

CLAROSCUROS EN LA REFORMA PSIQUIATRICA

I. Levav

La mayoría de las personas, si se les diera la opción, preferirían vivir en una sociedad justa y humana. Hacerlo refuerza su propia humanidad y crea confianza en el entorno. Es verdad que la Reforma Psiquiátrica (RP) reconoce la necesidad de desarrollar una acción técnica-científica de probada efectividad. Pero también es cierto que esa dimensión solo sería insuficiente para promoverla como modelo más apropiado de atención; para sostenerla, no obstante los obstáculos; y para imprimirle el entusiasmo que una difícil tarea demanda a diario.

Es por eso que cabe reconocer otro componente, no menos esencial. Este se refiere al afán de eliminar la distinción entre "ser como uno" y "ser el otro" en cuanto a la condición humana. Quien sufre no se convierte en "otro" por su sufrimiento. Es así que la RP postula el reconocimiento de los inalienables derechos humanos de las personas con trastornos mentales, y con los principios de la democracia –sistema que reconoce la total igualdad entre las personas. Probablemente son estos aspectos del discurso y praxis de la RP la que ofusca más a aquellos en los cuales esos principios tambalean, sea el tambaleo de manera abierta sea de manera disimulada.

Juzguen Uds. En América Latina, con el colapso de los regímenes militares y la recuperación de la democracia, surgen en algunos países o renacen en otros, los movimientos de reforma. Naturalmente, el cambio operado en América Latina no es aún completo ni aceptado universalmente. Las demoras se explican, en parte, por la insuficiencia científica-técnica pero, seguramente y en igual medida, por oposiciones ideológicas. **No por nuevas evidencias científicas contrarias a las que dan bases racionales a la RP sino por oposiciones ideológicas.** Estas se nutren en obstinadas convicciones de que el "otro" cesó de ser "como uno" en virtud de un trastorno psiquiátrico. De ahí, y a su exclusión social, solo media apenas un paso. ¡Que absurdo!

Para distintos sectores, sin exceptuar los profesionales, las ideas y actitudes autoritarias no desaparecieron con el final formal de los regímenes autoritarios; ambas permanecen en la mente y la conducta y se infiltran en las gestiones de los partidos políticos y sus plataformas. Los que sostienen la RP deben estar permanentemente alerta frente a esta oposición. No cabe otra alternativa que concebir e impulsar las estrategias apropiadas para hacerlas frente.

Es la promoción de los derechos humanos el primer claro de los claroscuros de la RP. Particularmente en cuanto la RP es sinónimo de atención en la comunidad.

Probablemente Uds. conocen la Declaración de Caracas adoptada en 1990 en la capital de Venezuela. En este manifiesto, 11 países latinoamericanos proclamaron su decisión de reestructurar sus servicios de salud mental tal como lo postula la RP. Con el tiempo todos los países se plegaron de manera oficial por medio de dos resoluciones adoptadas en el seno del Consejo Directivo de OPS. Quiero citar aquí a Javier Vasquez, abogado de la OPS. El dice que “Si bien la Declaración de Caracas no se refirió explícitamente a “vivir en la comunidad” como un derecho *per se*, la salvaguarda de ese derecho la garantizan las orientaciones que proclama destinados a permitir que las personas con discapacidad mental vivan y sean atendidas en la comunidad. En efecto, la organización de servicios comunitarios hace posible que las personas afectadas por trastornos psiquiátricos puedan disfrutar de la libertad personal y, por consiguiente, puedan llegar a ejercer los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y otras libertades fundamentales que les corresponde. Igualmente, la Declaración explícitamente propuso desarrollar en los países programas orientados a preservar los derechos humanos de estas personas, de acuerdo con las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales en la materia.

Sigue diciendo Javier Vásquez, que “los instrumentos de derechos humanos (tratados y recomendaciones regionales e internacionales), consagran los estándares mínimos que salvaguardan los derechos de las personas con discapacidades mentales, en cuanto constituyen un grupo que requiere protección debido a su condición de vulnerabilidad. El derecho internacional ha instituido, en relación con los derechos humanos, la protección de todas las personas sin distinción de su pertenencia étnica, color, edad, género, idioma, religión, afiliación política, origen nacional, extracción social, posición económica o cualquier otra característica. Consecuentemente, las personas con discapacidad mental se encuentran protegidas por los instrumentos generales adoptados internacionalmente para la defensa de los derechos humanos, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros. Corresponde mencionar una vez más que, tal como lo recomendara la Declaración de Caracas, el derecho a vivir en la comunidad sólo puede ejercerse cuando los países establecen servicios comunitarios de salud mental donde las personas con discapacidad mental pueden gozar de todos los derechos civiles.

Prosigamos con otro *claro* muy próximo al anterior. La RP sostiene el valor de la democracia. Habiendo sido definida la acción terapéutica y las intervenciones a nivel comunitario como acciones conjuntas y complementarias entre dos partes con igualdad de derechos y con obligaciones recíprocas; nada más natural que ambas partes la compartan en un diálogo continuo que nace en la determinación de las prioridades de la investigación, continúa con la programación de las acciones y concluye con la evaluación de las mismas. Este diálogo –no idéntico, pero sí complementario- se hace más patente en la atención comunitaria de la salud mental y menos, o ninguno, en hospitalocéntrica o manicomial. En el hospital psiquiátrico, que la Reforma Psiquiátrica busca superar, la atención tiene características restrictivas. El profesional no sólo posee autoridad sino que sólo él detenta el poder, y en más de una ocasión lo instrumenta autoritariamente. Es decir, hay una relación asimétrica no democrática, no igualitaria, entre los proveedores de atención y los que la necesitan, incluidas las familias.

El valor de las relaciones democráticas en el interior del sistema de salud mental constituye una de las recomendaciones de las diez que la OMS hiciera en el año 2001, año conocido como “año de la salud mental”. La OMS, a fin de impulsar el progreso en la atención psiquiátrica, recomienda involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios. Según la OMS, todas estas partes deben participar en la formulación y la adopción de las políticas, los programas y los servicios. El resultado esperado es desarrollar servicios más acordes con las necesidades tratadas y no tratadas de la población, y facilitar su mejor utilización. Dicho con otras palabras, las intervenciones, comunitarias y clínicas, están de esa manera en mejores condiciones de responder a las necesidades que determinan la edad, el género, la cultura, las condiciones sociales, y la situación económica de la población por la cual los profesionales asumen responsabilidad.

Nuevamente, sin involucrar a todas las partes, la Reforma Psiquiátrica carece de bases democráticas. Ese involucramiento se extiende, amén de los aspectos antes aludidos, al proceso de capacitación. De esta manera se asegura que la capacitación cumple con su *raison de’etre*, el sentido para la cual la capacitación existe. La Universidad debe reconocer este principio.

El respeto a los derechos humanos, vivir en comunidad, y la participación comunitaria, son condiciones de la RP. Sin ellos es difícil hablar de RP, a menos que se la entienda tan sólo como el mero traslado de la atención

del manicomio a la comunidad. Lo que, me atrevería a decir, se trataría un simple traslado del manicomio de adentro afuera.

Algo más. La atención comunitaria tiene más posibilidades de permitir el acceso a los servicios. Para la abogada Sara Rosenbaum, en el simposio sobre cobertura para todos los norteamericanos (publicado en el *New England Journal of Medicine* del pasado mes de agosto), el acceso a la atención es el tema ético más esencial. Este componente ético, sólo es posible si los servicios se encuentran donde las poblaciones moran.

Habiendo visto tres *claros* es tiempo de mirarnos al espejo y reconocer los *oscuros*. Probablemente hay dos *oscuros* que me abruman por su omisión. El primero es la casi ausencia de toda consideración de la RP en la atención de la salud mental a niños; por ejemplo en Brasil, donde la RP esta en marcha ascendente y donde la pirámide de la población es muy ancha en su base. Quizás la preocupación, admisible, claro está, por las personas adultas tratadas o depositadas en los manicomios, es la que, a mi juicio, ha creado este severo escotoma. Ignorar la psicopatología de los niños es ignorar que las tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos llegan al 13% en un periodo de 3 meses, según un estudio muy bien hecho por Costello y cols en los EE UU. Nada más errado que suponer que toda esa carga remite espontáneamente o que carece de impacto funcional. Este impacto puede afectar el desarrollo intelectual y, por consiguiente, el potencial social del niño. Pero no solo son los trastornos psiquiátricos *per se* a los que importa dar solución sino a las situaciones traumáticas que viven los niños en comunidad y que tienen impacto a corto e incluso a largo plazo. Asumo que nada nuevo les digo, pero el abuso físico o sexual al niño, amén de truncar un desarrollo armónico pone en movimiento un mecanismo psicobiológico que le imprime al niño vulnerabilidad, de tal manera que incluso en la adultez son detectables trastornos psicopatológicos severos como ansiedad, trastornos del sueño y conducta antisocial.

Veán Uds. algunos parámetros que se pueden usar para juzgar esa omisión. En un estudio realizado en Europa, apenas unos años atrás, encontramos que la oferta de recursos humanos en psiquiatría infantil era preocupante. (Para la población de hasta 15 años, la tasa de psiquiatras de niños era de 14.0 en Italia y de 14.7 en España por 100.000, obviamente insuficiente). Este estudio informa también que en 15 países de alta renta, solo en 3 la cobertura de los servicios para niños era comparable con los de los adultos mientras. En cuanto los servicios para el déficit intelectual, solo en 4 países eran suficientes; en 10 eran, insuficientes y en 1, simplemente, no los había. En cuanto a los trastornos

de la conducta, solo en 1 de los países los servicios eran suficientes. Datos inadmisibles que ponen en evidencia una discriminación en la atención infantil que la RP no puede tolerar.

Y, hete aquí, que ninguna otra forma de asistencia está mejor posicionada que la RP, para hacer frente en la comunidad a los problemas de la salud mental de los niños, en virtud de su proximidad a los servicios pediátricos, jardines de infantes y escuelas, y a las familias.

Veamos otros *oscuros* en este mosaico de claroscuros de la RP. La RP hubo de reestructurar la atención curativa, frecuentemente iatrogénica, manicomial, en una amplia oferta de prestaciones que dieran respuesta a la variedad de estados psicopatológicos, a cambiantes a lo largo de la vida. Pero el predominio de la atención curativa ha desplazado la atención preventiva, a pesar de ser un elemento fundamental de la atención comunitaria.

La OMS ha publicado un libro con evidencias de acciones probadas científicamente. Solo identificaré una, a guisa de ejemplo. Olds mostró en EEUU, hace años, que gracias las visitas de enfermeras durante el embarazo y post-parto (particularmente a las mujeres en condiciones de riesgo por razones psicosociales, tal como deprivación económica, hábitos de salud malsanos, deficientes prácticas de manejo familiares); el niño era menos golpeado, la lactancia materna se producía por mayor tiempo, y que disminuían los riesgos psicopatológicos, como la conducta antisocial. En síntesis, una verdadera vacuna psicológica! Pasa a observar que una acción de tal tipo, con enfermeras o con madres graduadas en un programa de capacitación, no es parte de las acciones de rutina de los servicios comunitarios orientados por la RP.

Sigamos mirándonos en el espejo. El divorcio o mejor, la ausencia de matrimonio entre la Universidad y los servicios de la RP, empobrece a ambos. Divorcio que para la Universidad, que vive en esta realidad de torre de marfil, se traduce en una capacitación ajena o, como mínimo, distante de las necesidades de las poblaciones y en una investigación que no está encaminada a solucionar los problemas que los afecta. Nada más patente que la formación de médicos en cuanto a las materias pertinentes a la salud mental. En América Latina, por ejemplo, el médico general fracasa en la atención en salud mental. Un estudio que se realizó en seis países de Centro y Sudamérica, destinado a capacitar al médico general en la atención a la depresión, se mostró que la modificación de actitudes y conocimientos no desembocaba en una práctica diferente a la de la pre-capacitación. A nuestro juicio, el mal aprendizaje en la Facultad de

Medicina parece ser prácticamente irreversible. Y esta es una experiencia que registra abundante literatura. El problema añadido es que los servicios, siempre escasos en recursos, deben invertir enormes esfuerzos en mejorar en algo la situación en desmedro de otras actividades necesarias que nunca cuentan, como resultado, con los recursos necesarios. Y sin el involucramiento competente del médico general, la atención comunitaria –según la promueve la RP- es parcial o totalmente imposible de llevarse a cabo. El dedo apostrofador no puede replegarse, la Universidad es o debe ser un organismo permeable a las necesidades de los servicios.

El empobrecimiento de los servicios por esa situación es evidente. La investigación que debe nutrir las decisiones es más escasa de la que los servicios requieren. Un estudio recientemente realizado por el Global Forum for Health Research y la OMS en los países en desarrollo mostró claramente que la investigación y la atención marchan por derroteros independientes y se unen solo en algunas oportunidades. Benedetto Saraceno y su equipo lanzaron la iniciativa *Investigación para el Cambio*, persuadidos que con investigación el desarrollo de los servicios se acelerará. Estos requieren del apoyo de la Universidad, como dijera, y la Universidad requiere de los servicios para cumplir su función social. El matrimonio entrabas debe producirse sin más demora.

Veamos un obvio *claro*. Las necesidades psicopatológicas cambian a lo largo del tiempo. Hay remisiones. Hay recaídas. Hay modificaciones en virtud de la comorbilidad que puede desarrollarse. En un estudio que realizamos en Israel en el marco del *World Mental Health Survey* encontramos que el 30% de los episodios depresivos estaban acompañados de otro desorden psiquiátrico, entre ellos, 29%, con alguna categoría diagnóstica de ansiedad. Pareciera que no encontrar comorbilidad es reflejo de un examen clínico superficial y que no se mantiene a lo largo del tiempo. Sin olvidar que la comorbilidad no solo es con otros trastornos psiquiátricos sino también con los físicos. Problemas cardiovasculares, úlcera, reumatismo, lumbalgias, dolores crónicos, cefaleas, fueron encontrados asociados con trastornos depresivos, los resultados de las asociaciones fueron estadísticamente significativos.

Entonces, ¿cómo es posible argüir que una opción de atención monovalente puede dar respuesta adecuada a estas necesidades? Lo que me impresionó de una visita difícil de olvidar al Servicio de Leganés fue observar cómo estaba organizada la atención de manera de poder dar la respuesta adecuada en el momento necesario. Están errados los que se oponen a la RP y a la atención en comunidad; la atención

hospitalocéntrica y biologicista en sus diferentes variantes no responde a las necesidades cambiantes y múltiples de los miembros de la comunidad que requieren atención curativa.

La mera desinstitucionalización no es equivalente a RP. Sin ella, la RP no es completa. Pero frente a estudios que solo cuentan camas como su éxito o fracaso yo me permito apoyar a Matt Muijen, Asesor en Salud Mental de la OMS/EURO que arguye que son las condiciones reinantes de las instituciones, su ubicación y la extensión del internamiento lo que cuenta. Es difícil que alguien se atreviera hoy a criticar las camas en medicina interna en un hospital general. Tampoco entonces cabe asumir que las internaciones psiquiátricas en un hospital general implican un fracaso de la desinstitucionalización. Obviamente, cabe a la RP ofrecer una solución a las internaciones en las cárceles, internaciones que parecen aumentar debido a la comorbilidad con drogas. Estas críticas desde adentro son útiles, muestran las dudas que acompañan a la RP, tal como deben existir en todo movimiento que se caracteriza por ser científico. Los directivos están atentos a los costos de las acciones de salud mental. Adviertan: esos costos son inversiones. Inversiones en la salud mental de la gente, como se dice en Chile. Menos atentos están a los costos (costos, si) de todos los que necesitan atención y no la tienen. En el estudio WMHS que España participa, es decir, que epidemiólogos españoles participan en el ESEMeD, se encontró que 1 entre 4 personas tenían necesidades de atención no satisfechas. Es verdad, que no toda persona que sufre un trastorno psiquiátrico necesita atención, pero el problema es que aun las personas con un trastorno severo no consultan. La ausencia de consulta obedece a factores objetivos, por ejemplo, la accesibilidad de los servicios –accesibilidad en sentido amplio no solo geográfico sino de horarios y de compatibilidad cultural. Los factores subjetivos, igualmente juegan un papel, al igual que el estigma. La RP al promover la asistencia en la comunidad está en condiciones estratégicas mejores para disminuir el sufrimiento y la discapacidad que lo acompaña. Ciertamente, la atención tradicional no puede enfrentar ni los factores objetivos, su accesibilidad es limitada, ni los subjetivos. El estigma que rodea a las instituciones manicomiales ha sido sobradamente documentado.

En síntesis: Los claroscuros de la RP muestran que la tarea no está acabada. Los claros requieren refuerzos y sostenibilidad. Los *oscuros* demandan inmediata solución.

Permítanme concluir con un mensaje personal. En este acto se celebra la trayectoria de Manuel Desviat y sus colegas. Pero, Manuel Desviat no solo desarrolló la RP en Leganés. La llevo a Brasil, donde la reforzó, y a

México, donde la RP diera sus pasos iniciales titubeantes, en misiones sucesivas de OPS, en el marco del movimiento de reestructuración de la atención psiquiátrica de America Latina. Su tarea fue descollante, los testimonios son de los profesionales locales y la evidencia, de los resultados concretos.

Querido Manuel, con pena, asombro e ira me entere que fuiste removido de Leganés. Las razones son sinrazones, a mi juicio. La solidaridad y el apoyo de los usuarios, familias, comunidad, discípulos, pares y amigos son el mejor reconocimiento de los éxitos de tu tarea. Pero, aunque todo esto nutre, en todo momento y en época de crisis, más sin duda, que no solo eso te sirva de nutriente. Que sean las acciones venideras las que te nutran porque la tarea no esta terminada y la misión no ha concluido. Todos, sin excepción, todos, esperamos que continúes tu tarea y que prosigas con tu misión.

A todos Uds. les agradezco el honor que me han hecho al invitarme a compartir la plataforma con líderes de la RP en este país.

Itzhak Levav

Asesor OMS. Asesor Ministerio de Salud de Israel