -por amor o conocimientos terapéuticos- hagan los mayores esfuerzos para acompañarlo el paciente está ontológicamente solo. Solamente un par comprende, en su esencia, su dolor y padecimiento.

El desaparecido Dr. Juan Manuel López Rosende, inspirado en el programa de AA, llevó adelante con éxito el Grupo Huérfanos de Amor. Quien experimenta esa orfandad no puede modificar tal sentimiento por el uso de su voluntad. No obstante conozco gente que ha obtenido excelentes resultados con la concurrencia a ese grupo. La orfandad de sí mismos impulsó a crear los grupos para personas que buscan trabajar su interioridad. Experimentan la incapacidad de amar y ser amados. Encuentran en estos grupos la presencia del interés de los unos por los otros, con la sola premisa de ayudar y dejarse ayudar. Querer o sentirse amado, no depende de la voluntad. No obstante los asistentes obtienen resultados.

Vertex: Si tuvieses que pensar en alguna situación de ayuda, ¿cuál se te ocurre que podría ser significativa, tanto provista como recibida?

R: En mis más de 30 años de pertenencia a la comunidad de AA recibí ayuda, siempre, en todas y cada una de las reuniones, y fuera de ellas. Tanto del compañero veterano con la sabiduría que da la experiencia, como del recién llegado, sin cuya presencia no podría recordar en qué estado arribé por primera vez y que, además, asegura la supervivencia de AA. Durante los casi 26 años que llevo de sobriedad (pues mis primeros 4 años y medio fueron un dificultoso y largo decolaje por una

pista plagada de tropiezos y recaídas) nunca dejé de darle mi testimonio al compañero recién llegado.

Resaltaría dos casos de ayuda recibida y ofrecida. En cuanto a la primera debo destacar, con enorme gratitud, la importancia de mi padrino Richard, ya fallecido. Un portento de bondad, generosidad y conocimiento del programa. Durante mis años de lo que llamamos "la puerta giratoria" estuvo permanentemente a mi lado. Su sola presencia y sus cálidas palabras me inundaban de esperanza, siendo que esta última es la fuerza de un vendaval que nos lleva, paso a paso, hacia nuestro ingreso en la Recuperación. En la desesperación de mis recaídas llegué a decirle "te juro Richard que yo quiero dejar y no puedo". La respuesta que motorizó ni esperanza y mi fe fue "si no te basta con querer, debes querer querer". Esa sola frase significó una vuelta de tuerca, un punto de inflexión que me hizo ver que, perseverando, tarde o temprano ingresaría en las mansas y plenas aguas de la sobriedad.

Como debo elegir un caso de un compañero a quien la generosidad de Dios me permitió ayudar, me referiré a una amiga de mi edad, cuya familia está estrechamente ligada a la mía. Para ser más elocuente debo decir que se trata de mi primer amigo/o. En mis primeros recuerdos, de los 3 o 4 años, está ella presente. La recuerdo con total nitidez, como recuerda el personaje de "Allá lejos y hace tiempo" en esa formidable obra de Don Guillermo Enrique Hudson.

Estoy lleno de amigos pero, paradójicamente, mi primer amigo, fue una niña. En su momento entró en el infierno del alcohol. De proverbial bondad y ternura, lo perdió todo: marido, hijos. Arrumbada en un monoambiente lúgubre, le transmití el mensaje e ingresó a AA. Desde entonces es mi ahijada y pocos días atrás -siendo que ella concurre a otro grupo- se presentó en el mío para festejar sus 19 años de sobriedad y agradecerme la ayuda que le brindé en estos años.

Cuando se presentan estas situaciones los AA vivimos la siguiente y grata dicotomía: ¿quién agradece a quién? Ella lo hizo desde lo más profundo, pero yo me fui de la reunión habiendo recibido más de lo que seguramente habré dado.

En AA somos compañeros. Con total desinterés y sumergidos en un clima de solidaridad total compartimos el pan de la alegría, la tristeza los aciertos y errores, las pérdidas y ganancias.

Vertex: Si a AA le sacásemos los Doce Pasos y solo le dejásemos la ayuda entre pares (con la transmisión de la experiencia, el acompañamiento, y la transmisión de que con ayuda es posible tener esperanzas de recuperación), ¿pensás que le estaría faltando algo para que fuese más eficaz?, ¿por qué?

R: La recuperación de un alcoholico no se limita a dejar de beber y permanecer sin hacerlo. Eso es la condición imprescindible pero no suficiente para encarar la

verdadera recuperación. A tal punto es así, que el Programa de los Doce Pasos menciona al alcohol únicamente en el primero; los once restantes están orientados a proporcionar al AA herramientas para, aunque sin aspirar a la santidad, ir mejorando como persona. No se trata de un programa religioso, sin embargo, el ingrediente esencial para que se produzca el despegue del AA hacia una vida de total plenitud es un restallante despertar espiritual. Esto no podría darse sin el ejercicio del programa, que propone tratar o intentar -más que lograr-, pues el intento en sí mismo es el logro. La transmisión de experiencia y ayuda de los compañeros es fundamental, pero no suficiente. El programa permite al alcoholico ir cerrando las heridas (propias y de sus seres queridos) que fue dejando durante su carrera. Los Doce Pasos le permiten comprender que no tiene culpa por sus acciones pero sí la plena responsabilidad de trabajar arduamente, siguiendo una guía, en aras de alcanzar una vida feliz y útil. Que no debe disculparse por los actos inapropiados que hizo cuando bebía ya que un enfermo no es culpable de serlo, pero sí es responsable de reparar los daños causados. A título de ejemplo se puede decir que si una persona, en una convulsión por un ataque epiléptico, le rompe de un codazo los anteojos a alguien que se encuentra a su lado, no tiene culpa del daño pues el mismo fue involuntario pero, una vez pasado el ataque y si sus posibilidades se le permiten, debe hacerse responsable y reponer el par de anteojos dañados.

Vertex: Si hubiese alguno de los Doce Pasos que fuese más importante que el resto, ¿cuál dirías que es para vos?

R: El primer paso. El alcoholico que no admite su derrota ante el alcohol y que su vida se ha vuelto ingobernable no puede, aunque quiera, desarrollar el programa de recuperación. Sin el pitazo inicial de un partido de fútbol, no hay partido de fútbol. El pitazo es dejar de beber, practicar el programa es el partido de fútbol. Un partido que finaliza el último día de nuestras vidas. Y eso es, justamente, lo que tiene de fascinante el programa: la posibilidad de crecer, aprender, ayudar y ser ayudado hasta el minuto final.

Vertex: En AA la lucha contra la soberbia es fundamental. ¿Imaginas, según tu experiencia, que en otros problemas podrían ser iguales o se te ocurre que ahí hay otros temas que serían más importantes?

R: Tan fundamental es la lucha contra la soberbia que el primer paso del programa, al que ya he hecho referencia, es la antítesis de ella. Admitir la derrota es

bajarse humildemente del ring. Aceptar que no podemos manejar la copa y que seremos noqueados tantas veces como insistamos en subirnos al cuadrilátero. Aún así, el ingreso en la abstinencia suele ser difícil. Hay quienes llegan y dejan de beber desde la primera reunión. Para otros la cuesta es más empinada. Pero se puede afirmar que una inagotable persistencia en concurrir diariamente a los grupos termina por dar resultados.

El alejamiento de los grupos pone en riesgo la recuperación. Hay muchos alcohólicos que se alejan de las reuniones y siguen sin beber y sin deseos de hacerlo. Pero comienzan a sobredimensionar los problemas cotidianos, caen con frecuencia en estados de ira. Ya no tienen el tenor de paz interior que proporciona la concurrencia frecuente, la templanza de compartir, ayudando y dejándose ayudar. La serena y clara óptica de la vida de un alcohólico que practica el programa, se encarna en él y pasa a formar parte de su personalidad. Así como hay una personalidad del alcohólico en carrera, también la hay de uno en sobriedad. Se debe recordar que la enfermedad es progresiva, pero que la recuperación también lo es.

Vertex: Vos comentabas que la voluntad está fracturada y, por otra parte, en AA dicen que *"las personas justificamos el beber, nos autojustificamos"*. Allí radica parte del problema para ellas. Quienes deliran o alucinan no diría que tienen la voluntad fracturada (aunque lo que les sucede tampoco es parte de su voluntad) y, en concordancia con esto, la autojustificación tampoco es igual. ¿Cómo imaginan la ayuda para esos casos?

R: El alcohólico atraviesa una etapa en la que interpone las dificultades de la vida como excusa para beber. Bebe porque está triste, porque está contento, porque lo dejó su mujer, o porque conquistó a una Miss Punta del Este. Hay características típicas del alcohólico que lo diferencian del bebedor social fuerte. Una de ellas es el pudor. Un alcohólico que pide un trago a las 10 de la mañana en un bar que jamás frecuentó, se siente en la necesidad de decirle al mozo que tiene la presión baja, como si al mozo le fuera a interesar el estado de salud del parroquiano. Esa característica progresa hasta llegar al borracho solitario que se esconde para tomar. Cuando llega a ese estadio, ni él cree en sus propias excusas. Sabe perfectamente que está atrapado en una ergástula. Lo que más desea es salir de ella, pero no puede. Evidentemente quien alucina no va a buscar justificativos. Tampoco los necesita ni se esfuerza en buscarlos porque la sociedad no lo estigmatiza como al borracho. Lo que sí creo que puede ocurrir es que compartir sus problemas, si tiene conciencia de ellos, con otros que también los sufren, puede abrir una rendija de luz para repartir las cargas.

Vertex: Es interesante porque vos hablabas de estigma, y que el borracho cuenta con un estigma que no tiene el que está deprimido o alucina. Pero la verdad es que ellos también sufren el estigma. Aunque puede ser que al borracho se le adjudica, en una manera errónea de ver la cuestión que tiene la sociedad, que tiene un problema que sería solucionable por la voluntad. El caso de personas con depresión sería similar. Suele creerse que deben poner voluntad para hacer las cosas. Quienes deliran o alucinan tal vez tengan asociado el estigma más a lo imprevisible y la supuesta peligrosidad, que tampoco es tal...

R: No comprenden que lo que más deseaba yo en la vida era dejar de beber. Y no podía, no podía. Era lo que más deseaba y no podía.

Vertex: El asunto es que quien alucina también puede querer eso. La sociedad sobre todo le tiene miedo porque supone que es alguien peligroso, o porque aparece en el diario que el que hizo tal cosa padece esquizofrenia. Por más que es algo inusual entre quienes tienen este trastorno... Pero para la población, en general, leen una noticia así y asocian que *"estar loco es ser peligroso"*. Entonces se alejan, cruzan la calle...

R: Ojo, un tipo que chupa también está loco. Un tipo que no se acuerda al día siguiente qué hizo el día anterior está loco. Incluso se habla mucho de *"Dr Jekyll y Mr Hide"*. Está escrito. Se transforma un tipo en otro, cuando está borracho. Yo he visitado, haciendo servicios, a la Unidad de Penal del Borda y escuché tipos que me decían: *"sí, yo maté un tipo pero no me acuerdo nada, ni en qué momento..."*. Se vuelven locos. En mi primera internación, fui al Sanatorio pidiendo internarme, al rato me vestí todo, salí por la puerta diciendo que era el médico del paciente X, salí a chupar y volví totalmente borracho, dije otra vez que era el médico, fui a la habitación, me puse el pijama y me metí en la cama y me quedé internado. ¡Una locura total! Ahora es gracioso, pero es brutal. Es algo compulsivo. Después se va la compulsión cuando se va la obsesión. Viene una vida en la cual privilegiamos la tolerancia, la aceptación, la sobriedad o, mejor, la búsqueda de la sobriedad. Porque nadie se recibe de sobrio. Puede ser abstemio, puede no volver a tomar. Yo espero no tomar nunca más y llevo muchos años. De borracho sí me recibí (en la Sorbonne y en Harvard), pero de sobrio no se recibe nadie. Es una tendencia, una búsqueda, un camino que, gracias a Dios, no termina. Sobrio es sobrio en todo. No es sin ebriedad, que sería la raíz de la palabra. Es sobrio en la forma de andar, de vivir, en contenerse, en no caer en la iracundia. Es andar por el camino del medio.

Vertex: ¿Qué diferencia hay entre la ayuda de un padrino y la ayuda de un par?

R: No existe una gran diferencia. El padrino, institución optativa -como todo en AA-, suele ser elegido para compartir dudas, preocupaciones o temas que, por su naturaleza intimísima una persona no quiera compartirlo en el grupo. Es una figura de alguien que lleva años de experiencia. En algo se asimila al terapeuta, el confesor o el Viejo Vizcacha. Se dice que *“Consuelan a la persona melancólica, primero mostrándole que no es un caso extraño ni diferente, que probablemente sus defectos de carácter no son ni más numerosos ni peores que los de cualquier otro miembro de AA. El padrino demuestra esto rápidamente, hablando abierta y francamente, y sin exhibicionismo, acerca de sus propios defectos, antiguos y actuales. Este inventario sereno y, a la vez, realista es inmensamente tranquilizador. Probablemente el padrino le indica al recién llegado que junto con sus defectos puede anotar algunas virtudes. Esto contribuye a disipar el pesimismo y fomentar el equilibrio. Tan pronto como empiece a ser más objetivo, el principiante podrá considerar sin miedo sus propios defectos”*. El padrino es el hombre que, por su experiencia de vida y como AA ha atravesado -seguramente-, los problemas que están aquejando al ahijado, y ha encontrado con la concurrencia al grupo y el desarrollo del programa, una mirada de la vida práctica. Tiene en claro que cosas de la vida debe abordar con coraje para resolverlas y cuales debe aceptar porque su acción no quita ni pone rey. Generalmente los veteranos de AA con una intensa práctica del programa ofician de padrinos de no alcohólicos, sin que éstos lo adviertan. Después de muchos años, y dicho esto sin ninguna postura jactanciosa, el veterano de AA que concurre a las reuniones y practica el programa, es un tipo más, pero con *hándicap*. Y esto en dos sentidos: ese tsunami que se llevó todo, genera un tsunami que te trae 101% lo que se llevó el anterior. La recuperación trae mucho más de lo que se llevó la carrera alcohólica. Es común que el alcohólico en recuperación se cargue a sí mismo, se tome el pelo, no se dé tanta pelota. Y dentro de los mecanismos de la recuperación, está el relativizar las cuestiones, no sólo los problemas. Una vez que eso se soluciona, que lo mantenemos resuelto, todo lo demás está como en la Primera B. En la Primera A no tiene contrincantes. El alcoholismo, que es lo que único de la Primera A, si no lo tenemos resuelto, no hay partido, no funciona el campeonato. En la B está todo lo demás: lo económico, lo laboral, lo amoroso... Cambian las prioridades. Los alcohólicos entre sí, así como vos reconocés a un cordobés por su tonada, se sacan. Por un comentario tal vez, nada más. Hay una mirada común. Tal es así, que puede haber tres tipos, de los cuales dos son de AA y el tercero no, y no sabe que los otros lo son. Este reacciona mal ante algo. Los dos que sí se miran como diciendo *“¿¡A este salame, qué le pasa!?! Tiene todo acomodado y por*

una pavada está haciendo un mundo, por algo menor”. En este sentido tiene hándicap a favor. Además, tiene a su disposición en todas las ciudades del mundo, en forma gratuita, una consultora del espíritu que es extraordinaria. Ante cualquier desasosiego, inquietud, algarabía, si quiere compartir algo con otro, puede encontrar un grupo donde meterse. Te voy a contar una anécdota: un día estaba coordinando el grupo en el grupo Libertad, cuando el grupo funcionaba en Libertad y Paraguay (antes que se mudara). Cumplía esa función, que ejerce cualquiera que tenga un cierto manejo y antigüedad. El que coordina lo único que hace es anotar quién está llegando y quiénes piden la palabra, si se arma alguna situación medio enojosa tiene que tener la cintura y la muñeca como para manejarlo. Pero medianamente nunca pasa nada enojoso, en el 99% de las reuniones. Estaba coordinando y se sienta un muchacho al lado de la puerta. Como no lo conocía, cuando llega alguien que no conozco le pregunto: *“¿Sos de otro grupo o sos nuevo?”* Si es nuevo se le dedica toda la reunión al nuevo, todos los testimonios están dedicados a él ese día, el nuevo es la persona más importante de esa reunión. Es ese día. Y se le dice: *“Hoy sos el más importante de la reunión. Pero, si Dios quiere, mañana ya no serás el más importante. Mañana va a ser la reunión más importante para vos porque ratificás tu deseo de recuperarte”*. Es más, no se le deja colaborar en la canasta, como en la Iglesia que es libre, el grupo se mantiene con las propias contribuciones, tiene vedado aceptar donaciones. Volviendo al tipo al lado de la puerta. Le pregunto: *“¿Vos sos nuevo?”*, el tipo me mira con una cara de no entender. Me acerco y le digo: *“¿cuál es tu nombre?”* Me dice... no me acuerdo bien, pero ponele que me dice: *“Igor”*. No sabía en qué idioma hablaba, medio en inglés... me dice *“Ucrania”*. Me siento y empieza la reunión. Le pregunté las últimas 24 hs, ese es un invento argentino. Que quiere decir *“Si chupaste o no chupaste”*. La mayoría dice *“Bien”*. Algunos agregan *“Bien, sin alcohol”*. Igor miraba, escuchaba y por ahí, pide la palabra. Se pide la palabra. No hay diálogo, nadie puede interrumpir a otro. No hay reglas ni reglamento, son tradiciones que se cumplen a rajatabla, se respetan enormemente. Nadie interfiere hasta que el que habla no dice *“Nada más”* o *“Gracias”*. Generalmente, cuando alguien está hablando 6 o 7 minutos, que es lo que recomienda la tradición, salvo ante algo excepcional (como si alguien dice que le acaban de decir que le queda un mes de vida, ¿no?), sino el coordinador le dice *“vamos cerrando...”*. Es el coordinador el que tiene que tener la muñeca para darse cuenta si el tema es tan serio como para darle un poco de cuerda y no cortarlo. Si alguien nuevo empieza a decir que se le murió el perro, se le pide que redondee. En otros grupos, tocan la campanita o ponen un reloj de arena. El ucraniano habló y lo hizo en ucraniano. Y le entendimos todos, todo. Y nos entendió todo. Es una cosa increíble pero te entendés. Es un lenguaje que está por encima del idioma, es un lenguaje espiritual. Y en los lugares que yo fui es exactamente así. Vos entrás, y estás en tu casa.

Vertex: ¿Cómo ves la diferencia entre lo que puede hacer un grupo de AA y lo que puede hacer una persona ayudando a otra de modo individual?

R: Todo lo puede hacer más el grupo que una persona. Lo que pasa es que existe la institución del padrinazgo o el mano a mano, porque hay cuestiones, que por su naturaleza o por el carácter tan intimista, uno puede preferir conversarlo de a dos, como hablamos vos y yo, vos con un paciente, o vos con un amigo. Porque yo entiendo que la terapia tiene algo de un amigo que puede escuchar al otro. Lo que ocurre con el grupo, es que el grupo es sabio mientras, que los integrantes del grupo no son sabios. Hay más inteligentes, o menos inteligentes. Pero el grupo en sí, la bisectriz, la resultante, el denominador común, esa aura que flota, lo es.

Vertex: ¿Cómo es que el grupo es sabio y sus miembros no lo son, y además no es un tema de un grupo en particular sino de todos?

R: Es un fenómeno sinérgico. Los grupos son más que la suma de las partes. Cada uno de los hinchas de un equipo que juega de local, por sí solo, no puede darle fuerza al equipo. Pero "la hinchada" sí. ¿Por qué es una ventaja jugar de local? Por algo es. La cancha es igual. La ventaja es que hay más hinchas. Y ninguno de ellos en particular ejerce un efecto sobre el jugador. La hinchada es ese fenómeno que genera mística.

Vertex: ¿Siendo parte de AA es como si siempre jugases de local?

R: ¡Sí! Te entienden todas las jugadas. Hay otra cosa que es fantástico de AA, con el correr del tiempo, no hay actitudes jactanciosas, nadie macanea. La mentira es una de las principales cosas que combatimos. La mentira no va ni dentro, ni fuera del grupo.

Vertex: ¿Qué relación tiene AA con los profesionales o con el saber profesional/médico?, ¿has visto derivaciones de unos a otros en ambos sentidos (tanto de médicos a AA como de AA a médicos)?, ¿sólo en un sentido?, ¿en ninguno?, ¿hay psiquiatra en las reuniones o los invitan para algo?

R: Hoy en día hay permanentes derivaciones, en uno y otro sentido. La mayor parte de los profesionales no atienden a un paciente con problemas con el alcohol si no concurre a AA. Por otra parte en las reuniones de AA se dice permanentemente que el programa no está reñido con la medicina, y se recomienda -en especial al recién llegado- la concurrencia a un profesional de la medicina para chequeos generales y para tratamiento psicoterapéutico. En las reuniones "cerradas", las diarias a las que concurren aquellos que quieren dejar de beber, concurren médicos y psiquiatras (únicamente) en tanto que alcohólicos. En las reuniones "abiertas o públicas", que se realizan esporádicamente con concurrencia libre, suele haber un panel de expositores integrado, generalmente, por un AA, un Alanon y un profesional de la medicina.

Vertex: Hay experiencias en distintos lugares del mundo en las que pares se están certificando y tomando cursos específicos y luego desarrollan tareas pagas. En AA se afirma que "el trabajo personal con otro alcohólico que sufre sólo puede basarse en el deseo de ayudar y de ser ayudado. Cuando un AA habla por dinero, ya sea en una reunión o a recién llegado, también puede tener en él un efecto perjudicial. El aliciente del dinero le compromete a él y a todo lo que diga y haga por el principiante". ¿Pensás que puede ser distinto en otro terreno, o ves acá algo fundamental y que no podría modificarse para ayudar a gente que tiene otro tipo de problemas?

R: En el caso de AA, la ejecución de un trabajo de Paso Doce a cambio de dinero o de cualquier otra cosa, es un pecado mortal. Se trata de uno de los pocos motivos por los cuales un miembro puede ser expulsado de la comunidad. No solamente conspira contra el espíritu de dar sin esperar nada a cambio -que caracteriza el accionar de AA-, sino que perjudica la sobriedad del propio miembro que realiza tal tarea. La única retribución es la satisfacción de haber ayudado, tal como nos ayudaron, porque el que no devuelve lo que recibió, corre el riesgo de perderlo. En otras situaciones no sabría decir. Pero en AA esto es muy claro.

Vertex: Te quería leer los 10 componentes de la recuperación que surgieron de un consenso profesional y que se aplican al conjunto de padecimientos mentales. Me gustaría saber qué te evocan. El primero es la auto-dirección, el tener algún tipo de control sobre la propia vida, y que ésta vaya para algún lugar que sea el que ellas tienen ganas de que vaya.

R: Eso se refiere al primer paso. El enunciado dice: "admitimos nuestra derrota ante el alcohol y que nuestra

vida se había vuelto ingobernable". A partir del ingreso en la recuperación la vida se torna gobernable. Lo que no quiere decir que esté bien gobernada. Sino que uno tiene el timón. Si sos el mejor o el peor timonel del mundo, depende de seguir practicando el programa. Por lo pronto, es pasar de no tener el timón a tenerlo.

Vertex: Lo segundo es que es un proceso que está individualizado y centrado en la persona, significa que para dos personas el recorrido puede no ser igual.

R: Hay más similitudes durante la carrera alcohólica, que durante la recuperación. En la carrera nunca aparece nada nuevo. Nunca me pasó de escuchar a nadie que venga con una cosa que nunca escuché, o que no escuchamos. Siempre se ha escuchado todo lo que vienen a contar las personas que llegan al grupo. De ahí el valor de transmitir la experiencia. A todos les ha pasado lo mismo. "*Casas más, casas menos*" -como decían en la chacarera los hermanos Avalos hablando de Nueva York- "*igualito a mi Santiago*". Ahí es donde la experiencia es fundamental para apuntalar la zozobra, las inquietudes y los interrogantes de los nuevos. Como digo, a veces, durante la carrera estamos en cadena, todos igual, todos transmiten lo mismo...

Vertex: Es estar preso...

R: Sí. Pero a partir del momento de la recuperación, las emisoras continúan con sus respectivos programas. El tipo que es entusiasta retoma esa condición, el que es más escéptico... Todos con un tenor esperanzado, de mejora. Pero cada uno vuelve a su raíz temperamental y de personalidad.

Vertex: Lo tercero es el fortalecimiento o empoderamiento. Esto segundo suena a que alguien le da a otro un poder para hacer algo con la propia vida. El fortalecimiento no implica que nadie dio ese poder sino como algo más interno.

R: Decimos que compartimos experiencias y fortalezas. Al compartir la fortaleza se trata de compañeros, de quienes comparten el pan, y de ahí viene lo de compañero. Antes del empoderamiento, o cualquier neologismo, era el "empedamiento".

Vertex: El cuarto punto es que es algo integral, que no puede reducirse a una cuestión física o mental. Sino que incluye, en principio, cuatro cosas fundamentales: cuerpo, mente, espiritualidad y comunidad. No pueden separarse ninguna de estas cuatro cosas. Alguien en recuperación, pero aislada de la comunidad es impensable.

R: El escudo de AA es un triángulo dentro de un círculo. Hubo un lío de patentes y alguien salió a decir... Pero es lo de menos. El triángulo dice: unidad, recuperación y servicio. Los tres pilares son esos. La unidad es el grupo, que debe preservarse porque sin unidad desaparecemos. Todos los alcohólicos tenemos que preservar la unidad del grupo y de AA en su conjunto. En rarísimos casos, y eso que tengo como 30 años, he visto que alguien fuese expulsado. Y eso fue por vulnerar la unidad.

Vertex: ¿Y qué puede vulnerar la unidad?

R: La creación de camarillas, generar una discusión dentro del grupo como si fueran bandos. Pero es muy raro. Y además, te aclaro, cada grupo es absolutamente autónomo.

Vertex: Existiendo divisiones en la sociedad (por cuestiones religiosas, étnicas, políticas, etc.), ¿cómo se traduce eso, o cómo impide o dificulta la unidad de los grupos?, ¿surge algo de eso?

R: No. Nada. Nunca va a ver una discusión así. Son temas que no se tratan. Me acuerdo en el año 1988 o 1989, yo vivía por Talcahuano y había una farmacia a una cuadra del grupo. Era plena hiperinflación, estaba llena de gente, era un hervidero. Todo el mundo colifa, con exabruptos. El de la punta de la cola compra a 10 y cuando llegás vos comprás a 100. Y al entrar el grupo, el clima era de serenidad y respeto. El 11 de septiembre de 2001, por ejemplo, acá mismo se trató, pero no de un modo polémico, era ver cómo eso había afectado a cada uno. Y estoy seguro de que en NY pasó lo mismo. El día del ataque a Pearl Harbour se juntan dos personas y una le dice: "*¿No estás desesperado?*" Y el que era un alcohólico en recuperación le dice: "*Yo ya tuve mi Pearl Harbour*". Esto no significa que seamos insensibles a lo que esté pasando. Hay un alto espíritu de sensibilidad y de solidaridad. Está basado en la solidaridad. Después de tantos años en el grupo, hay posibilidad, pero es muy improbable que vuelva a tomar. Posibilidades existen siempre. Si dejo de concurrir a los grupos las probabilidades de vol-

ver a tomar también serían mínimas. Pero concurriendo yo siento que tengo mis dioptrías adaptadas, como un antejo que calibra mejor mi mirada. Y esos antejos son la mirada de AA.

Vertex: Siguiendo con los componentes, el quinto es que la recuperación se basa en las fortalezas.

R: Nosotros hacemos referencia a un poder superior, tal y como cada uno lo concibe. Dentro de la religión, por ejemplo, yo creo que no es la misma concepción la que tiene Bergoglio a la Madre Teresa, o Juan Pablo II, o el rabino Bergman. Pero la fortaleza es algo que uno adquiere para poder desplazar al alcohol. Yo viví en carne propia la existencia de un poder superior, que era el alcohol. Aún un poder superior al alcohol pudo reemplazar al alcohol. Es decir, yo tuve arriba a Mike Tyson y tuvo que venir un poder superior a mí y a Mike Tyson.

Vertex: Cuando decía lo de la fortaleza, en lo general de la recuperación, me refería por ejemplo a que si yo sé escribir, para mí la escritura es un valor que me permite afrontar algunas situaciones agarrado de eso que es saber escribir. Otro no sabe escribir y sabe hacer otra cosa. Y para esa persona, esa otra cosa puede ser una de las fortalezas internas. Cuando te escuchaba pensaba que vos hablabas de una fortaleza externa. No digo que sea mejor o peor. Tal vez es más sabio pensar en la fortaleza afuera. Pero se me ocurre que es diferente. ¿Qué pensás?

R: La fortaleza que experimenta el alcohólico es una fortaleza que le ha sido dada, que no ha sido autogenerada sino concedida por sus compañeros, por el programa, por un poder superior (que para algunos es el grupo). Alguien puede ser Premio Nobel de Medicina pero para entrar al programa eso no sirve. La fortaleza, como la entendemos nosotros, es algo que viene de afuera hacia uno.

Vertex: Lo otro es que la recuperación es un proceso no lineal. No es una mejoría constante y pareja. Tiene retrocesos, recaídas.

R: Hay recaídas... Hay veces que alguien vuelve a tomar (que es algo terrible, y generalmente sucede cuando alguien se aleja del grupo). Hay un cartel en todos los grupos que dice: *"Si te alejas del grupo, no te preguntes por*

qué recaes". Todo esto tiene que ver con los tiempos de la recuperación. Si alguien tiene 6 meses en el grupo no es lo mismo que alguien que tiene 10 años. Puede irse de vacaciones un mes que no le va a pasar nada. Además, con el paso de los años se va haciendo un círculo de amigos ahí. Existen los "Mano a mano", una reunión de dos personas. El grupo tiene la fortaleza, y no nos olvidemos que AA surgió de un grupo de dos personas. Donde hay otro, ya hay un grupo.

Vertex: Los componentes que me faltaban decirte son: la responsabilidad en la propia recuperación, el apoyo de los pares, el respeto mutuo y la esperanza.

R: Algo muy importante es que cuando el alcohólico deja de tomar, algo que le ha costado un triunfo, ha estado estigmatizado, raleado, marginado, y rezonga diciendo: *"¿Cómo no me dicen nada en mi casa?"*. Espera que lo condecoren. Y lo que hay que hacerle ver es que no hizo nada extraordinario. Salvó su propia vida. A veces dicen: *"¿Cómo no tienen en cuenta que soy un alcohólico en recuperación?"*. ¿Y qué?, ¿es un enfermito? ¡No! Es igual que cualquiera. Uno de los componentes fundamentales es la madurez emocional. Y uno de los rasgos de la madurez emocional es no esperar la consideración especial de nadie.

Vertex: Vos decías antes de que empezásemos la entrevista que era común que llegase alguien por primera vez al grupo y preguntase qué podía hacer, cómo podía recuperarse. La pregunta parecía compleja. Y vos contabas que decías: *"Es muy fácil. Dos palabras: ¡Volvé mañana!"*.

R: Es una frase común. Señala la importancia de volver al otro día. Hay una fórmula que es *"No a la primera copa, tratá de no tomar por 24 horas, mucho dulce de membrillo y volvé mañana"*. El alcohol es como un tren. No te mata el último vagón. Te mata la locomotora. Es la primera la que tenés que evitar. Si tuviera que resumir el mensaje al recién llegado es *"Volvé mañana"*. Y al día siguiente es *"Volvé mañana"*. Si alguien quiere dejar de tomar y va, y va, y va, va a dejar de tomar aunque no esté tan convencido. Conozco huesos duros de roer. Yo mismo fui un hueso duro de roer. Si siguen yendo, dejan de tomar.

Vertex: ¿Y las 24 horas?

R: La propuesta de AA al recién llegado es encarar su recuperación por 24 horas. Es abrumador y falso formular una propuesta "Para toda la vida". Se le sugiere una meta plausible. "Tratá de no beber por 24 horas y volvé mañana". Y se agrega: "Si llegas a tomar, volvé igual. Aquí nadie te va a retar ni te van a dar sermones admonitorios. Si tomás, te vamos a comprender porque hemos pasado por lo mismo. Lo importante es que vuelvas". Por otra parte alcanzamos a comprender que todo en la vida es por 24 horas. Para el alcohólico y para el que no lo es. El día de hoy es el único que tenemos para vivir. El ayer se fue para siempre, y el mañana es una incógnita. No sabemos si llegaremos a despertar mañana. Agrego un viejo poema de mi cosecha:

"Veinticuatro Horas"

*Que no te distraiga el futuro que ignoras;
Pisa siempre en falso la mente viajera.
Es un no al presente por un sí a la espera.
La vida es tan sólo veinticuatro horas.*

*Te abruma el recuerdo de aquello que añoras.
Nubla lo existente tu llanto de ausencia.
Vale del pasado, no más, la experiencia.
La vida es tan sólo veinticuatro horas.*

*Verás que tu mundo es el tiempo en que moras.
Que hoy pueden quererte, que hoy puedes amar.
Solamente ahora lo puedes lograr.
La vida es tan solo veinticuatro horas.*

Cabo Polonio, enero de 1989.

Por otra parte, en cualquier orden de la vida, proponerse metas eternas es el infierno mismo. El "para siempre" es atroz. Hasta la propuesta del goce eterno es una

condena porque significa abolir lo agri dulce, los claroscuros, los gozos y las sombras. De allí la sabiduría de la meta de 24 horas.

Vertex: ¿Y el dulce de membrillo?

R: Ah, no sé si es con algún basamento científico. Pero lo cierto es que se dice que el alcohol tiene una cantidad de glucosa y que al suspender de golpe el alcohol, el hígado le pide al cerebro glucosa y como el cerebro es curda le manda tomar alcohol. Y como dicen que el membrillo tiene mucho hierro y es hepatoprotector, se impuso.

Vertex: ¡Muchas gracias!

R: Para mí esto parte del servicio del que hablábamos, de devolver. ¡Gracias a vos! ■

El Apoyo de Pares Intencional

Shery Mead

*Master en Social Work (Fielding Institute, California, EE.UU.).
Ex usuaria de servicios de Salud Mental y activista del movimiento de Sobrevivientes de la Psiquiatría en el Estado de New Hampshire (EE.UU.).
Conferencista y supervisora sobre Apoyo de pares y Recuperación.
Capacitadora de profesionales de Salud Mental y abogados.
Creadora del primer programa estatal de NH dirigido por pares.
E-mail: sherymead@gmail.com*

Eri Kuno

*Adjunct Research Assistant Professor, University of Pennsylvania School of Medicine.
E-mail: kunoeri@gmail.com*

Sarah Knutson

*Mental Diversity Consultant at Neuro Diverse Universe, Vermont.
E-mail: skknut@gmail.com*

“En tanto prolifere el apoyo de pares en Salud Mental, debemos estar atentos a nuestro propósito: el cambio social. No se trata de desarrollar servicios más efectivos sino más bien de crear diálogos que influyan en todos nuestros entendimientos, conversaciones y relaciones”

Shery Mead

Resumen

En este artículo describiremos los temas centrales que sostienen la práctica del Apoyo de Pares Intencional (API), ofreciendo una perspectiva singular sobre aquello que se describe comúnmente como “enfermedad mental” y las dinámicas de poder inherentes a las relaciones tradicionales de ayuda. Por medio de conversaciones intencionales que exploran “cómo llegamos a saber lo que sabemos” y desafían la denominación de nuestras experiencias en manos de otros, comenzamos a encontrar nuevas formas de entender y responder a nuestras experiencias y a las de los otros. Por otra parte, enfatizamos la importancia de la mutualidad en las relaciones, en cuyo caso ambas personas comparten la responsabilidad de la relación y ninguno se supone que sea el único poseedor de la “verdad”. La mutualidad se vuelve más difícil y aún más crítica en la práctica cuando comenzamos a temer por la “seguridad” del otro. Es nuestra creencia que, en tanto practicamos el apoyo de pares intencional en todas las relaciones de nuestras vidas, podemos comenzar a abordar algunas de las formas complejas en las cuales el lenguaje, los roles, el poder y la cultura han contribuido a nuestras distintas formas de opresión que hemos internalizado.

Palabras claves: Apoyo de Pares Intencional - Salud mental - Enfermedad mental - Dinámicas de poder - Ayuda mutua.

INTENTIONAL PEER SUPPORT

Abstract

In this paper, we will describe the core themes behind the practice of Intentional Peer Support (IPS), offering a unique perspective on what has commonly been described as “mental illness” and the power dynamics inherent in traditional helping relationships. Through intentional conversations that explore “how we’ve come to know what we know” and challenge the naming of our experience by others, we begin to find new ways of understanding and responding to our own and other people’s experiences. In addition, we emphasize the importance of mutuality in relationships. Both people share responsibility for the relationship, and no one is assumed to be the sole holder of “truth.” Mutuality becomes harder but even more critical to practice when we begin to fear for “safety” of the other. It is our belief that as we practice IPS across all relationships in our lives, we can begin to tackle some of the complex ways in which language, roles, power and culture have contributed to our own sense of internalized oppression in any form.

Key words: Intentional peer support - Mental health - Mental illness - Power dynamics - Mutual aid.

Introducción

El apoyo de pares en Salud Mental ha emergido como un servicio posible a lo largo de los últimos 20 años. Los beneficios del apoyo de pares incluyen un sentido de genuina empatía y de comprensión compartida, consejos prácticos y sugerencias de estrategias que los profesionales pueden no ofrecer o conocer (2, 9). Estos beneficios han sido reconocidos e incorporados al Sistema de Servicios de Salud (1).

De todos modos, para algunos de nosotros, estos cambios son sólo un pequeño paso de un camino de miles de millas. Pese a la gran expectativa de transformación del sistema gracias al apoyo de pares, la mera inclusión de pares en una fuerza de trabajo tradicional ha aportado poco para modificar las concepciones sociales profundas acerca de la "enfermedad mental" y las dinámicas de poder inherentes a las formas tradicionales de ayuda (3, 7, 8). Los pares también caen con frecuencia en los patrones tradicionales de ayuda, y han tendido a replicar las relaciones de poder tradicionales junto con los presupuestos sobre salud/enfermedad mental.

Ha sido nuestra creencia que las cuestiones profundamente sostenidas de la forma de dar sentido a las experiencias que fueron nominadas como "enfermedad mental" y las dinámicas de poder inherentes a las relaciones de ayuda debían cambiarse si queríamos transformar el Sistema de Servicios de Salud Mental (4, 5, 6). Antes que pase algo en los servicios, debemos comenzar a tener otro tipo de conversaciones y de relaciones entre los pares. Esto comienza con conversaciones que nos desafíen a nosotros mismos y recíprocamente -entre unos y otros- para prestar atención a cómo hemos llegado a dar sentido a nuestras experiencias. Esto es fundamentalmente distinto de tener un marco de "recuperación", en tanto se usan las relaciones para estimular nuevas formas de ver y de pensar en ambas personas y no de "ayudar" a una persona a sentirse mejor. Hemos llamado a esta forma de pensar y de actuar "Apoyo de Pares Intencional" (API), para distinguirla de otras formas de apoyo de pares.

En este trabajo describiremos el modo de pensar que subyace a la práctica del API. Primero, clarificaremos los supuestos tradicionales sobre la "enfermedad mental", que consideramos indispensable desafiar. Segundo, describiremos elementos prácticos del API, en oposición y como alternativa a la forma en que los pares podrían incurrir en el caso de seguir la relación tradicional de los servicios. Por último, exploraremos implicancias adicionales de la práctica del API en la comunidad extendida. En última instancia anhelamos una transformación en el modo de pensar y de relacionarnos en nuestra sociedad.

Supuestos tradicionales alrededor de la "enfermedad mental"

Es interesante señalar que la conversación producto de un primer contacto cuando concurrimos a los Servicios de Salud está dirigida típicamente a la evaluación

para formular un diagnóstico, es decir, a lo que esté eventualmente mal con nosotros. Se nos dice qué "tenemos" y cómo "eso" será tratado. Las conversaciones que tienen lugar a continuación tratan sobre cómo debemos pensar acerca de cómo arreglar nuestras vidas en torno a "eso".

Basta decir que a partir de esto, comenzamos a ver nuestras vidas como una sucesión de problemas o síntomas y a tratar de lidiar con nuestra percepción sobre lo que está mal con nosotros y no lo que está mal con la situación. Aun con habilidades para el automanejo, nos encontramos creando una vida que es guiada -en última instancia- por la existencia de algo dentro de nosotros que está inherentemente mal. Con esta forma de ver las cosas, podemos seguir viéndonos como más frágiles que el resto y diferentes de la gente "normal". De ello se desprende que sigamos viviendo en la comunidad, pero como si fuésemos extranjeros en ella.

Breve descripción de los principios y tareas del API

El API alienta a los individuos a ser muy claros respecto de la manera en que el apoyo de pares será diferente de la forma tradicional de pensar y de los Servicios de Salud. Esto abre la oportunidad tanto para ocuparse de la dinámica convencional del poder, como de la tradicional forma de entender la enfermedad mental. Esta intencionalidad es fundamental para el éxito de cualquier tipo de apoyo de pares. Antes que nada pueda cambiar en la provisión de servicios de salud, debemos comenzar a tener conversaciones y relaciones diferentes entre los pares.

Esto representa el desafío de mirar los modos en que nuestras conversaciones no estuvieron funcionando y cómo, de hecho, podrían estar manteniéndonos paralizados. En el API, se articulan con claridad los ingredientes prácticos centrales de relaciones saludables y conectadas que pueden llevar al crecimiento y a la transformación de todos los involucrados. La suma de estos principios y prácticas son lo que constituye el API tal y como hoy lo conocemos. Esto lo distingue de otros tipos de ayuda de pares, que sólo los incluyen cuando se juntan para ayudarse mutuamente -de cualquier forma que eso surja espontáneamente- en torno de cuestiones comunes que los afecten. Asimismo, esto lo distingue de modelos tradicionales de ayuda que evolucionaron en la cultura dominante.

A continuación, se presentan algunos elementos esenciales para establecer estas diferencias.

Sus tres principios:

1. Aprender y crecer vs. ayudar: El API se basa en que los seres humanos aprendemos y crecemos juntos. Ninguno es el experto; ninguno, el aprendiz. Somos expertos y aprendices al mismo tiempo; aportamos pericia, aprendemos y crecemos como seres humanos en una relación.

2. Relacional vs. individual: El API no es una práctica individual sino relacional. Se focaliza en la necesidad de relaciones. Preguntamos: ¿es esto algo bueno para

la relación?, ¿contribuye a una relación en la que los dos podamos confiar, valorar y querer ser parte? En caso contrario, ¿qué tendríamos que cambiar?

3. Esperanza y posibilidad vs. miedo: El API se focaliza en lo que podemos crear juntos. No permite que nuestros miedos ni nuestro pasado definan nuestras posibilidades futuras. Por el contrario, tomar riesgos es considerada una necesidad saludable para la vida y para el crecimiento. Aprendemos a negociar y a compartir el riesgo en el contexto de relaciones de cuidado basadas en la confianza y responsabilidad mutuas. Esto puede requerir de nosotros, especialmente desde temprano, aprender a sentarnos con un monto considerable de incomodidad.

Sus cuatro tareas:

1. Conexión: Es el sentimiento de que alguien me entiende. Para muchos de nosotros, la conexión emerge cuando nos sentimos comprendidos, valorados, cuidados, realmente vistos y oídos por otros. La conexión es la primera tarea, y el ingrediente que permite que nos relacionemos mutuamente. Al mismo tiempo, es lo que genera la energía para liberarnos de viejos patrones e intentar cosas novedosas. Mediante la conexión es que podemos lograr casi cualquier cosa con otro. Y, por el contrario, sin conexión tenemos nada.

2. Visión del mundo: Trata acerca de ser conscientes y capaces de reflexión. Interroga el sentido de ser conscientes de lo que experimentamos, el sentido que le hemos dado a eso y cómo ha impactado en la forma en que vemos el mundo. ¿Por qué veo el mundo como lo hago?, ¿cómo llegué a verlo de semejante forma?, ¿cómo llegué a pensar del modo en que lo hago?

3. Mutualidad: Es posible que éste sea el principio más importante del API. Si no está funcionando para ambos, entonces no está funcionando. Las necesidades de ambos son importantes. Los dos tenemos roles que cumplir y somos responsables del éxito y de lo saludable de la relación.

4. Avanzando hacia (vs. escapando de): El API no se supone que sea un tratamiento de Salud Mental. Va más allá de la recuperación a partir de una enfermedad y, también, del manejo de los síntomas. De lo que se trata, es del tipo de vida que queramos crear juntos, de nuestra visión del futuro, de avanzar hacia aquellas cosas que hacen y mantienen nuestra vida como algo que vale la pena vivir.

El apoyo de pares intencional en acción

Determinados temas centrales, que merecen ser destacados, atraviesan las tareas y principios del API.

La estimulación y la exploración de nuevas formas de pensar

En el API buscamos mantener diferentes tipos de conversaciones en las cuales partimos de pensar acerca de “cómo llegamos a saber aquello que sabemos”. Esto implica examinar activamente cómo es que llegamos a

aprender la manera que tenemos de denominar nuestra experiencia, y cuál es la utilidad que ahora tiene esa forma de nombrarla. Por medio de una respuesta diferente a la que existiría en una típica relación de ayuda, y siendo curiosos respecto de cómo la otra persona confiere sentido a su experiencia, puede emerger de la conversación una nueva perspectiva.

A continuación presentamos un ejemplo típico de una interacción en la cual los roles del par pueden darse cortos para lograr la apertura del nuevo tipo de conversación señalado.

Susan: Hola, Tom. ¿Cómo van las cosas?

Tom: Hola, Susan. Me temo que las cosas no andan muy bien. Estuve muy deprimido. Mi médico me dijo que debería aumentar mi medicación antidepresiva. Siento que es un fracaso si tengo que subir mi medicación, aunque también sé que debo escuchar lo que me dice.

A lo cual, la respuesta de Susan podría ser:

R1: ¿Hace cuánto que te sientes deprimido? (Valoración y evaluación).

R2: No hace falta que escuches a tu médico. Puedes decidir por tus propios medios qué es bueno para ti. Pensemos en ventajas y desventajas de aumentar tu medicación. (Empoderamiento y defensa).

En ambas respuestas, Susan adopta el rol de alguien que ayuda. Cualquiera fuese la conversación que siguiera a esta interacción, la discusión con el par se focalizaría probablemente en la solución del problema alrededor de la “depresión” y la medicación (“enfermedad mental”/paradigma de la recuperación).

¿Cómo crear una conversación diferente usando las tareas y principios del API?

En las relaciones de apoyo de pares, con frecuencia sentimos una conexión -esa sensación de que alguien nos entiende- en el momento en que escuchamos mutuamente las historias de un modo empático. Sin embargo, el apoyo de pares puede quedarse corto respecto de entender verdaderamente la realidad del otro. Tendemos a comprender las experiencias y situaciones de las otras personas a través de nuestros propios marcos conceptuales e interpretaciones. Tendemos a imponer a los demás nuestras propias visiones y nuestros propios juicios; y lo sepamos o no, usamos el poder para imponer en las relaciones nuestro propio “orden del día”. Invitar a una verdadera exploración mutua es mucho más fácil de decir que de hacer. Para llevarlo a cabo se requiere una forma intencional de estar y de relacionarse, de modo abierto tanto hacia uno mismo como a los otros.

Una respuesta de Susan en la situación antes relata-

da, usando el API para inaugurar una nueva forma de conversación con Tom, sería:

R3: ¡Uy, eso suena difícil! ¿Me podrías ayudar a entender qué es lo que significa para ti estar “muy deprimido”?

Tom: Bueno, me siento inquieto respecto de todo y siento que no estoy pudiendo con las cosas. Por momento quiero dejar absolutamente todo.

Susan: ¿Cómo te darías cuenta que estás realmente pudiendo con las cosas?

Tom: Bueno, me sentiría con confianza y cómodo y no tan sobrepasado. Me sentiría como una persona responsable.

Susan: A veces, cuando se me juntan muchas cosas, me resulta más cómodo simplemente pensar que no puedo y eso me da una excusa para decir que no soy capaz. También me ha pasado de sentirme como cayendo por una pendiente, pensando “¿qué es lo que anda mal conmigo?”. Me gustaría que me contaras de qué manera piensas que la medicación te ayudará para sentirte que podrás con las cosas.

En este ejemplo, Susan cambió la dirección de la conversación y exploró otras formas de pensar acerca de la experiencia. No se focalizó ni en la “enfermedad mental” ni en la recuperación. Ni siquiera trató la experiencia de Tom como un problema a ser solucionado. En cambio, hizo lugar a una historia potencialmente más grande que pudiera emerger mediante la conversación.

Susan también afrontó un equilibrio delicado entre caer en el rol de quien ayuda y la aceptación pasiva de cómo Tom estaba viendo su mundo a través de su cosmovisión. En cambio, encontró un camino alternativo al explorar el terreno de un nuevo conocimiento conjunto. Le ofreció a Tom una nueva forma de ver las cosas al hablar de su propia historia y, a la vez, escuchó de modo abierto para expandir su propia comprensión y aprendizaje a partir de lo que ella había compartido. Potencialmente, este tipo de conversación puede llevar a ambos pares a una nueva comprensión sobre cómo ven el mundo.

Prestando atención al lenguaje y a las historias de modo que lleven a diferentes conversaciones, sentidos y formas de relacionarse

En la medida en que utilicemos el lenguaje y los constructos de la “enfermedad mental”, estamos dando muchas cosas por supuestas en nuestras experiencias. Incluso, sin saberlo, podemos adoptar la interpretación de los servicios tradicionales como si fueran propios, y quedar atrapados en su poderoso paradigma de enfermedad y discapacidad. Rápidamente, es fácil ponernos a hablar de “mi depresión” (siguiendo el lenguaje de la enfermedad y discapacidad) en vez de hablar de “me estoy sintiendo bastante mal y decaído hoy” (siguiendo un lenguaje que contempla las variaciones de las experiencias cotidianas).

Además, las conversaciones en el contexto de las terapias nos enseñan a contar nuestras historias en una manera centrada en problemas. Aprendemos a contar lo que está mal con nosotros más que a referirnos a lo acontecido en términos situacionales y relacionales, no se trata solamente de usar un vocabulario específico junto con los significados sociales que se le asignan. El modo de narrar nuestras historias pesa decisivamente en la dirección que adoptan la conversación y la relación.

Por ejemplo, ¿contamos nuestras historias como algo propio de lo humano con un lenguaje habitual y como experiencia ordinaria?, ¿o contamos nuestras historias a la manera en que los Servicios de Salud podrían habernos alentado a hacerlo y a pensar sobre nosotros mismos usando un lenguaje médico y un tono de distancia y objetivación que se le asocia? Dependiendo del lenguaje y el marco que usemos (el lenguaje médico vs. el lenguaje de la experiencia), nuestras historias puede evocar respuestas notablemente diferentes. Consideremos la siguiente narración:

Historia 1

Tenía 15 años cuando comencé a padecer una enfermedad mental. Fui a ver a un psiquiatra, que me dijo que tenía algo llamado esquizofrenia. Por algunos años, estuve muy sintomático y las personas tenían miedo de que me lastimase y, por lo tanto, estuve internado. Me estabilizaron con Clorpromazina y sesiones de electroshock y me enviaron a casa. Por un largo tiempo no volví a estar otra vez enfermo verdaderamente.

Más adelante, sin embargo, de adulto otra vez volví a estar sintomático y una vez que estuve bastante psicótico me volvieron a internar. Ahí me dijeron que estaba realmente enfermo y que sacase un certificado de discapacidad. Por un largo tiempo estuve bastante enfermo pero después comencé a poder manejar mis síntomas.

Historia 2

Ahora intentemos el relato sin un lenguaje de Salud Mental.

Tenía 15 años cuando comencé a sentirme diferente al resto de la gente y realmente solo. Por algunos años después de eso hice cosas de modo algo extremo. A mí me parecían sensatas en base a lo que pensaba y sentía, pero me imagino que para el resto debía ser intimidatorio al no comprender lo que yo pensaba y sentía. Me internaron nuevamente. Allí como que perdí la esperanza y la expectativa de ser una persona común. Me medicaron fuertemente por lo que me sentía todo el tiempo cansado. Después de salir, tiré toda la medicación y dediqué mi intensidad a la música.

Años más tarde, saliendo de un matrimonio complicado, empecé otra vez a tener experiencias parecidas a las que había tenido de más chico. Tenía sentimientos realmente intensos y estaba bastante distanciado de los demás. Otra vez volví a ser internado. Me dijeron que tenía una enfermedad mental importante y que debía obtener el certificado de discapacidad. Por más que hice eso por un tiempo, me di cuenta de que estaba siguiendo las creencias de los otros sin

considerar cómo es que yo había llegado a pensar como lo hacía. Poco a poco, fui descubriendo qué hacer con mi intensidad y he estado creciendo desde entonces.

Luego de leer estas dos historias, ¿cuáles fueron las ideas que surgieron sobre la persona de la primer historia?, ¿qué tipo de conversación hubiese tenido con ella?, ¿con la persona de la segunda historia?, ¿en qué hubiesen sido diferentes sus ideas y las conversaciones posibles?

Desde la perspectiva del API, esta diferencia entre el lenguaje y la historia de la experiencia, y el lenguaje médico sería fundamental. El lenguaje de la experiencia es lo que hace posible la conexión entre las personas, nos permite decir nuestras propias verdades y tiende a resonar con las experiencias ajenas. En este tipo de intercambio, las personas pueden tener la sensación de ser entendidas, tocadas por las experiencias de los demás y poder relacionarse, empatizar o sentirse acompañadas a un nivel más profundo, y no tanto como algo racional.

De tal modo, el API invita a los pares a ver más allá de las formas clínicas tradicionales de definir nuestras experiencias y relaciones. En vez de limitarnos al lenguaje del paradigma médico, intencionalmente afrontamos el lenguaje fenoménico, jugamos con metáforas y nos tomamos el tiempo para realmente explicar al otro lo que experimentamos. Por medio de conversaciones intencionales que desafían el hecho de que sean otros quienes nominan nuestras experiencias, comenzamos a encontrar nuevas formas de comprender nuestro mundo y nuestras experiencias del pasado, presente y futuro. Esto nos permite iniciar una conversación rica en posibilidades, y no tan limitada por la forma en que tenemos de comprender la "enfermedad".

Bajo esta nueva perspectiva, podemos hallar nuevas formas de responder a las experiencias de perturbación de otras personas; aprendemos a construir relaciones de mutualidad por fuera de la definición de la "enfermedad".

Asumiendo mutuamente la responsabilidad por la relación

Es central en el API la idea que las necesidades de ambas personas son importantes, y que ambas son responsables de hacer que la relación funcione. Justamente, esta falta de un sentido de mutualidad, tanto en la vulnerabilidad como en la responsabilidad, lo que caracteriza las relaciones tradicionales de los Servicios de Salud. Al ser considerados pacientes, se nos enseñó implícitamente que hay cuestiones de las que no podemos ni debemos hacernos cargo en la relación de ayuda. Las reglas son típicamente puestas por los profesionales y, en general, no son discutidas. Es más, los prestadores de servicios habitualmente se restringen a lo profesional y conservan una posición de control de la situación, sin transmitir sus necesidades ni vulnerabilidades.

En cambio, el tema de los límites generalmente surge en las relaciones de apoyo de pares. De todos modos, así como muchos prestadores, los pares desempeñando

roles formales (sean pagos o voluntarios) pueden verse tentados de usar las reglas para evitar conversaciones incómodas. Por ejemplo:

Frank: Hola John, me gustó mucho realmente hablar contigo el otro día, y estaba pensando si podíamos pasar un rato juntos.

John: Bueno, Frank, a mí también me gustó hablar contigo el otro día, pero dados los límites de mi trabajo no estoy autorizado a "pasar un rato juntos". Si quieres arreglar otra cita, no hay problema.

Frank: Sabes, sonó como si estuviese hablando con un profesional. Pensé que habías dicho que "eras como yo", que éramos semejantes.

John: Somos iguales, Frank. Sabes que también yo he tenido mis problemas mentales.

Frank: No me suena como muy iguales si para pasar un rato tengo que pedirte una cita.

John: Suena que estás realmente enojado, Frank. Me pregunto si no deberíamos avisar a tu médico.

¡Gran desconexión! Claramente John no se sentía cómodo con eso de pasar un rato, y no estaba seguro de hacerlo. En vez de tener una conversación sincera sobre el tema, se excusó con los límites de su trabajo para salirse del problema. Cuando eso no funcionó del todo bien, abusó de su poder y se escudó en el enojo de Frank sugiriendo que deberían avisar al médico.

Veamos una nueva versión de esta conversación, en la cual John practica el API:

Frank: Hola John, me gustó mucho realmente hablar contigo el otro día, y estaba pensando si podíamos pasar un rato juntos.

John: Bueno, Frank, a mí también me gustó hablar contigo el otro día. ¿Cómo sería "pasar un rato juntos"?

Frank: Sabes, pensé que podíamos ir a tomar un café en algún momento y tal vez mirar alguna película a dos.

John: Tengo que ser honesto contigo, Frank. Me siento algo incómodo con eso de pasar un rato.

Frank: Pero pensé que éramos amigos.

John: Me alegra que digas esto, porque creo que no soy muy bueno para explicar cómo entiendo nuestra relación.

Frank: ¿Qué quieres decir?

John: Bueno, es complicado porque por un lado nuestra relación es como tener un amigo, pero el hecho que yo reciba un dinero y tú no, nos hace diferentes.

Frank: ¿Me quieres decir que simplemente te pagan para pasar un rato conmigo?, ¿y que no estarías aquí si no te pagaran?

John: Puedo entender que lo sientas así y en algún sentido es así, pero realmente me caes bien. Me pregunto si podemos avanzar en nuestra conversación para encontrar una forma en la que nos resulte bien a ambos.

En este ejemplo, ambos pares comparten su vulnerabilidad y su responsabilidad para crear una relación que funcione para ambos. Frank comparte sus necesidades y

sentimientos. John escucha y acepta, pero también, de su parte, es transparente y auténtico. El tema del poder es puesto sobre la mesa, con la expectativa de una negociación que continúe en el tiempo a medida que la relación siga desplegándose.

Asumir una responsabilidad mutua se vuelve particularmente complicado en situaciones en las cuales se produce alguna disonancia. Los conflictos son difíciles para todos, y los pares no son la excepción en la materia. Cuando las cosas no van del todo bien, incluso en relaciones entre pares, puede que dejemos de decir lo que vemos, sentimos o necesitamos. Es probable que surja la desconexión y/o el comando, cayendo en la valoración y evaluación, en vez de trabajar conjuntamente.

En el API, un aspecto importante de la mutualidad es conservar las partes propias en la relación. Es decir, estar atento al impulso de tomar el control, comandar o quitar poder al otro. Requiere ser consciente de nuestra propia reactividad e incomodidad, nuestros miedos y supuestos. Siendo conscientes de eso, podemos ser auténticos en nuestras respuestas al otro.

Sin embargo, la autoconciencia y el hacernos cargo de lo que nos pertenece, no siempre es fácil de realizar. Podemos caer en dinámicas de poder, como la siguiente:

Tamara: Hoy no puedo verte porque estoy muy acelerada.

Las respuestas de Kelli podrían ser:

R1: ¿Ya hablaste con tu médico? (Temor y respuesta de poder y control).

R2: No hay problema. Cuando te sientas mejor nos vemos. (Respuesta que denota cuidado/paternalismo).

R3: ¿Estuviste tomando tu medicación? (Valoración y evaluación).

En todas las opciones de respuesta anteriores, Kelli adopta una postura de poder, sin poner en juego en la relación sus propios sentimientos ni supuestos. En una relación con responsabilidades mutuas, Kelli buscaría una conexión por medio de la empatía para luego preguntar a Tamara por su visión del mundo y, finalmente, haciéndose cargo de su parte al mostrar sus propios sentimientos, necesidades y supuestos. Por ejemplo, una respuesta de Kelli podría comenzar así:

R4: Me da mucha pena oír que te estés sintiendo de ese modo. ¿Qué necesitarías de tus amigos en momentos como este?

Tamara: Creo que sólo necesito que me entiendas. (Y podrían hablar un rato sobre esto, probablemente conectando mutuamente alrededor de la necesidad compartida por ambas de ser oídas y comprendidas. De todos modos, llegado a cierto punto, cuando la conexión fuese suficientemente sólida, Kelli podría seguir).

Kelli: Tamara, ¿puedo ser honesta contigo? Una parte de mí realmente quiere ser capaz de entender, y de hecho estoy tratando de lograrlo. Pero al mis-

mo tiempo, debo decirte que cuando dijiste que no podrías verme porque estabas acelerada me sentí algo herida. Lo sentí un poco como si no quisieras encontrarte conmigo.

A esta altura, la conversación puede tornarse algo desafiante e interesante. Como mínimo, Tamara ha sido invitada a responder a algo que Kelli le manifestó con autenticidad. En vez de entrar en una modalidad evaluativa de conversación, Kelli ha dado lugar a que ambos compartan mutuamente su vulnerabilidad y responsabilidad.

Negociando el riesgo en la relación

No podemos decir que estamos haciendo algo fundamentalmente nuevo hasta tanto no abordemos el tema de la seguridad. En el paisaje de las prácticas defensivas modernas en Salud Mental, el concepto de "seguridad" ha sido, cuanto menos, despojado de cualquier sentido emocional y relacional. Equivale, en cambio, a un protocolo de evaluación del riesgo que persigue el manejo de potenciales pérdidas.

Se nos ha preguntado: "¿Es segura la manera en que estás?, ¿vas a estar seguro de este modo?, ¿me firmas un contrato diciendo que no estás corriendo riesgos?" Como receptores de los servicios, esto ha hecho que muchos de nosotros nos sintamos bastante frágiles y sin control. Nos ha dejado pensando que nuestra seguridad es algo que sólo roza la incomodidad del otro. No hace falta aclarar que esto suele ser de poca ayuda para favorecer que estemos mejor. Rara vez nos hace sentir o actuar de un modo más seguro. Para muchos, en realidad, empeora las cosas.

Para la mayoría de la gente, la sensación de seguridad tiene lugar en el contexto de la responsabilidad mutua y de relaciones de confianza. Sucede cuando no juzgamos ni hacemos presunciones sobre el otro, cuando alguien confía y cree en nosotros -incluso cuando eso lo incomode-, y cuando somos honestos el uno con el otro, y hacemos lugar a nuestra propia incomodidad.

Es con esta forma de entender a la seguridad, que podemos asumir riesgos y practicar formas alternativas de responder. Podemos alejarnos de un patrón de respuestas basadas en el miedo (la desesperanza, la evitación, el control y la coerción), cuando se trata de experiencias humanas de extremo dolor y desconexión. Podemos elegir con quiénes queremos estar y cuándo hacerlo. Podemos comenzar a hablar de riesgos compartidos, y a practicar el compartir el poder y la responsabilidad en el contexto de relaciones de confianza y de responsabilidades mutuas. En la práctica, esto está lejos de ser algo sencillo. Esto es particularmente cierto cuando tememos por la seguridad de la otra persona. Es una tentación pasarle el problema de nuestra seguridad a otro "que sepa más que nosotros, como un profesional". En forma alternativa podemos asumir el papel de experto o ponernos en el rol del cuidador, lo cual tiene más que ver con nuestra necesidad de sentirnos seguros y bajo control, que con conectarse con el dolor de la otra persona. Un ejemplo puede verse cuando alguien dice que piensa en matarse:

Julio: Ya no sé más nada. Solo quiero terminar con esto. Ya tuve suficiente y no puedo soportarlo más.

Algunas respuestas típicas podrían ser:

R1: Me pregunto si debería llevarte al hospital/si hablaste con un médico. (Miedo/reacción que quiere solucionar el problema).

R2: Las cosas no pueden estar tan mal, querido. De todos modos, ¿cómo piensas que podría influir en tus hijos? (Maternal, reacción de consejo).

R3: ¿Tienes un plan? (Valoración y evaluación).

Desafortunadamente, respuestas como las anteriores tienden a mantener a ambas personas en un patrón de relación de ayudante-ayudado, y a perpetuar una historia de "enfermedad" y falta de poder.

¿Cómo se podría crear una conversación diferente usando las tareas y principios del API?

Requiere mucha práctica para poder ser consciente y tolerar la propia incomodidad de manera de ofrecer un espacio para que la otra persona pueda ser sincera con su corazón. Una vez más, debemos hallar un delicado equilibrio, en tanto permitimos ser afectados por el otro sin perder nuestra voz auténtica. Veamos a continuación cómo un par (Juanita) hace esto.

Juanita: Lamento mucho que las cosas estén tan duras en este momento. ¿Te ayudaría que pudiésemos hablar de lo que estuvo sucediendo?

Julio: Es simplemente que me siento tan tremendamente abrumado y perdido.

Juanita: Ese es un sentimiento horrible. Me he sentido así bastante seguido.

En este punto Juanita podría decir cosas que permitan la empatía y también intentar conectar compartiendo sus propias historias vinculadas a momentos de sentirse abrumada y perdida. A su vez, si la conexión es lo suficientemente fuerte, Juanita podría tratar de compartir algunos de sus propios sentimientos. Por ejemplo:

Juanita: Julio, hay algo en lo que necesito ser honesta contigo, ¿estaría bien si lo comparto ahora?

Julio asiente con la cabeza.

Juanita: Sé que puede ser difícil de escuchar, pero debo decirte que cuando hablas de querer quitarte la vida, me asusto mucho. Sé que te estás sintiendo mal, y que quieres que yo oiga eso. Pero me pregunto si habrá otra forma en la que pudieras hablar de tus sentimientos...

A partir de aquí Julio y Juanita sostienen su conversación, y una relación de mutualidad, mientras exploran diferentes formas de responder. La conversación vira de acciones a sentimientos, y se vuelve un tanto más sencillo conectar en base a experiencias compartidas.

Dentro de una organización asistencial

Un número creciente de pares se desempeñan en organizaciones asistenciales. Este nuevo rol presenta muchos desafíos, aunque también ofrece muchas oportunidades. Pares trabajando en estas organizaciones pueden ofrecer su perspectiva singular en relación a otros puntos de vista, ya que cuentan con otros antecedentes y posiciones respecto del poder. Es posible que sea aquí, con la práctica del API con colegas y supervisores, que podemos empezar a trascender la visión del mundo y las prácticas que han sido delineadas por las narrativas dominantes o por las estructuras de poder.

Sin dudas, el asunto de la dinámica de poder en organizaciones jerárquicas será una cuestión difícil, pero también es crítico lograr equilibrar el poder. Por fortuna, los mismos principios del API pueden servir para cumplimentar estos desafíos. Las conversaciones pueden ser usadas para abrir nuevas perspectivas. Las historias pueden ser enunciadas con el lenguaje de la experiencia para facilitar la conexión y la conciencia de la humanidad. Así los demás no lo esperasen, nosotros podemos trabajar para compartir el poder relacional y la responsabilidad. Podemos hacernos cargo de nuestra propia parte cuando algo no funciona y, a la vez, hacer seguro para los otros también el ser vulnerables. Por ejemplo:

Supervisor: Creo que realmente te va a gustar Ian. Cuando está tomando su medicación, es un buen muchacho. Pero el asunto es que las deja muy seguido, y a mí no me escucha cuando le digo que está mucho mejor cuando sí las toma. Lo que querría que hicieras es que le dijeras que tome su medicación con regularidad, y es para eso que ahora serías su par. Fíjate si lo puedes convencer de que tomar la medicación es la manera correcta de manejarse.

Par: Me parece que estás realmente preocupado por Ian, y que querrías verlo bien. Me pregunto si no tendríamos ideas diferentes acerca del apoyo de pares, de lo que los roles y la relación implican. ¿Me podrías decir cómo comprendes mi rol?

Supervisor: Es como en AA, que cada uno comparte sus historias de fortaleza, esperanza y recuperación, y nos ayudamos mutuamente para no tener recaídas.

Par: Puedo entender el motivo por el que querías que compartiera mi historia, ya que lo veías como una manera de que Ian evitara tener una recaída. ¿Te molestaría si comparto mis ideas acerca del apoyo de pares?

Supervisor: No, claro, adelante.

Par: Lo que descubrí es que tratar de que alguien haga algo muchas veces termina en un tira y afloje y, además, simplemente estaría haciendo algo en lo que no creo del todo. Cuando otros hicieron esto conmigo, podía ser que hiciera lo que me decían y me volvía dependiente de sus consejos, o que ni siquiera considerase la sugerencia. Lo que me servía era que las personas estuviesen interesadas y atentas a lo que yo quería y por qué. Entonces, podía tener una conversación sobre las formas en las que podría llegar a eso.

En esta conversación, el par intentó comprender a qué respondía la aparentemente coercitiva sugerencia del supervisor, más que reaccionar a esta con frustración o enojo. Es nuestra expectativa que cuando el supervisor se sienta oído, estará más dispuesto a escuchar lo que el par tiene para decir. Un intercambio pleno de sentido puede emerger a partir de esta conversación.

Gracias a cada uno de estos ejemplos, podemos apreciar que las respuestas de ayuda típica se asientan en la evaluación y el temor, a las que le siguen conversaciones con determinada orientación relacional. Ésta hace posible que las personas sean más vulnerables y auténticas a la vez, permitiendo nuevas formas de percibir y entender. Es, gracias a ellas, que comenzamos a cuestionar los viejos roles y comenzamos una transformación más social.

Modelando conversaciones y relaciones en la comunidad ampliada

El API no se trata solo de la transformación del Sistema de Salud Mental, se trata de la transformación en los modos en los cuales las personas se relacionan entre sí en nuestra sociedad. Al practicar este tipo de conversación en nuestra vida cotidiana, comenzamos a influir sobre la forma en la cual las personas responden a las experiencias de dolor. Podemos comenzar a escucharnos mutuamente de nuevas maneras, escuchando la historia más que juzgando, analizando y evaluando. Podemos pensar juntos sobre lo que hemos aprendido, y sobre cómo damos sentido a nuestras experiencias. Podemos comenzar a abordar algunas de las complejas formas en

las que el lenguaje, los roles, el poder y la cultura han contribuido a nuestra propia forma de internalización de la opresión. Podemos ser testigos recíprocamente de nuestros dolores; y, más importante aún, podemos validar la realidad de los sentimientos, las percepciones y las experiencias de los otros.

Escuchando de este modo, a los otros en profundidad, desarrollamos una apreciación profunda de cómo hemos aprendido a describirnos a nosotros mismos. Entonces, podemos comenzar a desafiar supuestos y explorar patrones habituales de interacción en los que incurrimos en base a nuestro pasado. Podemos encontrar y aprender a interactuar con nuestras voces auténticas.

Estos nuevos encuentros dan lugar a nuevos reconocimientos y, con ellos, a nuevas posibilidades. Viajamos a nuevos y excitantes lugares a los que nunca podríamos haber llegado solos. Desarrollamos nuevas perspectivas, comenzamos a ver cosas en formas novedosas, y descubrimos nuevos lenguajes para desafiar el discurso dominante. Despertamos, hacemos conexiones, experimentamos real placer y ánimo.

Una comunidad que emerge de estas conversaciones, será y se sentirá muy diferente a la cual en la que vivimos hoy día. De eso se trata el Apoyo de Pares Intencional ■

Nota

Traducción: Martín Agrest

Referencias bibliográficas

- Daniels A, Grant E, Filson B, Powell I, Fricks L, Goodale L. Pillars of peer support: transforming mental health systems of care through peer support services [Internet]. Atlanta; 2010. Available from: <http://www.pillarsofpeersupport.org/final%20%20PillarsofPeerSupportService%20Report.pdf>.
- Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophr Bull* 2006; 32 (2), 443-450.
- Gillard, et al. Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 188.
- Mead S, Hilton D. Crisis and connection. *Psychiatr Rehabil J* 2003; 27 (1): 87-94.
- Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J* 2001; 25 (2): 134-141.
- Mead S, MacNeil C. Peer support: what makes it unique? *Int J Psychosocial Rehabil* 2006; 10 (2): 29-37.
- Scott A. Authenticity work mutuality and boundaries in peer support. *Soc Ment Health* 2011; 1 (3): 173-184.
- Scott A, Doughty C, Kahi H. 'Having those conversations': the politics of risk in peer support practice. *Health Sociol Rev* 2011; 20: 187-201.
- Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27 (4), 392-401.

La Fundación Bipolar: el aprendizaje entre pares al servicio de la recuperación

Guadalupe Morales Cano

*Licenciada en Periodismo, Universidad Complutense de Madrid.
Fundadora y Directora de Fundación Mundo Bipolar.
Miembro de "Mental Health Europe".
E-mail: gm@mundobipolar.org*

Resumen

Las personas, a causa de una enfermedad mental grave -trastorno bipolar- pueden llegar a tener el riesgo de ver comprometida seriamente su calidad de vida y sufrir el riesgo de la pérdida de oportunidades y de la exclusión social que se derivan del estigma y la discriminación. Siendo el diagnóstico precoz un factor determinante, el proceso de recuperación conlleva un adecuado tratamiento médico y psicosocial. El propio afectado, con una buena formación, puede aprender el auto manejo de su enfermedad y convertirse en experto por experiencia.

En el artículo se describe cómo el aprendizaje entre pares, debido en gran medida a la empatía, empodera y favorece el auto-manejo, al mismo tiempo que propicia una mayor consciencia social y política. Esto fue constatado en la comunidad virtual *bipolarweb* en 2002 y después, con la evolución de esta, en la Fundación Mundo Bipolar -que en su proyecto educativo ha creado un programa de formación estructurado destinado a personas afectadas por el trastorno bipolar-. Esta Fundación, cuyas actividades y objetivos reseña este trabajo, cuenta con un programa multidisciplinar y de formación de formadores. Se señalan algunas características de estos programas y, especialmente, que una vez que los alumnos han sido formados, éstos imparten charlas a una población de estudiantes de Educación Secundaria.

El artículo recoge, bajo una modalidad cualitativa, la evaluación que han hecho los distintos participantes a lo largo de cada una de las ediciones de los cursos de formación.

Palabras clave: Apoyo de pares - Recuperación - Empatía - Empoderamiento - Experto por experiencia - Automanejo - Trastorno bipolar - Salud mental.

FUNDACION MUNDO BIPOLAR: LEARNING AMONG PEERS IN THE SERVICE OF RECOVERY

Abstract

Due to severe mental illness, such as a diagnosis of bipolar disorder, people's quality of life may be seriously compromised and they may bear the risk of losing opportunities and being socially isolated as a result of stigma and discrimination. Early diagnosis is crucial, as a recovery process is possible with appropriate medical and psychosocial treatment. A person affected by such circumstances, with adequate training, can learn to handle his condition by himself and become expert by experience.

This article depicts how learning among peers, based to a large degree on empathy, enables and promotes self management and, at the same time, a larger political and social consciousness. This has been affirmed by the virtual community of *bipolarweb* since 2002 and, subsequently, as a further development by the *Fundación Mundo Bipolar*. This foundation, which offers a training program for people affected by bipolar disorder, engages in several activities and goals which are described in this paper. It also has developed a multidisciplinary program for the training of trainers. Some features of these programs are summarized, with a special emphasis on the fact that trained students are encouraged to give lectures for high school students.

This paper summarizes qualitative evaluations made by participants that have followed each of the sessions of the training programs.

Keywords: Peers support - Recovery - Empathy - Empowerment - Expert by experience - Self management - Bipolar disorder - Mental health.

Explicaciones previas: De *bipolarweb.com* a la Fundación Mundo Bipolar

En España, la primera asociación creada por y para usuarios afectados por una enfermedad mental fue la de la *Asociació de Bipolars de Catalunya*, constituida en 1993. Unos años más tarde, apareció la Asociación Bipolar de Madrid. Hasta ese momento, en el ámbito de la salud mental, las asociaciones de familiares de personas con esquizofrenia eran las únicas existentes. Hubo un salto cualitativo tras el nacimiento, en 2002, de *bipolarweb.com* y su foro.

Esta página fue creada por una persona con problemas de salud mental, sin invertir apenas recursos y sin un plan previo de cómo funcionaría y qué alcance tendría. Fue una iniciativa espontánea, generada por el sufrimiento, la soledad, y la necesidad imperiosa de compartir sentimientos y experiencias debidos a una enfermedad mental, en este caso, el trastorno bipolar. Se realizó de una manera informal y sin supervisión por parte de alguien que no fuera usuario. No había profesionales que fueran parte de la comunidad virtual. Funcionó mediante la labor de voluntariado de los propios afectados de España y América latina, y fue creciendo mucho más allá de las expectativas originales. Según manifiesta su creadora: *“Empezó como una aventura. Era como arrojar una botella al mar con un mensaje dentro. Sorprendentemente el mensaje llegó a mucha gente, en diferentes lugares y muy rápido... Sentí que ya no estaba sola”*. La web tuvo un tráfico de visitas extraordinario. Se había extendido a hispanohablantes de todo el mundo.

Durante seis años se constató en el foro de *bipolarweb* que el proceso de aprendizaje al compartir experiencias, de vivir el día a día, beneficiaba a todos los participantes, tanto a los que buscaban respuestas y alivio, como a quienes los daban. Muchos de los miembros se convirtieron en “expertos por experiencia”. Fue un prodigio de empoderamiento entre pares. Constatamos que la empatía aliviaba la soledad y el sufrimiento, y que este alivio era un factor determinante para la recuperación. En este terreno, sólo otra persona que ha vivido las mismas cosas puede entender por lo que se está pasando, puede “ponerse en los zapatos del otro”. Un mensaje, en respuesta a otro de alguien desesperado debido al sufrimiento padecido a causa de una depresión, puede servir como ejemplo: *“He estado donde tú estás, y aunque no te lo puedas creer, ¡se sale! Llegará un momento que por una milésima de segundo dejarás de sufrir como un animal herido; ese el principio de la vuelta a la vida”*.

En esos años, se planteaba la necesidad de seguir el tratamiento farmacológico y de reconocer los propios síntomas de aviso de posibles crisis para elaborar estrategias y abortarlas a tiempo.

Se proveyó de información fiable. Hubo un proceso de formación mediante la ayuda mutua de la comunidad virtual, que desembocó en la adquisición de conocimientos profundos. En la página de inicio estaba este texto: *“El conocimiento como arma terapéutica. El conoci-*

miento no es nada si no se comparte. La información es una herramienta esencial para el automanejo del Trastorno Bipolar. El proceso de educación es indispensable. El intercambio de experiencias, cariño, amistad entre personas afines también ayuda mucho. Ese fue el propósito de este pequeño proyecto. Y se ha cumplido muy por encima de las expectativas iniciales”.

Se compartían los problemas familiares, sociales, laborales y académicos, el estigma y la discriminación que conllevaba padecer una enfermedad mental. En este sentido, como punto de partida, se hizo la consigna de nunca decir “soy bipolar”, “es bipolar”; sino, que “tengo el trastorno bipolar”, “soy un afectado por el trastorno bipolar”, etc. Dejamos claro, que una persona no “es” una enfermedad sino que esta es una circunstancia de su vida, y nunca su esencia.

También se fomentaba la buena relación paciente-psiquiatra mejorando la comunicación y exigiendo la mejor atención posible, incluida la información sobre la enfermedad y los efectos adversos de la medicación. Se propugnaba un modelo de relación en equipo y no, como hasta entonces, jerarquizada. Se abogaba por la idea de afectado-activo en el proceso de recuperación. Y si no era posible, se alentaba un cambio de psiquiatra, cosa que en España es posible debido a la organización de los Servicios de Salud Mental que pertenecen al Estado y son sufragados por los impuestos de los ciudadanos.

Sin proponérselo, estábamos cambiando de concepción del poder en la relación terapéutica, en el que éste se compartía, y no se acataban sin diálogo las decisiones del equipo terapéutico.

Estos aspectos, siempre estuvieron presentes y se hicieron explícitos en todas las áreas de actuación (charlas, ponencias, presencia en medios de comunicación). Y por primera vez eran los propios afectados quienes hablaban de la incidencia de la relación entre pares en el proceso de recuperación, la necesidad de tener voz propia, y de presentación de testimonios personales.

A raíz del encuentro en este foro, e impulsadas por los administradores de *bipolarweb.com*, surgieron numerosas asociaciones en toda España: Asociación Bipolar de Asturias, Asociación Andaluza de Trastorno Bipolar, Asociación Bipolar de Andalucía Oriental BAO-Málaga, Asociación Bipolar de Granada, Asociación de Trastorno Bipolar de Aragón, Asociación Bipolar de las Palmas, Asociación Bipolar de Canarias, Asociación Bipolar de Castilla y León Trabcalle, Asociación de Mallorca, Asociación de Menorca y la Asociación Hierbabuena de Asturias, que puso al frente también un participante del foro de *bipolarweb*, consignándose once nuevas asociaciones en total.

Nacimiento de la Fundación Mundo Bipolar

En 2004 nació la Fundación Mundo Bipolar (FMB) como un medio para la institucionalización y evolución de *bipolarweb.com*. Ésta fue promovida por la misma persona que creó la web. Se trata de una entidad sin ánimo

de lucro, de ámbito nacional, una ONG, independiente de cualquier estamento, poder político, económico o de cualquier otra índole.

El bagaje vivencial y de conocimientos de su web fue el espíritu en el que se inspiró la Fundación, y determinó que una de sus líneas estratégicas fuera la relación entre pares.

Desde el año 2004 organizó jornadas, seminarios, mesas redondas, en las que por primera vez el propio usuario con problemas de salud mental hablaba de sí mismo, en primera persona, al mismo nivel que los profesionales. Hasta entonces, en España, los profesionales (psiquiatras, psicólogos, etc.) eran los únicos que abordaban "la enfermedad" en virtud de un diagnóstico. Se hizo realidad el eslogan "*Nada sobre nosotros, sin nosotros*".

Las invitaciones a participar en encuentros de carácter científico fueron creciendo. En los primeros años, se nos requería para dar testimonio y hablar de la enfermedad y de cómo había afectado a nuestras vidas. Poco a poco nos fuimos alejando de este rol y nos presentamos como "expertos por experiencia" por un lado, y por otro "la voz de otros sin voz", que reclaman su lugar en el mundo y denuncian el estigma, la discriminación y la pérdida de oportunidades. Fuimos los primeros en ser invitados a participar en congresos de psiquiatría. Esto supuso un hito ya que, hasta entonces, al menos respecto de determinados aspectos de las enfermedades mentales, se hablaba del paciente pero no con el paciente.

Para combatir lo anterior, apostamos por la formación y el acceso al empleo como objetivo prioritario. Igual sentido tuvo la incorporación de nuestra línea estratégica de la relación entre pares en nuestros ámbitos de actuación.

Una significativa donación privada permitió desarrollar nuestro primer curso de formación, "*La Formación: una herramienta para la recuperación y la lucha contra el estigma*". Desde finales del año 2011, también gracias a distintos tipos de aportaciones económicas, se ha contratado a una persona con discapacidad psicosocial y, desde septiembre de 2012, a una persona que ejerce labores administrativas.

Con todo lo anterior, lo que se quiere significar es que la Fundación crea puestos de trabajo, que es una organización productiva en sí misma, no depende de subvenciones públicas; lo que le permite aún más ser libre en todas sus actuaciones.

Necesidad a la cual responde el proyecto

El trastorno bipolar afecta a casi un 2% de la población mundial, lo cual significa que en España la padecen 920.000 personas. De ellas, un 50% no lo sabe y, de quienes sí lo saben y conocen su diagnóstico, la mitad de esa mitad (o sea, un 25% adicional) no sigue el tratamiento. Se trata de una enfermedad mental, que a pesar de ser grave, cuenta actualmente con posibilidades terapéuticas farmacológicas y psicosociales que permiten que muchos afectados desarrollen sus vidas de manera normalizada.

Las personas diagnosticadas con trastorno bipolar, formamos parte de un grupo con grave riesgo de exclusión social, actuando sobre el retraso en el diagnóstico (estudios como el STEP o el IMPACT hablan de 4 años, aunque hay otros que señalan que serían 8 años). La enfermedad suele aparecer al final de la adolescencia, siendo fundamental la detección precoz, ya que si no se ve seriamente afectada la vida académica, laboral, familiar y social. El diagnóstico precoz y la prevención del suicidio -que en el caso de las enfermedades afectivas alcanza un alrededor de un 18%- son dos objetivos prioritarios.

Por otro lado, la lacra añadida en virtud de prejuicios, la estigmatización y la discriminación que sufrimos estas personas, suponen la pérdida de oportunidades en todos los ámbitos de la sociedad (académicas, de acceso al empleo, a la vivienda, etc.), a las que tenemos derecho por nuestra condición de ciudadanos. Los usuarios de los servicios de salud mental están en situación de riesgo muy elevado de violaciones de derechos humanos.

La FMB apoya y adhiere a la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad de la "*Declaración Europea de Salud Mental*" de Helsinki (2005), recogidos en la Estrategia Española de Salud Mental. Entre ellos, como se señalará entre las actividades de la Fundación, se cuenta rechazar el estigma, la discriminación, la desigualdad y marginación de las personas con enfermedad mental. También adherimos particularmente a la inclusión de los usuarios en la planificación y desarrollo de programas formativos para promover la relación entre pares, el automanejo de la enfermedad, y el movimiento ciudadano de personas con discapacidad psicosocial debido a problemas de salud mental. Reivindica de la Declaración, especialmente, el punto 11 de la misma que señala:

"Apoyaremos a las organizaciones no gubernamentales que trabajen en el campo de la salud mental y estimularemos su creación, al igual que la de las organizaciones de usuarios.

Serán especialmente recibidas las organizaciones que actúen en los ámbitos siguientes:

I. Organizaciones de usuarios comprometidas en el desarrollo de sus propias actividades, incluyendo la puesta en marcha y funcionamiento de grupos de autoayuda y recuperación.

II. Asesoramiento y apoyo a personas vulnerables y marginadas.

III. Provisión de servicios comunitarios con implicación de los usuarios.

IV. Desarrollo de habilidades asistenciales para los familiares y cuidadores y la activa implicación de los mismos en programas de atención.

V. Establecimiento de pautas para la mejora de la educación y la tolerancia, la lucha contra los trastornos debidos al consumo de alcohol y otras sustancias, la violencia y el crimen.

VI. Desarrollo de servicios locales que se ajusten a las necesidades de los grupos marginados.

VII. Puesta en funcionamiento de mecanismos de ayuda y asesoramiento vía internet para personas en situación de crisis, que sufran violencia o estén en peligro de suicidio.

VIII. Creación de oportunidades de empleo para personas discapacitadas¹.

Programas y actividades de la Fundación Mundo Bipolar

La FMB tiene entre sus objetivos: informar, divulgar y sensibilizar a la sociedad sobre los problemas de salud mental, incidiendo en las discapacidades y consecuencias derivadas del trastorno bipolar y de los trastornos del ánimo en general. Asimismo, se integran todas aquellas discapacidades de tipo mental en sus reivindicaciones a la sociedad, a los estamentos políticos y órganos de poder.

Para lograrlo, se ocupa de: a) organizar eventos (seminarios, jornadas, etc.) sobre diferentes aspectos relacionados con las personas afectadas por una enfermedad mental; b) representar y permitir a los usuarios tener presencia y hablar en primera persona en foros nacionales e internacionales fundamentalmente europeos relacionados con nuestros objetivos, mediante ponencias (fundamentalmente sobre discriminación, estigma en medios de comunicación)¹; c) divulgar y reivindicar la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, así como generar y participar de distintas iniciativas encaminadas a defender los derechos de las personas con problemas de salud mental; d) tener presencia en los medios de comunicación para luchar contra el estigma mediante la información y la divulgación de las enfermedades mentales; e) participar en la elaboración de material didáctico y de las Guías del Ministerio de Salud sobre el trastorno bipolar; y f) organizar y dictar cursos de formación para personas con enfermedad mental.

Es justamente el curso de formación *“La Formación: una herramienta para la recuperación y la lucha contra el estigma”* una de las tareas más representativas y de más éxito, en el sentido más amplio de la palabra, de las que lleva a cabo la FMB.

Sentido y aspectos organizativos del curso *“La Formación: una herramienta para la recuperación y la lucha contra el estigma”*

“Paremos la exclusión, compartir es cuidar” es la campaña de la OMS destinada a desterrar falsos mitos y evitar estigmas en los afectados por enfermedades mentales. La irrupción de una enfermedad mental en una familia supone una experiencia demoledora para todos los miembros. El proyecto que presentamos está enfocado

al diagnóstico precoz, el tratamiento sanitario comunitario y aprender a convivir con la nueva realidad. La información y la formación son herramientas esenciales para el manejo de la enfermedad, el proceso de educación es indispensable para el proceso de empoderamiento y mejora de su calidad de vida.

Desde la FMB hemos comprobado que la recuperación se puede lograr, si el afectado recibe tratamiento psicosociosanitario, información fiable, formación y educación para el automanejo de su enfermedad. Alguien informado, formado y convertido en “experto por experiencia”, es un ciudadano que habla en primera persona sobre cómo abordar el problema de salud mental y su posición en el mundo, favoreciendo su autonomía personal y social. Asimismo, es más libre y está mejor preparado para defender sus derechos como ciudadano.

Por otra parte, la enfermedad mental provoca en la población general miedos y desconfianza. Creemos que es fundamental luchar contra el estigma a través de la educación, la divulgación y la sensibilización de la sociedad.

Por un lado, empoderarles de forma integral (automanejo, social, jurídico y desarrollo personal), y por otro, luchar contra el estigma, la discriminación y la exclusión social de este colectivo a través de la sensibilización de la población diana de personas jóvenes en centros educativos. También se pretende iniciarlos en la concepción de la lucha política para la consecución de sus reivindicaciones en contra de la discriminación y la merma de sus oportunidades laborales, sociales y sus derechos humanos.

Tras presentarlo a diferentes posibles fuentes de financiación y a convocatorias de ayudas, fue aprobado por una entidad privada. Hicimos un convenio tripartito con la propia entidad que proveía los fondos, la Universidad Autónoma de Madrid, en concreto con el Departamento de Psiquiatría y la FMB. De manera que el monto de las ayudas económicas era transferido a la universidad, quien gestionaba este capítulo.

El proyecto, que cuenta con el apoyo de los gobiernos regionales de las comunidades, fue coordinado por Guadalupe Morales Cano, directora de la FMB, y por Sara Olavarrieta Bernardino, Psicóloga, integrante del equipo del Laboratorio de Sueño Humano y Cronología Aplicada de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, experta en sueño y trastorno bipolar.

Este proyecto se gestó y nació en el año 2009, con su primer curso en Madrid, y ha seguido llevándose a cabo anualmente en diferentes regiones de España. En octubre de 2014 se impartirá el quinto curso en Toledo. Los docentes, con excelencia profesional, han desa-

¹ Es de destacar la intensa presencia de la FMB en foros de la Unión Europea, donde pertenece a las más significativas organizaciones de pacientes (*European Patients Forum* -de la cual Guadalupe Morales fue miembro de la Junta de Gobierno-, *Mental Health Europe* y *European Network (ex)- Users and Survivors of Psychiatry* -ENUSP-). La Sra. Morales ha intervenido dos veces en el Parlamento Europeo defendiendo el derecho a tener voz de las personas con discapacidad psicosocial debido a problemas de salud mental, siendo esto un hito histórico, ya que se trató de la primera vez que se realizaba una comparecencia de este tipo.

rollado un programa didáctico, innovador y único en este ámbito. Cabe remarcar que el curso empezó siendo de 36 horas a lo largo de 9 días, y el próximo será de 45 horas.

El primer paso fue diseñar el programa y sus unidades didácticas. Una vez elegidos los campos a abordar, seleccionamos expertos con excelencia profesional y docencia, para desarrollar el programa. Sus materias concretas eran: Aspectos clínicos, psicológicos, jurídicos, ayudas sociales, estigma y medios de comunicación, empoderamiento, enfermería en salud mental, estilo de vida; cuidado del sueño, ritmos circadianos, el papel de la enfermería en salud mental, Aspectos jurídicos, prestaciones económicas y sociales en salud mental, *Empowerment*: de la teoría a la práctica, Legislación de la UE y la estrategia de salud mental española, Estigma y medios de comunicación.

Se convocaron mediante invitaciones a centros de salud mental de la región de Madrid, hospitales, centros de día, consultas privadas, asociaciones, etc. Se hizo un rastreo de centros de educación secundaria ofreciéndoles la actividad (charla-coloquio impartida por los alumnos). En las primeras dos ediciones, la Cruz Roja impartió el curso de Formación de formadores y otorgó un diploma acreditativo en habilidades docentes; a partir del tercer curso, Nuria Pradilla Barreiro, Doctora en Comunicación y formadora (vinculada laboralmente a la FMB) creó un curso adaptado a las finalidades del proyecto. Un total de 11 alumnos fueron seleccionados, procediendo de la Asociación Bipolar de Madrid, la Asociación Bipolar de Alcobendas, y dos alumnos remitidos por psiquiatras. Durante el curso, los alumnos elaboran su historia personal con tres hitos: antes de la aparición de la enfermedad, después y en la actualidad, dando una visión positiva. Es objetivo del curso capacitarlos para dar su testimonio y exponer, mediante diapositivas determinadas por un experto, en qué consiste el trastorno bipolar.

En cada edición se han ido ampliando las unidades docentes, y han pasado a ser profesores alumnos de los cursos anteriores. Así, *"Empoderamiento: de la Teoría a la Práctica"*, la impartió una alumna del primer curso. Se creó la unidad docente: *"Convivir con el trastorno bipolar: experto por experiencia"*. Desde el segundo curso se incorporó la asignatura de *"Coaching para personas con el trastorno bipolar"*, que tuvo gran aceptación. En el próximo curso, el cuarto, habrá dos nuevas materias, con programas originales: *"El asociacionismo: la necesidad del movimiento de usuarios en Salud Mental"* y *"Resiliencia en Salud Mental"*.

La organización del curso cuenta, entre otros, con los siguientes procesos: selección del profesorado, selección del alumnado, organización del curso específico y la capacitación en habilidades docentes a través de un programa de formación de formadores, elaboración del manual para los alumnos, selección y organización de los centros docentes donde dar las charlas y evaluación de todos los procesos.

El corolario del proyecto es invitar a los alumnos a ser docentes de ediciones posteriores del curso, como se

ha venido haciendo hasta ahora, y también a la elaboración de materias originales.

Por la participación en las charlas divulgativas y la docencia, los beneficiarios suelen recibir una compensación económica, lo que supone un paso hacia el empleo de las personas con discapacidad por enfermedad mental.

Los alumnos son personas con discapacidad a causa del trastorno bipolar y, preferentemente, en edad laboral. Los beneficiarios del proyecto proceden de la difusión realizada en centros de salud, otras asociaciones de personas con trastorno bipolar, y de las consultas de psiquiatras que colaboran.

Es necesario destacar la participación en el proyecto de personas relacionadas con el ámbito médico y de la Universidad. En todas las ediciones se ha tratado de hacer investigación científica y transferencia de los resultados del proyecto en varios ámbitos: mejoras en salud, hábitos y calidad de vida de los beneficiarios directos, modificación de creencias en el alumnado, etc. Igualmente, el proceso de evaluación de calidad es transversal a todas las fases de ejecución del mismo.

El modelo de formación se ha validado en las diferentes ediciones a través de una metodología científica, valorándose el programa a través de indicadores previamente establecidos y por medio de cuestionarios aplicados antes y después del mismo. Esta evaluación de calidad nos permite ir mejorando edición tras edición en los aspectos formales del mismo. Por otra parte, este año se sumará una evaluación del impacto cuantitativa y cualitativa. En este marco nos ha parecido particularmente importante hacer lugar a un estudio del sueño de los participantes.

Este proyecto es pionero por varias razones: a) parte de una idea original: dar formación especializada a personas con trastorno mental para favorecer el auto manejo, su calidad de vida y lucha por sus derechos; b) que estas personas con trastorno bipolar se conviertan en expertos por experiencia y luchen contra el estigma a través de charlas en centros de educación superior; c) estas charlas-coloquio, además de cumplir una labor de sensibilización, sirven para la detección precoz de posibles casos; d) el aspecto de la empatía entre pares fomenta el aprendizaje, así como hace llegar el mensaje al colectivo diana con más efectividad.

El proyecto se ha realizado en Madrid, en 2 ocasiones, en Murcia y, este año 2013, en Alcobendas (Madrid). La FMB, de ámbito nacional, tiene el objetivo de poder llevar a cabo el mismo en toda España. Para ello, se debe contactar con profesionales sanitarios de cada comunidad y adecuar los contenidos a las especificidades de la misma cuando sea necesario.

Los usuarios que han participado declaran que el curso les ha significado un antes y un después. Una participante señaló: *"Yo sentí el curso como un regalo del cielo, un privilegio y un auténtico lujo. Aquí vais a encontrar un tesoro de información para vosotros mismos y para los demás. Este curso hizo que retomase las ganas de hacer. Estaba muerta y resucité porque mi enfermedad me iba a servir para algo positivo. Gracias a este curso dejé de sentirme inútil: iba a ser*

capaz de ayudar a los demás a conocer mi enfermedad. Mi sufrimiento iba a resultar útil a otros" (Mercedes Martínez López, alumna del I curso, docente de las ediciones II, III y IV); "Este curso me ha parecido como la llave de la vida. En homenaje a todas las personas que sufrimos esta enfermedad. Me ha gustado mucho la cercanía de las personas que han participado -me ha sorprendido muy gratamente que otros como yo den clases- y los muchos conocimientos que hemos adquirido con respecto al trastorno bipolar" (Inmaculada Costela Alcázar, alumna del III curso, Murcia).

Los alumnos de los centros de educación secundaria y profesores que han recibido las charlas afirman y manifiestan un cambio de actitud hacia la enfermedad favorecida por la empatía de los discursantes. "He quedado muy sorprendida, también de que mis compañeros hubieran estado tan callados y atentos; cosa que no es normal en las actividades que programa el centro. Me ha impresionado muchísimo que contaran sus vidas y que sean capaces de salir adelante. Me hace pensar. Yo tenía la idea que los enfermos mentales eran muy diferentes a nosotros y que no se podía razonar con ellas. No tenía ni idea qué era esa enfermedad, he visto que son personas normales. Ha sido una gran experiencia. Este tipo de actividades deberían hacerse más" (Alumna 2^{do} Bachillerato, Instituto Educación Secundaria Valdebernardo, Madrid). El hecho de ponerse enfrente de un auditorio de jóvenes y de hablar sobre su realidad, ha supuesto en la mayoría de los casos, un desafío que les ha empoderado enormemente: "Si os late el corazón a cien por hora es porque no es fácil subir al atril y contar vuestras vidas; pero os garantizo, por experiencia, que el público justifica cualquier lapsus que podamos tener. Siempre muestran interés por la enfermedad aunque no conozcan ningún caso. Al final nos dicen textualmente que somos muy valientes por exponer nuestras vidas. Contar vuestra historia vital es imprescindible para que el sufrimiento y la recuperación del trastorno bipolar lleguen a los corazones de todas las personas que acudirán a escucharos" (Mercedes Moreno Romero, alumna del I curso, docente de las ediciones II y IV).

Comentarios finales

La FMB ha recibido y recibe apoyo de muchas personas que, con su labor generosa, hacen posible que llevemos a cabo nuestras actividades y persigamos nuestros objetivos. Sin ellos no hubiera sido posible ni lo sería en la actualidad. Aún así, es necesaria la creación de una infraestructura y profesionalización más robusta que, mediante la incorporación de personas expertas por

experiencia, reproduzca en su seno aquello de la inclusión y del apoyo entre pares que es sostenido en sus estatutos. Nuestra misión es que la formación y el acceso al empleo para personas con discapacidad psicosocial debida a problemas de salud mental sea una prioridad. Debe tenerse en cuenta que si la tasa de desempleo en España es de un 26%, en personas con discapacidad es casi 40 puntos superior.

Están programados para el futuro inmediato 2 cursos que representan un desprendimiento del curso original: ex alumnos de nuestros cursos, todos ellos expertos por experiencia, formarán a sus pares con un programa más reducido; otro grupo de ex alumnos darán clases a estudiantes de Medicina sobre "Empoderamiento, de la Teoría a la Práctica" y "Estigma y Autoestigma".

A su vez, la Universidad de La Laguna de Las Palmas de Gran Canaria se ha comprometido a acreditar nuestro curso, siendo eso muy positivo porque le daría aun mayor peso en términos académicos.

En otro orden de cosas, el hecho que un Máster de Rehabilitación Psicosocial haya incorporado entre sus docentes a un experto por experiencia, quien esto escribe, supone un hito para el trabajo de nuestra Fundación.

A la satisfacción por lo realizado, cabe sumarle el propósito de revisar y perfeccionar aún una serie de aspectos: El curso de formación que hemos descrito, debe mejorar en varios aspectos: el curso de formación descrito posee un coste elevado, ha sido de carácter gratuito y, si bien el número de alumnos es adecuado (entre 10 y 15 por año), podría incrementarse mediante cursos *on-line* enteramente o semipresenciales; las evaluaciones obtenidas hasta ahora no han pasado a ser reflejadas en estudios o elaboración de comunicaciones; sólo continuamos en contacto con un 30% de los alumnos, esto supone que uno de los objetivos no se ha cumplido: propiciar que se cree entre ellos un núcleo de personas formadas dispuestas a promover que en las asociaciones existentes se beneficien de sus conocimientos e impulsen el movimiento de usuarios y de reivindicación política, en su caso, a la creación de asociaciones donde no las hubiera.

Por último, queremos transmitir dos expectativas para el futuro próximo: llevar a cabo evaluaciones de impacto en el próximo curso para poder validarlo y de ese modo mejorar las posibilidades de replicarlo en muchos otros lugares; dado que tenemos una relación especial con América Latina, quisiéramos estrecharla mediante este curso, o cualquier otra actividad que nos pudiera beneficiar a todos ■

Pares como compañeros de trabajo: entendiendo y respetando sus funciones

Steve Harrington

*MPA; JD; Executive Director of the International Association of Peer Supporters.
E-mail: steve@recoverresources.com*

Maria E. Restrepo-Toro

*MS; CPRP
Senior Training Associate, Director of Latino Initiatives, Center for Psychiatric Rehabilitation Boston University.
E-mail: mertoro@bu.edu*

Introducción

La creencia de que la recuperación es posible para las personas que sufren de enfermedades psiquiátricas es fundamental para la práctica del apoyo mutuo de pares (7). El apoyo de pares ha demostrado, a través de la investigación y la aplicación práctica, ser eficaz en la reducción de los reingresos en las personas con múltiples hospitalizaciones psiquiátricas (8). La literatura muestra que al apoyo de pares es una gran promesa para facilitar

la recuperación (5). El rol de los pares es brindar apoyo e inspirar el proceso de recuperación a largo plazo en los desafíos impuestos por problemas psiquiátricos, traumáticos y/o de adicción severa. Este apoyo, que no es clínico, es proporcionado por las personas que tienen “experiencia vivida”, han sido entrenados para ayudar a otros en la iniciación y el mantenimiento de la recuperación a largo plazo y la mejora de la calidad de vida de

Resumen

La literatura revela que el apoyo de los pares en los Servicios de Salud Mental está creciendo en todo el mundo. En este artículo el término “pares” se refiere a una persona que ha sido diagnosticado con una enfermedad mental y decide compartir su experiencia de recuperación de una manera eficaz. Sin embargo, han surgido tensiones entre los profesionales de Salud Mental tradicionales y el movimiento de pares en los Estados Unidos acerca cuáles son las funciones de los pares dentro de los sistemas de Salud Mental. Este artículo tiene como objetivo discutir la integración efectiva de los pares en los sistemas y servicios de Salud Mental existentes, revisar los valores fundamentales de sus roles y las implicaciones para su entrenamiento.

Palabras clave: Pares en salud mental - Recuperación - Entrenamiento de pares.

PEERS AS FELLOW WORKERS: UNDERSTANDING AND RESPECTING THEIR ROLES

Abstract

The literature reveals that peer support in mental health services is growing around the world. In the context of peer support, a “peer” is a person with lived experienced of mental illness and choose to share his or her recovery experience in an effective manner. However, tensions between traditional mental health professionals and peer supporters have arisen in the U.S. as what are the roles of peers within mental health systems. This article aims to review the integration of peers in the existing mental health systems, the values of peer support and to discuss training implications.

Key words: Peer support - Mental health recovery - Training peers.

los individuos y sus familias. Los servicios de pares están intrínsecamente diseñados, desarrollados, evaluados y supervisados por pares en procesos de recuperación a largo plazo (9).

En los EE.UU., el movimiento de pares se encuentra en un momento crítico de su desarrollo. Miles de pares han sido entrenados y están trabajando en una amplia variedad de entornos, pero sigue habiendo debates sobre sus funciones, deberes y filosofías. En un esfuerzo por crear un entendimiento más amplio, reducir las tensiones y frustraciones en el lugar de trabajo y desarrollar con claridad las funciones efectivas del apoyo entre iguales, se requiere un conjunto universal de estándares de la práctica. Esto permitirá a los pares, a quienes no son pares en los servicios, a los administradores y a quienes desarrollan los programas, administradores de sistemas, financiadores, investigadores y responsables de las políticas, poder comprender mejor los valores implicados en la presencia de pares, las funciones apropiadas y las tareas que pueden y deben ser llevadas a cabo por ellos de manera que todos se puedan ver beneficiados.

En muchos otros países, tanto en pacientes hospitalizados como en dispositivos ambulatorios, la calidad de la atención es pobre e, incluso, puede llegar a ser perjudicial y dificultar la recuperación. El tratamiento tiene a menudo la intención de mantener "bajo control" a las personas y sus dificultades, en lugar de apuntar a mejorar su autonomía y su calidad de vida. Las personas son

vistas, con frecuencia, como "objetos de tratamiento" en lugar de seres humanos con los mismos derechos y beneficios que todos los demás. No se les suele consultar sobre su opinión respecto de atención médica o los planes de recuperación, y en muchos casos reciben tratamiento en contra de su voluntad (10).

Valores esenciales de las funciones de los pares

Cuáles son las funciones más apropiadas para los pares ha sido un tema de debate a lo largo del tiempo, en el que la profesión ha ido madurando en los EE.UU. Para responder a estas inquietudes, la *International Association of Peer Supporters* (INAOPS), junto a un consorcio de organizaciones nacionales, diseñó una guía para la práctica de los pares (2, 3). Esta guía fue preparada contemplando la diversidad de situaciones y dispositivos en los que se desempeñan, respetando siempre las fortalezas que estos trabajadores personifican, y los principios de la recuperación que sostienen. Pese a que los roles de los pares en la atención primaria y en el sistema asistencial son múltiples y diversos, es posible señalar cuáles serían aquellos valores y prácticas comunes a todos ellos.

Más de 2.000 pares llegaron a un consenso sobre los valores fundamentales que deben guiar la profesión. Estos valores, que resumimos a continuación, están pensados para informar dichas prácticas (ver Tabla 1)

Tabla 1.

<p>Es voluntario</p> <p>La recuperación es una opción personal. El valor más básico del apoyo de pares es que las personas eligen libremente dar o recibir apoyo. Estar forzado, obligado o presionado, son contrarios a la naturaleza del genuino apoyo de pares. Discutir la historia de recuperación con los demás es algo que la persona elige. El carácter voluntario del apoyo de los pares hace que sea más fácil construir la confianza y la conexión con el otro.</p>
<p>Inspiran esperanza</p> <p>Inspirar esperanza en quienes no la tienen es lo más importante del papel de los pares. La creencia de que la recuperación es posible les permite tener esperanza, y funciona como catalizador de la recuperación. Los pares demuestran que la recuperación es real y posible, y son la evidencia de que las personas pueden hacer y superar los desafíos internos y externos que enfrentan las personas con problemas mentales, traumáticos o por abuso de sustancias. En tanto ejemplo, la mayoría de los pares toman el compromiso de seguir creciendo y mejorando mientras caminan su propio camino de recuperación. Al vivir auténticamente la recuperación, los pares inspiran verdadera esperanza que ésta también sea posible para los otros.</p>
<p>No juzgan</p> <p>Ser juzgado puede ser una experiencia emocional perturbadora y dañina. Los pares "se encuentran con otro en el punto en que se encuentren", escuchan y comparten su experiencia de recuperación incluso cuando las creencias de la otra persona, actitudes o formas de acercarse a la recuperación son muy diferentes a las suyas. No juzgar significa sostener a otro con una mirada positiva incondicional, con una mente abierta, un corazón compasivo y plena aceptación de cada persona como un ser único.</p>

Escuchan con empatía

La empatía es una conexión emocional que se crea al "ponerse en los zapatos del otro" y compartir experiencias personales. Los pares no asumen que saben exactamente lo que la otra persona está sintiendo, incluso si han tenido problemas similares. Hacen preguntas reflexivas y escuchan con sensibilidad de forma de ser capaces de responder emocional o espiritualmente a lo que la otra persona está sintiendo.

Son respetuosos

Cada persona es valorada y vista como alguien importante y único en su capacidad de contribuir en el mundo. Los pares tratan a las personas con amabilidad, calidez y dignidad. Aceptan y están abiertos a las diferencias, alentando a las personas a compartir sus bondades y fortalezas que vienen con la diversidad humana. Los pares aprenden a comunicarse clara y efectivamente. Hacen honor y dan lugar a las ideas y pareceres de todos y creen que todas las personas son igualmente capaces de contribuir al conjunto social.

Facilitan cambios

Algunas de las mayores violaciones de los derechos humanos son experimentadas por personas con desafíos causados por sus problemas psiquiátricos, debidos a traumas o al uso de sustancias. Con frecuencia son vistas como "objeto de tratamiento" más que como personas con los mismos derechos a la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad que cualquier otra. Muchas veces son sobrevivientes de violencia (física, emocional, espiritual, mental o abandono). Quienes hacen sentir incómodos a otros mediante determinados comportamientos suelen ser estereotipados, estigmatizados y marginados por la sociedad. La internalización de la opresión es común entre las personas que han sido rechazados por la sociedad. Los pares tratan a las personas como seres humanos y se mantienen alertas ante cualquier práctica deshumanizante, desmoralizante o degradantes, y utilizarán su historia personal para ser un agente de cambio positivo.

Son honestos y directos

La comunicación clara y reflexiva es fundamental para un apoyo de pares efectivo. Los temas difíciles son abordados con quienes están directamente involucrados. La privacidad y la confidencialidad construyen relaciones de confianza. La comunicación honesta va más allá del temor al conflicto y se propone poder trabajar conjuntamente en forma respetuosa para resolver los desafíos con cuidado y compasión, sin evitar los temas referidos al estigma, el abuso, la opresión, la crisis o la seguridad.

El apoyo de pares es mutuo y recíproco

En una relación de apoyo mutuo cada persona da y recibe de un modo fluido y de un modo en constante cambio. Esto es muy diferente de lo que la mayoría de las personas experimentan en los programas de tratamiento, donde las personas son percibidas según su necesidad de ayuda y el personal es visto como proporcionándola. En las relaciones de apoyo entre pares, cada persona es reconocida como quien tiene cosas que enseñar y que aprender. Esto es así, se trate de un par asalariado o voluntario.

Pautas de entrenamiento

En los EE.UU. hay 33 estados que utilizan fondos federales, a través de Medicaid, para contratar pares que puedan proveer una variedad de apoyos a otros que experimentan trastornos mentales o el uso de sustancias. Para acceder a estos fondos, los estados deben contar con un proceso de certificación basado en programas de educación básica y continua. Los estados han utilizado diversas estrategias para implementar programas de certificación de pares, específicamente en lo referido a la capacitación. Algunos estados aceptan distintos programas de entrenamiento, mientras que otros solo

utilizan un único programa brindado por un proveedor determinado. La duración de la capacitación y los temas cubiertos pueden variar considerablemente. Algunos usan programas de 24 horas de entrenamiento que cubren un puñado de temas, mientras que otros exigen 120 horas y cubren una docena o más de aspectos e, incluso, requieren de experiencia en terreno.

Los aspectos frecuentemente cubiertos en la capacitación básica de pares, sin ser excluyentes, son: conocimientos básicos de recuperación, sensibilidad y capacidad para trabajar con personas de diversas culturas, habilidades comunicacionales, manejo de crisis, revelación del propio padecimiento, ética, límites.

La capacitación generalmente está diseñada para preparar a los pares para desempeñarse en diferentes contextos y realizando una gran diversidad de tareas. Los empleadores con frecuencia ofrecen entrenamiento práctico, y algunos pares tienen acceso a capacitaciones más especializadas (como apoyo forense para quienes trabajan con población carcelaria, en prisión o en los tribunales). Otra especialización posible es para quienes trabajan con jóvenes, viejos, con problemas duales, en hospitales generales, en equipos de intervención en crisis o en equipos de tratamiento asertivo comunitario.

La integración de los pares en la fuerza laboral es, frecuentemente, un desafío para los profesionales de la Salud Mental. Muy a menudo, debido a la falta de conocimiento sobre el papel y las funciones de los pares, hay temores acerca de la integración en el equipo de estos nuevos especialistas. Puede suceder que pregunten: “¿qué pueden aportar a nuestro servicio estos nuevos trabajadores?”, “¿me puede reemplazar este nuevo empleado?”, “¿podrá afectar la manera en que hago mi trabajo?”, “¿van a tratar de cambiar la manera de hacer las cosas acá?”, “¿debo comportarme distinto por la presencia de un par en el equipo?”, “¿van a respetar las cuestiones del derecho a la confidencialidad de las personas a las que ayudan?”

Para disipar los temores y facilitar la integración de los pares, aunque sin impedir del todo las situaciones estresantes, se han tomado una serie de medidas: a) capacitación formal para educar a los prestadores de salud mental respecto de la naturaleza del trabajo y los roles de los pares; b) capacitación a los pares respecto de cómo reconocer las complejidades de las relaciones en el trabajo, y cómo abordar estos asuntos de un modo proactivo y positivo; c) contratación de más de un par, de forma que puedan darse apoyo entre ellos; d) supervisión de la tarea a medida que se desarrolla, para atender a cuestiones potenciales o actuales que sucedan en el lugar de trabajo; e) capacitación en trabajo.

Muchos de los asuntos que se presentan en el lugar de trabajo se pueden resolver por medio de una adecuada supervisión y comprensión del rol de los pares. Pero comprender su rol puede resultar un desafío importante, dado que la actividad del apoyo de pares es bastante novedosa. Los pares aportan al lugar de trabajo mucho más que su propia experiencia directa. Reconocer el abanico de habilidades y conocimiento que poseen, puede facilitar la comprensión de cuáles tareas del trabajo son apropiadas y tienen sentido o carecen de estos atributos.

Ciertas tareas que algunos consideran frívolas, pueden ser especialmente significativas no sólo para la relación de pares, sino también para promover la recuperación. Algunos debates han surgido en relación al significado de la “inclusión en la comunidad” y las actividades de apoyo de pares que están relacionadas con eso. Por ejemplo, algunos consideran que es inapropiado que un par lleve a una persona que está apoyando a un picnic, al cine, o a un restaurante para tomar un café. Quienes suelen compartir actividades

en la comunidad con sus compañeros de recuperación, convincentemente señalan que es difícil ayudar a que alguien se incluya si no van a la comunidad. Al compartir las actividades en la comunidad, los pares tienen la oportunidad de ayudar a sus compañeros a construir la confianza y las habilidades necesarias para aventurarse por su cuenta y crear estilos de vida que hagan posible la vida en sus comunidades. Este tipo de preguntas es esperable que sucedan en la medida que esta profesión madure. Reflejan una profesión que aún busca su lugar en sistemas ya establecidos que albergan varias disciplinas que se han desarrollado a lo largo de muchos años. Por lo tanto, las preguntas sobre las funciones de los pares y cómo esas funciones se articulan con los trabajadores de Salud Mental son legítimas y surgen de manera natural.

Es evidente que la profesión de par tuvo que articularse con los profesionales no-pares para poder definir su incumbencia profesional, sus valores y prácticas apropiadas. Creyendo que la profesión estaba en peligro de ser definida y sus prácticas guiadas por fuentes externas (como, por ejemplo, organizaciones de gerenciamiento de la atención, administradores, o funcionarios de gobierno), la *International Association of Peer Supporters* (iNAPS) tuvo la iniciativa a principios de 2013 para que los pares pudieran hacerlo por sí mismos.

Consideraciones y recomendaciones finales

El apoyo entre iguales es un sistema de dar y recibir ayuda basado en los principios fundamentales del respeto, la responsabilidad compartida, y el acuerdo compartido de lo que es útil. El apoyo entre iguales se basa en el modelo de recuperación y no en los criterios diagnósticos psiquiátricos (6). Se trata de la reciprocidad y el uso de historias personales de recuperación como forma de construir conexiones más profundas. Una preocupación clave de los pares es la autodeterminación. Es decir, respetar la capacidad de un individuo para decidir su camino. Y, por desgracia, la psiquiatría ha llegado a ser vista, a los ojos de muchas personas, como una forma de intervención biomédica. En tanto, los valores fundamentales para los pares son el respeto, no juzgar, y el reconocimiento de que hay muchos caminos hacia la recuperación y la autodeterminación. Cuando se aplican apropiadamente, estos valores tienen un efecto profundo en la relación entre el apoyo de pares y la psiquiatría.

Una definición clara de esta relación sigue pendiente y es el propósito de este artículo poder aportar una visión reflexiva y equilibrada al respecto. Un examen de las funciones del apoyo de pares en relación con los medicamentos favorecerá la comprensión del vínculo entre la labor de los pares y la psiquiatría y, para beneficio de los usuarios, tal vez pueda contribuir a una mejor relación entre ellos. Para ello sería necesario:

- Reconocer que los pares juegan un papel importante en el panorama de los servicios de salud.

- Alentar a quienes acompañan en la recuperación a asistir a las citas con los psiquiatras si éstos así lo desean.

- Escuchar de manera profunda a quienes acompañan, ya que a menudo tienen una amplia perspectiva sobre las barreras y los facilitadores de su propia recuperación.

- Reconocer que aunque los medicamentos pueden ser un componente importante en el camino de la recuperación, no son el único componente.

- Entender que las personas pueden y, de hecho, se recuperan de desafíos serios de la vida, y que el uso de medicamentos puede ser a largo plazo o, también, solo temporario.

- Escuchar la voz de las personas a quienes ayudan y respetar la libre determinación.

- Reconocer que los efectos secundarios de la medicación pueden significar un grave obstáculo para la calidad de vida y que, a menudo, con la colaboración de un par es posible explorar otros medicamentos, dosis y estrategias de afrontar las dificultades.

- Comprender y respetar los roles y valores de la labor de los pares, en el sentido en que se los describió anteriormente.

Estos principios, relativamente simples, pueden fomentar no sólo un mejor entendimiento entre las dos profesiones, sino también facilitar mejores servicios y más eficaces para los usuarios. Debemos tener siempre

presente que los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, administradores de casos y pares son parte de un esfuerzo multidisciplinario para ayudar a las personas a superar los difíciles desafíos de la vida y vivir una vida satisfactoria, con sentido y con propósito, en las comunidades de su elección. Al trabajar juntos, seremos más capaces de ayudar a las personas que acuden a nosotros en momentos de gran necesidad. Al reconocer las incumbencias y particularidades de la labor de los pares, sus valores y las prácticas apropiadas, podremos entender cómo se pueden integrar los pares en los sistemas de atención de Salud Mental, sin duplicación de servicios y complementando esfuerzos con el resto de los trabajadores.

Dado que la presencia de pares en la fuerza laboral de Salud Mental es un fenómeno relativamente nuevo, las investigaciones que exploran los resultados siguen siendo limitadas. (1, 4). Hasta tanto la *International Association of Peer Supporters* (iNAPS) logró un consenso sobre las definiciones de *peer support* (apoyo de pares) y *peer supporter* (par), se contaba con poca información para orientar a los investigadores. Por consiguiente, esta nueva profesión sanitaria emerge y su proceso de formación es similar a la experimentada por otros profesionales. La comprensión de las definiciones y los valores ayudan a fomentar una mejor comprensión de la eficacia actual de los pares y su potencial para integrarse como socios de pleno derecho en los servicios de Salud Mental ■

Referencias bibliográficas

- Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012; 11 (2): 123-128.
- Intentional Peer Support. Newsletter Fall [Internet]. IPS: Vermont; 2013. Available from: www.intentionalpeersupport.org.
- International Association of Peer Supporters. National Practice Guidelines for Peer Supporters [Internet]. USA: SAMHSA; 2011. Available from: <http://inaops.org/national-standards>.
- Migdole S, Tondora J, Silvia MA, Barry AD, Milligan JC, Mattison E, et al. Exploring new frontiers: recovery-oriented peer support programming in a psychiatric ED. *Am J Psychiatr Rehabil* 2011, 14(1): 1-12.
- Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* 2011; 20 (4): 392-411.
- Restrepo-Toro ME. Entrecruzando nuestros caminos: entrenamiento para compañeros-promotores de recuperación y rehabilitación. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University; 2010.
- SAMHSA. National Consensus statement in Mental Health Recovery [Internet]. USA: SAMHSA, 2011. Available from: <http://store.samhsa.gov/product/National-Consensus-Statement-on-Mental-Health-Recovery/SMA05-4129>.
- Sledge WH, Lawless M, Sells D, Wieland M, O'Connell M, Davidson L. Effectiveness of peer support in reducing readmissions among people with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatr Serv* 2011; 62 (5): 541-544.
- White W. Peer-based addiction recovery support: history, theory, practice and scientific evaluation [Internet]. Philadelphia: Great Lakes ATTC; 2009. Available from: http://www.attcnetwork.org/regcenters/productDocs/3/Peer-Based%20Recovery%20Support%20Services%20Final%20Version%20w_Cover_June%2008%2009.pdf
- World Health Organization. Quality-Rights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization; 2012.

“Soy loco, pero estoy en red”: el proceso de capacitación con usuarios de servicios de Salud Mental para el trabajo de ayuda entre pares en la red de atención psicosocial de Río de Janeiro

Catarina Magalhães Dahl

*Psicóloga; Máster en Salud.
Instituto de Psiquiatría de la Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).
E-mail: catdahl@hotmail.com*

Maria Cecília de Araújo Carvalho

*Médica Psiquiatra; Doctora en Psiquiatría, Psicoanálisis y Salud Mental.
Professora de la Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ).*

Joana Moscoso Teixeira de Mendonça

Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Flávia Mitkiewicz de Souza

Psicóloga; Máster en Salud Mental

Mayra Wainstok Estivil Bustos

Médica residente del Instituto de Psiquiatría de la Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

Jacqueline Fernandes de Cintra Santos

*Enfermera obstétrica; Doctora en Salud del niño y de la mujer.
Profesora Adjunta del Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ).*

Giovani Marcos Lovisi

*Médico Psiquiatra; Doctor en Salud Pública.
Profesor Asociado del Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ).*

Maria Tavares Cavalcanti

*Médica Psiquiatra; Doctora en Psiquiatría, Psicoanálisis y Salud Mental.
Profesora Asociada y Directora del Instituto de Psiquiatría de la Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).*

Introducción

Este trabajo se inscribe en el contexto del proyecto *RedeAméricas*: Red de Investigación en Salud Mental de las Américas (RA), una iniciativa que nació a través de la asociación inter-institucional del Programa de Salud Mental Global de la Universidad de Columbia (Nueva York, EE.UU.) con investigadores de diferentes instituciones de enseñanza, investigación y atención en Salud Mental en seis ciudades latinoamericanas: Buenos Aires, Córdoba y Neuquén (Argentina); Rio de Janeiro (Brasil); Santiago (Chile) y Medellín (Colombia). RA tiene como principal objetivo constituir una red colaborativa de investigación en Salud Mental pública en América Latina, propiciando la creación de proyectos de investigación, la formación de investigadores y profesionales, entre otros grupos de interés con potencial para generar líderes en el área de la Salud Mental (usuarios, familiares, agentes comunitarios), como así también el fortalecimiento y la capacitación de la red de servicios y cuidados ofrecidos a personas con problemas mentales graves, en consideración de los contextos locales de aquellas ciudades (30).

Alineándose con el movimiento más amplio de transformación de las prácticas y saberes en Salud Mental, en el sentido de la construcción de un modelo de cuidado extendido y comunitario, RA es también una estrategia para enfrentar, principalmente en los países con menos recursos (*low and middle-low income countries*), las barre-

ras todavía existentes en los servicios públicos de Salud Mental. Entre estas barreras destacamos la escasez de profesionales y cuidadores con formación especializada, la falta de capacitación y supervisión de estos profesionales, la escasez de recursos financieros, el aumento de la carga global de las enfermedades mentales, la falta de articulación e integración de los servicios secundarios y terciarios con el primer nivel de atención, el discurso hermético de los profesionales de Salud Mental y la falta de voz (o invisibilidad) de los usuarios y familiares en los procesos de gestión del cuidado en la formulación de políticas públicas, en la enseñanza y en la investigación en Salud Mental (3, 20, 23, 25).

Situándonos en ese contexto, realizaremos un ensayo clínico randomizado piloto para evaluar un tipo de intervención psicosocial: *Critical Time Intervention - Task Shifting* (CTI-TS) o Intervención en Momento Crítico - Transferencia de Tareas. La CTI-TS será implementada con la participación de 40 usuarios de servicios comunitarios de Salud Mental en la red pública de atención psicosocial de la ciudad de Rio de Janeiro y, posteriormente, en los otros sitios de estudio. Se trata de una adaptación de la *Critical Time Intervention* (CTI), intervención psicosocial creada en Nueva York en los años noventa, limitada en el tiempo, enfocada y diseñada para personas con problemas mentales graves que se encontraban en situación de transición (p. ej., del hospital a la comunidad) y con dificultades para establecerse en la vida comunitaria (31). La CTI ya fue

Resumen

El trabajo de ayuda entre pares viene siendo incorporado de manera creciente en las redes de servicios comunitarios, en el marco del cambio de paradigma del cuidado en Salud Mental. Sin embargo, es un dispositivo relativamente nuevo en países de América Latina. En este artículo describiremos el proceso de capacitación de usuarios, como compañeros para la recuperación de otros usuarios, en la implementación de una intervención psicosocial en Rio de Janeiro. En base a una perspectiva narrativa, participativa y dialógica fueron utilizadas las siguientes estrategias metodológicas: grupos focales, transmisión de conocimientos a través de un curso de corta duración, visitas a los servicios y relatos de campo. Se realizó un análisis narrativo, a partir del cual construimos las siguientes categorías temáticas: experiencia del proceso de recuperación; qué ayuda al proceso de recuperación; qué dificulta el proceso de recuperación; el papel de la familia; el papel de los servicios comunitarios de Salud Mental; los prejuicios; el papel del usuario compañero de cuidados; desafíos. Para los usuarios, el proceso de recuperación está sujeto a idas y venidas. La familia puede contribuir al proceso, u obstaculizarlo. Los prejuicios constituyen la principal barrera a ser superada durante tal proceso. Tener un rol social y participar en actividades de formación favorece la recuperación. Los usuarios identificaron como necesario el apoyo profesional para el trabajo de ayuda entre pares.

Palabras clave: Servicios comunitarios de salud mental - Ayuda entre pares - Intervención psicosocial - Transferencia de tareas.

“I AM NUTS, BUT NETWORKING”: THE QUALIFICATION PROCESS FOR PEER SUPPORT WORK WITH MENTAL HEALTH USERS IN THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK OF RIO DE JANEIRO

Abstract

Peer support work has been increasingly incorporated by community services network in the context of mental health care paradigm shift; however, it is a relatively new device in Latin America. In this article, we will describe the qualification process of peer support workers for implementing a psychosocial intervention in the city of Rio de Janeiro. We use the following methodological strategies based on a narrative, participative and dialogical perspective: focus groups, knowledge transmission through a short course; visits to mental health services and field reports. We used a narrative analysis, building the following thematic categories: experience of the recovery process; what helps and what hinders in the recovery process; the role of the family; the role of community mental health services; prejudice among society and family members; the role of peer support work; challenges. From the users' perspective, recovery is tied to ups and downs and family can either help or disturb this process. Prejudice constitutes the main barrier for recovery. To have a social role and participating in training activities facilitate recovery. Users pointed out that it is necessary to have professional support for peer support work.

Key-words: Community mental health services - Peer support work - Psychosocial intervention - Task shifting.

adaptada en diferentes países, inclusive en Brasil (2); es operacionalizada por un agente comunitario de Salud Mental que acompaña, a lo largo de nueve meses, a personas con problemas mentales graves, buscando, desde una perspectiva orientada por el *recovery* (8, 9, 10), la creación y el fortalecimiento de los vínculos de los usuarios con la familia, la comunidad y la red de salud/salud mental y soporte social (30).

Sin embargo, en el proyecto actual, la intervención obtendrá una nueva nomenclatura -CTI-TS- en su diseño y método de trabajo, se encontrará una novedad: además de ser implementada por un agente comunitario de Salud Mental (profesional de salud de nivel técnico), se incluirá el trabajo de un compañero para la recuperación (*peer support worker*) (5, 16, 18), una persona en proceso de recuperación que ha vivido la experiencia de la enfermedad mental. Esta innovación tecnológica en el diseño original de la CTI es informada por el abordaje *task shifting*, traducido en este trabajo como "transferencia de tareas". El abordaje *task shifting*, una de las estrategias globales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) frente a la insuficiencia de los profesionales en el área de la salud/salud mental; busca fortalecer y expandir la fuerza de trabajo, reorganizar y descentralizar de modo rápido y eficiente las prácticas y servicios de salud, a través la coparticipación de trabajadores de la salud "legos", en la comunidad junto con profesionales de salud altamente capacitados (24).

El objetivo de este artículo es describir el proceso de capacitación de usuarios de servicios de Salud Mental para trabajar como compañeros para la recuperación de otros usuarios de la red de atención psicosocial de la ciudad de Río de Janeiro. En primer lugar, presentaremos las políticas públicas de Salud Mental en Brasil, situándonos en el contexto de la red psicosocial de Río de Janeiro. A continuación, describiremos las actividades envueltas en el proceso de capacitación de usuarios, para el trabajo de ayuda entre pares y presentaremos las categorías temáticas que emergieron basadas en las narrativas de los participantes, identificando los principales desafíos a ser enfrentados en el proceso de trabajo de ayuda entre pares en nuestro contexto socio-sanitario. Este relato de experiencia se justifica en la medida en que el trabajo de ayuda entre pares, en cuanto dispositivo organizativo del trabajo formal en la provisión de programas y servicios de Salud Mental, constituye una modalidad de cuidado relativamente nueva y todavía poco difundida en Brasil, así como en otros países latinoamericanos, principalmente en comparación a los países anglosajones, según lo ya señalado por Vasconcelos (20) Stastny (29), y Lefley (12).

La Reforma Psiquiátrica Brasileña y el contexto local de la red de atención psicosocial de Río de Janeiro

La Reforma Psiquiátrica Brasileña (RPB) se ha ido

constituyendo como un campo de prácticas y saberes, y como un movimiento social que cuenta con activismo político y participación de usuarios, familiares, profesionales, gestores e investigadores en el área de Salud Mental (19, 21). A partir de la década de 1990, con la Declaración de Caracas (14), documento que marcó el compromiso ético y político de los países latinoamericanos con el proceso de reformulación del modelo de asistencia en Salud Mental, y más específicamente con la fundación del Movimiento Nacional de la Lucha Anti-Manicomial (1987), y el lanzamiento de la ley 10216/2001, la RPB adquirió fuerza y mayores dimensiones, en términos de su institucionalidad, legalidad y representatividad, constituyéndose en una política de Estado (15, 21). La política nacional en Salud Mental, está anclada en dos vectores: a) la reducción de camas en hospitales psiquiátricos, y b) la implementación de una red sustitutiva de Salud Mental de base comunitaria y territorial, en la cual los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son "dispositivos estratégicos" para la ampliación del acceso, el acogimiento y la continuidad del tratamiento ofrecido a las personas con problemas mentales severos y persistentes (11).

En los últimos 20 años, el municipio de Río de Janeiro, viene implementando la red pública de atención psicosocial. Los CAPS han sido estratégicos para su organización, articulación e integración. Existen actualmente, 11 CAPS para la atención de adultos con problemas mentales graves con régimen diario y 3 CAPS para la atención diurna y nocturna; 8 CAPSi, para la atención de niños y adolescentes y 5 CAPSAd, para la atención de personas con problemas relacionados al uso de alcohol y otras drogas. Se incluyen además en esta red: 51 residencias terapéuticas y 22 casas asistidas, con un total de 326 moradores; aproximadamente 53 ambulatorios/núcleos de Salud Mental en la atención primaria; 4 unidades de emergencia; 5 hospitales psiquiátricos (26). A ello se suman 74 iniciativas mapeadas de generación de trabajo, renta y cultura como talleres, cooperativas y asociaciones de usuarios, familiares y amigos¹. Tales iniciativas están, en general, vinculadas a la red formal de servicios de Salud Mental de la ciudad o a organizaciones no gubernamentales subsidiadas por el Estado. La Red de Atención Psicosocial (RAPS) también está compuesta por un conjunto de leyes, reglamentaciones y servicios en defensa de la ciudadanía y autonomía de las personas con problemas mentales, y por un cuerpo de asociaciones, cooperativas, proyectos de generación de trabajo, renta y cultura.

Destacamos, además, la existencia de algunos proyectos de investigación y/o extensión de nuestro conocimiento que, desde una perspectiva dialógica, basada en narrativas (en primera persona), cuentan con la participación y el protagonismo de usuarios y/o familiares para su desarrollo, como coproductores de prácticas y saberes en el campo de la Salud Mental; a saber: 1) el

¹ Fuente: <http://www.cooperativismopopular.ufri.br/saudemental/projetos.php>.

proyecto "A Voz dos Usuários" ("La Voz de los Usuarios"), iniciativa que nació a partir de un grupo de usuarios de los hospital-día del Instituto de Psiquiatria de la Universidade Federal de Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) que participan desde 2005, invitados por profesores universitarios, de la enseñanza de la disciplina "Psicopatología" a alumnos de grado de Psicología y Medicina (27); 2) el proyecto de investigación y extensión *Familiares Parceiros do Cuidado* (Familiares Compañeros para la recuperación) (7) que, desde el 2011, bajo la coordinación del Profesor Pedro Gabriel G. Delgado (IPUB/UFRJ), viene realizando ciclos de encuentros donde se desarrollan acciones de educación en salud mental, actividades lúdicas y rondas de conversación para compartir experiencias y ayuda mutua entre familiares de personas en tratamiento en los CAPS de la región metropolitana de Rio de Janeiro; 3) el proyecto GAM (17), que se propuso adaptar una guía de gestión autónoma de la medicación creada en Canadá, para usuarios de los CAPS de tres ciudades brasileras (entre ellas, Rio de Janeiro), y 4) el *Projeto Transversões* (Proyecto Transformaciones), coordinado por el Prof. Eduardo Mourão Vasconcelos (*Escola de Serviço Social* de la UFRJ), que en el 2008 lanzó el "Manual de ayuda mutua en Salud Mental" (22), el cual viene siendo implementado en la red de atención psicosocial de Rio de Janeiro, con la participación de usuarios y familiares, a partir de la capacitación como facilitadores de los grupos de ayuda mutua y de trabajo remunerado.

Aunque existen muchas iniciativas de inclusión social y generación de trabajo, renta y cultura, apoyadas por instituciones y organismos de la red intersectorial de Salud Mental, y teniendo en cuenta la red informal de ayuda mutua y solidaridad de usuarios, familiares y profesionales que opera cotidianamente en los servicios, nótese que las iniciativas en las que los usuarios y familiares están incluidos como trabajadores compañeros para la recuperación en los equipos de Salud Mental todavía son escasas en el contexto de la RAPS de la ciudad de Rio de Janeiro y que, cuando existen, pocas están registradas.

Dado que el trabajo de ayuda entre pares requiere alguna formación técnica y práctica y exige cuidado, en su sentido amplio, porque se trata de una tecnología relacional que será implementada por personas con experiencia vivida de la enfermedad mental, históricamente destituidas de poder contractual, tomamos algunas preguntas como punto de partida: El trabajo de ayuda entre pares, en la red de atención psicosocial, ¿se lograría si no fuese implementado desde una perspectiva dialógica, participativa y formativa, basada en las experiencias-narrativas de personas con sufrimiento mental?; ¿este trabajo se lograría sin el compromiso y la sensibilización de los equipos de los servicios y gestores?; ¿cuáles son los principales desafíos, riesgos y beneficios identificados por usuarios y profesionales con respecto al trabajo de ayuda entre pares?; ¿cuál es el papel de los usuarios compañeros para la recuperación?

En este trabajo optamos por inaugurar el proceso de

capacitación de los potenciales usuarios compañeros para la recuperación preguntándoles a ellos cómo pueden los usuarios ayudar a otros usuarios en el proceso de restablecimiento/recuperación, y cuál es el papel del compañero de cuidado en el trabajo de ayuda entre pares.

Partimos del presupuesto que existe un saber que se origina en la experiencia cotidiana de estar-ahí en el mundo y que el valor primordial del trabajo de ayuda entre pares se basa en la creencia de que las personas que viven o vivieron la experiencia de la enfermedad mental y consiguieron superarla, reconstruyendo el sentido de sí y el sentido de la vida, tiene mucho para enseñar y ayudar a otras personas que están atravesando situaciones similares.

El proceso de capacitación de usuarios para el trabajo de ayuda entre pares en la RAPS de la ciudad de Rio de Janeiro: relato de experiencia

El proceso de capacitación de usuarios para el trabajo de ayuda entre pares se configuró como una actividad preparatoria necesaria para el desarrollo del ensayo clínico randomizado que vamos a implementar y evaluar la CTI-TS. Este proceso se dio en tres etapas. La primera fue en julio del 2012, cuando realizamos un grupo focal con una duración de aproximadamente cuatro horas, con la participación de cinco usuarios de diferentes servicios o programas de Salud Mental. La segunda etapa fue de febrero a abril del 2013, se inició con la visita al campo para sensibilizar los equipos de los CAPS y solicitar indicaciones de potenciales usuarios compañeros para la recuperación.

Estos usuarios participaron, entonces, del segundo momento del proceso de capacitación: el "*Curso de Capacitação para Ajuda Inter-pares*" ("Curso de Capacitación para Ayuda entre pares"). La tercera etapa se realizó entre abril y mayo de 2013 y consistió en un curso ofrecido por la *Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio* (EPSJV/FIOCRUZ), "*Curso de atualização profissional sobre acompanhamento de pessoas com sofrimento mental na comunidade*" ("Curso de actualización profesional sobre acompañamientos de personas con sufrimiento mental en la comunidad") ofrecido para los profesionales de salud/salud mental de nivel técnico y para tres usuarios, potenciales compañeros para la recuperación, seleccionados en la etapa anterior. En este artículo describiremos las dos primeras etapas del proceso de capacitación, el grupo focal y el curso de capacitación de ayuda entre pares, presentando sus resultados preliminares.

Etapa 1: grupo focal

Los Grupos Focales (GF) están siendo utilizados de manera creciente como una técnica de producción de informaciones en el ámbito de las investigaciones cualitativas, en ciencias sociales y humanas en Salud (1). En este trabajo, la elección del grupo focal se justifica por ser un método que posibilita el acceso a las experien-

cias de los participantes, como una manera de facilitar la emergencia de narrativas más cercanas a la vivencia subjetiva y promover un ambiente acogedor, de mutualidad y contractualidad. Además, se justifica porque el dispositivo grupal ha sido empleado en el proceso de reformulación de la asistencia psiquiátrica brasileña como estrategia de cuidado y soporte mutuo potente, posibilitando la creación de un campo intersubjetivo/relacional y el reparto de significados y experiencias hasta entonces excluidos de la convivencia social.

El GF que realizamos como actividad del proceso de capacitación de ayuda entre pares se llevó a cabo, como dice arriba, en julio del 2012 en el Instituto de Psiquiatría de la UFRJ, y tuvo la duración aproximada de cuatro horas. Contó con la participación de cinco usuarios de sexo masculino, de entre 30 y 60 años. Los participantes, usuarios de servicios comunitarios de Salud Mental y líderes potenciales que ya participaron de proyectos y programas de investigación y/o generación de renta sensibles al abordaje del recovery y empoderamiento, fueron seleccionados mediante el contacto y/o asistencia a los encuentros de los proyectos A "Voz dos Usuários" (dos usuarios), del *Projeto Transversões* (dos usuarios) y del *Programa de Esquizofrenia da Unifesp*² (un usuario). El grupo fue conducido por algunos de los autores de este artículo, que tuvieron la función de moderación, observación y anotación. Las actividades del grupo fueron guiadas por las preguntas transcriptas abajo, dentro de un tema más amplio: "La experiencia del proceso recuperación/restablecimiento":

- ¿Qué ayuda y qué dificulta el proceso de recuperación/restablecimiento?
- ¿Cómo puede un usuario ayudar a otro a recuperarse?
- ¿Cuál es el papel de la familia en su proceso de recuperación/restablecimiento?
- ¿Cuál es el papel de los servicios comunitarios de Salud Mental en su proceso de recuperación/restablecimiento?

Los usuarios tuvieron la oportunidad de hablar sobre sus experiencias, interactuando unos con otros con interés y respeto. Todos los participantes del grupo asumieron el compromiso de mantener el sigilo y la confidencialidad de las informaciones y experiencias allí compartidas.

Etapa 2: Curso de capacitación para ayuda entre pares

Esta etapa se desarrolló entre los meses de febrero y abril del 2013. Primero nos contactamos vía mensajes electrónicos o telefónicamente con los directores de seis CAPS, situados en el distrito de salud donde realizaremos la investigación-intervención CTI-TS. El objetivo de estos contactos fue divulgar el curso, en el contexto del proyecto RA, sensibilizar a los equipos para el trabajo de ayuda entre pares, compartiendo conocimiento sobre algunas experiencias internacionales y solicitar indicaciones de potenciales usuarios

compañeros para la recuperación. Dentro de los seis CAPS contactados, cinco fueron visitados entre los meses de febrero y marzo. Los encuentros fueron en el espacio de supervisión de los equipos de los CAPS. También realizamos dos visitas a las reuniones del proyecto "A Voz dos Usuários". En cada visita se realizaba un informe, basado en nuestras impresiones y observaciones. De los cinco CAPS, tres indicaron usuarios para participar del curso, en total ocho usuarios. Sin embargo, una usuaria desistió por residir "lejos" del lugar adonde fue realizado el curso, otra usuaria alegó que, a pesar del interés, había conseguido un trabajo y no fue posible contactarse telefónicamente con el tercero. Además de ellos, participaron del curso cinco usuarios del grupo "A Voz dos Usuários", de los cuales dos ya habían participado del grupo focal anterior, siendo que uno de ellos fue invitado para ser facilitador del curso y fue remunerado por este trabajo. Por lo tanto, participaron del curso nueve usuarios (cinco hombres y cuatro mujeres), entre 25 y 50 años, más un usuario facilitador. El curso se desarrolló los días 4 y 5 de abril, en el IPUB/UFRJ (16 horas), y fue diseñado desde una perspectiva de enseñanza-aprendizaje dialógica (13) y participativa, que incluyó las siguientes actividades: desayuno, clases expositivas; ejercicios en el aula; relatos de experiencia, almuerzo y grupos focales. El primer día, el tema de la clase dictada fue "Recovery y el papel de las narrativas en primera persona", se llevaron a cabo ejercicios de presentación, se compartieron las experiencias de enfermedad y restablecimiento en parejas y se discutió en grupo. A continuación el usuario facilitador relató su experiencia de trabajo como facilitador en los grupos de ayuda mutua en el *Projeto Transversões*. Después del almuerzo se realizó un GF, con la misma guía que se utilizó para el grupo realizado en la primera etapa. Al final, el usuario facilitador relató su experiencia de restablecimiento, a partir de su participación en diferentes proyectos en el área de Salud Mental. En el segundo día, el tema de la clase dictada fue: "El Sistema Único de Salud y la RPB: límites y posibilidades". A continuación, los participantes vieron dos películas: a) "Vivendo na Comunidade" ("Viviendo en la Comunidad"), sobre el proceso de desinstitucionalización de usuarios internados de larga data, en un antiguo hospital-colonia, localizado en la zona oeste de la ciudad (Colônia Juliano Moreira); b) "Um Outro Olhar" ("Otra mirada"), sobre la red de atención psicosocial en Brasil y la articulación de los CAPS con la atención primaria. Después del almuerzo, realizamos la tarea de leer un texto: "Saúde mental nas entranhas da metrópole" ("Salud mental en las entrañas de la metrópolis"), en la que Antônio Lancetti (10), a través de viñetas clínicas, propone una reflexión sobre el cuidado comunitario en Salud Mental y su articulación con la atención primaria, en el contexto de centros urbanos, como San Pablo. Por último, realizamos otro GF, teniendo como tema disparador "El cuidado en Salud Mental en la comunidad

² <http://www.psiquiatria.unifesp.br/d/proesq/proesq/>.

y el trabajo de ayuda entre pares”, donde realizamos las siguientes preguntas: 1) ¿Cuáles son los desafíos del trabajo de ayuda entre pares en el contexto del sistema público de Salud/Salud Mental y de la comunidad?; 2) ¿cuál es el papel del usuario compañero de cuidados?

Los participantes se mostraron concentrados y participativos a lo largo de todo el proceso, inclusive, aportando para la discusión temas importantes que no habían sido previamente propuestos por el equipo.

Las estrategias metodológicas para la producción de informaciones fueron los GF, que fueron audio-grabados y posteriormente transcritos, además de la observación y registro de campo (grupos, clases y visitas a los servicios).

Aspectos éticos

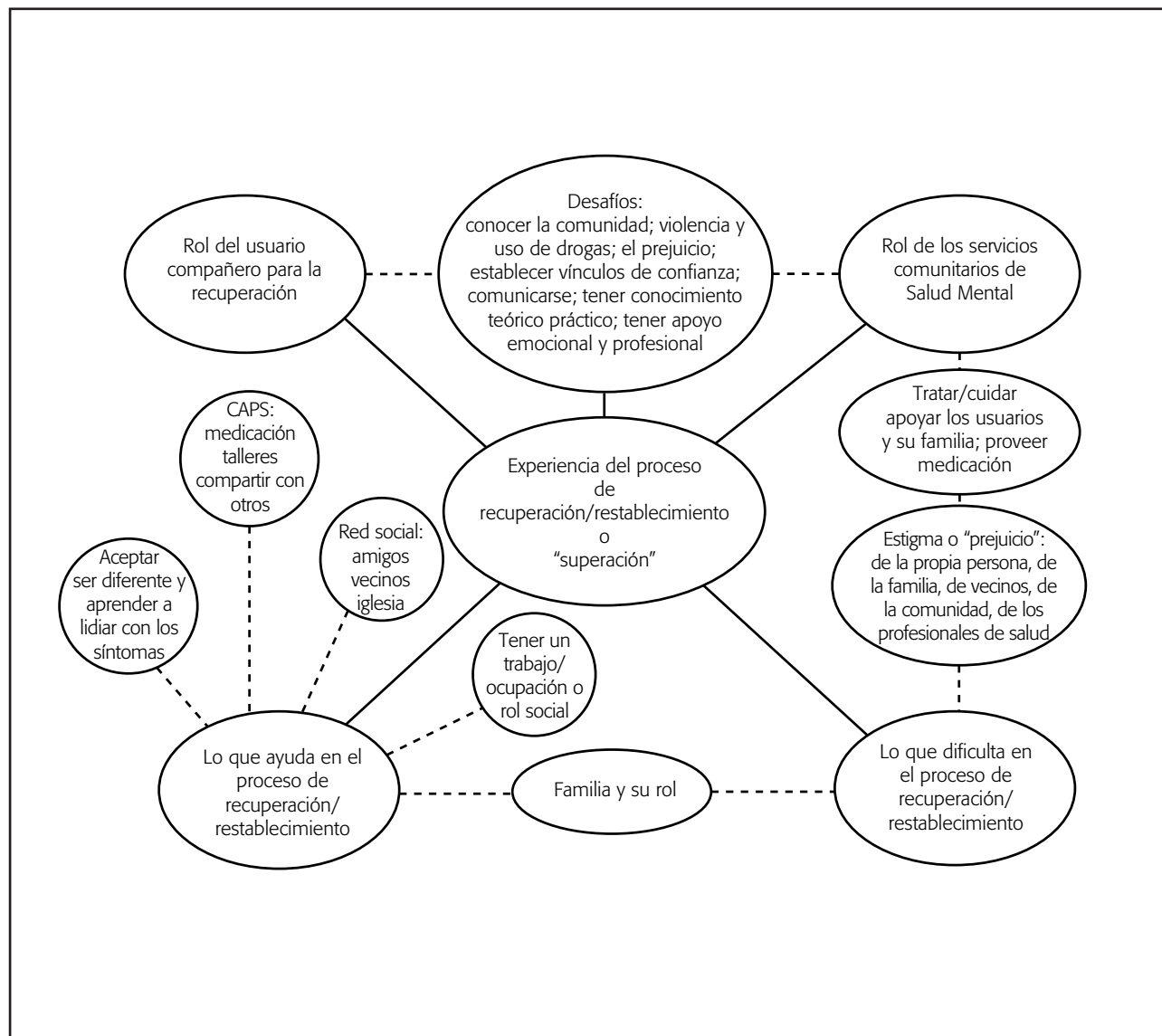
El proyecto fue sometido al *Comitê de Ética do IPUB* (Comité de ética del IPUB) y a la *Comissão Nacional de Ética e Pesquisa* (Comisión Nacional de Ética e Investiga-

ción), y aprobado (nro.111535) en julio del 2012. Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos y procedimientos metodológicos de las actividades relacionadas, como también sobre los principios éticos que rigen las investigaciones involucrando seres humanos. A cada usuario se le adjudicó un nombre ficticio, con el fin de preservar su identidad como información confidencial.

Resultados y discusión

Se realizó, desde una perspectiva fenomenológica interpretativa (4, 9, 10, 28), el análisis temático de las narrativas suscitadas en el contexto de los GF, de las clases y discusiones en grupo, a partir de la codificación de fragmentos de los textos producidos y de la creación de categorías temáticas emergentes y no emergentes, que serán presentadas en el formato de una red semántica (ver Figura 1) e ilustradas a partir de las narrativas construidas.

Figura 1. Red temática: narrativas de usuarios.



Experiencia del proceso de recuperación o superación

Desde el punto de vista de los usuarios, la experiencia de recuperación puede ser traducida como un proceso de "superación", en el cual se busca "estabilizar el comportamiento de la mente".

De acuerdo con un usuario: "*Superación es una cosa que la persona pasó y ahora está venciendo las barreras de la enfermedad, venciendo los límites, porque la sociedad también impone muchos límites*" (José)

Tal como se encuentra en la literatura (4), de acuerdo con los usuarios, se trata de un "proceso", sujeto a idas y venidas, donde se puede alcanzar un equilibrio, pero también tener una crisis. Aceptar la enfermedad, tener fuerza de voluntad y esperanza e intentar superar los obstáculos impuestos por la enfermedad y por la sociedad son aspectos importantes, que ayudan al restablecimiento. Entre otros aspectos que ayudan, se incluye tener un trabajo/ocupación y un rol social; "aprender a lidiar con el síntoma"; tener apoyo de amigos, vecinos y de la familia, de acuerdo al relato de un usuario: "*Lo importante en mi camino, creo que fue el apoyo de la familia (...) tener un ambiente tranquilo de convivencia, de apoyo mutuo. Creo que la gran contribución de mi familia fue nunca tratarme como un joven diferente que tiene esquizofrenia*" (Juan)

Entre los aspectos que dificultan el proceso de recuperación/restablecimiento están la discriminación y los prejuicios, que emergieron como núcleos semánticos fuertes y como importantes barreras para el tratamiento y al restablecimiento, como ya fue señalado por Saraceno et al (25), Davidson (4), entre otros autores. Los prejuicios de los vecinos, de los amigos y de la sociedad, así como de la familia, de los profesionales de salud y del propio usuario, estuvieron muy presentes en las narrativas.

"*Nosotros tenemos ese prejuicio. Nosotros nos escondemos... yo tomo medicación, pero la voy a esconder acá porque no quiero que nadie sepa. O sea, es nuestro prejuicio*" (María). "*Los grandes prejuicios están dentro de la familia. Entonces, cuando salgo de una internación yo soy excluida por los hijos, por los nietos (...) Esa está siendo para mí la mayor dificultad: circular dentro de mi familia con mi dificultad*" (María)

El papel de la familia

Desde la perspectiva de los usuarios, la familia emerge como un factor que ayuda en el proceso de recuperación, o como un factor que lo dificulta, principalmente cuando se dan situaciones discriminatorias en el ambiente familiar. De acuerdo con los usuarios, sin embargo, la familia "es la base" de todo, y su papel es apoyar y cuidar. Según el relato de una usuaria y de un usuario, respectivamente: "*Mi madre siempre me apoyó en todo. Mi madre no sabe leer, pero ella me daba la medicación cuando estuve mal (...) Yo creo que la familia, en nuestra vida, la de gente con problemas psiquiátricos, es muy importante*" (Silvia), "*Yo llamaría al papel de la familia 'un apoyo emocional'. Son pocas personas, pero*

parece que ellas fueron elegidas para darnos apoyo emocional" (Lucas)

El papel de los servicios comunitarios de Salud Mental

Los usuarios parecen sintonizados con el proceso de reorientación del modelo de asistencia psiquiátrica al reconocer la mejoría en el tratamiento en el sistema público brasileiro (15) a través de los servicios de Salud Mental. Los CAPS aparecen como servicios que evitan la internación, apoyan a la familia y a los usuarios, principalmente en los momentos de crisis o de desestabilización de su condición psíquica. Resalta la importancia atribuida a la medicación, pero también a otros recursos terapéuticos caracterizados como tecnologías relacionales, como la "charla", la convivencia y los talleres que brindan un ingreso económico, según el relato de los usuarios: "*Los servicios comunitarios aquí en Brasil, Salud Mental, (...) mejoró mucho después de que vinieron esas mini-clínicas, que fueron los CAPS. Estableció un contacto con las personas que vivían lejos. Mejoró (...) Lo que me ayuda son los profesionales de los CAPS, que tiene grupo terapéutico, tiene farmacia donde agarrás los remedios, debatimos lo que estamos sintiendo cada día*" (Alejandro)

El papel del usuario compañero de cuidado: ¿de qué manera un usuario puede ayudar a otro usuario a recuperarse?

Desde la perspectiva de los participantes, el papel del usuario compañero de cuidado es "ser compañero", acompañar al usuario en el día a día, estimulándolo para que realice las actividades y para que vaya al servicio donde realiza el tratamiento: "*Yo tengo un amigo del que me hice amigo allá en el CAPS, pero el problema de él es un poco peor que el mío. Ahí (...) la madre de él dice así: 'Alejandro, mi hijo no está bien, no está pudiendo viajar en colectivo, ¿vos vendrías acá a mi casa para buscarlo para llevarlo al CAPS?' Ahí yo voy...*" (Alejandro).

Compartir su experiencia de enfermedad y recuperación, así como las estrategias utilizadas para lidiar con el sufrimiento, fueron aspectos enfatizados por los usuarios para ayudar a otros usuarios y establecer una relación de confianza y mutualidad (4, 10), de acuerdo al relato de un usuario: "*Está bueno oír a alguien que tiene el mismo problema, la misma dificultad, que pasó por una experiencia igual y decir: 'mirá, yo hice esto, hice este movimiento y lo solucioné, funcionó'. ¡Mejoró! Y yo voy a intentar hacerlo*" (Diego).

Respetar el tiempo del otro, tener "paciencia" e "insistencia", dar "amor" y "cariño" son atributos considerados importantes para el trabajo de ayuda entre pares, como se observa en el relato de los usuarios: "*Yo creo que la manera en que los demás, pacientes o personas, pueden ayudarme, es con afecto y con amistad y eso a lo largo del tiempo garantiza que el mundo existe. El contacto afectivo ayuda mucho, esa cuestión de que el otro sea tu amigo, saber que él es tu amigo tiene mucho valor en el momento en que las*

cosas parecen no ser lo que son. Momentos de crisis, momentos de desesperación, momentos de desesperanza. El camino es la postura, la postura de quien puede saber y entender tu manera de ser, lo que te está pasando, tener una sensibilidad mayor, una afinidad y hacer la diferencia" (Juan). "Yo creo que lo importante es que las personas sean siempre compañera unas de otras. Tener paciencia unas con otras, ¿entendés? Siempre transmitir nuestra experiencia para aquella persona que está necesitando ayuda" (Eric).

Desafíos del trabajo de ayuda entre pares en el contexto del sistema público de Salud/Salud Mental y de la comunidad

La discriminación y la estigmatización social fueron las principales barreras (25) identificadas por los usuarios, tanto para el proceso de restablecimiento, como para el trabajo de ayuda entre pares, según el relato de la usuaria: "Es muy difícil porque, tipo, donde yo vivo las personas saben que tuve una crisis y me miran con una mirada diferente" (Selma).

La violencia urbana y el uso de drogas también son aspectos problemáticos, que deben ser tenidos en cuenta para el acompañamiento de los usuarios en la comunidad. De acuerdo con una usuaria: "Hoy en día es difícil acercarse, digamos, a una persona de la comunidad a la que no conocemos mucho y ofrecerle nuestra ayuda. No conocemos bien a esa persona y está toda esa onda del crack que se pone violenta" (Maria).

Conocer el territorio y la comunidad y tener "apoyo" para la realización del trabajo de ayuda entre pares, debido al "riesgo" de volver a tener una "crisis" o de "no estar bien", parecen ser criterios importantes para que los usuarios se vuelvan compañeros para la recuperación. Según el usuario facilitador del curso: "Yo creo que dentro de la salud mental el trabajo tiene que ser protegido, no puede seguir las mismas reglas de allá afuera, del mundo capitalista (...). El trabajo tiene que ser protegido. Un paciente psiquiátrico no está en condiciones de cumplir ocho horas de trabajo seguido. Yo no estoy en condiciones, sé que mucho colegas tampoco" (Andreas).

La formación práctica, no solamente teórica, también fue destacada por los usuarios como una necesidad, lo cual coincide con la propuesta de Movimiento Global por la Salud Mental (25, 3) y el abordaje *task shifting* (24) "Yo creo que no sirve solo la teoría sin práctica. La práctica es fundamental. Yo hice un curso de mozo y el profesor no practicó, no hubo práctica, solo hubo teoría y después nos exigía (...) Pero, ¿cómo iba a saber si no tuve práctica? Entonces es eso: la práctica. Creo que nosotros vamos a aprender, pero con el apoyo de alguien" (Eric).

El establecimiento de vínculo y de una relación de confianza, fue también uno de los requisitos centrales para el trabajo de ayuda entre pares. En la perspectiva de los usuarios, saber escuchar y saber comunicarse son grandes herramientas para construir una relación de amistad. Se resalta la importancia del diálogo y de compartir experiencias como método de trabajo, o sea, de la creación de un campo relacional e intersubjetivo, tal como es propuesto por algunos autores (9, 13).

Consideraciones finales

Los resultados que encontramos son compatibles con la literatura y aparentemente no traen grandes sorpresas. Sin embargo, fue fundamental para los profesionales que se comprometieron en el trabajo clínico del CTI-TS y trabajaron por primera vez en un equipo junto a usuarios compañeros para la recuperación, oír de los mismos usuarios lo que consideran importante y facilitador en el proceso de recuperación y cuáles son los principales obstáculos. Lo nuevo, en realidad, está en que el proceso de trabajo incluye a usuarios del mismo lado de los profesionales, como prestadores de cuidado.

En el decir de los usuarios, el primer elemento importante en la recuperación es entender que éste es un proceso con idas y venidas y que un período de equilibrio, aún prolongado, no significa que los periodos de crisis estén completamente superados. Por lo tanto, aceptar la enfermedad y consecuentemente su tratamiento y crear estrategias de prevención de las crisis, son elementos centrales en el proceso de recuperación.

La discriminación y los prejuicios que sufren, muchas veces por parte de los más cercanos, como familiares, amigos y vecinos, pero también de la sociedad como un todo, son aspectos que dificultan mucho el proceso de recuperación. La familia puede ser el principal aliado o la principal amenaza, dependiendo del momento de la historia familiar de cada usuario; pero es unánime que la paciencia, la insistencia, el amor y el cariño son centrales para cualquier proceso de recuperación, y es justamente en este aspecto que el usuario compañero de cuidados cree poder ayudar al usuario en crisis o en tratamiento.

Además, entre los familiares hubo consenso en que tener un papel social es un elemento de suma importancia para su fortalecimiento personal, y para la superación del estigma social.

Convertirse en compañero del usuario del cual se cuida, y a partir de allí compartir con él la experiencia de enfermedad y las estrategias utilizadas para la recuperación, es la principal herramienta señalada por los usuarios en formación para desarrollar su trabajo. Ellos señalan también la necesidad de que su trabajo sea apoyado y acompañado de cerca por los profesionales.

Los desafíos son, por lo tanto, muy grandes. Además de los desafíos que recaen sobre los usuarios a partir del cambio de rol, que está lejos de ser simple, están los desafíos de los profesionales, que necesitan cambiar la forma habitual de ver a los usuarios como aquellos que siempre reciben cuidado y confiar en la capacidad de los mismos de prestar cuidado y de ser compañeros en esta función.

Además, los usuarios valorizan los espacios de enseñanza y formación, teórica y práctica, como esenciales para el trabajo de ayuda entre pares. Respecto de esto, no obstante, nos gustaría remarcar que la transferencia de tareas no es una mera distribución o división de trabajo sino, en cambio, una labor de construcción conjunta de la clínica, en la que el saber del usuario y el saber técnico

dialogan, se complementan y se transforman. Esto es un cambio de paradigma en la clínica, extremadamente significativo e innovador. Y, tal vez, vaya a ser la mayor contribución que la CTI-TS hará al trabajo comunitario en Salud Mental ■

Notas

Todos los autores participaron de todas las etapas de la elaboración de este trabajo.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon que no existe conflicto de intereses

Agradecimientos: al *National Institute of Mental Health* (NIMH), EE.UU.; y al *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* (CNPQ), Brasil, por el apoyo financiero. A los usuarios participantes y a los equipos de los Centros de Atención Psicoasistencial que contribuyeron para la realización de este trabajo directa o indirectamente.

Traducción: por Magdalena Pegito Fernández, Lic. en Psicología, Docente de la II Cátedra de Salud Pública/Salud Mental, de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Referencias bibliográficas

1. Bender DE, Ewbank D. The focus group as a tool for health research: issues in design and analysis. *Health Transit Rev* 1994; 4 (1).
2. Cavalcanti MT, Carvalho MCA, Valencia E, Dahl CM, Souza FM. Adaptação da "Critical Time Intervention" para o contexto brasileiro e sua implementação junto a usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2011; 16: 4635-4642.
3. Collins PY, Insel TR, Chockalingam A, DaarAbdallah, Maddox YT. Grand Challenges in Global Mental Health: Integration in Research, Policy, and Practice. *PLoS Medicine* 2013; 10 (4): 1-6.
4. Davidson L. Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York: University Press; 2003.
5. Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophr Bull* 2006; 32 (3): 443-450.
6. Davidson L, Tondora J, Lawless MS, O'Connell MJ; Rowe M. A practical guide to recovery-oriented practice. New York: Oxford University Press; 2009.
7. Delgado PG. Familiares parceiros do cuidado: estudo sobre os efeitos de uma intervenção baseada em orientação e suporte social com familiares de pacientes com transtornos severos. Projeto de pesquisa. Núcleo de pesquisas em políticas públicas de saúde mental (NUPPSAM). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011.
8. Farkas M, Anthony WA. Psychiatric rehabilitation interventions: a review. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22 (2):114-129.
9. Good B. *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
10. Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. En: Jatene AD, Lancetti A, Mattos SAF, editores. *Saúde loucura: saúde mental e saúde família*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 11-52.
11. Leal EM, Delgado PGG. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. En: Pinheiro R, Guljor AP, Gomes A, Mattos RM, editores. *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/LAPPIS; 2007. p. 137-154.
12. Lefley HP. O papel da família na integração comunitária: a promoção de serviços de saúde mental, investigação e recovery. En: Ornelas J, Monteiro FJ, Moniz MJV, Duarte T, editores. *Participação e empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares*. Lisboa: AEIPS Edições; 2005.
13. Martínez-Hernández A. Dialógica, etnografía e educação em

- saúde. *Rev Saúde Pública* 2010; 44 (3): 399-405.
14. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 56.
 15. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPES, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 106.
 16. Miyamoto Y, Sono T. Lessons from peer support among individuals with mental health difficulties: a review of the literature. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2012; 8: 22-29.
 17. Onocko Campos RT, Lima Palombini A, Eirado Silva A, Passos E, Leal EM, Domont de Serpa O, et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2012; 16 (43): 967-980.
 18. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health. *J Ment Health* 2001; 20 (4): 392-411.
 19. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist Cienc Saude Manguinhos*, Jan-Abr 2002, 9 (1): 25-29.
 20. Vasconcelos EM. Derechos y empoderamiento de usuarios y familiares en el terreno de la salud mental [Internet]. Átopos: Madrid; 2011. Disponible en: [http://www.atopos.es/pdf_11/23-44_Derechos%20y%20empoderamiento\(empowerment\)%20de%20usuarios.pdf](http://www.atopos.es/pdf_11/23-44_Derechos%20y%20empoderamiento(empowerment)%20de%20usuarios.pdf).
 21. Vasconcelos EM. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. *Vivência* 2007; 32: 173-206.
 22. Vasconcelos EM. Manual de ajuda mútua em saúde mental. Rio de Janeiro: Projeto Transversões [Internet]. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ; 2008. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CEUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups%2F15115980%2F2017321360%2Fname%2FUNKNOWN_PARAMETER_VALUE&ei=6ncXUpGyHomWiALAkIHICg&usq=AFQjCNFXRXCRTwS_PQTfqHkEAVbSTRU5Ig&sig2=9o_OPwGEBQEQEyc0hzQ-FzQ&bvm=bv.51156542,d.cGE.
 23. World Health Organization. Draft comprehensive mental health action plan 2013-2020. Sixty-sixth World Health Assembly, Provisional agenda item 13.3 [Internet]. World Health Organization: Geneva; 2013. Available from: http://apps.who.int/gb/e/e_wha66.html.
 24. World Health Organization. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organization; 2008.
 25. Saraceno B, Ommeren M, Batniji M, Cohen A, Oye G, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007; 370: 1164-1174.
 26. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, Superintendência de Atenção Primária, Coordenação de Saúde Mental, Relatório de Gestão Saúde Mental 2012 [Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil; 2012. Disponible en <http://saudementalrj.blogspot.com.br/>.
 27. Serpa Jr OD, Leal EM, Louzada RCR, Silva Filho JF. Including subjectivity in the teaching of Psychopathology. *Interface - Comunic, Saude, Educ* 2007; 11 (22): 207-222.
 28. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research. London: SAGE; 2009.
 29. Stastny P. Introducing peer support work in Latin American mental health services. *Cad Saúde Colet* 2012; 20 (4): 473-81.
 30. Susser E. The RedeAmericas. *Cad Saúde Colet* 2012; 20 (4): 403-4.
 31. Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai W, Wyatt R. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a "Critical Time" intervention after discharge from a shelter. *Am J Public Health* 1997; 87 (2): 256-262.

Pares especializados: orígenes, resultados, dificultades y diseminación a nivel mundial

Peter Stastny

*Profesor de Psiquiatría, Department of Epidemiology, Columbia University, New York.
E-mail: pestastny@yahoo.com*

Celia Brown

*Directora de Servicios de Apoyo de Pares, New York State Office of Mental Health.
E-mail: Celia.Brown@omh.state.ny.us*

¿Qué es lo especial de un par especializado?

A finales de 1980, la idea de que el trabajo de ex pacientes psiquiátricos podría ser beneficiosa para sus pares surgió de dos frentes distintos: a) una evaluación más optimista del potencial de recuperación basado en los resultados de los esfuerzos psiquiátricos, psicosociales y rehabilitatorios (1), y b) las tempranas experiencias

de las organizaciones de base y defensa (tales como *Oakland Independence and Support Center*) (17). “Programas dirigidos por usuarios” y “prestadores usuarios” pasaron a ser nuevos apodos para identificar experiencias en las cuales ex pacientes asumían roles de apoyo de otros (8, 14, 17). Usuarios asumiendo roles de defensores y prestadores progresistas de Salud Mental de varios estados estaban ansiosos por encontrar maneras de demostrar

Resumen

El presente artículo revisa el tema de los orígenes, los resultados y la implementación referida a la contratación de ex pacientes psiquiátricos para un empleo pago dentro de los servicios de Salud Mental en calidad de pares especializados. Este término, a diferencia de otros nombres utilizados para describir el trabajo de ex pacientes dentro del campo de la Salud Mental, sobresale como un calificador singular que enfatiza los conocimientos especiales que estos trabajadores han adquirido a partir de experimentar crisis personales serias y de haber estado involucrados con servicios de Salud Mental. Se revisan los cautos resultados positivos de los estudios originales, que son suplementados con otros trabajos de diversa calidad que los replican con distintos resultados. El trabajo más reciente de los pares especializados ha revelado un conjunto de asuntos problemáticos, que también se discuten en este artículo.

Palabras claves: Par especializado - Apoyo de pares - Transformación del sistema de atención.

PEER SPECIALIST: ORIGINS, PITFALLS AND WORLDWIDE DISSEMINATION

Abstract

This article reviews the origins, outcomes and implementation issues pertaining to the hiring of former psychiatric patients into paid Peer Specialist positions within mental health services. The term Peer Specialists, unlike various other job titles used for ex-psychiatric patients working in the mental health field, stands out as a unique qualifier that emphasizes the special knowledge such workers have acquired from experiencing serious personal crises and being involved in mental health services. The cautiously positive results of early studies are supplemented by replications of various quality and results. Further work has revealed a number of problematic issues, which will also be discussed here.

Key words: Peer specialist - Peer support - System transformation.

que ex pacientes podían desempeñarse adecuadamente, sino mejor, en determinados roles, y que sus pares se beneficiarían de sus servicios de manera tangible. En 1990, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos dio fondos para financiar por primera vez a proyectos destinados a evaluar los roles y la contribución de ex pacientes psiquiátricos.

El primer estudio cuasi-experimental que investigó el aporte de los pares especializados (4) siguió de cerca un experimento naturalístico (*Share your Bounty* -Comparta su Generosidad-), en el cual un grupo de pacientes con internación prolongada en un centro estatal psiquiátrico formó exitosamente una organización para dar apoyo a personas sin hogar en la Ciudad de Nueva York con comida y otras acciones para satisfacer sus necesidades (7, 17). Al diseñar nuestro estudio, en ese momento, decidimos que los otros nombres disponibles para ese trabajo para ex o para actuales pacientes psiquiátricos eran inadecuados. "Usuarios gerenciantes de caso" era uno de esos términos, que simplemente implicaba que habría un ex paciente haciendo el trabajo habitual de un gerenciantes de caso típico. El concepto de "par consejero", introducido originalmente en los campus universitarios, era un poco una inspiración, pero nuestros "pares especializados" no se suponía que se involucrarían en encuentros de consejería formales. Un pequeño grupo, que consistía en dos pacientes, que tenían funciones de defensa de intereses de otras personas con una vasta experiencia personal (Dick Gelman y Miriam Kravitz), dos consejeros de rehabilitación (Peter y Bernardette Masiello), y un psiquiatra (Peter Stastny), hicieron una tormenta de ideas acerca del nombre más adecuado para este trabajo y arribaron al de "Par Especializado" (PE). En nuestra concepción, este término indicaba que el saber derivado de su experiencia directa de crisis personales serias y, como consecuencia, de haber recibido asistencia en el sistema público de Salud Mental, informaba de un modo único y especial la ayuda que este trabajador podría proveer a sus pares. El desarrollo de este estudio dentro de los servicios de un hospital estatal requería, según nuestra concepción, que los pares involucrados en la tarea tuvieran antecedentes comparables a las experiencias que hubieran tenido aquellos a quienes ayudarían. En nuestro caso, esto era particularmente importante, en tanto los usuarios de este nuevo programa estatal de gerenciamiento intensivo de caso provendrían del grupo de personas sin hogar, usuarios frecuentes de los servicios, y residentes del hospital estatal con internaciones prolongadas.

Impacto en los usuarios y en los profesionales

Nuestro estudio reveló que diversos componentes del bienestar podían ser afectados positivamente mediante la inclusión del PE (4). Por medio de un diseño cuasi-experimental, el estudio mostró que al añadir tres PE a un equipo de diez Gerenciantes Intensivos de Casos (GIC), se aportarían grandes efectos benéficos para los usuarios (en 60 de 100 usuarios entrevistados),

en comparación con otros dos grupos de control (consistentes en añadir tres para-profesionales o directamente no añadir ningún otro miembro al equipo). En otras palabras, los efectos no parecieron relacionarse con el simple hecho de agregar integrantes al equipo o por la reducción de la razón entre miembros del equipo y usuarios.

Los beneficios más significativos para el grupo atendido por los GIC y por los PE, comparado con los otros dos grupos (aquellos atendidos también por para-profesionales y aquellos solo atendidos por los GIC), fueron en diversas áreas de la calidad de vida y, específicamente, en la satisfacción con su situación de vida, su economía, la seguridad personal, y en una menor cantidad de problemas de la vida en general. Al final del estudio, comparativamente fueron menos los usuarios que manifestaron que la pobreza era un problema importante en su vida si habían sido ayudados por el grupo que incluía PE (tanto en forma directa como indirecta, mediado por la interacción entre PE y GIC). Los usuarios ayudados por este grupo enseñaron la mayor ganancia en 21 de 30 mediciones de resultados, por más que no se halló una diferencia estadísticamente significativa (lo cual podía deberse al tamaño pequeño de la muestra y a una mejoría general que habían logrado los tres grupos). Esto incluía autoestima, maestría, desesperanza, actitudes hacia la recuperación, así como compromiso con los servicios, apoyo social y síntomas psiquiátricos. Todo esto ocurrió en el contexto de un nuevo programa que parece haber beneficiado a la mayoría de sus usuarios -muchos de ellos considerados problemáticos a causa del alto uso de servicios de internación y a otros factores- a lo largo de los 18 meses que duró la experiencia. El hecho de que no apareciera una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos formados por a) los GIC y los para-profesionales, y b) por los GIC únicamente, sugiere que la mera adición de recursos no significaba una verdadera contribución. Por lo tanto, podemos asumir que la contribución específica de los PE se debió a su aporte específico, y no simplemente a que eran un recurso añadido al gerenciamiento intensivo de casos (4).

Además de estos resultados tangibles, condujimos una serie de entrevistas cualitativas claves que mostraron una razonablemente buena aceptación del programa.

Pares especializados como funcionarios públicos

El aparente éxito del proyecto de PE del Bronx, en Nueva York, le granjeó el apoyo de experimentados administradores de Salud Mental y estimuló a nuestro equipo a presentarse a la *New York State Civil Service Commission* para que aprobara este nuevo título de trabajo como parte de los trabajadores del Estado. En un día de otoño de 1994, varios de nosotros, bajo la dirección de Darby Penny, por entonces directora del *Bureau of Recipient Affairs*, presentamos nuestro caso a la comisión. Usando la analogía con los consejeros de

las adicciones químicas (*Chemical Addiction Counselors*, CASACs), a quienes se les valora por su experiencia de recuperación del alcohol y/o del abuso de sustancias, nuestro caso fue revisado y aprobado en tiempo récord. Mientras esto fue tomado como un gran éxito, luego tomó más de 10 años para que un número considerable de ex pacientes psiquiátricos o personas con experiencias de padecimiento mental fueran contratados bajo esta nueva figura. Desde entonces, varios otros Estados siguieron estos pasos, aunque la mayoría se abstuvo de ratificar las credenciales del trabajo por medio de una oficina de servicios sociales (11).

Los requisitos para el trabajo en el Estado de Nueva York incluían:

- Conocimientos experienciales básicos sobre habilidades de afrontamiento para lidiar con los síntomas de la discapacidad psiquiátrica.
- Conocimientos básicos sobre técnicas de auto-ayuda y procesos grupales.
- Conocimientos básicos de servicios generales y derechos.
- Habilidad para conectarse verbalmente y empatizar con los usuarios en base a una experiencia en común de haber recibido servicios de Salud Mental.
- Habilidad para tener paciencia, alentar y dar apoyo al otro.
- Habilidad para enseñar habilidades a otras personas o en pequeños grupos.
- Habilidad para facilitar reuniones grupales.
- Habilidad para defender de modo decidido a los usuarios y negociar con los proveedores de servicios.

Las responsabilidades del trabajo según el nuevo título del Servicio Social incluían¹:

- Desarrollo y aplicación de habilidades de afrontamiento personalizadas: comprometer a los usuarios por medio de la construcción de una buena relación y de confianza; facilitación de la exploración y comprensión de sus síntomas psiquiátricos, e identificación de las áreas en las que los usuarios necesitan apoyo; reconocimiento de las señales de alarma personales que pudieran llevar a una recaída y desarrollo de habilidades de afrontamiento específicas; desarrollo de un plan de contingencia ante una crisis y habilidades para manejarla.
- Enseñar y modelar técnicas de auto-ayuda, procesos de los grupos de auto-ayuda, y habilidades para el trabajo en red.
- Desarrollar habilidades para el empoderamiento y la vida en la comunidad: desarrollar la capacidad afirmativa y habilidades para la comunicación que faciliten una participación activa en la planificación del tratamiento; definir metas de rehabilitación individuales; enseñar habilidades de la vida diaria (aprendizaje, trabajo, socialización, recreación, crianza, etc.).
- Abogar en defensa de la persona y sobre el siste-

ma: proveer información sobre los servicios de Salud Mental y sobre otro tipo de servicios generales; cómo manejarse con los sistemas burocráticos y los servicios; proveer nexos con otros servicios; asesorar sobre derechos; identificar y ejercer derechos; abogar en favor de las necesidades de las personas con discapacidad psiquiátrica; proveer educación y capacitación en temas referidos a la recepción de ayuda.

A partir del puesto original en el Servicio Social dentro de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, el cargo de PE también se incorporó en otras entidades de servicio gubernamentales, como los servicios de Salud Mental del condado y de la ciudad. Por ejemplo, en base a un requerimiento legal que siguió a la muerte de una mujer (Esmin Green) que esperaba para obtener una cama para internarse en el Kings County Hospital en Brooklyn, se crearon casi 20 puestos para PE en el sistema para que fuese más abarcativo (que atendía cerca de 2 millones de personas).

Veinte años de investigación en los servicios de apoyo de pares

Da la impresión que hasta hoy nuestro estudio sería uno de los muy pocos que mostró efectos asociados con determinados atributos específicos de los PE. Esto es extraño, considerando la difusión del empleo de PE, cuya justificación se basaría precisamente en este supuesto. En su trabajo de revisión, Davidson incluyó erróneamente nuestra investigación en la categoría de "*pares que proveen servicios convencionales*". Aun así, determinó que estos estudios mostrarían un resultado superior en el compromiso de "*usuarios difíciles de alcanzar*", reduciendo las tasas de hospitalización y los días de internación (3). Cuando se mira con detenimiento los cuatro estudios que cita Davidson, además del nuestro, resulta que los servicios provistos por los pares son sumamente diferentes (3). Chinman et al, sí compararon servicios de gerenciamiento de caso provistos por pares y, estos mismos servicios, por personas que no eran pares, sin demostrar diferencias significativas en el resultado (2). Esto mismo sucede con Sells et al, en donde los pares tuvieron el rol de gerenciadores de caso y mostraron un compromiso mayor y más rápido con usuarios privados de derechos, sin que luego mejorasen los resultados (12). Otro estudio del grupo de Yale, encabezado por Sledge, pudo mostrar una reducción en la tasa de reinternación de personas que, a la salida de una hospitalización, recibían ayuda de un "par mentor" (13).

El estudio reciente de Landers y Zhou informa los resultados del programa de apoyo de pares del estado de Georgia, que fue el primero en todo el país en ofrecer servicios de pares reembolsables bajo la opción de "Rehabilitación" de Medicaid. De acuerdo a este artículo, el apoyo de pares en Georgia es típicamen-

¹ Resumen de la descripción original del puesto de trabajo de Peer Specialist Civil Service Title, New York State Office of Mental Health, 1993.

te brindado por usuarios para usuarios en un formato de tratamiento grupal ambulatorio de no menos de 12 horas por semana. Especialistas certificados en apoyo de pares ayudan a los usuarios a identificar las fuentes y los apoyos para cumplir sus metas de recuperación. Las actividades promueven la socialización, la recuperación, el bienestar, el abogar por sí mismos, el desarrollo de apoyos naturales, y la conservación de habilidades para la vida en la comunidad. De acuerdo al análisis retrospectivo que hacen de los reclamos de Medicaid, el apoyo de pares se asociaba con una mayor probabilidad de estabilización luego de una crisis, la reducción -aunque estadísticamente no significativa- en la probabilidad de internación, y la reducción estadísticamente significativa en la probabilidad de una internación psiquiátrica de quienes no pasaron por un episodio de estabilización de una crisis² (6).

En el intento de especificar mejor el impacto de intervenciones basadas en pares, el grupo de Yale, se encuentra en la actualidad realizando un estudio a gran escala de la "atención y el plan de tratamiento centrados en una persona culturalmente competente", lo cual consideran que está basado en la evidencia (16), aún están pendientes los resultados. Parece que los servicios clínicos han dado toda la vuelta e incorporan pares como prestadores en intervenciones que se han alejado considerablemente del rol que originalmente era transformador, tal como lo imaginó el movimiento a favor del empoderamiento.

Repper y Cartar también brindaron una revisión de los estudios sobre el apoyo de pares en los servicios de Salud Mental y llegaron a conclusiones algo diferentes. Al juntar los hallazgos de siete ensayos clínicos randomizados con otros estudios de variados diseños cuasi-experimentales y transversales, llegaron a la conclusión que el apoyo de pares impacta fundamentalmente en áreas que "*las personas con experiencias personales asocian con su propia recuperación*". Esto incluye "*promover la esperanza y creer en la posibilidad de recuperarse, aumento del empoderamiento y el autoestima, el propio manejo de las dificultades, y la inclusión social, el compromiso y las redes sociales*" (10). Por extraño que parezca, olvidaron por completo citar nuestro estudio (4), que había hallado que los beneficios más significativos se daban en determinadas áreas específicas de la calidad de vida, probablemente una medida más precisa de las circunstancias vitales y su percepción subjetiva. Los beneficios en el área de la inclusión social se basan fundamentalmente en un estudio longitudinal llevado a cabo en Canadá (9), aunque Repper y Carter (10) olvidaron mencionar que estos hallazgos tuvieron lugar en la evaluación de pares trabajando en programas dirigidos por pares y no en servicios generales de Salud Mental. Sería esperable que pares trabajando en ese tipo de organi-

zaciones tuvieran un impacto diferente tanto a nivel individual como sistémico (5).

¿Agentes de cambio o sostenedores del status quo?

En un comienzo, la idea de introducir PE en un sistema estatal de Salud Mental estaba igualmente motivada por el deseo de mejorar la situación de las personas que recibían los servicios como por la necesidad de producir una amplia reforma en el sistema y cambiar la cabeza y el corazón de los prestadores tradicionales de los servicios. Nuestro proyecto piloto federal parece haber aportado alguna evidencia en ambos sentidos. Usuarios del gerenciamiento intensivo de casos mostraron un beneficio directo en áreas de la calidad de vida subjetiva, en tanto quienes trabajaban con los pares especializados también se veían positivamente influenciados, lo cual también podría haberse traducido en adicionales beneficios para los usuarios -aun si éstos no hubieran tenido contacto directo con los pares. En otros términos, habrían existido efectos directos e indirectos, estando estos últimos mediatizados por actitudes y comportamientos diferentes por parte de los gerenciadore de caso, quienes eran trabajadores estatales de larga data.

Por desgracia, este doble efecto no ha vuelto a investigarse. Una somera revisión de la literatura aconsejaría una más modesta expectativa de la inclusión laboral de pares. El cambio en el sistema rara vez forma parte de los objetivos, lo cual sería justo para estos nuevos empleados, siendo que no se los contrata explícitamente para producir un cambio más abarcativo y para abogar en favor del sistema.

En estos 25 años, los puestos de PE han crecido exponencialmente a lo largo de la nación, incluyendo también a varios países europeos en los que utilizan esta denominación (otros países usan el término "expertos por experiencia"). De los cuatro puestos originales (tres trabajadores directos y un supervisor, Celia Brown), hoy se cuentan de a varios miles. Solo el estado de Nueva York paga a 100 personas bajo este nombre y aproximadamente a unas 300 que trabajan como pares bajo empleos que usan una variedad de otras denominaciones. Desde nuestra publicación de los resultados del estudio de PE como GIC (4), existen docenas de artículos que usan esta terminología, y otros tantos que discuten el rol de los pares en términos más generales (15).

La explosión de esta actividad, en la era de la reorientación de los servicios hacia una perspectiva basada en la recuperación, ha sido ampliamente elogiada, pero está lejos de ser algo simple y sin dobleces. Una de las expectativas iniciales, la inclusión de pares como trabajadores de la Salud Mental que produciría un cambio paradigmático, no se ha confirmado del todo. Con frecuencia, más bien ha sido lo contrario. Han sido los pares quie-

² Por "estabilización de una crisis" entendemos una alternativa residencial sin internación psiquiátrica, que ofrece estabilización psiquiátrica y servicios de desintoxicación.

nes han quedado incluidos en la provisión de servicios de Salud Mental tradicionales, por ejemplo en equipos de tratamiento asertivo comunitario o en unidades de internación. En tales situaciones, es difícil discernir si los pares logran que los destinatarios del servicio mejoren su situación y ellos mismos obtengan mejores resul-

tados, sin algún tipo de coerción y otras formas de mala praxis.

Nota

Traducción: Martín Agrest

Referencias bibliográficas

1. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psycho-Social Rehabilitation Journal* 1993; 16 (4): 11-23.
2. Chinman MJ, Rosenheck R, Lam JA, Davidson L. Comparing consumer and non-consumer provided case management services for homeless persons with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188 (7): 446-453.
3. Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012; 11 (2): 123-128.
4. Felton CJ, Stastny P, Shern DL, Blanch A, Donahue SA, Knight E, et al. Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on client outcomes. *Psychiatr Serv* 1995; 46 (10): 1037-44.
5. Janzen R, Nelson G, Hausfather N, Ochocka J. Capturing system level activities and impacts of mental health consumer-run organizations. *Am J Community Psychol* 2007; 39 (3-4): 287-299.
6. Landers GM, Zhou M. An analysis of relationships among peer support, psychiatric hospitalization, and crisis stabilization. *Community Ment Health J* 2011; 47 (1): 106-12.
7. Lovell AM, Stastny P, Katz G. Development of a consumer-run foodbank and outreach program. In: Proceedings of the 1992 Research Institute. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors; 1993. p. 45-54.
8. Mowbray CT, Chamberlain P, Jennings M, Reed C. Consumer-run mental health services: results from five demonstration projects. *Community Mental Health J* 1988; 24 (2): 151-156.
9. Nelson G, Ochocka J, Janzen R, Trainor J, Goering P, Lomorey J. A longitudinal study of mental health consumer initiatives: part V -outcomes at 3-year follow-up. *J Community Psychol* 2007; 35 (5): 655-665.
10. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* 2011; 20 (4): 392-411.
11. Salzer MS, Schwenk E, Brusilovskiy E. Certified peer specialist roles and activities: results from a national survey. *Psychiatr Serv* 2010; 61 (5): 520-523.
12. Sells D, Davidson L, Jewell C, Falzer P, Rowe M. The treatment relationship in peer-based and regular case management for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2006; 57 (8): 1179-84.
13. Sledge WH, Lawless M, Sells D, Wieland M, O'Connell MJ, Davidson L. Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatr Serv* 2011; 62 (5): 541-544.
14. Solomon P, Draine J. The efficacy of a consumer case management team: 2-year outcomes of a randomized trial. *J Mental Health Adm* 1995; 22 (2): 135-46.
15. Stastny P. Introducing peer support work in Latin American mental health services. *Cad saúde colet* 2012; 20 (4): 473-481.
16. Tondora J, O'Connell M, Miller R, Dinzeo T, Bellamy C, Andres-Hyman R, et al. A clinical trial of peer-based culturally responsive person-centered care for psychosis for African Americans and Latinos. *Clin Trials* 2010; 7 (4): 368-79.
17. Van Tosch L, Del Vecchio P. Consumer/Survivor operated self-help programs: a technical report [Internet]. Maryland: SAMHSA; 2001. Available from: <http://akmhcweb.org/docs/selfhelp.pdf>.

Ombudsman personal y toma de decisiones con apoyo

Maths Jespersion

Secretario Regional del Swedish national organization of ex users and survivors of Psychiatry.
Miembro de PO-Skåne.
E-mail: maths.jespersion1@comhem.se

Voy a contarles un poco acerca de nuestro servicio *Personligt Ombud*¹² (PO) - Skåne, el cual iniciamos en 1995. Éste es conocido mundialmente, especialmente en relación a la Convención de las Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

Nuestro servicio ha sido presentado en el “Reporte Mundial sobre Discapacidad”, publicado por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial en 2011 (2). Pero éste se inició 10 años antes de que fuese adoptada la Convención de Naciones Unidas, en medio

Resumen

El ombudsman personal es un servicio innovador que surge de la reforma psiquiátrica sueca de 1995. Posteriormente se ha vuelto mundialmente conocido por su relación con la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de Naciones Unidas, debido a que constituye uno de los pocos ejemplos concretos acerca de toma de decisiones con apoyo (artículo 12 de la convención). Un ombudsman personal es un profesional, altamente capacitado, quien trabaja 100% en favor de su cliente. PO-Skåne es una organización que maneja dicho servicio, la cual pertenece de manera conjunta a la asociación de usuarios (RSMH) y a otra de familiares (IFS).

Palabras clave: Ombudsman personal - Toma de decisiones con apoyo - Custodia - Capacidad Legal - Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad - Servicio manejado por usuarios.

PERSONAL OMBUDSMAN AND SUPPORTED DECISION MAKING

Abstract

Personal ombudsman (PO) is an innovative new service that came out of the Swedish psychiatric reform in 1995. It has later become well known all over the world in connection with the UN Convention on the Rights for Persons with Disabilities (CRPD), as it is one of few concrete examples of supported decision-making (article 12 of the convention). A PO is a professional, highly skilled person, who works to 100 % on the commission of his client only. One organisation that runs such a service is PO-Skåne, which is owned by the user association RSMH together with the family association IFS.

Key words: Personal ombudsman - Supported decision-making - Guardianship - Legal capacity - CRPD - User-run service.

¹ Es difícil traducir nuestra palabra sueca “*personligt ombud*”. Posiblemente la traducción más apropiada sería la de “*agente personal*”, pero por lo general se traduce como *personal ombudsman*, en inglés, término que ha sido utilizado desde entonces ampliamente en diversos textos internacionales.

² N. del T.: si bien “ombudsman” no figura en el diccionario, y se suele utilizar el término de “*defensor del pueblo*”, se ha decidido conservar la denominación de “ombudsman” a lo largo de la traducción y abreviar “ombudsman personal” como OP. En las ocasiones en que se refiere al servicio se ha conservado la denominación PO-Skåne.

de un contexto diferente, referido a la experiencia que tenemos como usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría, y nuestras ideas acerca del apoyo que pensamos necesitaríamos frente a ciertas situaciones.

La organización de usuarios RSMH (Asociación Nacional para la Salud Mental y Social) fue fundada en 1967, cuando el antiguo asilo estaba en su apogeo con 36000 personas internadas en toda Suecia. Ese fue, también, el momento de cambio, ya que poco después comenzó el proceso de cierre de los grandes hospitales psiquiátricos, siendo el RSMH una de las grandes fuerzas detrás de esta reforma. Cuando los pacientes psiquiátricos comenzaron a vivir en la comunidad en vez de hacerlo en los hospitales, RSMH adquirió un nuevo rol además del político: el apoyo de pares.

Para fines de la década de los ochenta, RSMH se había transformado en una organización enorme con 8000 miembros distribuidos en 150 grupos locales, y con 100 ex pacientes psiquiátricos empleados a tiempo completo mediante la ayuda de salarios subsidiados por el gobierno. Muchos de estos grupos tenían grandes departamentos y hasta casas propias, que servían como centros de día y de actividades, que los mismos usuarios dirigían. Comenzamos grupos de ayuda mutua y foros de debate, pero sobre todo apoyamos a nuestros miembros en todo tipo de situaciones, desde aspectos prácticos hasta episodios desestabilizantes, de riesgo de suicidio y psicosis.

Pese a que contábamos con muchos recursos, tampoco alcanzaban. Teníamos un límite en cuanto al apoyo de pares que podíamos ofrecer, tanto en lo que hacía al número de personas que podíamos dar ayuda, la habilidad necesaria para las acciones legales, el tiempo que se podía ofrecer, etc. Era sencillo dar apoyo de pares a pacientes psiquiátricos que eran amigos y lindas personas, pero, ¿qué hacer con quienes no eran tan agradables, incluso desagradados y hostiles?, ¿quién les daría apoyo a ellos?

Al aparecer en 1995 la oportunidad para aplicar a fondos del gobierno para un proyecto piloto con *Ombudsmen* Personales (OP), vimos allí la posibilidad de llevar nuestra experiencia de apoyo de pares incluso un paso más allá. La organización regional RSMH-Skåne inició un proyecto con dos OP. Ambos eran miembros de nuestra organización, y tenían experiencia en depresión y psicosis, por haber sido pacientes psiquiátricos; pero, sobre todo, tenían habilidades profesionales para ocuparse de cuestiones legales y lidiar con las autoridades. Uno era un Trabajador Social entrenado, mientras que el otro había recibido también educación universitaria. Podían dar apoyo a nivel personal así como a nivel profesional, y como OP podía desempeñarse a tiempo completo. Nuestra experiencia en el tema de apoyo de pares sentó las bases fundamentales de cómo debían desempeñarse los OP.

En el año 2000, transformamos este proyecto piloto en un servicio permanente, dirigido por una nueva organización no gubernamental llamada PO-Skåne, siendo Skåne la provincia que queda más al sur en Suecia, y tiene cerca de 1200000 habitantes. Un tercio

de ellas vive en Malmö, que es la tercera ciudad más grande de Suecia. PO-Skåne es una organización fundada en 2000 por las divisiones regionales en Skåne, que es parte de la RSMH, una organización de usuarios más amplia, y por la organización familiar Asociación de la Esquizofrenia (1). La mitad de los miembros del consejo de PO-Skåne son nombrados por la primera de estas asociaciones, y la otra mitad por la segunda, lo cual significa que el consejo está conformado por usuarios y familiares. El consejo es el empleador del director administrativo y de los 15 OP. Esto significa que, aunque PO-Skåne es un servicio profesional, está controlado por usuarios y el trabajo se realiza de acuerdo a los lineamientos hechos también por usuarios. Ser miembro del directorio es un compromiso voluntario, pero el director administrativo y los OP reciben un salario mensual. A su vez, el servicio es gratuito para los clientes.

Antes de describir en detalle al servicio PO, quisiera explicar un poco acerca de su relación con la Convención de Naciones Unidas, lo cual aporta una idea clara respecto a aquello de lo cual trata el ombudsman personal.

En enero de 2006 presenté el PO-Skåne en la sede central de las Naciones Unidas en Nueva York, en el marco de un evento paralelo que se realizó durante en receso de almuerzo del comité *Ad Hoc* que estaba preparando la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Generalmente se organizaban 3 o 4 eventos paralelos durante los recesos de almuerzo entre las dos sesiones diarias, y tales eventos formaban parte del programa oficial. El nuestro fue organizado conjuntamente por la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría, *Mind Freedom* Internacional, e Inclusión Internacional, y fue patrocinada por Canadá. El pasillo estaba completamente lleno de gente, lo cual significa que muchos de los embajadores de Naciones Unidas no pudieron conseguir una silla y debieron sentarse en el suelo para poder escuchar a nuestros seis oradores.

El propósito de nuestro evento era convencer a los delegados de los países sobre la necesidad de hacer un cambio radical de paradigma, en lo que se refería al Artículo 12 de la Convención -el artículo sobre la "capacidad legal"-. En lugar de argumentar desde una perspectiva de derechos humanos, consideramos que teníamos también que presentar algunos ejemplos prácticos sobre "toma de decisiones con apoyo", para mostrar que ello era posible, incluso para las personas con las más severas discapacidades psicosociales e intelectuales. Teníamos que combatir el argumento de la tutela para este grupo de personas, mostrando mediante ejemplos concretos que tanto la tutela, como otras formas de sustitución de la toma de decisiones, no eran necesarias.

La respuesta de la audiencia fue abrumadora. Los delegados de los países estaban muy entusiasmados con nuestro servicio PO, pese a que no sabían si sería posible aplicar algo como eso en sus respectivos países. Recuerdo especialmente al jefe de la Unidad de Disca-

pacidad del Ministerio de Justicia de los Estados Unidos quien se me acercó tras la presentación y me dijo: *“Esto es muy bueno. Pero es Suecia. Ustedes tienen dinero para ese tipo de cosas. No creo que algo así sea posible aquí en los Estados Unidos”*.

De todas maneras, nuestro evento paralelo tuvo sus efectos. En la sesión de la tarde el comité *Ad Hoc* discutió el Artículo 12, y se produjo un giro de paradigma cuando los delegados -tras una ardua discusión- llegaron a la conclusión de que la sustitución en la toma de decisiones degradaba la personalidad de la persona con discapacidad, y que estaba en consecuencia en contra del propósito y significado de toda la Convención, por lo cual debía ser reemplazada por la toma de decisiones con apoyo. A partir de ello, el texto del artículo 12 fue modificado, quedando la versión final que ahora conocemos.

El Artículo 12 de la Convención señala claramente que todas las formas de tutela están en contra de ésta, y que deben ser por lo tanto abolidas. Para las personas que tengan dificultades para expresar o comunicar sus decisiones y deseos, el Estado deberá tomar las medidas apropiadas para proveerles del apoyo que requieran en el ejercicio de su capacidad legal. Ello significa que la toma de decisiones no puede serles quitada y otorgada a otra persona (como un tutor o guardián), sino que debe permanecer en la propia persona con discapacidad, aunque puede que ella requiera de alguna ayuda para expresar y comunicar sus decisiones. Así, la toma de decisiones tutelada debe ser abolida y reemplazada por la toma de decisiones con apoyo.

Debido a que el OP es un ejemplo concreto de la toma de decisiones con apoyo, es que hay gran interés en este modelo, en tanto muchos países están considerando la opción de abolir sus viejos sistemas tutela-

res. Por ello es que he presentado nuestro servicio en diversas ciudades europeas como Oslo, Copenhague, Dublín, Bruselas, Berlín, Alzey, Viena, Lisboa, Florencia, Ljubljana, Belgrado, Sofía, Budapest, Praga y Riga.

Pero antes de entrar en detalle en el trabajo del servicio OP, quisiera ir a sus inicios en 1995. El sistema sueco de OP surgió de la reforma psiquiátrica sueca de 1995. El comité a cargo de preparar la reforma se dio cuenta de que algo esencial estaba faltando, referido al apoyo que las personas con problemas psiquiátricos recibían de la sociedad. Las municipalidades habían desarrollado programas bastante buenos respecto a la cuestión habitacional, a la rehabilitación, al empleo, no obstante, el apoyo para las personas con discapacidad psicosocial severa no funcionaba del todo bien. El comité parlamentario, entonces, tuvo la idea de algo completamente nuevo, a lo cual llamaron *“personal ombudsman”*. Sin embargo, se tenía una idea muy vaga de lo que eso debía ser.

Para el desarrollo de la idea, el parlamento decidió financiar diez proyectos con OP en el curso de tres años. Se discutió bastante acerca de cuáles debían ser los principios de esos nuevos servicios. Algunos consideraban que debían ser manejados por el Gobierno, pero otros creían que el servicio debía ser manejado por organizaciones independientes a fin de evitar el conflicto de intereses. Se comparó a los OP con los abogados, quienes debían ser independientes a fin de poder defender a sus clientes. Pero debido a las diferentes y conflictivas opiniones acerca de cómo organizar el servicio, el parlamento decidió que se probarían diferentes modelos, con distinto manejo, en el periodo 1995-1998.

Cuando tuve noticia de esto pensé que sería una gran oportunidad para que desarrollásemos un modelo de



OP por nosotros mismos. Apliqué a la financiación del proyecto, y fuimos seleccionados como uno de las diez experiencias a financiar, y es importante destacar que la Comisión Nacional de Salud recibió cientos de aplicaciones. El nuestro fue uno de los dos proyectos que tenía a los usuarios como parte de la organización del servicio como uno de sus principios. Todos los demás proyectos eran dirigidos por gobiernos locales.

Cuando iniciamos nuestro servicio en 1995, sólo teníamos a dos OP y a mí como coordinador del proyecto. En el periodo de duración del proyecto tuvimos resultados muy buenos, tanto cuantitativos como cualitativos, de acuerdo a la investigación que fue realizada por dos investigadores asignados por el Consejo Nacional de Salud. Actualmente este proyecto es el único elemento de la reforma psiquiátrica de 1995 que puede mostrar algún éxito. Ello condujo a que el parlamento sueco decidiera en el 2000 respaldar el desarrollo de OP en todo el país -aún con diferentes principios respecto al manejo de los servicios, en la medida en que el parlamento aún no había podido decidir cuál modelo era el mejor.

Debido a que el OP se constituyó en un servicio permanente, con una difusión mucho más amplia que en el periodo del proyecto 1995-1998, decidimos reorganizar nuestro propio servicio. Hasta ese momento nuestro servicio era conducido sólo por nuestra organización de usuarios de la región, pero en 1999 pedimos a la organización familiar regional que se nos uniese. Fue así como en el año 2000 fundamos de manera conjunta la nueva organización PO-Skåne, con OP operando en la región de Skåne.

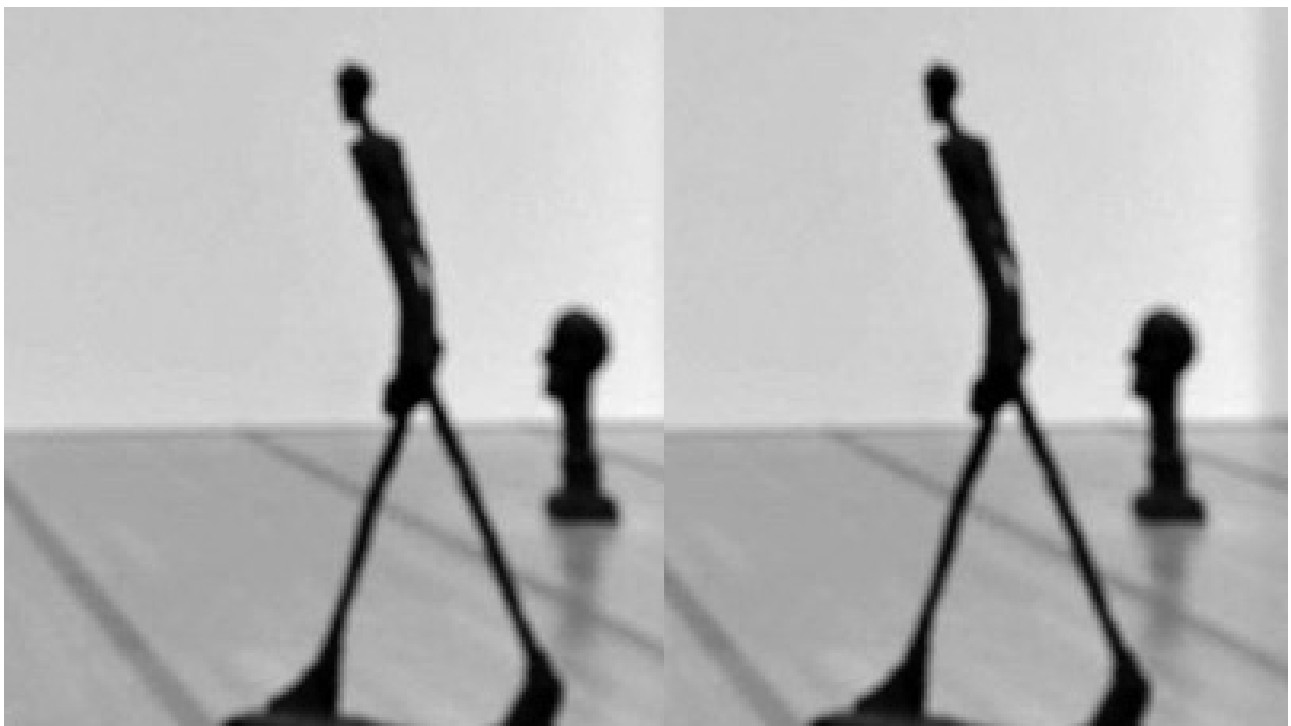
PO-Skåne opera como contratista en 10 de las 33 municipalidades de la provincia. La mitad del presupuesto del servicio proviene de subvenciones del Esta-

do, mientras que la otra mitad proviene de las municipalidades locales. Pero este dinero no constituye un gasto para el gobierno, ya que se ha encontrado que es incluso rentable, a partir de análisis financieros respecto a los resultados del servicio, realizados por economistas del Consejo Nacional de Salud. Por cada euro que el gobierno gasta en el servicio PO, recibe en retorno 17 euros.

La mayoría de los OP son Trabajadores Sociales, pero hay algunos Abogados también. Es fundamental que el OP tenga un amplio conocimiento acerca del sistema legal, las leyes, la administración y las autoridades con las que se trabaje. Debido a que tal conocimiento es tan importante, es que empleamos a personas con alguna formación académica en estos temas. Las otras habilidades que buscamos cuando empleamos a un OP es su actitud hacia los clientes y su capacidad para comunicarse con este grupo de gente. Estas habilidades son cualidades personales, y no se aprenden en ninguna escuela. Para asegurar que los nuevos OP tienen estas cualidades, se les contrata primero para un periodo de prueba de seis meses.

Un nuevo OP es asignado a un mentor y supervisor experimentado durante los primeros meses. Se le entrena también en su nuevo rol a través de una serie de talleres, seminarios y lecturas. Una de las cuestiones importantes es "olvidar" su vieja profesión como Trabajador Social o Abogado, pues no deben llevar sus viejos roles a este nuevo. Se le asignan solamente uno o dos clientes en esta primera etapa, y sólo tras varios meses se le asignan los casos totales que debe manejar, que suelen ser entre 12 y 15 por OP.

Ahora voy a contarles un poco acerca de cómo funciona el trabajo del OP en la práctica. Me limitaré a señalar las principales características del servicio:



- Un OP es un profesional, una persona altamente calificada, que trabaja 100% dedicado a su cliente únicamente. No está vinculado a los servicios psiquiátricos o sociales o cualquier otra autoridad, ni tampoco con los familiares del cliente o cualquier otra persona de su entorno.

- El OP sólo hace lo que su cliente quiere que haga. Como puede tomar un largo tiempo -algunas veces varios meses- el que el cliente sepa y se atreva a decir qué tipo de ayuda quiere; el OP debe esperar, aunque muchas cosas resulten caóticas y un completo desorden.

- Esto también significa que el OP tiene que desarrollar un compromiso a largo plazo con sus clientes, usualmente de varios años. Esto es una condición necesaria para desarrollar una relación de confianza y así poder abordar a asuntos o cuestiones más esenciales.

En nuestro servicio con OP, lo más importante ha sido desarrollar formas de trabajo que se ajusten al grupo de personas con problemas de salud mental más difíciles. En otros proyectos, por lo general, son los clientes quienes tienen que ajustarse al sistema burocrático, pero nosotros trabajamos de manera inversa. El OP tiene que ser muy flexible, creativo y no convencional en encontrar formas de trabajo con este grupo de personas.

Introduciré brevemente algunas pre-condiciones que creo son necesarias si realmente se quiere llegar a este grupo de personas, y llevar a la práctica la toma de decisiones con apoyo con ellas:

- El OP no trabaja en un horario de oficina de lunes a viernes. Su trabajo es de 7 días a la semana, las 24 horas al día, y debe estar preparado para esta flexibilidad horaria, ya que los problemas del cliente no se concentran en las horas de oficina, e incluso algunos clientes son más fácilmente contactables durante las noches o los fines de semana. El OP trabaja 40 horas semanales pero tiene un esquema flexible de trabajo en cada semana de acuerdo a las necesidades de sus clientes.

- El OP no tiene una oficina, porque "la oficina es poder". El OP trabaja en su propia casa con la ayuda del teléfono e internet, y se reúne con sus clientes en su casa o en lugares neutrales de la localidad.

- El OP trabaja primariamente de acuerdo a un modelo relacional. Debido a que muchos clientes son suspicaces u hostiles, y a quienes es difícil llegar por tales motivos, el OP tiene que llegar a ellos, y eso se puede procurar hacer mediante una serie de pasos: 1) Hacer contacto; 2) desarrollar una comunicación; 3) establecer una relación; 4) iniciar un diálogo; 5) obtener comisiones o encargos. Alcanzar cada uno de estos pasos puede llevar mucho tiempo. Sólo realizar el contacto puede tomar varios meses. Puede significar comenzar

a hablar con una persona psicótica que vive en un parque, o hablar a través del buzón del correo con alguien que está muy atrincherado. Solo cuando se ha establecido una relación y se ha iniciado un diálogo, el OP podrá realizar encargos o comisiones para su cliente.

- No debe existir un procedimiento burocrático para llegar al OP. Si se requiere firmar un formato, o si es necesaria una nota de admisión, muchos pacientes psiquiátricos retrocederán y no contactarán al OP, siendo posiblemente las personas que más requieran del apoyo del OP. Para conseguir un OP de PO-Skåne no se requiere ningún procedimiento formal. Después de que se ha establecido la relación el OP puede preguntar simplemente "¿Quieres que sea tu OP?", si la respuesta es "Sí", la cuestión ha quedado establecida.

- El OP debe ser capaz de apoyar al cliente en todo tipo de asuntos. Las prioridades del cliente no suelen ser las mismas que las de las autoridades o los familiares. De acuerdo a 10 años de experiencia, las primeras prioridades de los clientes no suelen ser la vivienda o la ocupación, sino problemas existenciales ("¿por qué debo vivir?", "¿por qué mi vida se transformó en la vida de un paciente mental?", "¿tengo alguna esperanza de cambio?"), la sexualidad o problemas con sus familiares. El OP debe ser capaz de pasar mucho tiempo hablando con su cliente también sobre este tipo de cuestiones.

- El OP debe estar capacitado para argumentar de manera efectiva por los derechos de su cliente frente a diversas autoridades o en la corte. Todos los OP de PO-Skåne tienen algún grado académico de una universidad o un nivel educativo similar. Muchos de ellos son Trabajadores Sociales, pero algunos son Abogados o tienen otras especialidades.

- El cliente tiene el derecho al anonimato frente a las autoridades. Si él no desea que el OP le diga a nadie que él o ella tiene un OP, esto debe ser respetado. PO-Skåne recibe dinero de la comunidad para desarrollar el servicio, pero hay un párrafo en el contrato que dice que el OP se puede negar a revelar el nombre de sus clientes a la comunidad.

- El OP no conserva ningún registro. Todos los documentos pertenecen al cliente. Cuando su relación se termina, el OP debe o bien entregar todos los documentos al cliente o quemarlos en compañía del cliente. Ningún papel o notas deben permanecer en poder del OP ■

Nota

Traducción: Sara Ardila Gómez

Referencias bibliográficas

- Jespersion M. Personal Ombudsman in Skåne. A user-controlled service with personal agents. In: Lehmann P, Stastny P, editors. Alternatives beyond psychiatry, Peter Lehmann Antipsychia-
- trieverlag. Berlin: Eugene/Shrewsbury; 2007. p. 299-304.
- World Health Organization, The World Bank. World Report on Disability. Geneva: World Health Organization; 2011. p. 138.

El aporte de los pares al trabajo en salud mental: consideraciones acerca de las relaciones entre los sistemas formales e informales de ayuda. Relato de una experiencia

Sara Ardila Gómez

*Psicóloga; Doctora en Salud Mental Comunitaria; Becaria Posdoctoral CONICET, sede Universidad Nacional de Lanús; Docente/
Investigadora Cátedra II Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
E-mail: saraardi@gmail.com*

Martín Agrest

*Lic. en Psicología; Magíster en Administración de Sistemas y Servicios de Salud.
Proyecto Suma, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental.
E-mail: magrest66@gmail.com*

Daniel Abadi

*Médico Psiquiatra; Coordinador del Área de talleres y rehabilitación (SUM), Proyecto Suma.
E-mail: daniel.abadi@gmail.com*

Carmen Cáceres

*Lic. en Psicología; Proyecto Suma, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental.
Equipo de Capacitación, Programa de Rehabilitación y Externación Asistida, Hospital Interzonal "José A. Estéves".
E-mail: carmenmercedes7@yahoo.com.ar*

Resumen

La inclusión de pares al trabajo en Salud Mental ha sido terreno de discusión, en términos de la delimitación de las incumbencias de su tarea, así como de su relación con los equipos de profesionales. Algunos consideran la necesidad de capacitar a los pares en herramientas de intervención, y otros ven peligro en ello, en la medida en que dicha práctica podría tener la pretensión de reemplazar ciertas tareas ejercidas por profesionales. Con base en tal debate, y a partir del relato de una experiencia de inclusión de pares al trabajo en una institución de Salud Mental, se reflexiona acerca de la relación entre pares y profesionales, así como sobre la especificidad del rol del par. Se plantea que uno de los aportes de la incorporación de pares a los equipos de Salud Mental es el de ayudar a los profesionales a reflexionar sobre la dimensión relacional de su tarea, y sobre sus formas de tratar y pensar acerca de los pacientes.

Palabras claves: Apoyo Social - Salud Mental - Atención al Paciente.

PEERS CONTRIBUTION TO MENTAL HEALTH WORK: CONSIDERATIONS ON THE RELATIONSHIP BETWEEN FORMAL AND INFORMAL HELP. A CASE STUDY IN A MENTAL HEALTH FACILITY IN BUENOS AIRES

Abstract

Including peers to the mental health workforce has been part of a larger debate regarding specificity and incumbencies of peers' work, as well as their relationship with other workers. While some members of the workforce are proposing to train peers to have them help in different settings and interventions, others see them as unfair and underprepared competitors trying to replace them. Based on this debate, and from a Collective Health perspective on the concept of "care", this paper supports the idea that, since they put "care" as central to anything done by the mental health workforce, peers could be crucial to practices in Mental Health. An experience that took place in a Day Hospital in Buenos Aires City, conversed within a group dedicated to reflect on peers' support, is analyzed in order to unveil the relationship between peers and professionals, as well as peers' specificity. It is withstand that one of the main contributions of including peers is to help professionals think more about the relational dimension of their work and about the way they treat, call and refer to patients.

Key words: Social support - Mental health - Health care.

Introducción

La inclusión de personas que han atravesado situaciones de padecimiento mental y que han logrado hacer de dicha experiencia una oportunidad para, en calidad de pares, ayudar a otros en su recuperación no es algo novedoso. Existen registros de que a fines del siglo XVIII el superintendente del Hospital Bicêtre de París sugería al célebre Philippe Pinel que contratara a personas que tuvieran la experiencia de haber estado internadas ya que ellas serían “*más amables, honestas y humanas*” (6). Desde entonces, estas experiencias se han multiplicado aunque, en los últimos veinte años, han cobrado algunas características novedosas. La participación de personas que han sufrido trastornos mentales en calidad de pares se liga hoy día a cuestiones de derechos, a un reconocimiento de sus capacidades (que está presente tanto en la legislación nacional como internacional), a una concepción del devenir de sus padecimientos bajo la perspectiva de la recuperación (*recovery*) y, por último, al reconocimiento más extendido por parte de los profesionales de la salud mental que estas personas pueden cuidarse y cuidar a otros de modos indudablemente valiosos y, a su vez, diferentes de la forma de hacerlo de los profesionales, lo cual hasta hace unas pocas décadas solo eran imaginables como tareas que podían desempeñar quienes hubiesen realizado estudios formales en la materia.

Tampoco es nuevo que las personas se ayudan y apoyan por fuera de las redes formales (8, 9), siendo éste un fenómeno que ni siquiera es privativo de los seres humanos. Los estudios de fines del siglo XIX en el reino animal, sintetizados en el libro “*Mutual aid: a factor of evolution*” (13), enseñan la notable capacidad de asociación vinculada a la caza, la alimentación, el cuidado de las crías, la defensa o la migración, entre los más variados grupos de animales, observándose, inclusive, ayuda entre diferentes especies.

Mucho antes de existir sistemas formales de ayuda, las personas colaboraban entre sí y se daban soporte y, afortunadamente, este accionar humano persiste. Es un fenómeno relativamente reciente que los apoyos para el padecimiento mental se centren en servicios formales de salud, profesionalizando y reglando formas de interacción que derivan de los cuidados que todas las sociedades -en mayor o menor medida- todavía conservan como patrimonio de la población en su conjunto. La mayor proliferación del cuidado formal se ha producido junto con el proceso de urbanización, principalmente en los grandes conglomerados humanos, en donde el tiempo para la amistad y el compartir entre iguales han ido perdiendo fuerza a tenor del crecimiento tanto del anonimato como de los servicios profesionales. Cabe mencionar aquí el ya clásico estudio piloto sobre esquizofrenia desarrollado entre fines de la década de los sesenta y principios de los setenta por la Organización Mundial de la Salud, en el cual se señaló que las diferencias en el curso de la esquizofrenia en distintos contextos culturales podía relacionarse con la mayor o menor presencia de

lo que en aquí denominamos como apoyo y cuidado informal (20).

Ahora bien, y de la mano de este proceso de urbanización de la humanidad que se ha acelerado en los últimos 50 años, se produjo una transformación en el modo de ayuda entre las personas, y la adjudicación de la capacidad de ayuda a “cuidadores expertos”, los profesionales de la salud mental, vino aparejado de una devaluación de las capacidades de ayuda supuestas a los “no expertos”. Pese a que siguieron, y siguen existiendo distintas formas de ayuda y resolución de los problemas, de los cuales los saberes y prácticas profesionales son sólo una dentro del abanico de opciones que utilizan las personas, se considera a esas otras formas de ayuda y cuidado como auxiliares, secundarias y subordinadas respecto a las prácticas y saberes profesionales (14).

No obstante lo anterior, un fenómeno que se ha ido produciendo a la par de la expansión del campo de acción de los profesionales y de su especialización y tecnificación, es el de la constatación de sus propios límites y problemas (12). Al respecto, las críticas a la medicalización de las últimas décadas cuestionan los límites de la intervención profesional, así como la inclusión dentro del campo profesional de prácticas que formaban parte de la “vida cotidiana”. En este escenario, podría señalarse que la ayuda de pares surge como un elemento que ejemplifica tal debate: por un lado, puede ser visto como la captura por parte del saber profesional de un hecho que era cotidiano -el que personas con problemas similares se ayudan-; pero, por el otro, puede ser visto también como un reconocimiento desde el saber profesional de los límites de su intervención, de la importancia de apoyar y sumar otras formas de ayuda, sin que ambos fenómenos resulten excluyentes.

En todo caso, la discusión de fondo que se presenta es si la ayuda de pares debe ser “organizada” desde los profesionales, o si el rol que cabe a los profesionales con la ayuda de pares es el de acompañarla intentando generar condiciones de posibilidad para que ese fenómeno cotidiano se potencie. Podría agregarse, además, una segunda cuestión y es la pregunta por lo que es específico de la ayuda dada por un par. Los pares conocen la enfermedad desde la vivencia y experiencia propia, que es distinta a la conceptualización que hacen de ésta los profesionales (11). Conocen las trayectorias que deben seguirse para la atención del padecimiento desde aquel que debe integrarlas (14). Saben acerca de lo que ocurre con las personas con enfermedad mental fuera de las horas de atención o consulta, es decir, la mayoría del tiempo en la vida de la gente, conociendo en este sentido lo que es “la vida real” de las personas (16). Y, además de lo anterior, los pares poseen una visión del que padece como un otro semejante, y en ese sentido, hacen presente lo que es el cuidado o, como se ha denominado, “*la dimensión ética de las prácticas en salud*” (15).

Así, y aunque esta dimensión cuidadora debería estar presente en toda práctica de salud, el par la trae y

recuerda todo el tiempo. Si hay un par presente, los profesionales comenzarán a reflexionar, idealmente, sobre los modos en los cuales hablan y tratan a las personas que atienden, a los "pacientes", porque se trata, fundamentalmente, de un semejante. Clay (4) señala que el rol de un par "especializado" o "especialista" (7) sería doble: en tanto función emancipatoria (que implica una creciente responsabilidad en la propia recuperación, las necesidades, aspiraciones y objetivos) y en tanto función de cuidado (basada en el apoyo empático y en el aliento, con el adecuado resguardo como para no constituirse en una presión).

Entonces, ¿qué significa que se estén incluyendo pares en los servicios formales de atención de personas con trastorno mental?, ¿es una recuperación de los aspectos positivos de la ayuda informal en el seno de instituciones y, de este modo, recuperar el humanismo que podría haberse perdido al tiempo que se perfeccionó su formalización?, ¿qué implicancias tiene para los servicios de Salud la formalización de la ayuda entre pares?, ¿es parte de la pérdida de los vínculos de apoyo informales, tal como lo fue el surgimiento de profesionales en la materia?, ¿sería parte de un proceso de "protocolización", o si se prefiere, de "profesionalización" de la ayuda, inclusive entre iguales?, ¿cuál puede ser el aporte de los pares en los equipos profesionales?

Así, y a partir de una experiencia de ayuda entre compañeros de un Hospital de Día (HdD), relatada en un grupo de trabajo formado por usuarios y profesionales para el acompañamiento de pares, se analizará la relación que se produce entre la ayuda formal e informal en una institución concreta de Salud Mental, así como el rol del par en dicho contexto. Se intentará entonces, abrir la reflexión sobre algunos de los interrogantes anteriormente planteados, tales como la relación entre profesionales y pares y sobre lo que sería específico de la ayuda brindada por un par.

Gestación de un grupo de reflexión sobre la tarea del acompañamiento entre pares

A comienzos de 2012 un grupo de profesionales -psicólogos, psicoanalistas, psiquiatras y un comunicador social- pertenecientes a Proyecto Suma, ONG dedicada a la Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental, interesados en la perspectiva de los usuarios y en los trabajos que realizan equipos de navegación por la comunidad que incluyen a pares (5), comenzaron a reunirse para diseñar un "curso de capacitación para pares". Las bases fundamentales para pensar en dicho curso eran la valorización de la experiencia de quienes habían atravesado problemas mentales y habían logrado algún tipo de inclusión social con posterioridad a esta situación. A diferencia de jerarquizar exclusivamente el saber técnico y profesional, un tipo de relación de saber unidireccional, esta propuesta intentaba privilegiar el saber experiencial de quien estuviese interesado en acompañar a otros desde su propia posibilidad de superar los obstáculos derivados de su trastorno mental.

Luego de algunos encuentros en los que se discutió acerca de la factibilidad y el sentido de capacitar a pares, siendo que lo que se proponía era valorizar su saber, se decidió modificar la convocatoria. El propósito no sería enseñar a los pares algún saber para que pudiesen acompañar a otros en la recuperación, sino conversar entre todos (usuarios de Proyecto Suma, de otras instituciones, ex usuarios, y profesionales) acerca de "las capacidades y posibilidades que las personas tenemos para ayudar a otros". El grupo quedó conformado por ocho personas, entre usuarios y profesionales, quienes se reunieron durante algunos meses a la manera de un grupo de reflexión sobre el tema de la ayuda. Entonces, de los participantes de ese grupo surgió un diseño posible para un curso de capacitación para el acompañamiento: consistiría en tres encuentros, coordinados cada uno de ellos por un usuario y un profesional, cuyos temas estarían contemplados de antemano según el consenso de todo el grupo de trabajo que había venido reuniéndose hasta ese momento. Estos fueron: 1) La trama social y el Sistema de Salud. ¿En qué consiste? ¿Quiénes nos pueden ayudar para poder ayudar? 2) La recuperación, algo que nadie puede hacer por nosotros pero que tampoco podemos hacer sin los otros. 3) ¿Cómo trabajar junto con profesionales de la salud mental? Cada encuentro contemplaría el trabajo sobre situaciones cotidianas y prácticas. Cada usuario eligió en qué lugar estaría en el curso: tres de ellos aceptaron formar parte de la coordinación y solo uno prefirió ser únicamente asistente del curso.

Entre todos se planteó que el objetivo fundamental del curso sería el de "ampliar las capacidades de ayuda de todas las personas y acompañar en el descubrimiento de las propias potencialidades para ayudar". La convocatoria, no obstante, no fue la esperada, y solo contó con un nuevo asistente al curso (llamado Alberto), quien se atendía en el HdD de la institución. Sin embargo, esa persona se entusiasmó profundamente con la tarea de ayudar, al finalizar el curso se incorporó al grupo de trabajo que venía funcionando y, mientras seguía concurriendo al HdD, se transformó en la persona más activa en cuanto a la reflexión y participación en las conversaciones sobre la ayuda ofrecida y el promotor más significativo ante otros usuarios de la importancia de concurrir a este espacio de intercambio. De ahí en más el grupo se transformó en un espacio de reflexión y apoyo de las intervenciones de ayuda encaradas por los mismos usuarios, con el decisivo impulso de los relatos concretos de apoyo informal que este participante transmitía sobre lo que le sucedía con un compañero del HdD fuera de los horarios del dispositivo.

¿Un par en acción?

Luego de poner al tanto a los coordinadores de las distintas áreas de la institución sobre las actividades del grupo y conversar con ellos sobre la posibilidad de ir incorporando pares al trabajo de asistencia y rehabilitación, sucedió un hecho particularmente significati-

vo y que fue discutido en el grupo mixto de reflexión y acompañamiento a las intervenciones de los pares. Alberto comienza a traer al grupo las vicisitudes de su ayuda a un compañero del HdD, lo que le provoca que su compañero esté sufriendo y se lo transmita a él casi exclusivamente, sus llamados en momentos de desesperación, etc. Las conversaciones en nuestro espacio rondan con frecuencia el tema de la diferencia entre la ayuda de un amigo y la ayuda de un par. En el primer caso, la ayuda es entre dos personas necesariamente conocidas entre sí, mientras que en el segundo caso la ayuda puede ser entre dos desconocidos que solo tengan en común que explícitamente padecen o han atravesado situaciones de sufrimiento mental severo. Otro punto que surge frecuentemente es cuál podría ser la manera de no quedar atrapado y angustiado por el padecimiento ajeno. Es decir, cómo ayudar sin experimentar un sufrimiento tan intenso que sea capaz de desestabilizar a quien pretendía acompañar a otro desde el lugar de par.

Al cabo de unas semanas, a pedido de una integrante del grupo que está al tanto de lo sucedido, Alberto relata una situación de ayuda a su amigo, también paciente del HdD, que lleva nuestra reflexión sobre nuestros encuentros, con cierta dosis de autocrítica, a un nuevo nivel. Esta persona a quien Alberto ayuda no toma adecuadamente la medicación que le controla su psiquiatra (que no es de la institución) ni cumple el tratamiento del HdD. Alberto recibe el llamado de su amigo para decirle que se cortó los pies con una gillette. Alberto reacciona con bastante tranquilidad, pese a sentir que queda a cargo de la situación. Nos cuenta que le sugiere a su amigo duplicar la dosis de medicación que toma para dormir y así descansar. Todos en el grupo nos miramos y lo miramos, con sentimien-

tos que recorren la gama de la sorpresa, la angustia y el temor. Alberto no se detiene allí, cuenta que se da cuenta de que no tiene a quién llamar ya que no tiene el teléfono de la familia ni del psiquiatra de su amigo y, dado que vive a 60 km de distancia, termina avisando a la policía para que se dirija al domicilio de su amigo. Le cuesta precisar qué hizo en cada momento. Si llamó más de una vez, o si fue en el mismo momento que recibió el llamado o al otro día.

Lo cierto es que termina buscando apoyo en la institución, a donde concurre recién a la mañana siguiente. Al venir al HdD avisa de la situación crítica que atraviesa su amigo, pide que lo llamen. En otras palabras, que no lo dejen solo (ni a su amigo, ni a él con lo que le pasa a su amigo). Al rato le dicen los profesionales del HdD que no lograron ubicarlo. No es la respuesta que espera Alberto, que se mete en el cuarto de enfermería y termina buscando en la Historia Clínica de su amigo para obtener el teléfono de la madre. En el grupo, Alberto relata que él sí consigue hablar con ella (cuando los profesionales no la habían ubicado o, en realidad, cuando a los profesionales esta señora no había querido atenderlos). Lo que parecía ser un límite del HdD en lo que se refiere a atender a este paciente, Alberto avanza un paso más guiado por su amistad (¿sostenido en el apoyo del grupo de pares?, ¿alentado por el valor dado a la capacidad de ayuda que él podía tener?) , y ofrece una ayuda que procura suplir lo que los profesionales no lograron brindar. Finalmente, la situación de urgencia se resuelve pero, como consecuencia, de ahí en más la familia deja de atender el teléfono cuando llama Alberto (quien queda ya inscripto en la serie de "los profesionales"). Su amigo sale de esta situación e, incluso, viene un día al grupo de pares, interesado en ayudar a otras personas. Al poco tiempo consigue



un trabajo, deja de venir también al grupo, pero sigue contando con su amigo, con quien mantiene una relación similar a la que mantenía con anterioridad a este episodio que se relata.

Discusión

A partir de esta viñeta, sobre la experiencia del grupo de reflexión y acompañamiento de las intervenciones hechas por los pares, se retomarán las preguntas planteadas inicialmente.

La primera de ellas se refería al rol de los profesionales en relación a los pares, y derivada de ella, las relaciones que se producen entre pares y profesionales. En este sentido, es importante señalar que la iniciativa por el desarrollo del curso de capacitación surge inicialmente de parte de algunos profesionales, y que después, gracias a la inclusión de usuarios, esta propuesta se ve modificada. Es decir, a partir del trabajo conjunto se comprende desde los profesionales, que no se trata de enseñar a ayudar, sino de hacer visibles y valoradas las formas de ayuda que ya existen. Y a su vez, se comprende desde algunos de los pares, que no se trata de incorporar herramientas de ayuda "técnicas" para poder ayudar (por ejemplo, conocimientos sobre psicopatología), sino de reconocer las propias ya existentes.

Ello posiblemente se relacione con los planteamientos de White y Epston (19) en el sentido de buscar los hechos aislados -en este caso, de capacidad de ayuda de y entre las personas-, engrosar tales hechos, y hacerlas parte de la versión "dominante" de las personas sobre sí mismas, agregándole al rol de paciente o persona con enfermedad mental, el rol de persona que ayuda, o si se prefiere, de "par". Ahora bien, es impor-

tante señalar que ese cambio de versiones dominantes y alternativas no se produce, ni se debería producir, desde esta perspectiva -sólo en los pares- sino también en los profesionales, hecho que, sin duda, constituye un reto a la propia formación profesional, en la medida en que gran parte de ésta se enfoca en el afianzamiento de las habilidades de selección e identificación de los fenómenos problemáticos y patológicos, por sobre el total de los eventos de su experiencia vital (10).

Otro hecho que merece destacarse acerca de la relación entre pares y profesionales, se refiere a las expectativas o ideas de los profesionales respecto al rol a desempeñar por los pares. Una cuestión significativa, aunque no incluida en el relato anterior, pero que ilustra este punto, se refiere a que al hablar con los equipos profesionales de la institución sobre la inclusión de pares en los equipos de trabajo, surgió el caso de una persona que asistía a un taller de la institución que no se bañaba, y se sugirió que una tarea posible a asignar al par era que se lo hiciese notar. Lo anterior da cuenta de las expectativas o imaginarios de lo que puede hacer un par, entendiendo su participación como vinculada a actividades relacionales más que técnicas. Es de señalar, no obstante, que la escisión en el quehacer profesional entre una dimensión técnica y otra relacional, ha sido analizado como uno de los problemas de los actuales sistemas y servicios de salud (3, 18), en la medida en que en salud el objeto de trabajo es a su vez un sujeto, y pretender dividir tales aspectos, en personas o roles diferentes -sean estos pares u otros profesionales- resulta contradictorio con la tarea misma.

Lo anterior deriva al siguiente interrogante propuesto, referido a lo que sería específico del rol del par y de la ayuda brindada por éste. Al respecto, un tema que generó numerosas conversaciones en el grupo de



reflexión sobre la tarea del acompañamiento de pares, fue si un par era un amigo. Se procuró hacer diferencias entre uno y otro rol, en el sentido de inscribir el accionar del par en un marco y contexto institucional, es decir, que al ayudar a otro lo hace como integrante de una institución, la cual a su vez avala su quehacer. Esto trae, desde luego, limitaciones a las acciones que pueden ser desarrolladas por el par, las cuales seguramente no existirían, o tendrían un significado distinto, si se dieran en el contexto de una relación de ayuda entre amigos, o tan sólo en la relación de ayuda entre dos personas por fuera de un marco institucional. Ahora bien, es importante tener presente que las limitaciones dadas por las instituciones al quehacer propio, no sólo ocurren en el caso de los pares, sino de todos los integrantes de las mismas, aunque posiblemente en el proceso de inserción institucional, tales limitaciones se asuman como propias y como parte del propio rol.

Pero volviendo a la cuestión de la especificidad del rol del par, la situación relatada permite observar varios elementos: están el gran compromiso e identificación con la situación de la persona que tenía el problema. También el brindar la ayuda en el momento en que se necesitaba, la inmediatez, el traspasar los límites del horario de oficina. A su vez, la convicción de que había que resolver el problema y el buscar soluciones a como diera lugar, contactando a quien fuera y como fuere. La pregunta es si todo esto sería específico del rol de par, o si serían acciones que, bajo ciertas circunstancias y en determinados momentos, también serían posibles de realizarse por parte de otros integrantes de las instituciones de Salud Mental.

Lo que resulta significativo es que algunas de las acciones desempeñadas por Alberto en la situación descrita, hablan de que en el centro estaban las necesidades de la persona que requería la ayuda. Posiblemente, esta sería, entonces, la especificidad dada por el par, en el sentido de colocar en el centro las necesidades de los usuarios, sin querer decir con esto que las instituciones no las tengan presentes, sino que, desde la perspectiva y experiencia del par-usuario, éstas resultan ser lo fundamental. De este modo, podría señalarse que la especificidad del par, además de ayudar a los usuarios, además de ayudar a sí mismo en la medida en que se percibe como capaz de brindar ayuda, también ayuda a los profesionales y más allá de estos, a la organización de los

servicios de Salud, en la medida en que hace presente, todo el tiempo, que el objetivo final de los mismos es el cuidado (3), y contribuye así a reflexionar en los modos en que el tratamiento y/o la curación, incluyen, también, al cuidado.

Conclusiones

Reflexionar acerca de la inclusión de pares en los equipos de trabajo de los servicios de Salud Mental conduce a pensar en las posibilidades que se abren cuando las instituciones avanzan en la inclusión de otros saberes, no sólo profesionales (17), a las prácticas que realizan. Específicamente, los pares contribuyen a poner en el centro del accionar de las instituciones y de los profesionales, al usuario y sus necesidades.

De este modo, la incorporación de pares lleva a cuestionarse sobre la dicotomía planteada entre ayuda formal y ayuda informal, en la medida en que, pese a constituirse como culturas diferentes, poseen más similitudes de las que tal división permite observar. Así, la presencia de "ayuda informal" en instituciones formales de ayuda lleva a reflexionar sobre lo que hay de informal en éstas, y a su vez, lleva a observar el hecho que incluso la ayuda informal, como toda forma de interacción humana, está inscrita en ciertas reglas y pautas, así éstas no sean explícitas (2). A su vez, la inclusión de pares hace presente la necesidad de integración entre la dimensión técnica y la dimensión relacional en la atención en Salud y Salud Mental, y el peligro que implica en disociarlas en roles diferenciados (profesional vs. par, profesional 1 vs. profesional 2).

Por último, es posible que la mayor contribución de los pares en los equipos de trabajo sea la de ayudar a los profesionales (7) a que, por ejemplo, tengan una lógica menos centrada exclusivamente en los déficits, valoren más las capacidades que tienen todas las personas (incluida la de ayudar a otros), dejen de pensar siempre en términos de "nosotros (los profesionales) y ellos (los pacientes)", tengan una experiencia diferente de la recuperación, y presten atención al cuidado que brindan más allá de otras imprescindibles dimensiones técnicas de su saber y accionar. Sin duda, el ser escuchados y observados por esos "otros", lleva a que modifiquemos nuestro modo de pensar y de referirnos a "ellos" (1) ■

Referencias bibliográficas

- Andersen T. El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona: Gedisa; 1994.
- Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 1968.
- Campos GWS. Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
- Clay S. On our own, together. Peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005.
- Compton MT, Hankerson-Dyson D, Broussard B, Druss BG, Haynes N, Strode P, et al. Opening doors to recovery: a novel community navigation service for people with serious mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2011; 62 (11): 1270-2.
- Davidson L, Bellamy Ch, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*. 2012, 11: 123-128.
- Felton CJ, Stastny P, Shern DL, Blanch A, Donahue SA, Knight E, et al. Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on client outcomes. *Psychiatr Serv* 1995; 46 (10): 1037-44.

8. Froland C, Pancoast D, Chapman N, Kimboko P. Helping networks and human services. London: Sage Publications Inc.; 1981.
9. Gracia Fuster E. El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós; 1997.
10. Goffman E. Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 1961.
11. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing & the human condition. New York: Basic Books; 1988.
12. Kleinman A, van der Geest S. 'Care' in health care. Remaking the moral world of medicine. *Medische Antropologie* 2009; 21 (1): 159-168.
13. Kopotkin P. Mutual aid: a factor of evolution. Hong Kong: Forgotten Books; 2008.
14. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cien Saude Colet* 2003; 8 (1): 185-207.
15. Michalewicz A, Pierri C, Ardila Gómez S. Algunas consideraciones acerca del concepto de cuidado en el campo de la Salud Colectiva [en prensa]; 2013.
16. Saraceno B. La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. México: Pax; 1995.
17. Stolkiner A. Equipos interprofesionales y algo más (¿es posible hablar de inter-saberes?). *El Campo-Psi* 1999; 3 (12). Disponible en: <http://www.campopsi.com.ar/nuevo/antiguos.htm>.
18. Testa M. El hospital visto desde la cama del paciente. *Salud, problema y debate* 1993; 5(9).
19. White M, Epston D. Medios narrativos para fines terapéuticos. Buenos Aires: Paidós; 1993.
20. World Health Organization. The international pilot study of schizophrenia. Geneva: World Health Organization; 1973.



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

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

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



Diderot y la Enciclopedia Francesa

Norberto Aldo Conti



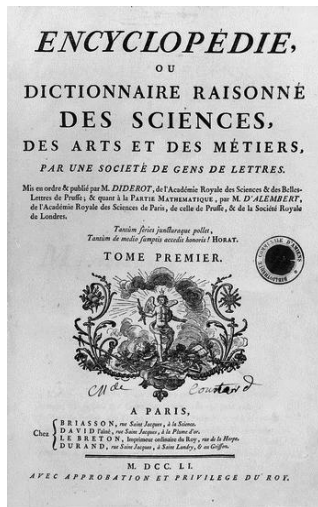
Denis Diderot nació el 5 de octubre de 1713 en Langres, región de Champagne-Ardenne, en el noreste de Francia y murió el 31 de julio de 1784 en París.

Realizó sus primeros estudios en el Colegio Jesuita de Langres, donde se recibió de maestro de artes con orientación en filosofía a los 19 años en 1732. Luego se estableció en París, donde estudió leyes en la Sorbona; a partir de 1740 decidió dedicarse a la escritura y comenzó a publicar artículos en revistas y a desenvolverse como traductor independiente; su primera traducción fue la *Historia de Grecia* de Stanyan, en 1743, y luego el *Diccionario Médico* de Robert James entre 1744 y 1747, que lo familiariza con la cultura médica. En 1746 escribió su primera obra: *Pensamientos Filosóficos*, a la cual siguieron *Paseo del escético* (1747) y *Carta sobre ciegos* (1749), donde muestra la dependencia de las ideas respecto a los sentidos y que lo posicionan como un original pensador.

La Enciclopedia Francesa

Pero si hay una obra que hace referencia a Diderot y que es un exponente paradigmático del Siglo de las Luces es *La Enciclopedia Francesa* (*L'Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*).

El proyecto de La Enciclopedia lo inició el editor francés André Le Breton, quién obtuvo en 1745 la licencia para traducir al francés la *Cyclopaedia or an Universal Dictionary of Arts and Sciences* preparada por Ephraïm Chambers y editada en dos volúmenes por R. Grunne en Dublín en 1728. Le Breton en 1747 le encargó a Denis Diderot y Jean Le Rond d'Alambert llevar adelante el proyecto; por iniciativa de Diderot la obra se transformó en algo mucho más importante que una traducción, incluyendo una gran apertura temática con lo cual nació la



Encyclopédie, como será conocida posteriormente, que fue publicada entre 1751 y 1766.

Esta obra recoge y discute lo esencial de la producción científica y cultural (aún no bien diferenciada) de su tiempo y coloca en un lugar especial las concepciones médico naturales que remiten al programa científico formulado por Bacon y al moderno pensamiento filosófico representado por Descartes, Leibniz y Locke. Los editores, para completar la obra, invitaron a participar a Voltaire, A. Smith, Rousseau y Montesquieu entre otros muchos intelectuales notables de la época. La obra incluye 17 volúmenes de artículos con un total de 44.632 entradas y 11 volúmenes de planchas ilustrativas.

La locura en la Enciclopedia: entre el cuerpo y el alma

Si bien Diderot no es el autor de los artículos acerca de la locura que se publican en *La Enciclopedia*, como director de la obra elige los autores correspondientes y organiza su tendencia doctrinal.

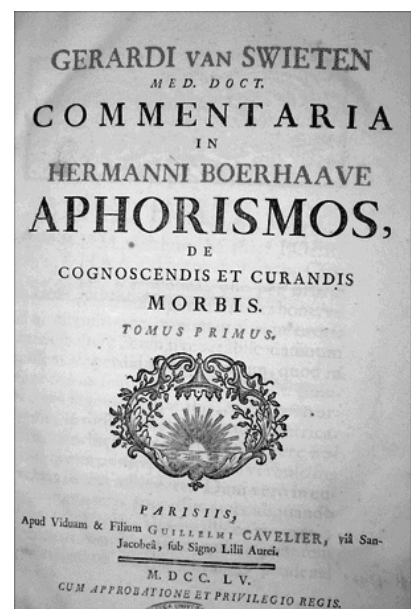
Vemos entonces que en ella aún se utiliza la antigua teoría humoral para explicar algunas afecciones como la melancolía y la hipocondría o la más moderna circulación de la sangre para explicar la manía, aunque ambas estaban ya en decadencia. Pero, por otro lado, comienza a evidenciarse el poder explicativo de los nervios y sus alteraciones para avanzar en un nuevo ordenamiento clínico y nosológico de las afecciones mentales. De esta manera, el planteo materialista coloca a la locura en la lógica del cuerpo y disuelve el alma en su hermenéutica mecanicista.

Pero Diderot nunca aceptará la reducción mecanicista que la entronización del cuerpo exige, el cree que la sensibilidad es una propiedad universal de la naturaleza lo cual lo coloca en un materialismo vitalista, esto es, en la idea de que la materia viva tiene un impulso propio que facilita el paso de lo inanimado a lo animado, su idea de naturaleza se aparta así del modelo mecanicista y queda en las estribaciones del romanticismo.

El artículo *Delirio*

Este artículo está firmado por Arnulphe d'Aumont, médico francés nacido en Grenoble en 1720 y fallecido en Valencia en 1800, fue invitado por Diderot a escribir en *La Enciclopedia* a partir del tercer tomo de 1753. D'Aumont, formado en Montpellier, estaba muy influenciado por la aplicación de las ideas mecanicistas a la medicina.

En el artículo se ocupa de delimitar los alcances del término delirio en un momento en que el vocablo locura, como generalidad, está siendo intencionalmente excluido del vocabulario médico, como se puede apreciar en el *Diccionario Universal de Medicina, Cirugía y Anatomía* (1746) de Robert James. Ese término, para hacer referencia al padecimiento mental en general en el léxico médico, será entonces ocupado por el significante *delirio* que, para d'Aumont, puede incluir "las diferentes especies de esta enfermedad como manía, melancolía, frenesí, etc." , por otro lado sigue a Willys y diferencia entre delirio general y delirio particular, concepción que continuará hasta el primer tercio del siglo XIX. Es muy interesante destacar que, como lo podrá apreciar el lector, en los últimos párrafos aparece una concepción de la etiología y la terapéutica muy cercana al tratamiento moral de Pinel y los más llamativo es el reconocimiento, por parte del autor, de haber seguido en este punto las indicaciones de Gerard van Swieten (1700-1772), discípulo dilecto de Boerhaave (1668-1738), en su obra *Commentaria in Boerhaavii aphorismos de cognoscendi et curandis morbis*, Leyden, 1742 ■



Delirio

Arnulphe D'Aumont

Es un tipo de lesión de las funciones animales. Según algunos autores, lo más probable es que ese nombre proceda de la palabra *lira*, que significa una *zanja en línea recta* que se hace en los campos, que sirve para dirigir los surcos; así, de *aberrare de lira*, apartarse del surco principal, se ha hecho la palabra *delirus*, aplicada por alusión a un hombre que se aparta de la regla de la razón, porque el delirio no es otra cosa que el extravío, el error de la mente mientras se está despierto, que juzga mal las cosas conocidas por todo el mundo.

El alma se encuentra siempre en el mismo estado, no es susceptible de ninguna alteración; por lo tanto, no habrá que atribuirle a ella ese extravío, ese error, ese defecto de juicio, que constituyen el delirio, sino a la disposición de los órganos del cuerpo, al que quiso unirlo el Creador. Esto queda fuera de toda duda.

En efecto, las ideas, en virtud de la unión de las dos sustancias, están relacionadas con los cambios que se producen en la superficie externa o interna de la fibra medular del cerebro, con las impresiones de movimiento que es susceptible de recibir. Según esas vibraciones estén de acuerdo entre sí o no lo estén, el alma que se ve afectada de manera semejante o distinta por las ideas, las junta o las separa, y después de haberlo juzgado, se une a ellas con mayor o menos fuerza, según el grado de esa consonancia o disonancia, en relación con la longitud, el grosor y la tensión de la fibra.

De esas tres cualidades, pocas veces experimentan las dos primeras algunas alteración, se duda incluso de que eso ocurra alguna vez.

Sólo son diferentes con relación a los diferentes sujetos: algunos tienen el tejido de las fibras en general más fuerte, más rígido; otros más débil, más flojo, con combinaciones casi infinitas. En lo que se refiere a la tensión, es susceptible de aumentar o disminuir en ese estado natural y contra-natural, es decir, cuando hay exceso.

Mientras las fibras del cerebro, dice De Sauvages, gozan de la armonía que el autor de la naturaleza formó entre ellas con una tensión proporcionada, las ideas y los juicios que resultan del cambio que experimentan por causas externas o internas, son sanos y naturales, conformes a sus objetos. Pero en cuanto este acuerdo se altera, en cuanto las fibras se tensan demasiado, o están demasiado elásticas –como el frenesí o la manía, enfermedades en las cuales todas las fibras que sirven a las funciones del alma tienen el mismo defecto: en la melancolía, la demonomanía, en las que sólo algunas están viciadas de la misma manera-, o por el contrario, en los casos en que están demasiado relajadas –como en el letargo o la estupidez-, entonces las ideas y los juicios, que no son más que la comparación que hace la mente de esas ideas, son en proporción más fuertes o más débiles que la impresión de los objetos. Y como sus operaciones son finitas, ocupando las más fuertes toda la facultad de pensar, fijando toda su atención, no percibe las otras: a eso se debe que no pueda emitir un juicio sano y natural. Este efecto es común a todas las enfermedades que se acaban de citar, y a otras más o menos parecidas, en las cuales las fibras pecan por

exceso de tensión, ya sea en general, ya sea algunas en particular. Constituyen, pues, esas diferentes especies de delirio, dado que en todas esas diversas afecciones hay error de la mente mientras esta despierta, y se presentan ideas que no son conformes a sus objetos.

Se distinguen dos tipos principales de delirios: a saber, el delirio general, en el cual todas o un número muy elevado de fibras del cerebro están viciadas de la manera que se acaba de indicar; y el delirio particular, en el cual sólo se alteran unas pocas fibras.

También se observan diferentes grados de delirio, pues algunas veces ese cambio, esa alteración que se produce en el órgano de las sensaciones, es decir, el *sensorium commune*, por una causa interna, son tan poco considerables que hacen una impresión más ligera que la producida por las causas externas que actúan sobre los sentidos. En ese caso, las ideas provocadas por esa ligera impresión se borran fácilmente y ceden a las que se derivan de la percepción de los sentidos. En ese caso, las ideas provocadas por esa ligera impresión se borran fácilmente y ceden a las que se derivan de la percepción de los sentidos; en cierto modo, ése es el primer grado de delirio: cuando los enfermos creen percibir algún objeto por medio de los sentidos, y al ser advertidos por los presentes se dan cuenta con facilidad de que se han equivocado.

Pero cuando la acción de la causa interna sobre el órgano de las sensaciones es tan fuerte que iguala, e incluso supera, la impresión que se produce por medio de los sentidos, no se puede convencer a los enfermos de que la causa de lo que sienten no está fuera de ellos mismos, sobre todo si han tenido ya otras veces ideas semejantes con relación a los objetos externos, pues entonces se convencen completamente de que las mismas causas externas les afectan, y se enfadan con los amigos que se atreven a negar cosas que les parecen evidentes. Es que entonces la impresión producida por la causa interna, oculta en el órgano de las sensaciones, resulta tan eficaz que es superior a cualquier otra impresión que en él pueda darse. La idea que de ello resulta está siempre presente en la mente, y ningún razonamiento puede corregirla. Sin embargo, los mismos órganos que sirven para los juicios sanos no están enteramente desprovistos de sus facultades, pues si ocurre algún accidente repentino e imprevisto que atraiga con fuerza la atención del enfermo, esta nueva impresión triunfa sobre la anterior. En ese momento, parecen ocuparse de lo que ocurre realmente fuera de ellos, y por consiguiente razonan bien, pero en cuanto cesa la causa de esta última atención, la que antes dominaba produce su efecto y vuelven a caer en sus falsas ideas, igual que antes.

Todo lo que ocurre en nosotros, que se llama *juicio*, depende de la íntima facultad de pensar, que compara las ideas. Así, un hombre que delira se convence de que las ideas que se le representan debido a la causa interna que las provoca, son verdaderas, porque son iguales de vivas y le parecen semejantes a las que provocaban antes en él los objetos externos.

Todas las ideas que nacen en nosotros representan

un objeto agradable, o desagradable, o indiferente. Por lo tanto, nos decidimos a actuar para conseguir la continuación de esa sensación agradable, o para alejar la que desagrada, o bien no prestamos atención a la que es indiferente.

Así, cuando a quienes están delirando se les presentan algunas de las ideas de las dos primeras especies, que suelen despertar violentas alteraciones del alma, se agitan mucho, atacan a quienes intentan contenerles, se llevan por delante todos los obstáculos que se presentan para poder conseguir lo que quieren o alejar lo que temen. Así son los delirios que Hipócrates llama *φεροδες*, en los cuales ni las amenazas, ni los peligros, ni la razón, pueden retener a los enfermos que los padecen, ni impedirles que se hagan daño a sí mismos o a los demás. Los compara con animales salvajes, según el significado de la palabra griega citada, pero cuando sólo están ocupados por ideas que no tienen nada de atractivo ni de desagradable, no presentan ninguna agitación del cuerpo, ningún movimiento violento, aunque no por ello dejan de delirar, como aquéllos de los que Hipócrates dice: “Los delirios oscuros, acompañados de ligeros temblores de los miembros y en los cuales los enfermos intentan palpar algo tanteando continuamente, están muy frenéticos”. Así, los médicos se equivocan al creer que sus enfermos no están delirando cuando no se levantan de la cama, o no se agitan violentamente ni gritan. Esos delirios oscuros son de muy mal augurio, y es muy necesario conocerlos, pues, como en cualquier tipo de delirio, siempre se encuentra afectada una parte de la sustancia medular, y en el caso de que se trate puede haber un peligro muy grande, aunque aparentemente no haya grandes trastornos.

Si el cambio que se produce en el órgano de las sensaciones por causa mórbida interna da lugar a que nazca una idea de un objeto que no se ha visto nunca y que la mente nunca se ha representado, el alma está totalmente ocupada examinándola y se siente turbada. El enfermo parece atónito, con los ojos y la boca abiertos, y poco después, es presa de convulsiones tanto más violentas cuanto mayor temor inspira el objeto. Es lo que les ocurre a los epilépticos, que pueden tener ataques por colores diferentes, olores diferentes, sabores diferentes, etc., que no pueden relacionar con ninguna sensación conocida. Los mismos sueños representan a veces cosas nunca vistas ni imaginadas. Sin duda basándose en esto, dijo Hipócrates que “en las fiebres, las agitaciones del alma que se producen sin que el enfermo diga una palabra, aunque no esté privado de voz, son perniciosas”.

De todo lo que se acaba de decir, se deduce que hay muchos tipos de delirios diferentes, que sin embargo, se pueden reducir a los tres siguientes:

1º. cuando por la causa interna oculta se producen diferentes ideas simples solamente, más o menos vivas, según sea de fuerte la impresión;

2º cuando a esas ideas sigue un juicio, es otro tipo de delirio;

3º cuando esas ideas son presentadas al alma como más o menos agradables o desagradables, y van acom-

pañadas de agitación corporal, de movimientos más o menos violentos.

Las consecuencias de todos esos tipos de delirios son diferentes, según sea despertada una u otra pasión. Los cambios aparentes del cuerpo no son los mismos para las ideas acompañadas de placer y para las que van acompañadas de tristeza, de temor. Es lo que ha hecho decir a Hipócrates que “los delirios en los cuales los enfermos parecen de buen humor, son menos peligrosos que aquellos en los que están serios o muy ocupados”; también en sus *Prenociones*, le parecen muy funestos los delirios en los cuales los enfermos se niegan a sí mismos lo más necesario, como los caldos, la bebida, en los cuales se mantienen muy despiertos por el miedo a los objetos que se representan.

El delirio es esencial o sintomático, idiopático o simpático. También es maniaco o melancólico, con fiebre o sin fiebre, habitual o accidental, agudo o crónico.

Tras haber explicado la naturaleza del delirio y haber expuesto sus principales diferencias por las cuales podemos hacernos fácilmente una idea de todas las demás, convendría averiguar las causas del delirio, de acuerdo con las observaciones más exactas.

En el delirio, la causa interna oculta provoca ideas –semejantes a las provocadas de manera natural por la impresión de los objetos externos– que cambian la disposición del cerebro. Por consiguiente, se despiertan en el alma distintas pasiones, seguidas de diferentes movimientos del cuerpo; entonces, la causa del delirio actúa sobre el órgano de las sensaciones, del cual nacen sin división y sin interrupción todos los nervios de todas las partes del cuerpo que tienden a los músculos y a los órganos de los sentidos; y como las inyecciones anatómicas nos han enseñado que toda la sustancia medular del cerebro es vascular, puesto que es una continuación de su cortical que, según se ha demostrado, no es más que un compuesto de vasos, y que los pequeños canales que la componen contienen y sirven para distribuir el fluido más sutil del cuerpo, pueden por lo tanto estar sujetos a los mismos vicios que podrían afectar a los grandes vasos llenos de un fluido grosero. Esos canales, por muy finos que sean, pueden estar obstruidos, comprimidos; por lo tanto, todo lo que pueda impedir el curso libre de los fluidos en su cavidad, puede producir el delirio. Es sabido que en todas las otras vísceras, es preciso que los líquidos que se mueven en los sólidos de que están compuestas estas vísceras tengan una velocidad determinada, y que las funciones de esas vísceras tenga una velocidad determinada, y que las funciones de esas vísceras estén alteradas por un movimiento demasiado rápido o demasiado lento. Lo mismo puede decirse del cerebro. En algunos casos, se produce el delirio con las fiebres intermitentes sólo por la agitación de los humores que se mueven con velocidad excesiva durante la violencia del acceso, y se ve cómo cesa este delirio en cuanto disminuye el movimiento exagerado de los humores.

El delirio puede ser producido, pues, por todas las causas de la obstrucción, de la inflamación, por todo lo que puede aumentar o retrasar el curso de los flui-

dos en general, y por consiguiente los del cerebro. Por lo tanto, son varias las causas que pueden dar lugar al delirio, pero todas las que se acaban de mencionar tienen su sede en el cerebro. Sin embargo, otras causas que no actúan inmediatamente en él pero que interesan a otras partes del cuerpo, pueden afectar a la sustancia medular del órgano de las sensaciones, como si fuera una causa física preexistente en el propio cerebro, aunque esté muy alejada de él. Se trata de algo muy importante en la práctica y que, como se ve, merece la mayor atención.

Los antiguos médicos ya habían observado que los cambios que se producían en las otras partes del cuerpo podían servir de señal del delirio próximo. Hipócrates decía que “si hay latido en uno de los hipocondrios, indica una gran agitación o delirio. Las palpaciones que se sienten en el vientre van seguidas de trastornos en la mente”. Es indudable, por la historia de las heridas, los dolores, las convulsiones, la manía, la epilepsia, la melancolía, etc., que al órgano de las sensaciones le puede afectar cualquier alteración de las diferentes partes del cuerpo, incluso de las más alejadas.

También se observa de manera particular que el delirio, como síntoma de fiebre, es ocasionado por la materia morbífica que tiene su sede en la región epigástrica; una vez que ésta es eliminada, sea cual sea el medio empleado, la fiebre cesa, aunque no se emplee ningún remedio cuyo efecto se produzca en la misma cabeza. Hipócrates había dicho a este respecto que “cuando la bilis agitada se fija en las vísceras que se encuentran cerca del diafragma, causa el frenesí”.

Es sabido cuánto influye en el cerebro la acción de muchos remedios y la de los venenos sobre el estómago, y cómo una vez eliminados, el mal cesa. Es el poder de una parte alejada sobre otra, lo que Van Helmont llamaba, de manera bastante acertada, acción de subordinación, *actio regiminis*. Esta correspondencia se manifiesta apreciablemente con lo que sucede en las partes en las que concurren un gran número de nervios que se distribuyen a otras partes, como en el orificio superior del estómago, cuyas irritaciones ocasionan desórdenes en todo el órgano de las sensaciones: una vez que se elimina la causa de la irritación, llega la calma. La razón de esos efectos no se presenta fácilmente, pero basta con que el hecho sea bien observado para que puedan extraerse indicaciones saludables para dirigir las operaciones en la práctica. Lo que se acaba de decir es adecuado al delirio propiamente dicho que se observa en las enfermedades agudas, sobre todo en las fiebres. Los signos que permiten conocerla también proceden de esta última especie de delirio, pues, como dice Hipócrates, “quien juzga por las afecciones actuales las que se pueden presentar, está en situación de dirigir perfectamente el tratamiento de una enfermedad”.

Como el delirio tiene grados diferentes y va acompañado de síntomas muy funestos, sobre todo cuando llega al de mayor violencia por las fuertes pasiones del alma que provoca y por los movimientos y agitaciones extraordinarios que acompañan, es muy importante conocer todos sus principios, para poder prevenir su

aumento y sus consecuencias, lo cual exige mucha aplicación. Galeno emplea a este respecto una comparación muy ingeniosa: dice que “del mismo modo que sólo los jardineros competentes conocen las plantas y las distinguen unas de otras en cuanto salen de tierra mientras que los demás no las conocen hasta que ya se han desarrollado, sólo los médicos competentes perciben los signos de un delirio próximo o naciente, mientras que nadie desconoce los síntomas cuando el enfermo se agita sin razón aparente, se tira de la cama o se pone furioso”.

Es la importancia de ese conocimiento de los signos del delirio, lo que hizo que Hipócrates los observara tan cuidadosamente: es una señal de delirio o de dolor de alguna parte del abdomen quedarse echado sobre el vientre, para el que no suele tumbarse así cuando está sano”. También dice en el mismo libro que quien “rechina los dientes en los accesos de fiebre, si no ha tenido esta costumbre desde la infancia, está amenazado de delirio y muerte próxima”. Se puede leer asimismo que “la respiración larga y profunda significa también delirio; cuando hay palpitaciones en los costados, y los ojos parecen agitados, hay que estar preparados para el delirio”. El dolor agudo del oído con fiebre violenta, la lengua áspera, seca y temblorosa, la cara hinchada, la mirada agresiva, el vómito de materias biliosas, porráceas, la orina rojiza, clara y algunas veces blancuzca, lo cual es mucho peor: todos ellos son signos de una disposición al delirio. Pero lo que Hipócrates le parece el indicio más seguro de un delirio próximo es que el enfermo se ocupe de cosas en las que no solía pensar, o incluso contrarias. A ese signo general se refieren los siguientes signos particulares: una respuesta brusca por parte un hombre generalmente moderado, una indecencia por parte de una mujer recatada, y otras cosas parecidas. Galeno había experimentado sobre él mismo que mirarse las manos, dar la impresión de querer coger copos de nieve, cazar moscas, son señales de delirio; al darse cuenta de ello por los presentes, pidió ayuda para prevenir el ataque por el que se sentía amenazado. El delirio oscuro que casi se consideraría un letargo, se distingue por un pulso seco, aunque muy apagado. Se encuentran en Hipócrates otros muchos signos diagnósticos del delirio. Nos limitamos a los que acabamos de presentar, para pasar a los pronósticos.

Los delirios que no son permanentes y dan algún respiro son los menos negativos, sobre todo aquellos que no duran mucho y que no van acompañados de ninguna mala señal: ocasionan más miedo que peligro, como en las fiebres intermitentes que aparecen en la violencia del acceso y terminan con ella, siempre que las fuerzas del enfermo sean suficientes para soportar la violencia del mal.

Sin embargo, ningún delirio es considerado como un signo de seguridad en las enfermedades, ni como una señal de muerte inevitable en sí misma, pero tampoco hay que basar la esperanza indiscutible solamente en la libertad de la mente.

A veces, mientras perduran los síntomas más violentos, si se produce algún delirio súbito, es señal de una

hemorragia o de una crisis, según Hipócrates; también dice que la orina muy cargada, que produce mucho sedimento, anuncia el final del delirio. Sudar abundantemente, con calor en la cabeza y sudar también por el resto del cuerpo, termina con el delirio. Asimismo, es lo que a veces ocurre con una hemorragia, hemorroides, dolores violentos en las ingles, los muslos, las piernas, los pies, las manos, lo cual se produce entonces por un traslado de la materia morbífica de las partes más esenciales para la vida a las que no lo son.

Según Hipócrates, es también muy buena señal cuando el sueño, siempre que sea tranquilo, calma el delirio; ocurre lo contrario si es agitado, es una señal mortal. También hay que distinguir el sueño de las enfermedades soporosas que indican algún mal, cuando suceden al delirio. Cuando va acompañado de debilidad, es mortal, porque termina de agotar la poca fuerza que le queda.

Si la pérdida de la voz que se produce en la fiebre por convulsión degenera en delirio oscuro silencioso, es una señal pésima; en el delirio violento el temblor procede de la convulsión y le sigue la muerte.

Los cambios frecuentes de la tranquilidad a la agitación son perniciosos. El delirio acompañado de falta de memoria, de hundimiento o postración, es una señal evidente de muerte, porque indica un relajamiento de todas las fibras del cerebro que han perdido su resorte, efecto siempre funesto después del calor contra natura que había hecho nacer el delirio: si a ello se une el frío o la rigidez de los miembros, la pérdida del enfermo es inevitable. Lo mismo ocurre en el caso en que estando con los ojos abiertos, no ve nada, o cuando los ojos se cierran a la luz, vierten lágrimas involuntariamente, están desigualmente entre-abiertos, rojos o ensangrentados.

Las palpitaciones, el hipo, la lengua áspera, seca, la falta de sed, la pérdida de la voz, la inquietud, los sudores fríos de la cabeza, el cuello, los hombros, la humedad por todo el cuerpo, la orina acuosa blanca, clara, las deyecciones blancuzcas, abundantes, sin calmar el delirio, los abscesos cuya materia penetra al interior, las erupciones cutáneas que desaparecen, los dolores en los miembros que cesan al momento, la dificultad para respirar, el pulso corto y lento, y el rechazo de los alimentos y la bebida: todos esos accidentes, siempre según nuestro gran maestro Hipócrates, considerados por separado, son muy funestos; con mayor razón lo serán, si varios o la mayoría de ellos van unidos al delirio.

Los tres últimos sobre todo tienen un gran peso en cualquier enfermedad para anunciar un final próximo, y los signos opuestos a estos también son importantes para disipar el miedo al peligro.

Este es el compendio de los signos pronósticos que pueden encontrar aquí su sitio para ayudar a juzgar los distintos momentos de la afección de que se trata, extremadamente variada, por su naturaleza y sus síntomas. Queda por decir algo sobre su curación.

No puede darse método universal de tratamiento en una afección cuyas causas son tan diferentes, pero los remedios tienen que ser variados en la misma proporción, pues en las inflamaciones del cerebro a las que da lugar una sangre espesa que se detiene en sus vasos y

causa el delirio, hay que emplear unos muy diferentes de los que tienen que usarse en el caso de delirio que procede de agotamiento debido a una fiebre prolongada. Pero, dado que el delirio, considerado como síntoma de fiebre, está casi siempre determinado por una velocidad excesiva en el movimiento circulatorio de la sangre, se deduce que todo lo que pueda ayudar a disminuir la masa de los humores, a desviar de ella el esfuerzo hacia alguna parte más resistente, a corregir o a disminuir la irritación, a diluir y atenuar los humores y a calmar su agitación, viene muy bien en este caso.

La sangría del pie más o menos repetida, el restablecimiento o la aceleración del flujo hemorroidal, menstrual, por medio de laxantes, lavativas, vomitivos, purgantes empleados adecuadamente, según las diferentes necesidades, la dieta, satisfacen a la primera indicación.

Los baños de pies, la aplicación de sanguijuelas en las sienas, vesicarios en la nuca, entre los dos hombros, en los antebrazos, las pantorrillas, fomentos emolientes en la cabeza, en el vientre y en la planta de los

pies, las fricciones de las extremidades, pueden ayudar a satisfacer la segunda indicación.

Para las otras, se pueden emplear decocciones harinosas, ligeras, jabonosas; las bebidas suavizantes, refrescantes, aciduladas; las tisanas, las pociones antiflogísticas, desatascadoras; los calmantes ligeros, empleados al principio del delirio y después de los evacuantes.

Además, los narcóticos prudentemente administrados, la oscuridad, el descanso.

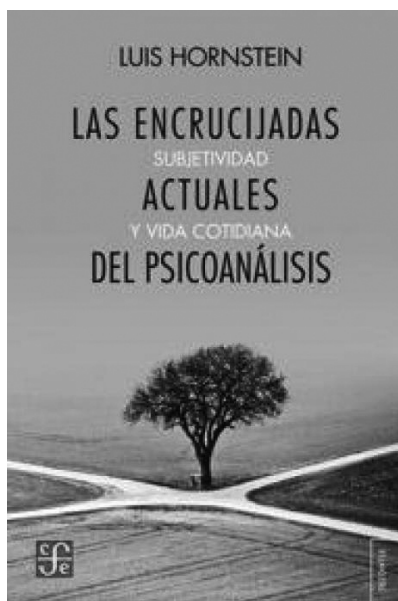
Con estos diversos medios se puede conseguir destruir la causa del mal. Sin embargo, en muchas ocasiones, el efecto permanece, pues las impresiones violentas que recibe el órgano de las sensaciones tardan en borrarse.

Algunas veces, hay que recurrir a medios extraordinarios y singulares, como los instrumentos de música, el canto, la danza, los ruidos fuertes, los ruidos regulados, la luz, etc., para sustituir las ideas que constituyen el delirio con otras ideas más fuertes, pero más conformes a su objeto, oponiendo siempre afecciones contrarias a las que son dominantes ■



Las encrucijadas actuales del psicoanálisis. Subjetividad y vida cotidiana

Daniel Matusevich



Autor: Luis Hornstein

Fondo de Cultura Económica, 2013

“No es lo mismo estar actualizado que estar haciendo surf sobre la última ola”.

Reseñar un nuevo libro de Luis Hornstein implica ajustarse los cinturones, renunciar a las zonas de confort epistemológico y prepararse para un viaje alejado de los lugares comunes del pensamiento psicoanalítico. Así

ocurrió con sus libros acerca del narcisismo, de la sublimación, de historia y práctica analítica, y también sucede con este. En cada una de sus obras este autor despliega un pensamiento y una mirada original de gran profundidad, caracterizados por el diálogo con otras disciplinas.

Cuando se habla acerca de diálogo con otras disciplinas es necesario estar atentos para diferenciar los intercambios basados en la corrección política y el instinto de supervivencia de la verdadera y enriquecedora conversación con otros saberes; en palabras de nuestro autor: “...multidisciplina suficientemente buena no consiste en picotearlo todo sin engullir nada, sino en beber de distintas fuentes y sobre todo reconocer que el psicoanálisis nutre el afuera y se nutre de afuera. No vamos a posar de enciclopédicos ni de eclécticos. No vamos a robar modelos ni a monopolizar la palabra. Vamos a preguntar y a escuchar lo que nos dicen, evitando el furor de convertir lo complejo en comprensible antes de tiempo.”

En Encrucijadas actuales del psicoanálisis Hornstein avanza decididamente sobre la crisis paradigmática que afecta a la creación del genio de Viena; no se anda con medias tintas: ya en la página diecisiete nos advierte que “El psicoanálisis solo sobrevivirá si se lo merece... la ortodoxia es una máquina de impedir: borra el espacio para la imaginación, sobredimensiona la transferencia, ritualiza la diversidad, privilegia el programa en desmedro de la estrategia”.

Tomando estas proposiciones como una petición de principios, a lo largo de más de trescientas páginas desarrolla, en nueve capítulos y un apéndice, algunos de los temas centrales de la clínica psicoanalítica, con

una visión anclada en la epistemología y en la complejidad. En un reportaje aparecido en la revista *Ñ* dice que "...Freud dialogaba con las disciplinas de su época. Y si hoy pensamos un psicoanálisis que no sea una parodia, tendríamos que dialogar con la sociología, con las neurociencias, con la bioquímica, con la antropología, por ejemplo." El diálogo interdisciplinario es uno de los grandes temas de este libro, la pregunta acerca de la dificultad para poder sostenerlo no admite una sola respuesta, es necesario ser capaz de renunciar a las certezas para abrazar la singularidad de las historias que nos presentan nuestros pacientes; podemos decir que Hornstein escribe con un ojo en las teorías y con el otro en el principio de incertidumbre ("...cuando la incertidumbre se incrementa, se hace imposible imaginar hasta el día de mañana. Han estallado las normas tradicionales, y el individuo no sabe a qué atenerse").

Los nombres de los capítulos rápidamente nos introducen en la dimensión planteada por nuestro autor: subjetividad y subjetivación, la práctica convulsionada, lo social y la producción de subjetividad, diálogos actuales, etc. La pregunta acerca de si es posible escribir o leer sin slogans es rápidamente respondida, ya que velozmente las propuestas de Hornstein capturan nuestra atención: sin teoría la clínica es un vale todo, la clínica es más amplia que la psicopatología, la complejidad como desafío más que como respuesta, los límites borrosos del yo borderline, el encubrimiento retórico de carencias conceptuales, el "gatillo fácil" del biologicismo, la aceptación de otras teorías como concesión al enemigo. Aparecen los riesgos del anquilosamiento clínico y teórico ("... aferrarse a lo ya escrito es producto de una agorafobia intelectual y de un anhelo de refugio en las certezas teóricas").

Todas las discusiones teóricas planteadas están atravesadas por las diferentes caras de una clínica que "... nos interpela, nos desvela. Nos desvela hasta que vamos encontrando respuestas suficientemente buenas". Es particularmente interesante el desarrollo en torno a cuales son los motivos de consulta más frecuentes en un mundo que parece haber sido diseñado por Alex de la

Iglesia: personas con incertidumbre sobre la frontera entre el yo y los otros, con fluctuaciones intensas en la autoestima, con gran dependencia a los otros, con crisis de ideales y valores, con imposibilidad de establecer relaciones significativas, etc. La pregunta en torno a si hubo cambios en la psicopatología es analizada desde diversos esquemas referenciales, así como también los diferentes cruces teóricos: relación verdad material-verdad histórica, estrategias o programas, sistemas abiertos o cerrados, potencialidad o destino, etc.

Tomando una división esbozada por el propio Hornstein podríamos inferir que aquellos tradicionalistas que se esfuerzan por mantener el ideal de pureza del análisis sentirán que este libro transgrede demasiados límites, mientras que aquellos interesados en una práctica creativa apreciarán la sinceridad intelectual y el gusto por la provocación con contenido que agita sus páginas ("... esta ilusión de oscuridad o este encubrimiento retórico de carencias conceptuales ha estado muy de moda en nuestro país, y uno encuentra discursos sofisticados donde el barroquismo disimula un vacío conceptual. El bien decir adorna un nada que decir"). Parafraseando a Coetzee en su introducción a *Madame Bovary*, podemos decir que en el autor de *Encrucijadas...* encontramos dos talentos que raramente se encuentran conjuntamente en una sola alma: una vívida imaginación poética (que le permite ir más allá de los límites) y agudos poderes analíticos (que le permiten aprovechar dichos viajes).

En resumen, recomendamos intensamente la lectura de esta obra, tanto a aquellos que están comenzando a recorrer el camino como a aquellos más experimentados. A los 70 años Hornstein nos muestra cómo se puede envejecer creando y recreando, gambeteando lo que él mismo llama la utilización de las teorías como contraseñas, no dejándose atrapar por la rigidez técnica que "aumenta el descarte, ya que la persona inanalizable para mi tal vez es analizable para un colega, quizás porque es más innovador".

Un viejo analista, entonces, realiza una propuesta innovadora. No la dejemos escapar ■

"Todo fenómeno psíquico implica complejidad (el lapsus más obvio, un sueño, la transferencia, la comprensión global de una historia). En otra época predominaba la idea de que uno "aplicaba" la teoría. Uno de los ejes de la teoría de la complejidad es suponer que por más conocimiento que tengo de la teoría general, no puedo enunciar nada (en un sistema complejo) si no conozco la historia del sistema. En el tratamiento de un paciente, no basta, por poner un ejemplo, la teoría del Edipo. Tengo que escuchar el ruido del motor del paciente, el ruido de su Edipo, distinto de todos los demás."