

BENEDETTO SARACENO

la liberación
de los **PACIENTES**
PSIQUIÁTRICOS

de la rehabilitación
psicosocial a la
ciudadanía
posible



B E N E D E T T O S A R A C E N O

la liberación
de los **PACIENTES**
PSIQUIÁTRICOS

de la rehabilitación
psicosocial a la
ciudadanía
posible





EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIAN

Amigo lector:

La obra que usted tiene en sus manos es muy valiosa; en ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y años de trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y pone todo su empeño y recursos para difundirla ampliamente, por medio de su red de comercialización.

Cuando usted fotocopia este libro o adquiere una copia «pirata» o fotocopia ilegal del mismo, el autor y el editor dejan de percibir lo que les permite recuperar la inversión que han realizado, y ello fomenta el desaliento de la creación de nuevas obras.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor, además de ser un delito, daña la creatividad y limita la difusión de la cultura.

Si usted necesita un ejemplar del libro y no le es posible conseguirlo, le rogamos hacérselo saber. No dude en comunicarse con nosotros.

Editorial Pax México

Título de la obra en italiano: *La fine dell'intrattenimento*
Manuale di riabilitazione psichiatrica

Publicada por RCS Libri & Grandi Opere S.p.A.

COORDINACIÓN EDITORIAL: Matilde Schoenfeld

TRADUCCIÓN: Maia F. Miret

© 1995 RCS Libri & Grandi Opere S.p.A.

© 2003 De esta edición, Editorial Pax México, Librería Carlos Cesarman S.A.

Av. Cuauhtémoc 1430

Col. Santa Cruz Atoyac

México D.F. 03310

Teléfono: 5605 7677

Fax: 5605 7600

Correo e.: editorialpax@editorialpax.com

ISBN 968-860-667-7

Reservados todos los derechos

Impreso en México / *Printed in México*

índice

<i>Introducción</i>	v
Las razones de un interés.....	1
Definiciones y modelos.....	13
Modelos de capacitación de las habilidades sociales.....	15
Modelos psicoeducativos.....	22
El modelo de Spivak.....	29
Luc Ciompi.....	34
El hospital psiquiátrico.....	39
Las variables reales: sujetos, contextos, servicios, recursos.....	53
El paciente, el diagnóstico, el contexto.....	59
El servicio, su contexto, los recursos.....	68
Las leyes.....	79
La rehabilitación como ciudadanía.....	83
Habitar.....	85
Intercambiar las identidades.....	93
Producir e intercambiar mercancías y valores.....	96
Psiquiatría y salud mental.....	113
Biopsicosocial: <i>shibboleth</i>	113
La crisis del paradigma biomédico.....	121
¿Tiene sentido un manual de rehabilitación?.....	129
<i>Bibliografía</i>	131

Dedicado a algunos "viejos" colegas
como Franco Rotelli
y a muchos "jóvenes" profesionales
de la psiquiatría

Introducción

Este libro fue escrito porque, desde hace mucho tiempo, diversos aspectos de la psiquiatría no son discutidos a profundidad.

La reacción a los enfoques *globales* (llamados *exceso de ideología* por algunos), que caracterizaron los años setenta ha determinado la peligrosa certeza -sobre todo entre los jóvenes— de que la psiquiatría es simplemente una técnica terapéutica que debe ser aprendida a fin de elegir después el enfoque más convincente.

Después de años de reflexión y práctica sobre los aspectos de enfermedad y normalidad, del control social y sus instituciones, del vínculo entre la psiquiatría y las ciencias humanas y políticas, es natural que exista una reacción que, probablemente, ha permitido la generación de nuevas ideas. No obstante, defender la exigencia de un *método* y mayor profesionalismo también acarrea la popularización de una idea vaga y errónea de la "cientificidad". Ésta es una idea muy vieja y difícil de erradicar, que alude a todo lo expresado en la categoría de lo cuantitativo, que hace referencia a modelos claros y delimitados, que afirma la relación linear entre fenómenos, que excluye la subjetividad. No importa si "los números" describen fenómenos artificiales o irrelevantes, pues lo importante es que la representación cuantitativa de un fenómeno lo vuelve real. No importa si el precio de tener modelos claros y simples sea reducir la realidad para que lo que no está en el modelo sea declarado "inexistente" por el solo hecho de no estar descrito en él. Este comportamiento -de manera contraria a la certeza de quien lo propugna- no tiene nada que ver con la *ciencia*, que es, o debería ser, un método para observar los fenómenos y establecer relaciones entre ellos, y no una delimitación de su complejidad que los vuelva más fáciles de describir.

La psiquiatría actual ha declarado ser científica y pertenecer por pleno derecho a la biomedicina; se ha liberado -más en palabras que en hechos- de su antigua vocación por un control estricto y deshumanizado de los "locos de atar" y ha podido pertenecer, finalmente, al "discurso médico".

No obstante, y a su pesar, la psiquiatría ha heredado más de 20 años de reflexiones y prácticas consideradas "críticas". Del mismo modo que la "peste" (como definía Freud su descubrimiento del inconsciente en su primera presentación en Estados Unidos) se transformó progresivamente en una tranquilizadora rubéola, la crítica tanto a instituciones como a los sistemas manicomiales y psiquiátricos, de la cual Basaglia se hizo portador, se transformó progresivamente en una inofensiva racionalización de los lugares donde se imparten cuidados.

En consecuencia, esta herencia fue ocultada, relegada al olvido, distorsionada e ignorada. Fueron ignorados o distorsionados tanto la extraordinaria riqueza de saber como los lenguajes que en la década de los setenta permitían la discusión a los psiquiatras no sólo sobre psiquiatría, sino también sobre filosofía, sociología, política, poesía e historia. Fue un momento de intersección en las lecciones inglesas de Cooper y Laing, las francesas de Foucault, Deleuze, Guattari y Castel, la estadounidense de Goffman y, finalmente, la italiana de Basaglia.

A continuación menciono algunos hechos relevantes para el debate de la psiquiatría:

- Algunas experiencias históricas de psiquiatría antinstitucional han evolucionado en la práctica y han sido enriquecidas en la reflexión teórica, como la escuela triestina y la noción teórico-práctica de *empresa social*.
- La psiquiatría ha "descubierto" la epidemiología, y a través de ella ha podido controlar, de manera mucho más confiable, un conjunto de hipótesis sobre la naturaleza multifactorial de las causas, el desarrollo y el tratamiento de las enfermedades mentales.
- En diversos países no pertenecientes al primer mundo han surgido experiencias que han superado a la psiquiatría institucional mediante recursos prácticos y conceptuales (independientes de los modelos del primer mundo).

Todo lo anterior ha sucedido solamente en una parte de la psiquiatría; por el contrario, poco o nada ha ocurrido en la psiquiatría médica. Lenguajes y conocimientos han sido silenciados progresivamente, en especial en las generaciones más jóvenes; tampoco se sabe —existe una especie de

prohibición al respecto— que el patrimonio original de la historia de la psiquiatría antinstitucional esté constituido por esta diversidad de formas.

Casi parece que la bibliografía de referencia *mixta* es vista con cierta reserva: si de manera simultánea a un estudio epidemiológico alguien desea referirse a la "Carta a los directores del manicomio" (*Lettera ai direttori di manicomio*) de Antonin Artaud, este recelo parece decirle: "tienes que elegir de qué lado quieres estar".

Este libro nació para contrastar las sospechas que apelan a la unicidad y exclusividad de la cultura de referencia y del deseo de razonar con más libertad.

Me gustaría que los jóvenes psiquiatras aprendieran a navegar por la complejidad de estas contribuciones, que ciertamente no es sólo un problema *de autores*, sino sobre todo uno de los múltiples *órdenes del discurso* contemporáneo: la política, las especificaciones técnicas del *oficio*, la historia de las ideas, etcétera.

La imposibilidad de comunicar —que padecen tanto el *orden del discurso* como los autores— es especialmente evidente en la clara separación que existe entre la cultura francesa y la cultura anglosajona. Sería demasiado sencillo tratar de explicarla con el tradicional lugar común de la incompatibilidad y desconfianza recíproca entre los anglosajones pragmáticos y los franceses teóricos. Se trata, al menos en el ámbito de la psiquiatría, de miradas lejanas y referencias a tradiciones filosóficas y culturales impermeables entre sí. Un inteligente teórico americano (pensemos en Strauss) nunca hará referencia —y hay más de una razón— a las lecciones de Castel, ni viceversa.

Me gusta pensar que la cultura psiquiátrica antiinstitucional italiana, sensible a las especulaciones teóricas de Foucault, es capaz de confrontarse con la cultura de la salud pública de Richard Warner y, por ende, sepa romper esta incomunicación etnocultural; ésta es también una ambición de la presente obra.

La hipótesis general que guía este ensayo (que pretende ser también una suerte de manual para los jóvenes médicos que se ocupan de la rehabilitación de pacientes psiquiátricos) es que la rehabilitación, gracias a sus metas y a sus instrumentos de acción (en definitiva poco funcionales para la lógica médica), constituye una *pista* particularmente reveladora

de las principales características de la psiquiatría institucional, es decir, su papel como *entretenimiento* del enfermo.

Entretener significa *tener dentro o pasar agradablemente el tiempo*. En espera de que la enfermedad se cure sola, de que el enfermo muera con ella o, finalmente, de que empeore -en rigor y en todo el sentido de la palabra- es mantenido *dentro* del hospital psiquiátrico (y allí, dentro de una sala cerrada, dentro de un cuarto de aislamiento, una camisa de fuerza, la soledad, la violencia y la miseria). También pueden entretener al enfermo dentro del consultorio, el hospital o con su propia familia por vías menos duras: con fármacos, pláticas psicoterapéuticas, actividades recreativas, ergoterapéuticas y recreativas, entre otras. Decimos *entretener* en el sentido de mantener al paciente inmerso en un sistema de tratamientos suministrados con un alto grado de casualidad, falta de previsión, ausencia de evaluación, "en espera de...". Y cuando la espera es premiada con la mejoría, constituirá una "prueba" de la eficacia del tratamiento.

Lo que causa mayor impresión de la psiquiatría institucional no es su impotencia, sino la ausencia de crítica en su confrontación con esta impotencia, lo cual no permite entender las relaciones *reales* entre el tratamiento y la mejoría; es decir, individualizar las acciones más o menos identificadas que han participado en la mejoría. Por el contrario, sería importante conocer las relaciones entre tratamiento y resultado, porque sería descubierto, probablemente, que en psiquiatría los tratamientos no influyen especialmente en la evolución de larga estancia de la enfermedad, mientras que las acciones en torno al tratamiento (el contexto dentro del cual ocurre, las motivaciones y expectativas que el tratamiento ofrece, las *formas* materiales y afectivas que constituyen la ayuda, la continuidad y la tenacidad con que son construidas las propuestas para la vida del paciente) son elementos bastante más decisivos en la evolución del paciente.

En otras palabras, es posible descubrir, y ésta es la hipótesis de este libro, que la terapia psiquiátrica a veces constituye un juego de pleonasmos (entretenimiento) perjudiciales o indiferentes (a veces útiles), mientras que la ruptura con estos entretenimientos constituye la fuente de acciones más eficaces para transformar la vida del paciente.

La paradoja no es gratuita: nace de constatar que la terapia y la clínica no han generado, por sí solas, transformaciones significativas en la vida de los pacientes (de otro modo no tendría explicación por qué, con tanta frecuencia, las enfermedades mentales permanecen sin modificación en el tiempo y el espacio hasta que, variables ajenas a la clínica y a la terapia, irrumpen en escena y modifican, para mejorar o no, la historia natural de las enfermedades).

La ruptura con el entretenimiento no es, por tanto, una simple renuncia pasiva a la práctica de la psiquiatría institucional sino una investigación teórica y práctica de las vías cotidianas a fin de realizar microrupturas en la miríada de micro-entretenimientos, develando la gran cantidad de recursos y formas de actuar que conforman la reconstrucción de la ciudadanía plena del paciente psiquiátrico. No es la simple restitución de sus derechos formales, pues la construcción de esos derechos fundamentales es parte de una construcción (afectiva, de las

relaciones, material, de habitación y productiva), que es la única rehabilitación posible.

Me parece que la natural extrañeza de quienes practican la rehabilitación cuando les es planteada la lógica de la terapia biopsicomédica invita a encontrar formas prácticas de "romper con el entretenimiento" a partir de la rehabilitación.

Las razones de un interés

Hace más de diez años la noción de rehabilitación entró a formar parte del "discurso" psiquiátrico; recibió atención relevante por parte de los profesionales de la salud mental y fue reconocida como una subdisciplina de la psiquiatría. Diversas teorías de la rehabilitación han sido propuestas, y con ellas se han multiplicado las oportunidades de estudio e intercambio que caracterizan a la comunidad médica (congresos, seminarios, cursos de formación). Nacieron revistas especializadas; hubo libros publicados al respecto y aparecieron organizaciones científicas cuya principal razón de existir es la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos.

La historia de la Psiquiatría en los últimos 50 años muestra que periódicamente "aparece" en el debate disciplinar, así como en la cultura de sus médicos, una subdisciplina, una tecnología o simplemente una palabra que enciende el interés, congrega a los técnicos y determina el surgimiento de escuelas o de simples grupos de adeptos.

En ausencia de innovaciones sustanciales en lo que se refiere a la teoría de la psicopatología o al conocimiento etiológico de las enfermedades mentales, es natural que la comunidad psiquiátrica se apasione periódicamente por cualquier nuevo fragmento de teoría o práctica y lo "capture" en su propio *orden* conceptual, que en sí mismo es fragmentario y está constituido por conocimientos más *paralelos* que integrados. Recurrir con frecuencia a la bien conocida noción de lo *bio-psico-social* da testimonio de este paralelismo, donde lo que no es explicado con lo *bio* es explicado con lo *psico* o con lo *social*. Es, así,

una suerte de ilusión que, al invocar la complejidad, mitiga la incomodidad de la ignorancia y de la impotencia terapéutica.

De hecho, a la riqueza de los modelos y de las subdisciplinas no corresponde la misma riqueza en las respuestas ofrecidas a las necesidades de los pacientes. Asistimos, por un lado, a una curiosa fractura entre articulación teórica, complejidad diagnóstica, abundancia de modelos y tecnologías y, por otro, a la modestia y la reiteración de las prácticas terapéutico-asistenciales reales, así como al estancamiento de los resultados terapéuticos.

La condición real del común denominador de los pacientes psiquiátricos, hospitalizados o no, es dramáticamente similar en cada lugar del planeta: existe violencia y miseria en las instituciones psiquiátricas, abandono y una respuesta farmacológica muy contundente para los pacientes considerados ambulatorios, que a largo plazo mejoran, empeoran o quedan estacionarios, según el plazo de las tecnologías específicas empleadas, o incluso según las convicciones teóricas de los psiquiatras, las cuales parecen tener poca importancia. Ante esta impotencia tan sustancial, es "natural" entusiasmarse y apropiarse de modos autorreferenciales de "novedad" que brinden algún consuelo.

El caso de la farmacología es ejemplar: en las innovaciones en el campo de los tratamientos farmacológicos florece, por el contrario, un afán entusiasta por "probar nuevas moléculas". De tal modo fue "descubierta" la terapia institucional, la ergoterapia, la ludoterapia, las aplicaciones de la psicoterapia a la orientación psicoanalítica de pacientes esquizofrénicos, etcétera.

La psiquiatría institucional es perpetuada y autorreproducida intuyendo su propia insuficiencia terapéutica, enriqueciéndola con fragmentos de conocimientos provenientes de diversas disciplinas. Podemos preguntarnos si este "robo" continuo es testimonio de la construcción de una disciplina o de una disciplina inexistente, ya que no da la impresión de que todo ese enriquecimiento haya trascendido a los pacientes de la psiquiatría: si la distribución de las enfermedades mentales es, en efecto, ubicua (como fue demostrado en parte por el estudio piloto *International Pilot Study of Schizophrenia* realizado por la Organización Mundial de la

Salud), también lo es la condición de miseria y abandono de la mayor parte de los pacientes psiquiátricos.

El peso relativo de las tecnologías terapéuticas específicas parece influir en menor grado en el desarrollo de las enfermedades, y parece estar más relacionado con las variables intrínsecas del paciente (en el micro y el macro contexto), siempre y cuando en el contexto sean incluidas también las estrategias asistenciales de los servicios antepuestos.

Por supuesto, debemos considerar las diferencias relevantes entre los países que tienen una alta tecnología sanitaria y los que tienen una baja tecnología. Por ejemplo, si la aparición de la esquizofrenia estuviera estrechamente relacionada con un trauma aparecido durante el parto o el período neonatal, sería razonable esperar mayor incidencia en los países más pobres, donde las parturientas (y los neonatos) reciben menos asistencia. Si el tratamiento farmacológico tuviera mayor contundencia en la evolución de la psicosis, deberíamos esperar que la prevalencia de estas enfermedades mentales fuera menor en los lugares donde los tratamientos farmacológicos son más complejos. Pero no es así. Parece que los adelantos tecnológicos de las instalaciones disciplinarias o los sistemas de curación más avanzados no modifican *per se* la evolución de las enfermedades mentales, aunque es indudable que pueden modificar su curso.

Podemos observar el creciente interés por la rehabilitación a la luz de esta comprobación.

La razón de este interés por la rehabilitación es investigar no tanto la transformación ocurrida en la teoría de las enfermedades mentales o en la riqueza de las técnicas de tratamiento, sino los cambios que tienen que ver con las dinámicas sociales, culturales y económicas que han influido en la condición de los enfermos mentales en mayor medida que los "descubrimientos" de la psiquiatría. Tales dinámicas han sido marcadas, indudablemente, por movimientos que, si bien son *internos* a la psiquiatría, todavía no constituyen parte del *discurso de la psiquiatría*, y de hecho lo ponen en duda.

Podemos afirmar, de modo esquemático, que hay tres razones, directas o indirectas, que forman la base de un interés muy vivo de la comunidad psiquiátrica internacional por el tema de la rehabilitación:

1. A partir de los años sesenta disminuyó la población interna de pacientes en los hospitales psiquiátricos. Los motivos de este fenómeno son complejos y no pueden atribuirse a una sola causa.

Es evidente, por ejemplo, que la reducción sustancial en el número de pacientes internos italianos (que comenzó en los primeros años de los setenta) dependió en gran medida de los efectos del movimiento de crítica a la instituciones psiquiátricas iniciado en Gorizia en la misma década por Franco Basaglia; movimiento difundido durante la siguiente década en diversas partes de Italia (Trieste, Parma, Arezzo, Ferrara, Perugia) y anexado a las leyes de reforma de 1978. Éste no es el lugar para analizar las diversas formas que ese movimiento ha asumido en Italia y las interpretaciones que han hecho las autoridades sanitarias locales, adoptando políticas muy diversas unas de otras. La disminución de la población de los manicomios en Italia sin duda está determinada por motivos relacionados específicamente con el movimiento de reforma.

La disminución desde 1955 a 1985 de 80% de la población de los manicomios en Estados Unidos (Bacharch, 1986) tiene, por el contrario, raíces muy diferentes. En parte, es consecuencia de los movimientos en pro de los derechos civiles que caracterizaron la realidad estadounidense de esos años (y que incluyó la defensa de los derechos civiles de los pacientes internos de los manicomios) y en gran medida puede imputarse a políticas sanitarias que tenían como objetivo la reducción del presupuesto de los hospitales psiquiátricos (Warner, 1986).

La disminución de los internos en Inglaterra es un fenómeno más reciente, en el que se cruzan causas de naturaleza económica (el racionamiento del gasto, que considera más conveniente la asignación de recursos para instalaciones terapéuticas extrahospitalarias) y de naturaleza técnica (la afirmación de que los hospitales psiquiátricos son un lugar de baja productividad terapéutica).

Lo cierto es que "en los últimos veinte años el contexto internacional ha presenciado cambios dramáticos en el campo de la asistencia psiquiátrica pública. En particular, se ha producido, en la mayor parte de los países de Europa, Australia y América del Norte, una tendencia decisiva en cuanto a la desinstitucionalización, que ha implicado un intenso redimensionamiento de las instalaciones manicomiales" (De Girolamo, 1989).

En realidad, el objetivo no ha sido desinstitucionalizar a los pacientes (asumiendo que este proceso consista en superar progresivamente las condiciones de dependencia de los pacientes psiquiátricos de las instituciones de la psiquiatría, hospitalarios o no, y del automatismo incapacitante que caracteriza el círculo vicioso enfermedad/respuesta a la enfermedad), sino más bien de deshospitalizarlos, es decir, transferir a los pacientes del abandono manicomial al abandono extramanicomial.

Ciertamente, el gran número de pacientes psiquiátricos que son abandonados, que dejan de estar internados y sin vigilancia, generan enormes problemas a las familias, a las autoridades sanitarias y a la comunidad. La suspensión del control rígido y visible del manicomio y las soluciones simplificadas a las necesidades de habitación y existencia cotidiana que ofrece, determinan la necesidad de respuestas que pueden organizarse en torno a la simple lógica del abandono (que es sólo una respuesta entre otras), en torno a la lógica de la contención extramuros o a la lógica de la reconstrucción de una ciudadanía plena.

Así pues, la razón principal del interés por la rehabilitación (entendiendo por esto, provisionalmente, un todo heterogéneo, confuso y, frecuentemente, con implicaciones contradictorias) nace de una exigencia puntual de responder a la petición de un "entretenimiento extramanicomial" y, en esos casos, de mejorar la calidad de la asistencia a gran número de pacientes para ofrecer a las familias un relevo del cuidado del paciente, vigilar al paciente que vive solo, ofrecerle una alternativa a la soledad cotidiana, procurar reintegrarlo al mundo productivo, apoyarlo en su vida social dentro de cualquier residencia más o menos protegida, y coadyuvar en las intervenciones psicoterapéuticas o farmacológicas.

Como resulta evidente, la respuesta que nace de la necesidad de sustituir las soluciones manicomiales puede ser tanto una simple reproducción de una lógica de control y contención como una representación de la mejoría real de calidad en cuanto a la oferta para el paciente. Es de esta heterogeneidad y ambigüedad de la noción de rehabilitación que conviene partir para comprender los resultados dentro de la comunidad psiquiátrica.

2. Si hacer frente a las necesidades del paciente *no hospitalizado* —porque ya salió del hospital o porque todavía no ha ingresado— constituye el fundamento de las nuevas prácticas rehabilitativas (y por tanto de las teorías), responder a las exigencias del paciente hospitalizado constituye una parte de las nuevas necesidades de rehabilitación.

Las razones por las cuales exista también una *necesidad de rehabilitación* dentro de la institución manicomial se debe a diversos factores atribuibles a una defensa mal definida de los derechos de los pacientes psiquiátricos que se encuentran en instituciones. Ésta es la segunda razón del interés que existe por la rehabilitación; la conciencia creciente de los derechos de los internos concierne a todos los autores: médicos, administradores, políticos, familiares y los pacientes mismos.

Durante los últimos 20 años, especialmente en los países industrializados, hemos asistido a un crecimiento de la defensa de los derechos de los enfermos. También en este caso convergen motivaciones diversas; en parte, el sentir general que exige mayor respeto a los derechos de las fracciones de la población reconocidas como débiles por estar enfermas ha aumentado paralelamente al reconocimiento de *otras* fracciones de la población reconocidas como débiles y, por otros motivos, hacia quienes sufren violaciones escandalosas de sus derechos. Las sociedades multiétnicas evidencian en qué medida al creciente respeto mostrado a sus integrantes *por derecho* corresponden a violaciones para quienes se hallan *sin derechos*, como las minorías étnicas.

Las violaciones de los derechos incluyen un desplazamiento -un descentramiento- del desarrollo de la conciencia democrática de la comunidad, por el cual es más fácil ser reconocido en los propios derechos, si uno está integrado étnica y racialmente a la comunidad dominante.

Sin duda, existen otras motivaciones paralelas a este desplazamiento de las violaciones de los derechos, al cual corresponde el aumento de los derechos de ciertas subpoblaciones.

Cuanto más complejas se vuelven las sociedades industriales, más sutiles son los márgenes entre la razón y la sinrazón, y el "sentido común de la normalidad" es modificado para acoger en el universo de lo tolerable a sectores de la población antes excluidos. En este proceso de adquisición

de derechos las instituciones totales (cárceles, manicomios) se han vuelto más "visibles", y sus "clientes" están más protegidos.

También es evidente que el aumento de la tolerancia (o la disminución de los estigmas) depende también de las luchas ocurridas a fin de aumentar los derechos y volver dinámicos los fenómenos de inclusión/exclusión.

Podemos decir que los pacientes psiquiátricos han sido beneficiados en forma directa e indirecta del crecimiento sustancial de los derechos formales y del crecimiento menos sustancial de los derechos reales que han beneficiado a todas las minorías de enfermos en estos últimos 20 años. El fenómeno masivo de la deshospitalización y el aumento de los derechos de los enfermos mentales constituyen, así, dos factores determinantes en la instauración de una necesidad de rehabilitar (es decir, la respuesta a necesidades y derechos antes ocultos tras la internación). Ello involucra dos factores en parte externos a la evolución del pensamiento psiquiátrico, pues están ligados principalmente a dinámicas culturales, sociales y socioeconómicas.

Es indudable que una parte de la comunidad psiquiátrica ha contribuido en determinar estos fenómenos (por ejemplo, los movimientos de crítica a la institución psiquiátrica), pero tales contribuciones están limitadas geográficamente a ciertos países (Italia, España, algunos países del norte de Europa, Australia y Brasil). La disminución de la población de los manicomios y el aumento de los derechos de los pacientes son una consecuencia directa de los movimientos innovadores en la psiquiatría.

3. En forma paralela a estos fenómenos determinantes en la consolidación de la cultura de la rehabilitación existe otro que está, por el contrario, estrechamente relacionado con la evolución del conocimiento psiquiátrico.

Tal fenómeno es el *corpus* de estudios epidemiológicos que comenzaron hace unos 20 años y han puesto en duda la certeza de que la evolución de la esquizofrenia, y de las psicosis no orgánicas en general, sean "naturalmente" desfavorables y, por tanto, estén destinadas a ser crónicas y a que el paciente que las padece sea internado. Hoy existen numerosos datos importantes que muestran cómo una fracción significativa de los esquizofrénicos mejora o sana con el tiempo. Los estudios de seguimiento coinciden en gran medida en que el desarrollo

y el pronóstico de la esquizofrenia son decididamente menos desfavorables de lo que era estimado. Si sumamos todos los pacientes observados por diversos estudios de seguimiento estamos en posibilidades de analizar una muestra de más de 1400 sujetos observados a lo largo de más de 20 años (Bleuler, 1972; Ciompi y Muller, 1976; Tsugan *et al.*, 1979; Huber *et al.*, 1980; Harding *et al.*, 1987).

Algunos estudios realizados durante la década de los años setenta (Murphy y Raman, 1971; Waxler, 1977 y 1979) han mostrado que los mejores resultados en el tratamiento de la esquizofrenia fueron logrados en países no industrializados.

Los estudios de la Organización Mundial de la Salud, por ejemplo *International Pilot Study of Schizophrenia y Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders* (OMS, 1973; OMS, 1979; Jablensky *et al.*, 1992; Leff *et al.*, 1992) representan otra contribución importante al conocimiento del desarrollo y curación de la esquizofrenia. Estos estudios muestran que a la ubicuidad de la esquizofrenia no corresponden evoluciones similares, sino que los contextos sociales determinan diversos éxitos sociales (y clínicos). El *Outcome Study* procura verificar la consistencia de los resultados del *International Pilot Study* mediante el estudio de una muestra de primeros casos de psicosis no afectivas provenientes de diez regiones del mundo. Durante dos años el estudio ha reclutado a todos los individuos que respondieron a cuatro criterios de inclusión, a saber:

- entre 15 y 53 años de edad
- residencia de al menos 6 meses en el área considerada
- síntomas psicóticos no atribuibles a un trastorno afectivo o a un daño cerebral evidente
- primer contacto reciente con la estructura sanitaria (psiquiátrica o no), asistencial, religiosa o de tratamientos tradicionales

El uso de un amplio criterio de definición de un caso permitió el estudio del desarrollo en un espectro amplio de trastornos psicóticos sin restringir el campo de investigación a una de las diversas definiciones de esquizofrenia. La utilización de un grupo casi incidental (es decir, al inicio

de su contacto con la estructura sanitaria y, por tanto, razonablemente próximo al comienzo de la enfermedad) hizo posible estimar la incidencia y el desarrollo de la enfermedad en una muestra que incluye también formas menos graves y atípicas del trastorno. Estas formas, de hecho, rara vez aparecen en los muestreos transversales (representativos de la frecuencia manifiesta), que incluyen selectivamente los casos más graves que permanecen en contacto con los servicios sanitarios.

El grupo estudiado por el *Outcome Study* es la mejor aproximación posible a una muestra que satisfaga los criterios de un estudio de la historia natural del trastorno, analizado en un estadio en el que la presentación clínica y el papel social del sujeto no han sido todavía modificados por el tratamiento ni por las reglas impuestas al paciente esquizofrénico, etiquetado como tal por la familia y el grupo social. Entre los numerosos resultados del estudio vale la pena mencionar algunos de los que corroboran nuestra hipótesis:

- Tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, los síntomas iniciales resultan similares, con una aparición más frecuente de síntomas negativos de tipo conductual (abandono de las actividades habituales, retiro de la sociedad) en vez de francas manifestaciones de tipo alucinatorio y delirante.
- Las tasas de incidencia anual en las diversas áreas para los dos sexos y para las edades de 15 a 54 años están comprendidas entre 1.5 y 4.2 sobre 100 mil, aplicando el criterio diagnóstico amplio; y entre 0.7 y 1.4 sobre 100 mil, aplicando una definición restringida de esquizofrenia. El riesgo acumulativo para todas las edades está estimado entre 0.5 y 1.72% para el diagnóstico amplio de esquizofrenia y entre 0.26 y 0.54 para el restringido. No han aparecido áreas geográficas caracterizadas por una incidencia particularmente alta de trastornos psicóticos. Las curvas de incidencia específica por sexo y por edad también resultan muy similares. Existe una alta incidencia entre los sujetos masculinos más jóvenes, tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo, mientras que en las mujeres hay una tendencia a "consumar" el riesgo de enfermarse a una tasa más constante en las diversas etapas de la vida.

- En el transcurso de dos años, la mayor parte de los sujetos ha mostrado evidencias de una remisión del trastorno: 50.3% sufrió un solo episodio psicótico, 31.1% sufrió dos o más episodios, 15.7% ha mostrado un desarrollo constante sin remisión. La remisión de la sintomatología ha resultado más común en los países en vías de desarrollo.
- Los sujetos que pertenecen a países en vías de desarrollo tienen un pronóstico definitivamente más favorable que los de países desarrollados. Ha resultado, además, que los cuadros clínicos manifestados en forma aguda presentan una mejor evolución que los que tienen un desarrollo insidioso y progresivo. La tendencia a una mejor recuperación en los países en vías de desarrollo aparece tanto en los cuadros clínicos de desarrollo agudo como en los de desarrollo progresivo. La distinción entre la definición amplia de esquizofrenia y la restringida no ha tenido ningún valor pronóstico.

En síntesis, el desarrollo agudo de la sintomatología y la pertenencia a un país en vías de desarrollo resultan hechos relacionados en gran medida de forma independiente con el éxito en la curación del trastorno.

El *Outcome Study* muestra así cómo la evolución de la esquizofrenia varía al cambiar las condiciones ambientales y, por tanto, no tiene necesariamente una evolución desfavorable en todos los lugares.

Más allá de estas evidencias, que muestran el pesado *efecto contexto* sobre el desarrollo de la psicosis, otros estudios de epidemiología clínica han mostrado que la evolución de las psicosis está fuertemente relacionada con el funcionamiento social del individuo, ya sea antes del episodio de la enfermedad o durante éste, y que, por tanto, una de las predicciones de éxito más importantes es el funcionamiento social (Straus *et al*, 1977). El papel del contexto familiar en el desarrollo de las psicosis ha sido revelado por numerosos estudios (Brown *et al*, 1972; Leff y Vaughn, 1985).

La densidad (el número de personas que constituyen la red social de un individuo) y la homogeneidad (de los valores sociales compartidos) de esta red son elementos que también influyen en el resultado de las psicosis (Cohen y Sokosvky, 1978; Strauss y Carpenter, 1972; Dohrenwend *et al*, 1986).

Este enorme cúmulo de información (del cual hemos citado sólo los datos *más* significativos) contribuye a afirmar que el hecho de que las enfermedades se vuelvan crónicas y que exista un empobrecimiento global de los psicóticos no es necesariamente intrínseco a las enfermedades, sino a una constelación de variables que pueden ser modificadas y orientadas mediante tratamiento. Como podemos ver, la mayor parte de las veces son variables relacionadas con los contextos microsociales (la familia y la comunidad) y presuponen estrategias de manejo ambiental lejanas de las estrategias comúnmente propuestas por el modelo psiquiátrico biomédico.

Durante los últimos 20 años estas evidencias han reforzado la hipótesis de que una intervención sobre la psicosis tiene sentido si es llevada a cabo *en todos los campos* e influye sobre la compleja constelación de variables que constituyen los factores de riesgo y de protección.

En otras palabras, la necesidad de rehabilitación parece encontrar una razón en estas evidencias epidemiológicas que denuncian sustancialmente y de manera implícita el estancamiento y pobreza de los tratamientos intramuros, orientados exclusivamente a la intervención farmacológica. En este sentido, la necesidad de la rehabilitación coincide con encontrar estrategias de acción que tengan una relación auténtica según las variables, aparentemente implicadas en la evolución de la psicosis.

Definiciones y modelos

En el primer capítulo no definimos la noción de rehabilitación ni hicimos mención de los modelos de rehabilitación que han sido puestos en marcha en estos años en la comunidad psiquiátrica internacional, pues el objetivo era mostrar, si bien sólo de forma semántica, cómo eventos diferentes (la disminución de la población manicomial y el correspondiente aumento de la población de pacientes extramuros, la incrementada sensibilidad hacia los derechos de los pacientes internos, y en fin, las evidencias epidemiológicas que muestran la heterogeneidad de las evoluciones de las psicosis y en consecuencia la posibilidad de modular el tratamiento) han contribuido a definir un área conceptual y operativa vaga, además de contradictoria (definida provisionalmente como rehabilitación).

En este capítulo buscaremos observar más de cerca la bibliografía teórica producida en el último decenio, que constituye un *corpus* codificado de los modelos de la rehabilitación psiquiátrica.

No queremos, ni podemos, ofrecer una definición de rehabilitación psicosocial, pero parece necesario hacer mención al menos del *vocabulario* que usa la comunidad internacional, lo que facilitará la comprensión de los modelos de rehabilitación que discutiremos enseguida.

Siguiendo una inteligente esquematización propuesta en la década de los años ochenta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980) adoptamos las siguientes definiciones (modificadas por De Girolamo, 1989):

Enfermedad o trastorno: condición física o mental percibida como una desviación del estado normal de salud, y que es posible describir en términos de síntomas e indicios.

Daño o disminución: daño orgánico y/o funcional en una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: limitación o pérdida de capacidad operativa producto de una disminución.

Minusvalía: desventaja producida por una disminución y/o una discapacidad que limita o impide el cumplimiento de las acciones de un sujeto.

Para entendernos, a la secuencia enfermedad/daño/discapacidad/minusvalía correspondería, por ejemplo, la secuencia esquizofrenia/síntomas positivos y negativos/disminución del desempeño cognitivo y social/desintegración social, desempleo, pérdida de la autonomía.

Subrayamos, porque olvidamos con frecuencia, que la minusvalía es una condición que no se refiere al sujeto y a su discapacidad, sino a la respuesta que la organización social da a un sujeto con una discapacidad (en otras palabras, mientras la discapacidad de un boloñés con graves daños locomotores sería la misma si viviera en Milán, la minusvalía del mismo individuo es menor en Boloña, donde el municipio ha hecho más bajas las banquetas, que en Milán, donde no ha sido llevada a cabo esta adaptación).

La rehabilitación debería contarse, por tanto, entre los tratamientos que buscan aumentar la habilidad (o reducir la discapacidad) y disminuir la minusvalía. Es decir, todos los tratamientos que buscan ayudar al sujeto del ejemplo previo a moverse mejor para afrontar los desniveles de la calle y a inducir al municipio (en este ejemplo el de Milán) a bajar el nivel de las banquetas. La rehabilitación sólo puede tener lugar si hay acción simultáneamente sobre la discapacidad y sobre la minusvalía.

No obstante el posible paralelismo con la rehabilitación física termina aquí, pues es probable que los tratamientos eficaces para la discapacidad y la minusvalía disminuyan, en el caso del paciente psiquiátrico, el daño. Si asumimos la ceguera como un daño derivado, por ejemplo, de una

enfermedad de la retina, la imposibilidad de leer como la discapacidad del ciego, y la pérdida del trabajo como la respuesta que damos a su discapacidad (minusvalía), podremos disminuir tanto la discapacidad, enseñándole el alfabeto Braille, como la minusvalía, dándole un empleo como telefonista: la ceguera es la misma. Por el contrario, los síntomas (daños) del esquizofrénico pueden cambiar gracias a la intervención sobre su discapacidad y su minusvalía.

A la luz de esta organización conceptual esquemática discutiremos cuatro modelos conceptuales y operativos importantes para la rehabilitación psiquiátrica.

Modelos de capacitación de las habilidades sociales

Los exponentes más significativos de esta aproximación conductista se encuentran en Estados Unidos y durante estos años han influido notablemente sobre la cultura psiquiátrica de la rehabilitación; son Liberman, Anthony, Farkas, Bellack y Wallace.

La capacitación de las habilidades sociales puede definirse como "el conjunto de métodos que utilizan los principios de la teoría del aprendizaje con el fin de promover la adquisición, la generalización y la permanencia de las habilidades necesarias en las situaciones interpersonales" (Thornicroft, 1992).

El modelo conceptual sometido a los enfoques del EHS es un modelo biopsicosocial según el cual el inicio, el desarrollo y el fin de las enfermedades mentales están determinados por la intervención de cuatro factores: la vulnerabilidad, el estrés, la resistencia y la competencia.

Estos modelos, como los encontramos en Antohny y Liberman (1986), afirman que una supuesta vulnerabilidad psicobiológica es *activada* (se traduce en síntomas psicóticos) cuando hechos particularmente estresantes o inesperados, o situaciones de prolongada exposición a un ambiente familiar, social o laboral tensos u hostiles, sobrecargan la habilidad de un individuo para sobreponerse a su propia vulnerabilidad. El proceso está condicionado por factores de mediación que desarrollan una acción protectora o, por el contrario, potenciadora.

En otras palabras, el desarrollo o potenciación de la habilidad de *afrontar* y de las habilidades interpersonales y profesionales, unido a un uso óptimo de los fármacos, constituyen el paquete de tratamientos que protegen al individuo de una recaída. Liberman (1982 y 1988) sugiere que este marco conceptual es el único que permite identificar ejes focales para construir el método de capacitación. La rehabilitación es, por tanto, una disciplina que integra los principios de la rehabilitación física con técnicas psicoterapéuticas derivadas del conductismo (Anthony, 1989): un dominio conceptual autónomo y diferente de la dimensión terapéutica que, de hecho, se identifica con el tratamiento farmacológico, útil para modificar los elementos de vulnerabilidad biológica que contribuyen a formar la vulnerabilidad psicobiológica.

La rehabilitación como forma de *tecnología humana*, como la define Anthony, implica dos estrategias de intervención: el desarrollo de las habilidades del paciente y el desarrollo de los recursos ambientales. Al seguir estas estrategias, la rehabilitación conjetura que las personas inhabilitadas necesitan habilidades y apoyo ambiental para desempeñar el papel que les exige el contexto en que viven (Anthony y Liberman, 1986; Liberman, 1991). La enunciación de esta filosofía inspiradora todavía no incluye, como nota Castelfranchi (1992), el segundo término de la relación que se establece entre las habilidades sociales del individuo y el contexto social (las expectativas de funcionamiento). El objetivo parece ser el de promover habilidades y recursos para su uso pero no promover un comportamiento crítico hacia las exigencias, en otras palabras, hacia las expectativas del contexto y su forma organizativa y valoral. Así que no es de sorprender que la hipótesis de Anthony sea esencialmente médica: "mostrando cómo la aproximación rehabilitativa se modela sobre la teoría y la práctica de la rehabilitación física, la concepción de la rehabilitación psiquiátrica se vuelve más clara, legítima y aceptable" (Anthony *et al.*, 1988).

Anthony y Liberman identifican las dos fases principales en que debe articularse la intervención rehabilitativa:

- La fase de evaluación de las funciones y los recursos, unida a un diagnóstico clínico que identifique los daños y las discapacidades y

permita determinar hasta qué punto es necesario actuar sobre los apoyos ambientales en vez. de adiestrar al paciente en las habilidades sociales.

- La fase del adiestramiento mismo.

En conexión con estos dos momentos los autores indican, como momento adicional a una acción rehabilitativa, la modificación del ambiente vital en las áreas relevantes para el individuo y la comunidad, como el cuidado personal, el manejo de los síntomas y los fármacos, las relaciones familiares y amistosas, el ambiente de trabajo, la administración del dinero y los gastos, el cuidado de la casa, la preparación de los alimentos, el uso de transportes, el manejo del tiempo libre. Es curioso cómo esta dimensión adicional es una suerte de paréntesis dentro del modelo evaluación-adiestramiento.

Castelfranchi escribe: "estas cosas (*la modificación del ambiente*) fueron añadidas de segunda mano, pues no constituían la filosofía inicial de la rehabilitación ni formaban parte del 'modelito' de rehabilitación que proponen los autores en cuestión; son una añadidura atórica que evidentemente deriva de la práctica. Pero no se la considera digna de ser la filosofía de base de la rehabilitación (porque implicaría discutir la igualación con el modelo médico) ni de ser incluida en el modelo teórico..." (Castelfranchi, 1990).

Compartimos.

De hecho la atención cognoscitiva y operativa de los modelos de Capacitación de las habilidades sociales está definitivamente catalizada por los comportamientos externos del individuo y por su descomposición en elementos moleculares, o bien por las habilidades sociales. Según los autores, una intervención estructurada y dirigida a las habilidades que contienen las claves del funcionamiento social, de la mano de un uso razonable de los psicofármacos que neutralicen el componente biológico del trastorno, tiene la capacidad de ofrecer mayor protección contra las recaídas y, al mismo tiempo, asegurar niveles más elevados de adaptación social.

Existe un debate interno sobre la definición de las habilidades sociales entre los exponentes del modelo del EHS, evidenciado por un trabajo de Wallace sobre el EHS (1980) y por uno escrito por Morrisal

y Bellack (1987) sobre la conceptualización del movimiento social. Es una denuncia de la excesiva simplificación de los procesos de individualización de las habilidades que se desean promover. Wallace retoma como denominadores comunes de diversos métodos de entrenamiento una atención operativa y de evaluación a los así llamados "rasgos topográficos" del desempeño del paciente, como el contacto visual, la fluidez del discurso, el tono y el volumen de la voz, lo apropiado de las sonrisas, la corrección de la postura, la duración y latencia de su respuesta conductual, el uso de afirmaciones sobre sus propias sensaciones y sentimientos.

Morrisal y Bellack hacen notar que la mayor parte de los estudios sobre el resultado del tratamiento EHS están basados en que los déficits específicos en las áreas arriba mencionadas están relacionados con los problemas interpersonales que sufren quienes tienen discapacidades psiquiátricas. Basados en esto, las estrategias rehabilitativas son dirigidas exclusivamente a corregir estos parámetros *moleculares* asumidos como criterios para la evaluación del programa de rehabilitación. Todo esto significa que la noción de habilidad es muy estrecha, y que los éxitos eventuales son medidos dentro de este restringido espacio. Wallace indica la necesidad de llegar a una redefinición de las habilidades en términos de las capacidades cognitivas interpersonales de resolución de problemas. Bellack subraya el papel central que juegan los factores motivacionales y el contexto ambiental como los verdaderos determinantes-condicionantes del desempeño. Liberman (1986) define, en cambio, las habilidades sociales como comportamientos interpersonales de carácter instrumental (para mantener y optimizar la condición de supervivencia y autonomía en la comunidad) o socio-emocionales (para estabilizar, mantener y profundizar las relaciones interpersonales). Según Liberman las áreas del comportamiento que se modifican son: el comportamiento de la respuesta topográfica (volumen y tono de la voz, contacto visual, etcétera), el comportamiento de contenido (hacer afirmaciones adecuadas o buscar información suplementaria) y las habilidades cognitivas de resolución de problemas.

El interés del debate está en que, como veremos en todas las conceptualizaciones sobre la rehabilitación, en la orientación EHS surgen

ambigüedades y contradicciones entre determinantes reales (las más de las veces ignoradas o subestimadas) y determinantes que se suponen reales (puntiformes, moleculares).

Los modelos concretos de intervención de EHS prevén diversas formas de articulación. Está previsto un modelo base de EHS que consiste en la demostración por parte del terapeuta del uso apropiado de las habilidades-meta; la interpretación del papel del paciente en las situaciones interpersonales que son objeto de adiestramiento; acciones de retroalimentación correctiva, sugerencia y refuerzo de parte del terapeuta mediante el uso de cintas de videos, y la aplicación de los sistemas de evaluación del repertorio de habilidades del paciente al inicio, transcurso y final de las sesiones de adiestramiento.

Por el contrario, el modelo más complejo de resolución de problemas está dirigido a pacientes considerados en condiciones de aprender estrategias cognitivas. Es un módulo de entrenamiento que presupone un modelo de comunicación en tres etapas que corresponden a su vez con tres tipos de habilidad: recepción correcta de los estímulos, procesamiento de la información mediante la identificación de las alternativas de respuesta y de sus respectivas consecuencias, y emisión adecuada de respuestas.

Por último, el modelo de focalización de la atención, aplicado a pacientes crónicos muy regresivos, en especial en lo que respecta a la habilidad de conversar y a los déficits de atención. Estos procedimientos tienden a simplificar el aprendizaje de habilidades complejas identificando tres áreas de la conversación en las cuales centrar el tratamiento: responder preguntas, expresarse felizmente, hacer preguntas para emprender un intercambio con otra persona. Desde el punto de vista de la técnica usada, implica la repetición sistemática del fragmento de interacción objeto del entrenamiento, una secuencia gradual de sugerencias y acciones de refuerzo inmediatas y consistentes.

En resumen, el objetivo es aplicar el entrenamiento de habilidad también a las áreas laborales. En el ámbito de una perspectiva conductual, la rehabilitación para el trabajo (Liberman, 1986) es respecto a la capacidad de encontrar ofertas de trabajo, soportar la carga de una búsqueda con frecuencia frustrante y de afrontar una entrevista de trabajo.

Un programa que apunta al aprendizaje de tales habilidades incluye la formación de una bolsa de trabajo dirigida a pacientes estabilizados desde el punto de vista sintomático, hospitalizados o que viven en la comunidad. La actividad de esta bolsa de trabajo está dividida en tres secciones: un entrenamiento para la búsqueda de trabajo, la búsqueda misma y la conservación del trabajo. Recordemos que este "paquete" de técnicas fue originalmente desarrollado por Azrin padre (Azrin y Phillip, 1979; Azrin y Besalel, 1980), con ayuda de Ayllon, a partir de la llamada *token economy* (Ayllon y Azrin, 1968), es decir de la técnica de recompensa a comportamientos deseables mediante fichas de juguete usadas como moneda de cambio con valor dentro del grupo.

La complejidad del modelo todavía no parece resolver satisfactoriamente el fenómeno de la extinción, en el contexto natural de la vida, de los comportamientos adquiridos en el contexto del adiestramiento (vea al respecto Wallace *et al.*, 1980; Wallace, 1986; Morrisal y Bellack, 1987; Hierholzer y Liberman, 1986; Liberman *et al.*, 1985; Liberman *et al.*, 1986; Liberman *et al.*, 1987; Bellack, 1985a, b; Bellack *et al.*, 1990a, b).

De hecho, parece que muchos pacientes no pueden trasladar del todo las habilidades adquiridas en las sesiones, mientras que otros llevan a cabo generalizaciones incompletas o poco duraderas. Algunos (Wallace, Morrisal y Bellack) atribuyen estas dificultades a una definición restrictiva y unidimensional de las habilidades sociales, y consecuentemente, del campo del tratamiento, y otros (Liberman) sostienen que el problema yace en la escasa atención puesta en planificar y programar la actividad de generalización, que de hecho no sucede en forma espontánea. Bajo esta óptica resulta esencial organizar escenarios de la vida real orquestados por el entrenador (incluso cuando *organizar* y *orquestrar* parecen acciones que contradicen la idea de *realidad*) para promover la colaboración y el apoyo de las personas importantes para el paciente. La asignación de *tareas* para la casa a fin de incentivar la aplicación del aprendizaje en ambientes naturales que involucren a los amigos y familiares para animar, retroalimentar y reforzar las conductas, constituye la forma de realizar este objetivo. La solución que sugiere Liberman es una suerte de exportación del escenario de la

realidad, lo que hace suponer que no es el escenario el que debe adaptarse a la realidad, sino la realidad al escenario.

En efecto, la generalización de los comportamientos aprendidos está destinada a fallar, pues la realidad manifiesta continuamente variables confusas que no se dejan capturar por el hipercontrol implícito en la aproximación global. La distancia que separa el escenario de la vida real, la fragmentación extrema durante el tratamiento, la congestión en tareas que saturan áreas fragmentarias de capacidad, la ausencia de un marco de recomposición del tratamiento y de las personas, son todos elementos que denuncian la ausencia de un significado ontológico por aprender en el modelo, de una exclusión *a priori* de la dimensión del deseo, de una ocultación de las capacidades (lo cual realmente sirve para adiestrar) y de los conflictos entre sujeto y objeto.

Queríamos concluir esta sesión dedicando algunos comentarios a la actividad científica y técnica del grupo de Boston (Anthony *et al*, 1978; Anthony *et al*, 1988; Anthony *et al*, 1991; Farkas *et al*, 1987; Goering *et al*, 1988).

La perspectiva del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Boston, aunque se encuentra inserta en la veta conductista y comparte muchas líneas de la capacitación de habilidades, presenta algunos elementos originales. Según los bostonianos, la misión rehabilitativa debe estar dirigida a mejorar la capacidad de funcionamiento individual en el ambiente previamente escogido por cada sujeto, echando mano de un determinado nivel de ayuda. Idealmente, el proyecto rehabilitativo prevé la focalización sobre el desarrollo de las habilidades más que sobre la reducción de los síntomas; la acentuación del elemento volitivo del cliente, visto como copartícipe del programa rehabilitativo y como portador del derecho a escoger su futuro ambiente de vida y del derecho a obtener la ayuda necesaria para vivir exitosamente en este ambiente; una concepción del funcionamiento global de la persona que relaciona tal funcionamiento a las exigencias de un ámbito social, laboral y de aprendizaje particular; la obtención de un nivel mínimo de dependencia del paciente hacia el equipo de rehabilitación. Un programa de rehabilitación debería buscar el mejoramiento progresivo del funcionamiento individual en el ambiente escogido por el sujeto mediante la

realización de programas de EHS, y la puesta en práctica de acciones de coordinación y modificación de los recursos ambientales que implican la capacidad de negociar con la comunidad sobre la disponibilidad de los recursos necesarios para alcanzar los objetivos del paciente. Este mejoramiento debería llevarse a cabo de forma simultánea con un proceso de adquisición de autonomía respecto a las fuentes de apoyo (el equipo de rehabilitación). Para ello es necesario disponer de una estructura capaz de involucrar al paciente en las etapas de evaluación funcional y de los recursos ambientales, de la planificación y de la implementación del tratamiento (como escriben Anthony y su grupo, "la rehabilitación se hace con el cliente, no al cliente"), y de una red de apoyo ambiental, es decir, de una gama integrada de escenarios cuya continuidad está definida no sólo en términos residenciales sino en términos educativo-terapéuticos y de actitud. El modelo de Boston deja entrever una perspectiva más global, más vinculada con la realidad y con la elección del paciente (dos grandes ausentes del modelo puro de Liberman). Sin embargo, todavía es necesario cuestionar cuál es el grado necesario de abstracción para asimilar con tanta simplicidad (¿ingenuidad?) la rehabilitación de un psicótico recuperado en un manicomio estadounidense en un programa de adiestramiento vocacional y profesional que más bien parece estar diseñado para un individuo que busca un empleo y la superación personal. Hay que cuestionar además cuál es el nivel de integración entre este adiestramiento y el verdadero trayecto institucional del paciente.

Modelos psicoeducativos

Antes de entrar de lleno en los modelos psicoeducativos, nos parece importante precisar que los límites entre éstos y el acercamiento conductista del EHS no están tan claros como desearíamos. Los fenómenos de contaminación y transmisión conceptual en ambos sentidos son evidenciados por los estudios realizados en común por algunos de los exponentes principales de ambos grupos (Liberman *et al.*, 1986; Falloon *et al.*, 1981; Falloon, 1988): la perspectiva terapéutica se amplía mediante la integración de los principios del adiestramiento

de las habilidades sociales y los de la psicoeducación (Lieberman *et al*, 1987; Lieberman, 1991).

Los estudios que sientan las bases de este modelo son los de Emociones Expresadas (*Expressed Emotions*, EE), realizados por Brown y Wing en Londres en la década de los años sesenta (para un resumen breve y eficaz de los estudios de Brown y Wing sobre EE véase Siani, Siciliani y Burti, 1991).

El objetivo de realizar tales estudios era, en principio, establecer qué variables resultaban relevantes para evaluar el grado de adaptación social de los psicóticos internos en el hospital y, en un segundo término y en vista de la importancia que asumía en la perspectiva el criterio de evitar las recaídas, identificar los factores que las precipitaban. Los seguimientos realizados por Brown en pacientes esquizofrénicos indicaban un papel preponderante de la Emoción Expresada; es decir, de los aspectos verbales y no verbales de la comunicación entre paciente y familiares clave, en relación con cuatro componentes: comentarios críticos, hostilidad, hiperinvolucramiento emotivo, empatía (las EE son medidas con una entrevista semiestructurada, la entrevista *Camberwell Family*).

Fueron identificadas dos tipologías familiares: con Emociones Expresadas altas y bajas. Con base en estos estudios y en los de Leff y Vaughan, resultaba que la tasa de reincidencia tenía una alta correlación con la respuesta emocional de la familia.

Los niveles de EE condicionarían en forma decisiva el desarrollo de la psicosis, favoreciendo, o protegiendo de, los riesgos de recaída. De aquí se desprende la importancia de reducir el contacto directo del paciente con familiares con un alto nivel de EE por debajo de un umbral identificado en 35 horas a la semana.

Si bien con niveles diferentes de adhesión, Leff, Vaughan, Hogarty, Anderson, Curran, Falloon, Lieberman, son exponentes de este modelo, no obstante, el modelo teórico de referencia global coincide, como subraya Hogarty a propósito de sí mismo y de otros autores arriba citados (Hogarty *et al*, 1987), con el modelo bio-psico-social cuyos componentes fundamentales son la vulnerabilidad individual y la interacción con los factores de estrés ambiental.

El objetivo del tratamiento psicoeducativo es esencialmente disminuir o impedir la recaída, y, en este sentido, la *vexata quaestio* de qué es la terapia y qué la rehabilitación parece superada por la afirmación (por lo demás un poco simplista) de que la ausencia de recaída es un objetivo al mismo tiempo terapéutico y rehabilitativo.

Leffy Vaughn (Leff *et al*, 1982; Leff *et al*, 1985; Leff, 1988; Vaughn, 1988; Leff *et al*, 1989; Leff *et al*, 1990 a y b) describen un tratamiento en tres etapas: la primera consiste en un programa de educación de los familiares, llevado a cabo a domicilio y centrado en nociones de etiología, sintomatología, decurso y modalidades de tratamiento de la esquizofrenia. La presencia del módulo educativo encuentra su justificación en el hecho de que Leff y sus colaboradores se percataron de que la mayor parte de las actitudes críticas de los familiares estaban vinculadas con los síntomas negativos de los pacientes, que los familiares, erróneamente, pensaban que el paciente podía controlar. Por esto resultaba necesario educar a los familiares con alta EE para mejorar su comprensión del trastorno. Durante las sesiones debe intentarse también mejorar la capacidad de resolución de problemas y de intercambio comunicativo estableciendo una serie de reglas básicas para la comunicación y la convivencia. El segundo módulo prevé un grupo de familiares, entre los que no se encuentran los pacientes, en el cual los familiares con baja EE transmiten a los familiares con alta EE sus propios estilos de enfrentar la situación psicótica. El objetivo de este grupo es también disminuir el aislamiento de las familias de los psicóticos.

La tercera fase incluye a toda la familia, incluso al paciente. Las técnicas utilizadas aquí son las más heterogéneas, "desde la interpretación dinámica a los tratamientos conductistas" (Leff *et al*, 1982). El objeto sigue siendo reducir las EE. Simultáneamente, a fin de reducir cuantitativamente el enfrentamiento directo, el paciente es animado a frecuentar los servicios psiquiátricos o a encontrar una ocupación que permita a los miembros de la familia atenuar la convivencia.

Falloon (Falloon *et al*, 1981; Falloon *et al*, 1982; Falloon *et al*, 1985a; Falloon y Pederson, 1985; Falloon y col., 1987) parece estar decididamente orientado hacia una técnica más conductista. Sin embargo, subrayando el valor del núcleo familiar como recurso rehabilitativo

fundamental por desarrollar y potenciar, entra en la discusión el planteamiento de Leff, según el cual el objetivo primario es la reducción de las actitudes críticas y de hiperinvolucramiento de la familia para prevenir la recaída. Este objetivo debe ser alcanzado mediante un tratamiento *en positivo* que aumente la capacidad del grupo familiar (incluido el paciente) de hacer frente en forma eficaz a los factores de estrés. El nivel de EE es reducido a un simple criterio discriminante para identificar los núcleos familiares por tratar. Las EE tienden, según Falloon (Falloon y col., 1985b) a reducirse naturalmente en el transcurso de la estabilización clínica del paciente. Esta administración familiar busca asimismo aumentar la comprensión del trastorno esquizofrénico mediante sesiones educativas y capacitar a la familia en el uso de un método estructurado de resolución de problemas. En presencia de déficits comunicativos que obstaculizan tales actividades de aprendizaje, entra en acción una capacitación centrada en las habilidades de comunicación. Y así, cada problema específico (comportamientos antisociales, conflictos, déficits de habilidad sociales, etcétera) es tratado mediante estrategias conductuales específicas. Todas las sesiones, ya sean educativas o de entrenamiento, son llevadas a cabo a domicilio para favorecer, además de un mayor nivel de concordancia, la generalización de las habilidades de resolución de problemas adquiridas.

El acercamiento psicoeducativo de Hogarty, Anderson y Reiss (Anderson *et al*, 1980; Hogarty *et al*, 1986; Hogarty *et al*, 1987; Hogarty *et al*, 1991; Reiss, 1988) está relacionado explícitamente con el modelo vulnerabilidad-estrés-recaída, donde el estrés está representado por la exposición continua a contextos familiares desfavorables.

El proyecto de estos autores prevé un aumento de la previsibilidad de las dinámicas familiares y un trabajo de estabilización de equilibrios menos dañino para el paciente. Capacitando a la familia para un manejo adecuado de los síntomas intentan aliviar la presión sobre el paciente y reducir las oportunidades de sobreestimulación ambiental, en especial las que tienen que ver con niveles de comunicación críticos o hiperinvolucrados emocionalmente. El tratamiento consta de cuatro etapas. La primera consiste en establecer contacto con la familia para disminuir las reacciones negativas ante la enfermedad, el sentido de culpa y el

estrés mediante la instauración de un contrato terapéutico y una primera administración de consejos prácticos encaminados a desarrollar mecanismos eficaces para hacer frente a la situación. La segunda etapa, o el *taller de habilidades de supervivencia de la esquizofrenia*, involucra núcleos familiares más amplios (pacientes incluidos) y tiende a aumentar la comprensión de la enfermedad y de las necesidades de los pacientes, extender el tejido social mediante sesiones educativas en las que se ofrece información sobre la enfermedad, sugerencias para manejarla y la capacitación de las habilidades comunicativas. La tercera etapa involucra la aplicación de las *técnicas de supervivencia* en la familia cercana y está encaminada a mantener a los pacientes en la comunidad, a aumentar el nivel de tolerancia de parte de los familiares, y a que los pacientes readquieran paulatinamente sus responsabilidades. Estos objetivos son perseguidos mediante la aplicación de técnicas de resolución de problemas y asignación de tareas. La cuarta etapa, llamada de *mantenimiento*, tiene el objetivo de completar la reintroducción del sujeto a las reglas sociales normales mediante sesiones de terapia familiar.

Barrowclough y Tarrier (Barrowclough y Tarrier, 1984, Barrowclough, 1987) proponen, análogamente, desarrollar el manejo de la familia en ambientes públicos y, para ello, optan de forma aún más radical por terapias familiares conductistas redimensionando el papel de los modelos educativos. Tarrier parece el más cauto de los autores citados arriba; esencialmente afronta el problema de la eficacia de los tratamientos educativos (Tarrier *et al*, 1988; Tarrier *et al*, 1989; Barrowclough y Tarrier, 1990; Tarrier, 1991) y llega a afirmar que la terapia familiar conductista no es conveniente en el largo plazo para prevenir la recaída, sino simplemente para retardarla, y que el tratamiento debe, por lo tanto, prolongarse indefinidamente.

Los datos ofrecidos en toda esta bibliografía sobre la eficacia de estos métodos para prevenir las recaídas no resultan muy convincente. Ya sea Hogarty (Hogarty *et al*, 1986; Hogarty *et al*, 1987) o Tarrier (Tarrier *et al*, 1989) quien interprete los datos de sus propios estudios de seguimiento (que indican en los grupos experimentales un crecimiento de las tasas de recaída a dos años del tratamiento), se limitan a introducir la noción de recaída retardada (y no prevenida). Hogarty, en particular,

afirma que tanto el modelo psicoeducativo como el EHS funcionan bajo un *paraguas* que, si está lejos del paciente, lo expone inmediatamente a nuevos fracasos cada vez que enfrenta contextos reales no protegidos (una vez más a causa del desarrollo incompleto de la capacidad de enfrentarse al exterior del escenario terapéutico).

Tarrier y Barrowclough concluyen que los límites metodológicos de los estudios considerados y, en particular, la ausencia sistemática de grupos de control adecuados, no permiten rendir cuentas de los éxitos ni distinguir entre aspectos específicos y aspectos inespecíficos del tratamiento (Barrowclough y Tarrier, 1984).

Éste es un viejo problema que encontramos también en las evaluaciones de eficacia de las psicoterapias con orientación dinámica: cuando los pacientes mejoran (si es que lo hacen) no sabemos si fue por la especificidad de la técnica empleada o si sencillamente se han curado temporalmente por sí mismos. Leff (Leff *et al*, 1989), en un estudio sobre la eficacia de la terapia familiar, también admite que a falta de un grupo de control que no reciba el tratamiento resulta imposible adjudicar la reducción de las tasas de recaída a la terapia usada.

En un estudio que compara el impacto de un tratamiento individual con un tratamiento familiar sobre el clima afectivo de la familia, Falloon observa que las diferencias fundamentales del escenario en que es realizado el tratamiento (el tratamiento individual en la clínica, el familiar en la casa) no permiten comparar los dos tratamientos (Falloon *et al*, 1985). Confrontando la terapia familiar conductista, un tratamiento clínico de rutina y un programa educativo de corta duración, Tarrier constata la ineficacia del acercamiento educativo en la reducción de las tasas de recaída (Tarrier *et al*, 1989). También Leff ha tratado de evaluar la eficacia del componente educativo del programa para la reducción de las EE: las sesiones educativas, en realidad, no dejan rastros en la memoria de los familiares, con excepción de la información relativa al diagnóstico de la esquizofrenia; Leff atribuye este fracaso al grado de perturbación emocional en que se encontraban los familiares del paciente en el momento en que recibieron el tratamiento educativo (realizado cuando el paciente se ha recuperado), así como a las dificultades que los terapeutas han encontrado al tratar de atenuar la discrepancia que hay entre la

información sobre la esquizofrenia a la que tienen acceso y las creencias de la familia sobre este trastorno (Leff *et al*, 1990).

Podríamos describir durante páginas y páginas las técnicas y sub-técnicas empleadas, pero sin duda no cambiaríamos la impresión de sustancial *casualidad* del modelo que, basado en una constatación "fuerte", es decir, el importante papel que juega la familia en la evolución del psicótico que convive con ella, ha sido construido en formas por demás arbitrarias y autorreferenciales que no perduran ante el control de metodologías estándar para medir la eficacia de un tratamiento.

Como podemos ver, restringir el objetivo de la rehabilitación a la disminución de las recaídas muestra la fragilidad de todo el sistema, que no considera nunca los efectos del tratamiento sobre el funcionamiento social del sujeto. Son conscientes de ello Barrowclough y Tarrier (Barrowclough y Tarrier, 1990), que si bien consideran la prevención de las recaídas como un éxito terapéutico, también reconocen los límites del acercamiento educativo. Esta focalización extrema en la eliminación de los síntomas conduce a ignorar los niveles de funcionamiento más complejos, a distorsionar los objetivos fundamentales del tratamiento, que desde una perspectiva genuinamente conductista debería ser el que promoviera el enriquecimiento del repertorio de habilidades y comportamientos sociales del paciente. Es muy probable que los tratamientos psicoeducativos contengan o retarden el empeoramiento clínico en el corto plazo (aunque tal vez el dicho de que "hacer cualquier cosa es mejor que no hacer nada" valga en este caso, es decir; "cualquier tratamiento ocupado del contexto familiar del paciente es mejor que ninguno").

Pero ¿cuál es el objetivo rehabilitativo alcanzado? ¿Disminuyó la discapacidad? ¿Disminuyó la minusvalía?

Como afirman Siani, Siciliani y Burti (Siani *et al*, 1991), verificar los eventuales efectos que produce evitar o retardar la recaída en la prevención de las discapacidades no sólo no está previsto en ninguna investigación de orientación psicoeducativa, sino que, sobre todo, el acercamiento no presenta ningún carácter específicamente rehabilitativo, excepto en los raros casos en los que se programan tratamientos complementarios de EHS (Hogarty *et al*, 1986; Hogarty *et al*, 1987).

Lo anterior es, en suma, de un paquete de "instrucciones de uso" destinado esencialmente a los familiares de los psicóticos (Tarrier y Barrowclough, 1986).

El modelo de Spivak

Mark Spivak dio vida a un modelo sistematizado de rehabilitación que implica un análisis profundo del "objeto" de aplicación, es decir, la cronicidad psiquiátrica, y una propuesta articulada de tratamiento, ampliamente ensayada en el centro Shalom para el Desarrollo de las Habilidades Sociales en Jerusalén.

Aunque revela una inspiración claramente conductista, el modelo tiene rasgos de originalidad y autonomía teórica observados a partir de las modalidades con las que conceptualiza al paciente psiquiátrico crónico. Spivak, de hecho, no está interesado en el individuo etiquetado como *esquizofrénico crónico* por los sistemas de diagnóstico tradicionales, sino en la descripción de los comportamientos en su contexto y de los procesos mediante los cuales la enfermedad se vuelve crónica en cada paciente. Los individuos etiquetados como psicóticos crónicos no son otra cosa que personas que tienen *serios problemas existenciales* y que experimentan fracasos personales y sociales continuos en sus intentos por satisfacer las peticiones y necesidades de ellos mismos y de los otros. Para evaluar el funcionamiento de estas personas es necesario reconstruir el proceso que los ha llevado a una progresiva desocialización.

Según Spivak, en la base de un proceso de desocialización existe un déficit de capacidad personal y social. La capacidad de un comportamiento está relacionada con el conjunto de conductas que permiten al individuo contenerse eficazmente según las normas sociales que rigen su espacio vital (Spivak, 1988; Spivak y Omer, 1992). Sin embargo, además de la incapacidad de la persona para satisfacer sus propias exigencias y las de quien interactúa con ella, Spivak considera factores de la máxima importancia en la detonación de un proceso de desocialización y de disminución progresiva de las articulaciones sociales a las acciones y reacciones de las personas que constituyen el ambiente en el cual el

paciente vive y se desenvuelve. Spivak define la articulación social como la habilidad de satisfacer y relacionarse en forma adecuada con las exigencias y peticiones implícitas y explícitas, de tipo personal, social, financiero y emotivo del paciente mismo o de aquellos con los que vive e interactúa (Spivak, 1987). Spivak describe el proceso por el cual un padecimiento se vuelve crónico como un proceso de alejamiento recíproco entre el paciente y los otros (incluidos los terapeutas), determinando "un nexo entre la falta de habilidades sociales y las interacciones que las perpetúan..." (Spivak y Omer, 1992). Las secuelas de este proceso son las reacciones de frustración y desilusión que siguen al fracaso del sujeto, por parte de quien esté a su alrededor. El rechazo que sigue provoca un doloroso sentimiento de fracaso en el paciente, que, en este punto, comenzará a evitar las situaciones y a las interacciones en las que es más probable el fracaso y el rechazo de los otros. Este "juego" de renunciar a las tareas y las relaciones personales es construido progresivamente en torno a maniobras de autoaislamiento del individuo y de alejamiento por parte de las personas importantes para él. Confinar al paciente en papeles y ambientes "inocuos", tanto para el paciente mismo como para los que viven con él, desemboca con frecuencia en la expulsión de la comunidad y en la internación institucional. Estas conductas de autoaislamiento y marginación están acompañadas por sentimientos de rabia y culpa que abarcan a todos los actores involucrados en este proceso de alejamiento recíproco. En este punto interviene la función, complementada por el etiquetamiento diagnóstico, que simplifica y legitima todas las dinámicas que han intervenido hasta ahora. El diagnóstico de la esquizofrenia, medicalizando el problema y evocando su incurabilidad, es utilizado para volver subjetiva y socialmente aceptables tanto los comportamientos desviados del individuo como las reacciones estigmatizantes de las personas que lo rodean. "La etiqueta se convierte en la persona", escribe Spivak (Spivak, 1987), de modo que el paciente, sus familiares, los terapeutas, puedan justificar de algún modo la persistencia de los comportamientos inadecuados, y en añadidura, la renuncia a promover cambios. Los médicos psiquiátricos, en particular, utilizan el dispositivo diagnóstico para proteger su autoestima y desligarse de la impotencia terapéutica. Este pesimismo expansivo de las personas significativas para

el paciente y de los médicos conduce al paciente a la formación de una imagen de sí mismo como *inmutable* o, lo que es lo mismo, como *crónico*. Al fin de este trayecto, sin embargo, los esfuerzos de todos son dirigidos principalmente a mantener el sistema dentro de límites que no amenacen el equilibrio que han alcanzado las personas involucradas. Este proceso bosqueja lo que Spivak llama "la espiral viciosa hacia la estabilización crónica" es decir, la progresión hacia una restricción siempre mayor de los estímulos y un creciente alejamiento recíproco que culmina en la estabilización, con un severo nivel de empobrecimiento ambiental. Estos procesos permanecen activos incluso cuando el comportamiento disfuncional del sujeto se ha vuelto crónico. Para esto "la tarea de la prevención, de la terapia y de la rehabilitación son la misma, y siempre la misma: neutralizar los procesos crónicos que, partiendo del fracaso y pasando por el alejamiento recíproco, conducen a la desocialización y la resignación" (Spivak y Omer, 1992).

Spivak asigna a la rehabilitación la tarea de acrecentar las articulaciones sociales del sujeto con el ambiente y, por tanto, de desarrollar las habilidades que le permiten comportarse exitosa y eficazmente en el ámbito de las normas sociales. La consecución de estos objetivos generales implica la definición de objetivos específicos a través de un proceso de evaluación de los Comportamientos Socialmente Competentes (CSC) deficitarios para un individuo particular y necesarios para que *éste* funcione eficazmente en la comunidad y en su ambiente vital específico. El *diagnóstico de las discapacidades de interacción social* es realizado, por tanto, con base en una evaluación de las habilidades sociales y personales del comportamiento desocializado del individuo en su espacio vital, que está caracterizado por el encuentro de cinco áreas: la vivienda, el trabajo, los familiares y amigos, el cuidado personal y la independencia, así como las actividades sociales y recreativas.

Es vital estar familiarizado con las *combinaciones únicas e irrepetibles* de expectativas, necesidades y exigencias de todos los autores involucrados en el espacio vital para identificar qué comportamientos incompetentes deben eliminarse y qué comportamientos competentes deben desarrollarse, en una perspectiva que procure salvaguardar la reciprocidad del proceso incluso durante el tratamiento: "así pues, he aquí que tenemos la reciprocidad en

la tarea de la rehabilitación psicosocial: como en el caso del hijo, también el padre debe desarrollar comportamientos socialmente competentes para aumentar el éxito de la interacción con él" (Spivak, 1988).

El tratamiento está centrado en la adaptación del individuo desocializado a las exigencias normativas de un contexto que, sin embargo, no ha sido sometido a crítica, y que no se planea redefinir ni modificar. Castelfranchi escribe: "Lo que sin embargo es increíblemente contradictorio en Spivak —y que por lo tanto recoge muy bien el carácter del proceso (somos yo y los otros, y la desocialización es producto de que me retiro, pero también de que ustedes me expulsan y se retiran)— es que en su propuesta de rehabilitación, de resocialización, desaparece el segundo término y el autor retoma una lógica médica tradicional acerca de lo que es la rehabilitación. De hecho, propone intervenir técnicamente única y exclusivamente en la persona, el paciente, y readecuarlo de todas las formas posibles a las necesidades y expectativas del contexto, el cual no es discutido en lo más mínimo" (Castelfranchi, 1993).

Nuevamente, y con toda justicia, Castelfranchi recoge (como en su crítica a los modelos de EHS) la unidireccionalidad del proceso rehabilitativo, que, lo decimos de una vez por todas, se entiende siempre como un proceso de *readaptación* a una realidad a la que nunca se pide adaptarse a la necesidad de los más débiles.

En el ámbito de la estructura del programa de tratamiento esta dimensión de *interaccionalidad* que jugaba un papel tan determinante en la espiral de la desocialización es recuperada como *relación terapéutica*. Si bien es verdad que el programa de rehabilitación debe estar estructurado en Actividades de Grupo de Habilidades Sociales (AGHS), es decir, en actividades de grupo estructuradas y orientadas hacia el desarrollo de los CSC generales y específicos esenciales para el funcionamiento eficaz del paciente en la comunidad, el instrumento designado para la realización de los objetivos de rehabilitación está representado por los efectos de resocialización implícitos en las interacciones médico-paciente. Las unidades de habilidades sociales son, entonces, concebidas no sólo como lugares de aprendizaje y de aplicación de los comportamientos socialmente adecuados, sino, en primera instancia, como formas de mediación que vinculan las interacciones de los valores de resocialización.

En un trabajo reciente destaca la dimensión interpersonal del tratamiento con el intento declarado de integrar la perspectiva de los modelos de adiestramiento de habilidades sociales con la de los modelos sistémicos de interacción. Spivak sugiere programar las unidades de habilidades sociales, cuya estructura refleja para cada paciente necesidades definidas en la evaluación de los déficits en varios contextos de su vida y los proyectos terapéuticos individualizados: "el proyecto terapéutico transforma la unidad de habilidad social en una matriz de interacción para neutralizar los procesos crónicos" (Spivak y Omer, 1992). El proceso de evaluación es llevado a cabo repetidamente con el fin de verificar el estado de funcionalidad de los sujetos en relación con las exigencias del mundo exterior y, por lo tanto, de adaptar el proyecto terapéutico a patrones sociales cada vez más cercanos a las normas y expectativas de la comunidad.

Por lo que respecta a las características del escenario, y conjuntamente con aquellas relacionadas con las necesidades de apoyo, de protección y de aceptación, Spivak sostiene la necesidad de que el escenario terapéutico sea isomorfo con respecto a la realidad externa; es decir, que refleje los valores, las exigencias y las normas, de modo que las experiencias de aprendizaje y de interacción que tienen lugar en ella estén en consonancia con las que el paciente, una vez resocializado, experimentará en el exterior.

Las dimensiones esenciales de las interacciones de resocialización entre pacientes y médicos son el apoyo, la permisividad, la no confirmación de las expectativas desviadas y la recompensa de los comportamientos adecuados.

La dimensión del apoyo busca hacer sentir al paciente que es aceptado tal como es, que su retiro emotivo es comprensible a la luz de su historia pasada y que no le exigirán cosas que lo conduzcan a un nuevo fracaso. La permisividad, en cambio, es acerca de consentir la expresión de conductas desviadas, comunicando así el deseo del médico de estar con el paciente, independientemente de las formas que asuma su comportamiento. Estas dos dimensiones actúan para superar la evasión emotiva y la falta de receptividad. Sin embargo éstas no pueden constituir las únicas modalidades de interacción, so pena de mantener al paciente en una condición de desocialización y de ausencia de cambio. Un componente que puede

equilibrar estos problemas es la negativa a confirmar las expectativas desviadas; es decir, la necesidad de desmentir el sentido de impotencia y fracaso ligado a las experiencias dolorosas experimentadas en otras situaciones, terapéuticas o no.

El otro componente que sirve como incentivo para el cambio es la recompensa de los comportamientos socializados. La dificultad principal que presenta esta modalidad de interacción consiste en descubrir qué constituye una recompensa para un paciente desocializado y desmotivado. Estas dos dimensiones buscan comunicar al paciente que su permanencia en el programa de rehabilitación termina cuando él cambia y asume comportamientos socialmente adecuados en un clima de aceptación y empatía.

Como complemento de su modelo, Spivak está convencido de la necesidad de que un programa de rehabilitación asegure una continuidad terapéutica en la cual los sujetos que pasan lapsos de tiempo cada vez mayores en la comunidad externa, desempeñando sus papeles sociales normales, gocen todavía de la posibilidad de ser miembros del centro y de participar en sus programas, si bien en modalidades menos intensas que permitan mantener -y evitar la extinción de- las habilidades adquiridas.

Luc Ciompi

Ciompi es una figura que se encuentra en el primer plano del panorama psiquiátrico internacional gracias a sus estudios epidemiológicos fundamentales sobre el desarrollo y el resultado de los trastornos esquizofrénicos; nos referimos a estos estudios en el primer capítulo de este libro. Los estudios de Ciompi han contribuido a proporcionar argumentos ulteriores a favor de una interpretación de la naturaleza crónica de las psicosis como posible *artefacto social*, de la heterogeneidad de los resultados, del papel predictivo de las expectativas en el campo de la rehabilitación.

Ciompi presupone que el individuo esquizofrénico está caracterizado por una elevada vulnerabilidad manifiesta principalmente en la forma de

trastornos en el procesamiento de la información y en la reducción de la capacidad de enfrentar adecuadamente los acontecimientos críticos del proceso vital (fase premorbose). En condiciones especialmente estresantes, las tensiones entre el individuo y el ambiente que lo rodea precipitan el episodio psicótico agudo. La descompensación psicótica aguda es, según Ciompi, una grave crisis del desarrollo que puede conducir al fracaso existencial o, por el contrario, constituirse como ocasión de maduración y cambio (Ciompi *et al.*, 1992). Lo que decide el desarrollo de la psicosis (por otra parte benigno en casi la mitad de los casos, como demostró la investigación catamnética de Ciompi a 289 pacientes de los hospitales psiquiátricos de Lausana a lo largo de 37 años), tanto su evolución en sentido crónico como su reabsorción en el proceso natural de la vida, son principalmente las consecuencias (es decir las respuestas) sociales y personales generadas por el episodio agudo.

Ciompi ha aportado una serie de argumentos que apoyan la hipótesis de que el proceso mediante el cual los trastornos esquizofrénicos se vuelven crónicos constituye un *artefacto social*. Estos argumentos son numerosos y heterogéneos pero muy convincentes: el síndrome de hospitalismo (que Barton, ya en 1966, definía como *neurosis institucional*) y la subestimulación ambiental son los responsables de la sintomatología negativa de la esquizofrenia; la multiformidad del desarrollo *está* fuertemente influida por las diversas respuestas que el paciente encuentra; los síntomas considerados típicos de la esquizofrenia crónica son en realidad muy poco específicos; los *acontecimientos vitales* son determinantes poderosos para que el trastorno se vuelva crónico, lo que, por tanto, no sería "natural" en el proceso esquizofrénico; los procesos de "etiquetamiento" diagnóstico y social constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos crónicos; determinados patrones de interacción en el contexto familiar conducen a la cristalización del papel del enfermo y a que las modalidades interactivas del esquizofrénico se vuelvan crónicas; por último, faltan pruebas que apoyen existencia de un sustrato anatomofuncional de los rasgos crónicos de la esquizofrenia.

La interpretación de la naturaleza crónica de la enfermedad como resultado de procesos psicosociales determina en Ciompi la valoración del campo social como escenario único y posible para el trabajo, ya sea

rehabilitativo o clínico. Éste concibe la rehabilitación como un trabajo cuyo objetivo es "reinsertar de la forma más completa posible en la vida social y laboral normal" (Ciompi *et al*, 1987).

Considerando una serie de variables relativas a una población de pacientes psicóticos crónicos hospitalizados y potencialmente rehabilitables, Ciompi distingue dos ejes (de diferente nivel) alrededor de los cuales evaluar en el tiempo el progreso del proceso de rehabilitación: el eje *casa* y el eje *trabajo* (vea el esquema siguiente, tomado de Ciompi *et al*, 1987).

Niveles de evaluación de los resultados de la rehabilitación

Eje Casa	Eje Trabajo
1. Unidad hospitalaria cerrada	1. Sin trabajo
2. Unidad hospitalaria abierta	2. Taller ocupacional en el hospital
3. Hospital diurno o nocturno	3. Taller de terapia del trabajo
4. Comunidad de alojamiento	4. Laboratorio especializado
protegida	en la rehabilitación en el hospital
5. Casa familiar protegida	5. Oficina externa protegida
6. Vivienda semiprotegida	6. Trabajo normal semiprotegido
7. Vivienda no protegida	7. Trabajo normal no protegido

En ambos ejes identificamos comportamientos y funciones sobre los cuales centrar el trabajo de rehabilitación (para un análisis detallado vea también Ciompi *et al*, 1987).

En un estudio longitudinal Ciompi ha analizado las variables psicopatológicas y sociales, relacionándolas con el éxito del tratamiento de rehabilitación, medido en función de los niveles de los dos ejes.

Los resultados confirmaron no sólo que más de la mitad de la muestra considerada en el examen era rehabilitable globalmente, sino que el peso de las variables sociales para determinar el éxito o el fracaso era decisivamente mayor en comparación con el de las variables de naturaleza diagnóstica o psicopatológica.

En un estudio de seguimiento, realizado entre 1976 y 1977 en pacientes del Centro de Rehabilitación de Lausana, Ciompi trató de establecer el papel de variables psicopatológicas, psicodinámicas y sociales en la prognosis y el resultado de la rehabilitación. También en este caso resultó evidente la correlación entre el éxito en la rehabilitación y las *estructuras del campo social*, es decir, las relaciones interpersonales en el contexto laboral, el mantenimiento de las expectativas a futuro del paciente, los familiares y los médicos.

En un estudio posterior centrado en la profundización del papel que juegan las expectativas en el condicionamiento del éxito del proceso de rehabilitación, Ciompi destaca que las expectativas de los familiares, y sobre todos de los médicos, ejercen una influencia mensurable sobre ambos ejes rehabilitativos, aun más cuando no concuerdan con las expectativas del paciente mismo.

A la luz de estas consideraciones sobre las expectativas, uno de los objetivos de la rehabilitación es modificar las esperanzas de todos los actores involucrados. Según Ciompi la principal dificultad tiene que ver con el hecho de que "las expectativas a futuro parecen una construcción muy compleja, cuyo origen y estructura, que hasta cierto punto se manejan debajo del agua, sólo se conocen parcialmente" (Ciompi *et al*, 1987).

El papel de las expectativas es, sin duda, central en el condicionamiento de los resultados de un proceso de rehabilitación; pero tal vez es ilusorio tratar de modificarlo en un sentido positivo sin modificar también las condiciones materiales (y no sólo psicopatológicas) que lo determinan: "influyen en el éxito final tanto las expectativas en sí, en cuanto a fenómeno psicológico-relacional, como los fundamentos dramáticamente materiales de estas expectativas (pobreza, relaciones, derechos, etcétera)" (Castelfranchi, 1993).

Es nuevamente una cita de Castelfranchi lo que nos permite acercarnos a un límite fundamental del discurso de Ciompi: la presunción de una naturaleza exclusivamente psicopatológica del pesimismo de los psicóticos y de quienes los rodean (expectativas negativas) y la correspondiente dicotomía de la realidad como un determinante poderoso de las expectativas negativas (entendiendo la expectativa negativa no como distorsión sino como constatación).

Gracias al trabajo de Ciompi revaloramos algunos puntos sobre la conceptualización del trastorno psicótico y de su proceso de tratamiento. El desarrollo de la psicosis revela estar conectado íntimamente con la estructura y las dinámicas del campo social en el que circulan las expectativas del micro y el macro ambiente hacia el paciente. Ciompi afirma que el proceso de cambio es activado más con la modificación del comportamiento del campo social que con los tratamientos centrados en un solo paciente. Estas afirmaciones parecen liberar la lectura que hace Ciompi del proceso de rehabilitación de las angustias de los modelos conductistas y/o psicoeducativos incluso si -de nuevo— la sospecha de que el campo social transformado es el único elemento que puede transformar el campo del sujeto, no permite traspasar los confines de los escenarios en los que Ciompi "imagina" la rehabilitación y el trabajo, para asumir en el fondo la responsabilidad que surge de mostrar el artificio social que subyace a la naturaleza de la enfermedad.

En el próximo capítulo hablaremos de esta responsabilidad y de sus consecuencias concretas en la proyección de la rehabilitación, por eso no presentaremos aquí los conceptos del proceso de rehabilitación que consideramos más adecuado, tratándolo como un "modelo" para describir ulteriormente.

De ahora en adelante buscaremos mostrar qué prácticas y conceptos son condiciones necesarias para discutir la rehabilitación, para distinguir los ejes de acción prioritarios y las modificaciones ineludibles en el campo del tratamiento, y para proponer un programa de rehabilitación para un individuo.

No discutiremos, pues, otros modelos, sino las prácticas y las condiciones que, si bien en teoría, sirven como punto de partida para todos los discursos sobre la rehabilitación.

Comenzaremos con el escenario que constituye el *gran ausente* de todos los modelos de rehabilitación: el hospital psiquiátrico.

El hospital psiquiátrico

En los modelos que discutimos en el capítulo anterior falta, entre muchos otros aspectos, el "dónde", sin el cual no alcanzamos a comprender cuáles son los escenarios en las que son llevadas a cabo las estrategias propuestas en la teoría. Con excepción de Ciompi, que asume el "dónde" como parte integral de la rehabilitación, los otros autores, incluso los que mantienen comunicación con el paciente hospitalizado o con el que se encuentra en la comunidad o en su domicilio, en realidad no dicen nada sobre el hospital en el que está recluso el paciente ni sobre la comunidad a la que desean reintegrarlo, como si *hospital* y *comunidad* fueran lugares metafísicos que damos por sentado y de los que no vale la pena hablar.

Parece que no hay nada más que decir sobre el hospital psiquiátrico, que todo está dicho, todos saben lo que hay que saber al respecto. Esta convicción está tan difundida que no podemos oír hablar de los manicomios sin experimentar cierto fastidio, como si existiera el deseo de introducir una figura retórica en el discurso, un pleonismo o una hipérbole: ya conocemos lo miserables que son los manicomios, como si ése fuera el peor de sus males. Más bien resulta fastidioso evocar imágenes ya vistas y sospechamos de aquel que desea replantearlas (sospecha que surge del pleonismo, de la hipérbole).

No es posible reflexionar sobre la rehabilitación en psiquiatría sin tener en cuenta el hospital psiquiátrico, que no es ni un pleonismo ni una hipérbole, sino un centro vigente de reproducción de las enfermedades.

"La ausencia de todo proyecto, la pérdida de futuro, estar constantemente a merced de los otros sin la más mínima iniciativa personal, tener el día dividido y organizado según un ritmo dictado sólo por

exigencias organizativas que —como tales— no pueden tomar en cuenta a un individuo y las circunstancias particulares de cada quien: éste es el esquema institucionalizante dentro del que se articula la vida en el asilo [...] El enfermo mental, encerrado en el angosto espacio de su individualidad perdida, oprimido en los límites que le impone su enfermedad, e inducido por el poder institucional a objetivarse en las reglas mismas que lo determinan, en un proceso de empequeñecimiento de sí mismo que -originalmente superpuesto a la enfermedad- no siempre es reversible" (Basaglia, 1964).

Como podemos ver, no hay nada pleonástico en este texto hoy, cuarenta años después de que fue escrito; aunque parece hablar de algo "antiguo", el problema sigue presente, de forma idéntica o casi idéntica.

El hospital psiquiátrico todavía constituye el eje de la asistencia psiquiátrica en todo el mundo; el lugar donde se administran cuidados, la maquinaria hegemónica que devora la mayor parte de los recursos humanos y financieros asignados al cuidado de las enfermedades mentales.

En los últimos cincuenta años el papel hegemónico del hospital psiquiátrico ha sido puesto en duda con frecuencia en diversas formas, lugares y momentos, mediante la activación de diferentes dispositivos de cuidado y asistencia. Sin embargo, es más frecuente ver que este cuestionamiento no ha dado lugar a la puesta en práctica de medidas realmente alternativas, sino que ha resultado frecuentemente en dispositivos paralelos a los hospitales psiquiátricos (es el caso de la experiencia francesa; o ha encallado en la crítica de grupos intelectuales carentes del poder —o la voluntad- de traducir sus ideas en una práctica de transformación real, como en el caso del movimiento antipsiquiátrico inglés.

Parte de la experiencia italiana, y de otras que aparecieron sucesivamente en otros países (España, Suecia, Inglaterra, Australia, algunos países latinoamericanos y algunas experiencias dispersas en la inmensidad de Estados Unidos) constituyen un importante patrimonio de alternativas reales para los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, la concepción del hospital psiquiátrico como sede y contenedor de la ideología psiquiátrica sigue ocupando un lugar central en la mayor parte de los países del

mundo, y especialmente en la cultura de la psiquiatría. Es un indicio de la continuidad histórica de los intentos por acorralar el desvarío, que comenzaron con el primer manicomio, muchos siglos atrás. La historia continúa. El hospital psiquiátrico ya no alberga locos, delincuentes y prostitutas, sino psicóticos, casos dudosos y pacientes marginales. Todavía busca acorralar la locura, excluir la sinrazón, cambiando de forma, lenguajes y habilidades. "El manicomio es la tierra cero del intercambio", escribe Franco Rotelli (Rotelli, 1981) y es en la necesidad -muy posterior a los requerimientos específicos de la psiquiatría— de un lugar destinado a reducir a cero el intercambio, a expropiarlo al máximo, que debemos investigar el significado ambiguo de la ciencia psiquiátrica. Por tanto, entendiendo qué significa un lugar donde el intercambio es exterminado, podemos comprender que todos los hospitales psiquiátricos del mundo son iguales, es decir, que el manicomio es una variable independiente de las condiciones socioeconómicas del país en que se encuentra. Si comparamos una sala de emergencias de un país rico con una de un país pobre, nos percataremos de inmediato de las enormes diferencias que existen entre ambos países; pero si comparamos un manicomio europeo con uno centroamericano, encontraremos muchos menos indicios de las diferencias. Es cierto que notaremos algunas diferencias macroscópicas que pondrán en evidencia que el ingreso *per capita* de Europa Occidental es muchas veces mayor que el centroamericano, pero sobre todo veremos constantes comunes a ambos lugares: paseantes ausentes y abandonados que recorren incansablemente los pasillos del hospital; fumadores obstinados que cada vez que aspiran una bocanada de humo parecen querer consumir el cigarro entero de un solo golpe (y que luego nos pedirán otro cigarro); consultorios helados, húmedos y malolientes; pacientes atados a las camas o aislados en cuartuchos vacíos; salas de estar llenas de humo y cruzadas por fantasmas que no se comunican entre sí; cafeterías escuálidas donde se apiñan consumidores de café, etcétera. Veremos un *trazo* muy similar, como lo que nos sucede cuando entramos a los hoteles de las cadenas internacionales: que son idénticos en todos lados (es decir, variables independientes) reunidos en una instalación que prescinde de la cultura local, de la historia del país y su población. Esta instalación "superior" es el

manicomio. El asunto, sin embargo, no es escandalizarse ni atribuir una improbable malevolencia a quienes concibieron y practicaron, conciben y practican, el orden manicomial. Esta maquinaria simplemente tiene la función de ordenar el desorden de los locos, pero también el de los vagabundos, de los presos. Este orden se legitima y se autorreproduce; la psiquiatría institucional es este orden, esta legitimación y esta reproducción. La institución manicomial no es más que el espacio, el tiempo, el conjunto de normas y ritos que contienen naturalmente este orden.

La función de ordenar incluye la complejidad y ambigüedad del orden que impone el amo, pero también el que impone el padre. Si nos fijamos en la arquitectura manicomial, los bellísimos parques donde están edificadas los hospitales, la quietud de las pequeñas iglesias construidas en ellos, nos vemos obligados a concebirlos no sólo como un intento de proteger a la *sociedad* de los *locos* malvados, sino de proteger a los *locos* de la *sociedad* malvada; nos vemos obligados a reconocer que el plan original de los manicomios incluía un auténtico intento de dar forma y visibilidad al derecho de asilo. Eran llamados precisamente asilos y estaban dedicados a atender a los locos pobres. No podemos dejar de ver en esto un proyecto paternal, es decir un proyecto en el cual la sociedad fuerte se encarga de la tutela de sus miembros débiles. De otra manera no se explicaría la enorme inversión económica que involucraba la construcción de asilos para lunáticos; era un verdadero proyecto asistencial que supervisaba el Estado (o la provincia, o el ayuntamiento), y que asumía el peso y la responsabilidad de dar asilo y proteger a los lunáticos (con frecuencia sustituyendo a las cofradías de religiosos que hacia el año 1600 construían y administraban asilos para locos y vagabundos). Es crucial entender este aspecto de protección, de servicio, que coexiste con la vocación del amo que rige la vida de sus esclavos.

Esta naturaleza doble caracteriza a la psiquiatría institucional, y el manicomio no es más que la expresión física de la dualidad paterna y patronal de una supuesta ciencia que no es más que una ideología, especialmente porque ejerce dos funciones (paternidad y dominio) que por definición excluyen el principio de la duda, es decir del cuestionamiento mismo, que es -o debería ser- la esencia del método científico.

Es la razón del padre y del señor, una entre la muchas razones posibles, la cual funda la cientificidad de la psiquiatría institucional.

Si observamos las fotografías de los manicomios de fines de 1800 y principios de 1900 veremos que la función paterna, es decir el orden, la norma, es la que prevalece; con el desarrollo paralelo de la presunta cientificidad de la psiquiatría institucional y de la ideología médica vemos que la reemplazan la pobreza y el abandono, es decir la función patronal. Puede parecer paradójico, pero sin duda eran mejores los manicomios europeos de principios de 1900 que los de hoy, y esto probablemente sucede en todo el mundo, pues jugaban más el papel de padres instructores que de amos violentos: la disminución de la *violencia indirecta* (miseria y abandono); la disminución de la organización rígida de los asilos (la ciudadela autosuficiente que caracteriza al manicomio de principios de 1900: iglesia, panadería, taberna con falso vino, colonia agrícola, fábrica interna para el trabajo de los pacientes obreros, etcétera) conducen a la cultura carcelaria que caracteriza a los manicomios actuales (pobreza, conductas violentas, anomia, abandono).

Es por esto que la abolición de la segregación manicomial iniciada en Gorizia por Franco Basaglia en 1964, no conlleva tanto la humanización del lugar deshumano como la interrupción de la convivencia entre los encargados del manicomio y la ideología dominante, una crisis de la cientificidad fundada en las normas paternas y en la violencia del dominante.

Sin embargo, la verdadera dualidad no está en los conceptos padre/señor sino entre éstos y los conceptos *frater (soror)/civis*.

La función protectora y dominante de la relación paterna es sustituida por la función solidaria y de compañerismo en la construcción de la ciudadanía, funciones que caracterizan las relaciones de fraternidad y complicidad, para compartir la *civitas*.

Creo que es necesario reflexionar sobre estas dos parejas de conceptos si queremos entender tanto la naturaleza personal y afectiva como la colectiva y civil que caracterizan por un lado, la psiquiatría institucional (padre y señor) y, por otro, la antinstitucional (hermano/na y ciudadano/na).

De hecho, la psiquiatría antiinstitucional ha desempeñado una función

de transformación de los papeles sociales del médicos y el enfermo -de señor a ciudadano el médico, de esclavo a ciudadano el enfermo.

La santificación de los locos y del desvarío, que ha llevado a cabo sobre todo la antipsiquiatría inglesa, hace más evidente, respecto al movimiento antiinstitucional italiano, los indicios del proceso de identificación con la víctima mediante la cual psiquiatría y enfermos comparten un espacio afectivo común, opuesto al espacio que ocupa el psiquiatra padre-señor, a menos que sucumban ambos (antipsiquiatría y paciente) como víctimas solidarias del dominio de la razón burguesa (y las vidas *maudites* de Cooper y Laing lo testimonian ampliamente, más cercanas a la tragedia de Artaud que a la lucha de Basaglia).

En el movimiento antiinstitucional italiano es más evidente la dimensión *civil*, es decir, de reivindicación de un espacio común de ciudadanía médico/paciente.

La lección que caracteriza a gran parte de la psiquiatría crítica a partir de la década de los años sesenta es la legitimación moral, política, cultural y psicológica del enfermo mental y de la enfermedad mental. En la psiquiatría médica, cuyo máximo exponente histórico es Emil Kraepelin, padre de la nosografía psiquiátrica, la locura no tiene legitimidad pues es simplemente incomprensible y, por tanto, insensata (las páginas del *Yo dividido* de Laing sobre Kraepelin luchando cuerpo a cuerpo con un paciente psicótico, ejemplo usado como objeto didáctico para los estudiantes, están entre las más eficaces y dramáticas). Para el pensamiento psicoanalítico, en cambio, la locura tiene legitimidad como modelo patológico contrapuesto a un modelo de salud mental (de desarrollo de la personalidad) que está predefinido a partir de un modelo de funcionamiento del aparato psíquico.

Para Laing, por el contrario, la legitimidad de la locura es en sí misma; es decir, la experiencia del otro no puede ser normalizada ni con la violencia de la psiquiatría ni con las atribuciones interpretativas del psicoanálisis; sólo puede ser comprendida en el sentido más concreto de la palabra, testimoniada y aprobada. Tal vez en esta legitimación *psicológica* es donde son más evidentes las notables diferencias entre la antipsiquiatría y la psiquiatría antiinstitucional italiana: la legitimación que realiza Franco Basaglia es la del cuerpo. El loco de Laing es reconocido como productor

de desvarios y es ayudado a transitar por su propia experiencia, cediéndole un lugar para retroceder sin que las normas le impidan este viaje. El loco de Basaglia es un sujeto social restringido a una progresiva pérdida de identificación con el mundo, no sólo afectiva sino social, económica y civil. Por ello lo que necesita es la reconstrucción de las relaciones sociales, de la actualidad, del acceso a las mercancías y al intercambio. La empresa de Laing es, aunque hable de interacciones, la utopía de un Yo originario: "para Laing lo social se califica en su punto máximo como una constelación de familias [...] la sociedad pierde todas sus connotaciones temporales, toda su especificidad económica, para configurarse como una dimensión eterna" (Vegetti Finzi, 1986). La empresa de Basaglia es, por el contrario, liberar el cuerpo, ir del cuerpo envilecido y miserable del interno al cuerpo social: es por definición una empresa interactiva entre sujeto y contexto. El interés del pensamiento de Laing reside en su trabajo *dentro del* sujeto porque, sobre todo hoy que se está replanteando el problema de una respuesta a la psicosis tanto social como psicológica y que se valoran en exceso las *técnicas* psicoterapéuticas, su lección resulta necesaria para hacer más humildes los modelos psicológicos (y desenmascarar técnicas psicoterapéuticas arrogantes y cortas de miras).

Pero si la legitimación *tout court* de la locura se vuelve una forma de poner en jaque la razón burguesa y desvelar en ella los gérmenes ocultos de una locura perversa, la de la sinrazón y el aislamiento, la legitimación (que usa Laing) de la función cognoscitiva de la locura -el viaje a los orígenes, que como todo viaje es fuente de conocimiento—, aparece a la luz de la evolución de la reflexión psiquiátrica como uno de los aspectos más anticuados del pensamiento antipsiquiátrico. Si la esquizofrenia ha sido descrita como "producción de síntomas" (los delirios, las alucinaciones), la psicología cognitivista y la neuropsicología han mostrado cuánto más significativos y característicos para la esquizofrenia son los aspectos de déficit que los de producción: los estudios de Andreasen (Andreasen, 1985), Strauss (Strauss, 1985) y Zubin (Zubin, 1985) muestran cómo uno de los aspectos que mejor caracterizan la esquizofrenia, independientemente del papel que juegue la institucionalización en la cronicidad, es la pérdida progresiva de habilidades y la aparición

de déficits significativos en las funciones cognitivas. Éste no es el lugar para examinar estas evidencias clínico-epidemiológicas, pero es conveniente observar no tanto lo dudosa que sea la *función* cognoscitiva de la experiencia psicótica sino, por el contrario, lo que la hace constituirse como una invalidación y pérdida progresiva de control psicológico y social.

El problema de la legitimación es planteado, entonces, en términos de aceptación del *sentido* de la experiencia del otro. Aceptando este proceso de reconocimiento del sentido de alteridad como preámbulo a cualquier hipótesis de curación (o rehabilitación), y de frente al desierto humano, ético y material del manicomio, no se puede más que emprender la ruptura de esta desertificación del sentido (de los sentidos), porque en el desierto no crece nada.

Así pues, la hipótesis de la crítica al manicomio no es sólo una hipótesis filantrópica (de humanizar el escenario inhumano) sino una hipótesis técnica y científica (transformar la prohibición del tratamiento en posibilidad de tratamiento).

Y aquí empieza el *gran equívoco*.

Si no asumimos que estas connotaciones no alcanzan sólo al *manicomio* sino a la *ideología* institucional (de la cual es producto el manicomio), la crítica al manicomio como lugar inhumano y antiterapéutico será traducido simplemente en la creación de otros escenarios para el ejercicio de la misma ideología.

Creo que la complicidad involuntaria entre los movimientos por los derechos y los movimientos para el ahorro en el presupuesto público durante la década de los años sesenta en Estados Unidos son un fenómeno que merece ser estudiado en profundidad. Ello es una complicidad (involuntaria, repetimos), pues el objetivo es que el manicomio se vacíe, sin que a esto corresponda una toma de responsabilidad hacia el paciente que tiene el derecho y la necesidad de *otra cosa*. La falta de especificidad de esta *otra cosa* conduce a la reproducción de la psiquiatría institucional tal como es en *otro* lado (y la complicidad consiste en la creación de servicios pobres, contumaces, abandonados, que satisfacen el movimiento de ahorro y el movimiento de los psiquiatras, que, *al fin* sin manicomio, no se dan cuenta de que con el manicomio ha desaparecido también el paciente).

Ésta es la razón por la cual la transformación del manicomio de desierto a jardín, llevada a sus últimas consecuencias -es decir, la transformación que conduce a la construcción de una no-necesidad de manicomio una vez que contamos con un jardín-, es un proceso ineludible. El gran error está en el uso —¡ay de mí! cada vez más difundido— de los términos deshospitalización y desinstitucionalización como sinónimos, siendo la deshospitalización un acto administrativo que hace que un paciente salga de la institución-hospital, mientras la desinstitucionalización es un proceso que hace que el paciente salga de la institución-psiquiatría.

De Barton (y la noción de *neurosis institucional*) a Ciompi (*síndrome de hospitalización*) no existe un solo psiquiatra razonable que no haya reconocido el papel invalidante que juega el manicomio. No es posible entender entonces por qué cuando han sido construidos modelos de rehabilitación se han asumido infinitos *objetos/escenarios* de tratamiento (como la forma en que un paciente sonríe ante las Emociones Expresadas (EE) por los familiares) pero han hecho desaparecer el objeto hospital (psiquiatría) del horizonte del tratamiento.

La psiquiatría institucional es, como señalo en la introducción, el paradigma del entretenimiento. Una palabra, *entretenimiento*, que alude tanto a una acción agradable para hacer pasar el tiempo como al sentido primario de la etimología, tener adentro. La psiquiatría institucional ha sido y es expresada oscilando entre la forma fuerte de tener dentro y la forma de hacer pasar el tiempo. El manicomio realiza ambas condiciones. Es aquí donde resulta clara la necesidad de hablar del manicomio para poder hablar de rehabilitación.

El manicomio constituye un paradigma de los proceso de deshabilitación (un protagonista central, por tanto, del proceso de la espiral de Spivak, aunque el autor nunca lo menciona) pues el paciente experimenta en él todos los elementos de la vida cotidiana (de dormir a comer, de vestirse a gozar de su propio espacio, del intercambio afectivo a la recepción de órdenes y al sometimiento de las normas). Éstos son elementos que en el manicomio adquieren su *grado cero* en el sentido del empobrecimiento humano y material. Remontar la espiral significa modificar, reintegrar a la circulación, los *intercambios*; es decir, reconstruir

historias subjetivas, subjetivar espacios transformándolos en lugares de experiencia, inventar recursos, producir recursos, exigir recursos, reformular derechos, desenmascarar privilegios. Si "las necesidades del enfermo en la institución dedicada a su curación rivalizan con la eficiencia organizativa necesaria para la supervivencia del hospital como organización social" (Basaglia, 1971) el trabajo no puede ir más allá de ocuparse de esas necesidad y de entrar en antagonismo con la institución.

En las miles de rehabilitaciones que ofrece el mercado no existen huellas de esta alianza con las necesidades del enfermo y este antagonismo con la institución, porque la rehabilitación se lleva a cabo dentro del hospital sin percatarse de que uno está dentro del hospital, o bien porque ocurre fuera del hospital sin percatarse de que estar fuera no hace desaparecer el hospital, sólo hace desaparecer la angustia que provoca en quienes deciden alejarse y dejarlo tal como es.

Pero siempre habrá alguien, mientras el hospital exista, que trabaje y viva en él, que traiga consigo el paradigma y lo reproduzca al infinito. De hecho, "el enfermo sufre sobre todo por que está restringido a escoger una vida aproblemática y adialéctica, pues las contradicciones y la violencia de nuestra realidad con frecuencia son insoportables. La psiquiatría institucional no ha hecho más que acentuar la elección aproblemática del enfermo, guiándolo hacia el único espacio que le estaba permitido: el espacio unidimensional creado para él" (Basaglia, 1967).

Así pues, el problema es el del entretenimiento que lleva a cabo la psiquiatría institucional en este único espacio de una dimensión, que puede ser lo mismo el manicomio que cualquier otro sitio. La unidimensionalidad de la enfermedad es la institución que hay que transformar, y el entretenimiento unidimensional de la enfermedad la función que debe ser interrumpida.

La experiencia de la transformación crítica del hospital psiquiátrico comenzada por Basaglia en los años sesenta ha asumido diversas formas a lo largo del tiempo y las situaciones culturales y geográficas, pero mantiene una característica fundamental: la de definir un perfil de la rehabilitación (y por tanto un perfil pedagógico para los que se ocupan de realizarla) muy distinto del que encontramos en las práctica rehabilitativas centradas en ocultar el manicomio.

Este ocultamiento no sólo tiene la consecuencia obvia de transformar la rehabilitación en un entretenimiento ulterior, sino que acostumbra (maleduca) a los médicos a minimizar la realidad; es decir, a minimizar el contexto en el que se mueven cuando planifican los tratamientos. Esta costumbre de dicotomizar la realidad es apreciada por la psiquiatría institucional, la cual, para compensar su vocación por el control y el entretenimiento, siempre ha usado muchas palabras para legitimar la pobreza de sus acciones. De hecho, la psiquiatría no es más que un "discurso sobre el cuerpo de la psicosis" y "opera sobre el cuerpo del psicótico".

El *corpus* de la psiquiatría institucional es, no obstante, lo menos corpóreo que existe: está fragmentado, y cada fragmento es la representación de una idea, un prejuicio, un poder; es más un escudo que un cuerpo, enmascara en vez de revelar, es un *discurso* para que el eros y la muerte del cuerpo se conviertan en palabras y, por tanto, inmovilidad, negación de la vida y la muerte.

El discurso de la psiquiatría institucional se despliega porque no soporta los inquietantes *pliegues*, que para Deleuze serían la clave del barroco (Deleuze, 1990): estos pliegues infinitos conducen al infinito, a otros pliegues, y el discurso no explica que un solo pliegue pueda convertirse en una maraña de curvas.

De esta manera, el embrollo es la caligrafía de la psiquiatría institucional: la psiquiatría es incapaz de anoa y metanoia (para parafrasear a Laing); sólo produce intrigas paranoicas, explicaciones de las explicaciones. La psiquiatría no conoce el riesgo de la locura ni la embriaguez de la sabiduría, nunca se pierde ni se encuentra a sí misma: "vidas demasiado sabias para un pensador, pensamientos demasiado locos para un ser viviente: Kant y Hölderlin" (Deleuze, 1965). La psiquiatría carece de la conciencia de la vida y de la muerte porque se empeña continuamente en recoger *pruebas* de un improbable *proceso* y, es sabido, *les preuves fatiguent la verité** (Matisse).

La psiquiatría institucional no se mueve en un campo de posibilidades en el cual esté permitido "existir como persona", sino en el campo de la intriga, entre las máscaras y las denominaciones. En esta intriga, la realidad

* Las pruebas agotan la verdad (N. de la T.).

es el fantasma más temido porque es capaz de desatar los nudos meticulosamente tejidos del discurso paranoico (*nudos* para desatar con Laing o para desenmarañar con los sistemas diagnósticos multiaxiales). El pliegue barroco de Deleuze, la intriga paranoica, el nudo laingiano (el nudo desenmarañado y la trenza destrenzada de la *Cenicienta* de Rossini) todavía no son un reflejo de la complejidad sino, por el contrario, el simple exorcismo de la realidad de parte del *discurso*. La tragedia del encuentro entre el *corpus* psiquiátrico y el cuerpo psicótico es que el primero conlleva un discurso *sobre* el cuerpo y opera *sobre* el cuerpo del segundo (que permanece en silencio, no produce un discurso sino corporeidad): lo psicótico es portador de *ausencia de acción*, mientras que lo psiquiátrico es portador de acciones.

La psiquiatría, polo opuesto de la psicosis, es la aceptación de cualquier forma determinada del logos: nominar precede a ser; interpretar precede a compadecerse.

El psiquiatra teme la economía de la *dépense* (Bataille) y como cualquier verdadero capitalista teme que la reproducción de sus obras (y de sus palabras) sea interrumpida. El *corpus* de la psiquiatría es el discurso y lleva a la acción, al contrario que el cuerpo de la psicosis, que es corporeidad y ausencia de acción.

"En todas las psicologías que reducen al hombre a un objeto, sobre todo en las de nuestros naturalistas, como Freud, Bleuler, Monakow, Pavlov, etcétera, encontramos una hendidura, una fisura en la que se hace evidente que no es todo el hombre, es decir el hombre como totalidad, el que llega a la elaboración científica. Por todos lados encontramos *algo* que sumerge y hace saltar los confines de una psicología similar; esta *cosa* que el psicólogo naturalista no considera digna de atención, para el antropólogo es en cambio el factor decisivo", escribe Biswanger, que intuye que el problema de la psicología es precisamente el que más la esquivo. Una disciplina *dura*, como la epidemiología, nos muestra que hay *otras* variables que explican la evolución de las psicosis. El hombre que vislumbramos entre la fisura es lo que descartamos, lo marginal. Allí es posible constatar la ausencia de acción, allí no llega el discurso de la psiquiatría, allí es revelado también el dolor y allí se encuentra el trabajo de la rehabilitación.

Existen personas, pero también grupos, tribus y pueblos enteros que hablan a través de las fisuras, más bien acusan desde la fisura, a través de la cual son visibles sus cuerpos. Son los psicóticos, pero también los moribundos y los pobres. Son portadores de una ausencia de acción. ¿Pero qué tiene uno si es portador de una ausencia?

En las calles de India es posible observar largas filas de personas que, en ambos sentidos de la calle, cargan pesos, sacos, bultos, cestos y paquetes, y si se pregunta dónde van, de dónde vienen, adónde llegan, la respuesta es que hormiguean con lentitud y llevan a cabo labores imposibles (como caminar cientos de kilómetros con una piedra sobre la cabeza; a nadie le importa el producto final porque no habrá tal: no existen acciones sino el transporte de ausencia de acción).

Existen personas, grupos, tribus y pueblos que transportan ausencia de acciones y ésta es su labor, descentrada de la historia, innominada por los historiadores (*beata* para el Evangelio). Así los pobres de espíritu, los lunáticos, los locos, los psicóticos son (al igual que los pobres y los moribundos) portadores de la memoria y la profecía del *naufragio*: "puedo naufragar si soy yo mismo [...] sólo cuando se sube hasta el último hombre se encuentra el naufragio", escribe Jaspers.

En la fisura, lejos del centro, se reúnen los profetas del naufragio: en el centro están los portadores de acciones y los productores del discurso.

Discurso/acción/centro y cuerpo/ausencia de acción/periferia: que existe una centralidad de la periferia lo dice Freud mismo, cuando afirma el poder heurístico de los productos de la periferia.

Si el lapsus es un indicador discreto de que las cosas están ahí (también) y no (no sólo) aquí, la psicosis, como la muerte y la pobreza, es también un lapsus (pero indiscreto), una señal continua de que las cosas están allá y no aquí. La muerte, la pobreza y la psicosis son lapsus que limitan el discurso céntrico a la excentricidad, que profanan las palabras y las obras.

Es por esto que la experiencia de la transformación cotidiana de la vida del que está internado en un manicomio es el fundamento para cualquier posible liberación del interno de la centralidad ordenadora de la psiquiatría dentro y fuera del manicomio. Sea bienvenida la desaparición

del manicomio, pero que con ella no desaparezca la formación de rehabilitadores para transformar un escenario carente de vida en uno dotado de vida.

Las variables reales: sujetos, contextos, servicios y recursos

*De ese viaje recuerdo perfectamente todo
excepto los detalles del naufragio.*

ACHILLE CAMPANILE

Con frecuencia tenemos esta impresión cómica cuando leemos sobre rehabilitación: todo es descrito minuciosamente, pero algunos *detalles* decisivos son omitidos, como el lugar donde se practica el programa de rehabilitación o el lugar donde vive el paciente cuando el programa no es practicado; da la impresión de que la técnica rehabilitativa, cualquier que ésta sea, se realiza en el vacío; que a la articulación de los métodos empleados corresponde una gran vaguedad respecto a los lugares, los contextos, las motivaciones por las que aplican estos métodos.

*Not my patients, not my treatments** era el título de un inteligente artículo de Keller y Labori (1988). Lo que los autores querían decir en este caso es que cuando leemos la bibliografía científica que describe nuevos fármacos, no encontramos descripciones de los pacientes reales con que nos topamos cada día en nuestra práctica y nuestras conductas reales de tratamiento no tienen nada que ver con los protocolos que se construyen dentro de la lógica experimental de los estudios clínicos. Esta separación entre la realidad y los modelos no sólo se encuentra en la rehabilitación, sino también en la psiquiatría en general.

* No son mis pacientes, no es mi tratamiento (N. de la T.).

Siempre tenemos la impresión de que las cosas en realidad son diferentes en los procedimientos de diagnóstico, la definición del escenario psicoterapéutico o el contexto rehabilitativo, como si en el momento de la representación teatral las luces previstas para las *pruebas* no se encendieran, en vez de silencio se oyera un rumor de personas que van y vienen, los actores llegaran tarde, etcétera. Es verdad que entre un modelo y su aplicación real existe cierto grado de desfase, pero -y éste es un aspecto importante también desde el punto de vista teórico-, en psiquiatría esta brecha es gigantesca: da qué pensar que entre el modelo y su aplicación haya tan poco en común. La deformidad fisiológica entre lo observado y lo esperado -es decir entre una técnica o un modelo como fueron escritos en los manuales y su aplicación- puede ser atribuida a la influencia de factores de confusión, personales, grupales y otras situaciones que hacen que la aplicación práctica del protocolo o el modelo cambie sensiblemente. Existe un sofisticado sistema de diagnóstico que sigue rutas de decisión bien articuladas, pero en realidad ningún servicio psiquiátrico puede usarlo, o sólo lo usa en la medida en que lo considera necesario a partir de las condiciones reales del trabajo, la organización del servicio, el paciente, etcétera.

La mayor parte de los psiquiatras entrevistados (y existe una ilimitada bibliografía para probarlo) declara que adopta, por ejemplo, un sistema de diagnóstico que es una mezcla de creencias personales, hábitos culturales locales y diagnósticos estandarizados; el fin último es asignar al paciente a una categoría diagnóstica bastante rústica pero útil para establecer la conducta terapéutica y, con menos frecuencia, para establecer un pronóstico.

El diagnóstico real y el diagnóstico ideal son muy diferentes. El psiquiatra utiliza el diagnóstico ideal cuando decide abandonar los límites de su trabajo real y asumir los de la comunidad científica a la que pertenece, momento en que todos sus pacientes serán poseedores de un diagnóstico detallado y formal.

Las cosas funcionan igual para los tratamientos farmacológicos: todos, o casi todos, conocen los protocolos farmacológicos recomendados, pero en realidad poquísimos los siguen. Es difícil defender las prescripciones *reales* desde el punto de vista de la racionalidad farmacológica (asociaciones

de farmacias perfectamente idénticas pero con diferentes nombres comerciales, prescripciones farmacéuticas evidentemente inútiles, dosis simbólicas, etcétera); también en este caso existen factores de confusión generados en el contexto práctico (convencimiento personal, dinámicas interactivas con el paciente o los familiares, reafirmación para el personal paramédico) que se dejan llevar por la corriente y crean una farmacología real que tiene poco que ver con la del manual.

Más aún, los escenarios psicoterapéuticos reales no se parecen ni de lejos a los ideales, pues las condiciones reales de los servicios no permiten poner en práctica todas las condiciones recomendadas. Obviamente no son únicamente escenarios *físicos*, sino también escenarios emotivos.

Si preguntamos a los adeptos de una escuela rehabilitativa en qué medida siguen fielmente *los protocolos de tratamiento recomendados*, la respuesta casi siempre es: "hemos 'adaptado' algunas estrategias del modelo", o bien "utilizamos 'en parte' las sugerencias conductuales, pero muchos de nosotros, con formación psicodinámica, hemos introducido otras", etcétera.

De los seguidores de Anthony y Farkas, probablemente sean ellos mismos los únicos que siguen fielmente su propio modelo. Y probablemente sucede lo mismo con Falloon, Leff, Spivak, entre otros.

Lo que queremos subrayar con esto es la deformación que ocurre entre modelos y técnicas, por un lado, y su aplicación, por otro. No nos interesa proponer una mayor adhesión de la práctica a la teoría contra el uso pragmático y "ajustado" de los modelos. Por el contrario, lo que desde el punto de vista teórico resulta relevante es constatar que en psiquiatría la influencia de factores de confusión generados por la realidad *consume* las técnicas y modelos y *crea* técnicas y modelos operativos ignotos y que no han sido descritos. Esto no sucede porque los médicos de los servicios psiquiátricos sean especialmente incompetentes o incapaces de usar en la práctica las recomendaciones de los modelos a los que decidieron adherirse. El problema es mucho más complejo: los factores de confusión son mucho más potentes que los modelos, mucho más influyentes y destructivos que cualquier técnica.

Recetan mal y en exceso porque "de otro modo los enfermeros se rebelan"; los diagnósticos son aproximados "porque hacerlos con más

detalle no le serviría a nadie", etcétera. Existen todo tipo de motivaciones: nobles o, con frecuencia, menos nobles; sensatas o irrazonables; justificables y positivas o injustificables y negativas.

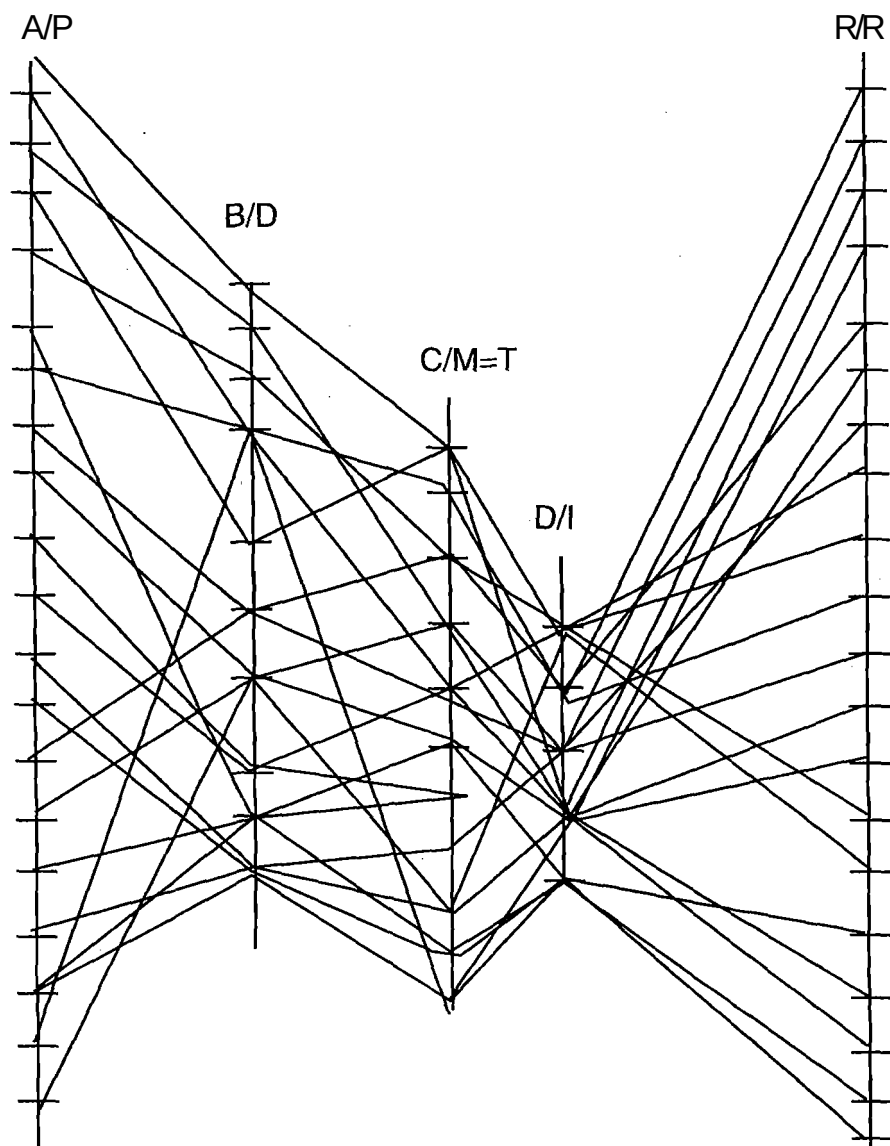
Pero no importa. Lo que importa es que la *historia natural de la enfermedad* no encuentra modelos y técnicas sino *historias naturales de los servicios*; es decir, conjuntos de conductas que resultan de variables relacionadas con el paciente, con su familia, con el servicio y con su organización.

Podemos ilustrar esta realidad con una figura que recuerda a una mariposa (figura 4.1).

Sobre una recta (A) distribuimos un cierto número de pacientes, y sobre una recta paralela (B) sus correspondientes diagnósticos (usando toda la gama de diagnósticos posibles tendremos algunos pacientes con los mismos diagnósticos); sobre otra recta paralela (C) todos los modelos y las técnicas existentes en el mercado de la psiquiatría, y sobre otra paralela (D) todos los tratamientos reales que se aplican a pacientes reales. Finalmente, sobre una última recta (E) todos los resultados que podemos observar en la población de pacientes descrita en los diagnósticos localizados en la primera recta. Los pacientes (identificados por los diagnósticos) estarán expuestos (de acuerdo con los servicios que han sido administrados) a modelos y técnicas de tratamiento muy heterogéneos, y sucederá lo mismo con pacientes que tengan el mismo diagnóstico pero tengan acceso a diferentes servicios, porque no existe una lógica según la cual quien tiene cierto diagnóstico deba recibir cierta estrategia de tratamiento.

Los pacientes expuestos de forma heterogénea (recta C) a los tratamientos más diversos, que los doctores declaran usar, *en la práctica* recibirán tratamientos que, a su vez, son distribuidos sobre una recta mucho más corta (recta D), pues los tratamientos reales que reciben (independientemente de la riqueza de las técnicas a las cuales los pacientes *deberían* ser expuestos) son pocos, siempre los mismos y muy repetitivos (hospitalización, fármacos, conferencias, programas de socialización).

A fin de cuentas constataremos que los resultados son muy heterogéneos (recta E) y en apariencia casuales; si asumimos como variables explicativas los diagnósticos (B), los modelos y las técnicas a los cuales los pacientes deberían ser expuestos (C) y los tratamientos reales que



P= pacientes
 D= diagnósticos
 M -T= modelos/técnicas
 I= intervenciones reales
 R= resultados

reciben (D), observamos que los resultados son independientes de las variables consideradas.

Ahora debemos preguntarnos si las técnicas que los doctores declaran usar no coinciden con lo que realmente es ofertado que en realidad es muy parecido de servicio a servicio), si los resultados parecen depender de determinantes sustancialmente independientes de los diagnósticos formales, de las declaraciones de uso de técnicas o de pertenencia a modelos:

¿De qué depende que después de un tiempo un paciente esté mejor, peor o igual que antes? Es decir, ¿cuáles son las variables que realmente determinan los resultados? ¿No serán variables poco reconocidas o ignoradas las que realmente juegan un papel determinante en los resultados?

"El estudio de Ciompi *et al.* propone un resultado cargado de implicaciones teórico-prácticas, que parece oportuno traer a colación: los autores demuestran cómo las variables diagnósticas o psicopatológicas son secundarias en el resultado del proceso de rehabilitación, mientras que variables sociales y ambientales tienen un paso comparativamente más importante.

Esta conclusión, por otra parte, puede sobreponerse a la que alcanzaron en el estudio llamado International Pilot Study of Schizophrenia y otras investigaciones, todas las cuales testimonian "una correlación muy débil entre niveles de discapacidad y sintomatología clínica" (Ardigó y De Girolamo, 1987).

Debemos reflexionar sobre esta ausencia de especificidad en la psiquiatría para entender cómo entrar en contacto con las variables reales que cambian la vida real de personas reales. Es verdad que muchas variables relacionadas con los tratamientos que se ofrecen son relevantes para la evolución del paciente, pero es probable que no se trate de las variables que se refieren a las modalidades técnicas de los tratamientos específicos, sino de aquellas que representan los complejos escenarios en donde actúan los tratamientos y que describen las características no sólo clínicas sino, sobre todo, ambientales del paciente.

El naufragio que no recuerda Campanile es precisamente el meollo de las variables, protectoras o dañinas, que realmente determinan la evolución del paciente. Necesitamos saber más sobre la vida real de los pacientes y la vida real de los servicios.

El paciente, el diagnóstico, el contexto

El *patrimonio* de riesgos y protecciones que el paciente trae consigo es ciertamente el aspecto más investigado y considerado por los modelos psiquiátricos de rehabilitación. El concepto mismo de evaluación de las discapacidades, previsto en todos los modelos, declara que conocer al paciente es ineludible. Aunque esta necesidad incontrovertible está muy clara, es necesario interrogarse sobre qué información (o, en general, qué punto de vista) es necesaria para entender las necesidades, las solicitudes y las posibilidades del paciente.

Nuevamente, un punto de vista médico dominante puede orientar a un conocimiento sobre el paciente que en realidad dice bien poco sobre sus necesidades, sus deseos y sus posibilidades. Así, es sólo aparente el acuerdo mediante el cual afirmamos, en un consenso artificial, que para poder llevar a cabo la rehabilitación es necesario tener en consideración un conjunto de variables en relación con el paciente. ¿Cuáles son estas variables? Es posible investigar sobre su capacidad de platicar o de dirigir la mirada; investigar su condición psicopatológica con el fin de formular un diagnóstico psiquiátrico, recoger innumerables datos sobre sus habilidades sociales o bien indagar sobre su contexto familiar. Y además todas estas investigaciones pueden llevarse a cabo mediante cuestionarios, pasando tiempo con el paciente y conociendo a la familia o en escenarios más formales preparados con antelación para estos encuentros.

Existen al respecto al menos tres órdenes de problemas:

- Qué datos sirven.
 - Si los datos deben preservar también el contexto del paciente (su vida cotidiana en el hospital, con su familia o en la comunidad).
 - Cómo son recabados estos datos.

Antes discutimos sobre la incapacidad del diagnóstico de predecir el curso de un padecimiento o influir sobre los programas de rehabilitación. Es verdad que es importante saber si un paciente es o no psicótico, pero habría que preguntarse si es igual de relevante saber a cuál de las más de cien posibilidades diagnósticas pertenece.

La "crisis" del diagnóstico empieza después de la guerra y se desarrolla principalmente gracias a las enseñanzas teóricas de Ronald Laing (y a sus fuentes fenomenológico-existenciales): el diagnóstico psiquiátrico, precedido por Kraepelin y otros, es construido sobre la observación no del enfermo sino del enfermo en cautiverio, es decir, prisionero y sin ciudadanía; el diagnóstico es derivado de una combinación de este cautiverio de los locos y de la locura misma. La crisis de la psiquiatría comienza con la crisis de las "ideas" -y de la práctica- del cautiverio; ¿por qué no debería existir también una crisis de la diagnosis?

El diagnóstico desempeña una función de etiquetamiento (de estigmatización) del paciente, y de forma simultánea asegura la unidad y la unicidad de una profesión desarticulada y con problemas de identidad. El excelente ensayo de P. Brown, "The name game: toward a sociology of diagnosis" (Brown, 1990), muestra la función ideológica del diagnóstico. Son expuestos diversos ejemplos de la historia de la psiquiatría en los que vemos claramente la naturalidad del concepto de enfermedad y de diagnóstico en psiquiatría, y las fuertes correlaciones con la necesidad de control social (a comienzos del siglo pasado, por ejemplo, las mujeres independientes que trabajaban como obreras, sexualmente activas y fuera del contexto familiar eran, *en consecuencia*, diagnosticadas como psicópatas). Además el diagnóstico sirve para mantener una unidad e identidad médica peligrosamente puesta en duda por otras disciplinas y otras figuras profesionales (como las de formación psicológica o sociológica).

Es evidente cómo esta necesidad ideológica de diagnóstico no agota la compleja exigencia de clasificar las enfermedades mentales. Como sintetiza con justicia Gavin Andrews (Andrews, 1991): "la necesidad de comunicación entre diversos niveles profesionales y diversos niveles de la asistencia sanitaria, la siempre mayor complicación de los estudios de eficacia que comparan tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y, en fin, los complejos problemas administrativos y con las compañías de seguros relacionados con el reembolso del presupuesto sanitario, son tres razones decisivas que justifican la necesidad de la clasificación diagnóstica".

Aunque con la *necesidad de diagnóstico* están relacionados motivos ideológicos (en la acepción más burda del término) o motivos cognoscitivos que no están libres a su vez de condicionamientos ideológicos, representan

instancias difíciles de eludir; pero a esta necesidad de diagnóstico se oponen paradójicamente la resistencia de las clínicas y una notable perplejidad teórica.

Si por un lado es posible entender la resistencia de las clínicas al uso de instrumentos estandarizados como el legado de una cultura en la que prevalecen la hipersubjetividad del juicio y el uso de categorías psicopatológicas determinadas por léxicos locales, también es cierto que existen serios problemas metodológicos sobre la validez clínica de las clasificaciones diagnósticas.

La lógica constructiva sobre la que se erige el diagnóstico psiquiátrico no es unívoca: puede ser puramente descriptiva, psicodinámica, etiológica o anatómica. La gran variabilidad de los modelos de referencia testimonia la heterogeneidad y naturaleza fragmentaria del conocimiento: la fluidez del saber psiquiátrico no es un delito, sino un hecho. La pretendida estabilidad y coherencia de los sistemas diagnóstico es, en cambio, un delito de soberbia, pues dicotomiza la fluidez, oculta las dudas, asegura las certezas.

Como sintetizan Farmer y colegas (Farmer *et al*, 1993), la validez de una entidad nosológica depende de:

- En qué medida su unicidad sea inconfundible con otras constelaciones de síntomas y "tienda" al uso de diferentes instrumentos de medida (*face validity*).
- En qué medida la historia natural y la respuesta al tratamiento puedan ser predichas (*predictive validity*).
- En qué medida puedan conocerse la etiología y la patogénesis (*construct validity*).

Según Farmer, los elementos que contribuyen a crear la naturaleza artificiosa de los instrumentos estandarizados -una suerte de reduccionismo respecto al fenómeno que deberían describir— son:

- La carencia de correlaciones consistentes con datos colaterales que no pueden ser *paralelos* al diagnóstico, sino que son su base misma (historia psiquiátrica, respuesta a los fármacos, impresión clínica).

La ausencia de evaluaciones estandarizadas de la gravedad del padecimiento.

- El énfasis en la sintomatología positiva respecto a la negativa.
- La ausencia de jerarquías diagnósticas.
 - La falta de agentes externos de validación (marcadores biológicos, variables de resultados).

En un ensayo magistral, Kendell (Kendell, 1989) también pone sobre la mesa el problema de la validez clínica de los diagnósticos en psiquiatría. En medicina, nos dice, los diagnósticos más válidos son los de las enfermedades con una etiología evidente, para las que es más fácil predecir el resultado, estudiar nuevas terapias y prevenir el trastorno. La posibilidad de estudiar la etiología está estrechamente relacionada con la definición precisa de los síndromes (grupos de síntomas correlacionados y con un desarrollo característico).

Según Kendell, la identificación de los síndromes en realidad es más el fruto de una introspección imaginativa que de la aplicación de reglas formales ("debemos la diferencia entre el trastorno afectivo monopolar y el bipolar a la introspección imaginativa de Leonhar y no a nuestra tecnología").

En psiquiatría se han desarrollado una variedad de técnicas para facilitar o sustituir este proceso intuitivo: las escalas de valoración, las entrevistas estructuradas y las técnicas para validar las propiedades psicométricas; los estudios de seguimiento; el estudio sobre la familiaridad.

Los estudios de resultados probablemente constituyen el elemento de validación más disponible para el evaluador clínico, aunque obviamente no es suficiente documentar diversos resultados para afirmar la existencia de entidades diagnósticas diferentes. Para poder afirmar esto es necesaria una correlación relevante y no linear entre resultado y sintomatología.

Otros criterios de validación clínica de un síndrome son la asociación evidente entre el síndrome y cualquier anomalía fundamental de tipo biológico o la respuesta a los tratamientos, aunque la mayor parte de los tratamientos en psicología no son síndrome-específicos.

La aplicación de estos criterios de validez no ha generado resultados importantes y es muy probable que los reagrupamientos discretos de

síntomas psiquiátricos, que actualmente tratamos de describir, no existan en realidad. Durante los últimos diez años han sido desarrollados numerosos estudios sobre los resultados como validadores de las categorías diagnósticas, por lo general estudios de seguimiento a largo plazo. Los resultados son muy interesantes, aunque parecen confirmar las dudas más que generar nuevas certezas.

Pensemos en el monumental Study Iowa de Tsuang, en el cual se confrontan los resultados a 30-40 años de 200 esquizofrénicos, 100 psicóticos maníacos, 225 depresivos y 160 controles sanos. Incluso si los criterios diagnósticos de Feighner están validados por los resultados (peores para los esquizofrénicos, intermedios para los disturbios afectivos y buenos para los sanos) hay que subrayar que 315 pacientes diagnosticados como esquizofrénicos y candidatos al estudio no pudieron ser incluidos porque no satisfacían los criterios de selección para la esquizofrenia que fueron adoptados en el estudio. Uno se pregunta si el estudio no se limita a validar los criterios para la esquizofrenia de Feighner sin considerar que los criterios mencionados excluyen a más de 50% de la población de esquizofrénicos, diagnosticados como tales bajo otros criterios.

Otro importante estudio de seguimiento (el Estudio Vermont Longitudinal), fue llevado a cabo durante 32 años a 269 pacientes seleccionados no por su diagnóstico sino por la gravedad de la naturaleza crónica del trastorno mental. El objetivo del estudio no era validar las categorías diagnósticas mediante los resultados (la muestra, constituida por 79% de esquizofrénicos, no fue constituida sobre bases diagnósticas) sino mostrar, utilizando los criterios del DSMIII, que no existe un resultado homogéneo o hasta cierto punto predecible para los pacientes caracterizados por la llamada *esquizofrenia nuclear (core schizo-phrenia)*. Los autores afirman que "el estudio provee una sólida evidencia de la limitada utilidad de los sistemas diagnósticos actuales para predecir con exactitud el resultado a largo plazo en pacientes esquizofrénicos" (Courtenay *et al.*, 1987).

En un artículo magistral, J. S. Strauss (Strauss, 1985) afirma que después de años de dedicación para contribuir al desarrollo del DSMIII le fue imposible no darse cuenta de que, con demasiada frecuencia, los pacientes que se sometían a entrevistas y a otros instrumentos de sondeo

describían experiencias *intermedias* respecto a la definición de un síntoma (una idea delirante o *casi* normal; una alucinación o una idea percibida de forma *muy intensa*) y que no era posible encasillarlas con certeza dentro de categorías diagnósticas bien delimitadas, con gran frecuencia determinadas en forma arbitraria. Llegó al punto de reconocer como síntomas considerados patognomónicos (para la esquizofrenia, por ejemplo), algunos que no lo eran del todo. El uso de métodos de sondeo diagnósticos rígidamente definidos mostraba cómo las personas *reales* se adaptaban mal a las categorías psiquiátricas: aparecía un claro *continuum* entre diversos grupos diagnósticos, diversos grupos de síntomas y otras manifestaciones sintomáticas y psicológicas normales. Strauss, uno de los protagonistas del Estudio Vermont, afirma que la metodología longitudinal también mostraba cierta debilidad en las categorías diagnósticas que creían que podían predecir los resultados.

Como podemos ver en estos pocos ejemplos, los aspectos metodológicos que constituyen una crítica a los diagnósticos no son pocos, aunque hasta ahora hemos visto sobre todo aproximaciones críticas de origen clínico y clínico-epidemiológico.

Un punto de vista que puede contribuir a aclarar un poco los problemas de los que hablamos es el de la salud pública o, mejor dicho, el de los estudios epidemiológicos orientados a una lógica de salud pública.

La heterogeneidad de los escenarios de acción reales que constituyen un sistema sanitario (hospital, servicios especializados, medicina general, etcétera) muestra que el asunto del diagnóstico, *leído* a partir de la práctica de los servicios, por un lado se complica (de hecho está demostrado el desacuerdo entre criterios diagnósticos del médico de cabecera y del especialista), pero por el otro se simplifica gracias a las exigencias más concretas y puntuales que los diversos escenarios manifiestan al confrontarse con el diagnóstico. Finalmente es planteado el problema de la influencia del contexto en el diagnóstico (sobre su función, su *por qué*).

Los psiquiatras infantiles han puntualizado bien este problema proponiendo, para la evaluación clínica y el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos de los niños, instrumentos diferentes para el niño, para los padres y para los maestros, tomando en cuenta tanto la diversidad del informante como el hecho de que en escenarios diferentes las

manifestaciones y el comportamiento del mismo niño (¿del mismo diagnóstico!) serán diferentes (Brandenburg *et al*, 1990).

Otros estudios han mostrado cómo la identificación de casos psicopatológicos y su clasificación en las investigaciones epidemiológicas en la población general están influidos por variables que ponen en serias dudas la confiabilidad de los resultados. Kovess *et al*, (1992) han tratado de entender qué variables extradiagnósticas influyen en el proceso de diagnóstico o cómo los criterios para detectar la depresión cambian si quien evalúa es un médico o una persona cualquiera; esto resulta obvio, pero los criterios del médico no deberían ser más adecuados que los de quien no es médico: los médicos toman en cuenta, sobre todo, las vivencias del paciente, mientras la persona común considera, por lo general, la disminución de sus actividades normales (Kovess *et al*, 1989).

Las diferencias culturales con frecuencia constituyen una barrera infranqueable para el acuerdo diagnóstico, incluso entre especialistas. Pensemos, por ejemplo, en los estudios transculturales de Westermayer (1985) y Chan (1985) sobre la dificultad de traducir el diagnóstico a idiomas *lejanos*. Por otra parte, como hicimos notar, quien busca encuentra, y si uno está decidido a encontrar algo terminará consiguiéndolo: por ejemplo el *furor homicida* llamado *amok* en Malasia fue *buscado y encontrado* también entre nosotros, y etiquetado como "psicosis reactiva breve con comportamiento similar al *amok*" (Guilé, 1989). Así, la diversidad de culturas, de escenario y sobre todo de objetivos deben orientarse a una mayor transculturalidad, simplificación y determinación de los sistemas diagnósticos.

Según Norman Sartorius (1988) las razones (las funciones heurísticas) que justifican el desarrollo de un sistema internacional de clasificación son las siguientes:

- La prioridad cada vez más alta que es asignada a los programas de salud mental en muchos países, sobre todo aquellos en vías de desarrollo.
- El relativo fracaso de los últimos veinte años de investigación (sobre todo la etiológica) y la creciente fractura entre las evidencias de la investigación biológica y las de la investigación clínico-epidemiológica.
- El eterno debate sobre la naturaleza de las enfermedades mentales.

- El reconocimiento de las influencias culturales sobre el diagnóstico y sobre las clasificaciones.
- La heterogeneidad de los modelos de asistencia que ha favorecido lenguajes diferentes entre servicios e, incluso dentro de los servicios, entre las diversas figuras profesionales.
- El desarrollo de programas de asistencia a largo plazo en un sistema complejo que determina la necesidad de definir los sujetos elegibles para estos programas.
- La confrontación de la epidemiología con la psiquiatría en los países en vías de desarrollo, que ha puesto en discusión la certidumbre diagnóstica, incluso en términos del pronóstico.
- Los esfuerzos de integración entre psiquiatría y medicina general.

Es interesante observar el acercamiento explícitamente empírico y pragmático que ha caracterizado la instrumentación del ICD 10 y el proceso que ha llevado a la diferenciación de las guías para su uso en tres escenarios diferentes: uno para el diagnóstico clínico especializado, uno para la investigación y otro para la clasificación en la medicina general. Es posible partir de esta diferenciación del ICD 10 para formular algunas reflexiones:

- Sin duda necesitamos instrumentos diagnósticos y de clasificación, sobre todo para comunicar.
 - No podemos confundir estos instrumentos y estas clasificaciones con las enfermedades mentales; es decir, siempre hay que recordar que el grado de artificialidad de las categorías diagnósticas es muy elevado y que el reagrupamiento discreto de síntomas que utilizamos hoy no existe *en la naturaleza* como entidad.
 - El proceso diagnóstico es un proceso complejo, del cual la clasificación no es más que el aspecto último.
 - El uso del diagnóstico está estrechamente relacionado con los objetivos del diagnóstico: debe estar *orientado a los problemas* y *orientado a los escenarios*.

Esto significa que siempre es necesario preguntarse cuál es el objetivo y en qué escenario está formulado, pues el objetivo y el escenario determinan

el grado de complejidad necesario y, sobre todo, el tipo de datos complementarios que hay que adquirir.

Este ejercicio de reflexión crítica sobre el diagnóstico debe servir como acercamiento prototípico a la clínica psiquiátrica en general; es decir, debe ayudarnos a comprender que los *datos* (las variables) que el paciente trae consigo y que no podemos considerar efectivamente como patrimonio (de riesgo o de protección) están más relacionados con la vida del paciente que con su enfermedad, y a recordar que la enfermedad no es una entidad autónoma del paciente, como los estudios clínicos artificiosamente nos hacen creer.

Vimos cómo durante los últimos veinte años muchos estudios no han enseñado a considerar el contexto del paciente y al paciente como un sistema complejo e indivisible, así como para cualquier individuo es indivisible el vínculo entre sujeto e intersubjetividad. Il *nous faut regarder hors de nous pour nous voir*, observa Malebranche, es decir: el sujeto en sí es imposible de encontrar en el otro —lo que no significa que no exista—; el otro sólo puede entender el sistema en el que el sujeto se experimenta —lo que no quiere decir que no exista la posibilidad de que el sujeto se entienda a sí mismo.

Quand je parle ou quand je comprends, j'expérimente la présence d'autrui en moi ou de moi en autrui, qu'il est la pierre d'achoppement de la théorie de l'intersubjectivité, la présence du représenté qui est la pierre d'achoppement de la théorie du temps, et-je comprend enfin ce que veut dire l'énigmatique proposition de Husserl —la subjectivité transcendantelle est intersubjectivité (Merleau-Ponty, 1960).

Es decir, el otro no puede conocer a un sujeto en sí ni, por tanto, una enfermedad en sí; sólo es posible entender interacciones psicológicas y materiales. Estas interacciones operativas (entre el paciente y los otros; entre el paciente y la vida material; entre el paciente y las respuestas que recibe; entre el paciente y los lugares) son el patrimonio al que podemos tener acceso y que puede modificarse mediante un tratamiento que cree las condiciones para que el sujeto pueda ejercitar *más* opciones.

En realidad tenemos instrumentos útiles pero difíciles de estandarizar a voluntad: escuchar, solidarizarse, mostrar afecto, tratar de confrontar los intereses del pacientes, y los del contexto familiar; modificar el contexto

material de vida cotidiana del paciente; favorecer intercambios afectivos entre los pacientes y los otros. Todos son instrumentos empíricos, y al organizados en forma de tecnologías estandarizadas la psiquiatría no ha hecho nada más que consolidar su certeza de que es una doctrina científica.

Como podemos ver, dichos de instrumentos trabajan sobre el paciente y sobre su contexto vital, y no existe una jerarquía entre ellos. Es decir, cambiar la decoración del cuarto en el manicomio es tan importante como escuchar lo que el paciente cuenta. Llevar a cabo cualquiera de estas acciones sin reconocer la importancia de la otra puede hacer que el tratamiento resulte inútil. No existirá, sin embargo, una tecnología para aplicar al sujeto, sino simplemente una *praxis* que, con ayuda del conocimiento del *patrimonio de riesgos y protecciones* que el sujeto posee, lo acompaña en la construcción de espacios de negociación. Asumimos así que el intercambio -el negocio- precede y define la relación, y no al contrario; es decir, que sólo la construcción de espacios de intercambio puede generar relaciones, mientras que la construcción de relaciones no genera espacio para el intercambio. Dicho de otra manera, la construcción del derecho de ciudadanía como eje prioritario no es una elección sólo ética, sino también técnica: sólo un ciudadano pleno podrá ejercitar sus intercambios -y con ellos intercambiar también la locura-; mientras que el ciudadano demediado no sabrá qué hacer con las habilidades relacionales adquiridas (si es que en verdad las adquirió) porque no tendrá derecho ni acceso al ejercicio de relaciones, o accederá a relaciones privadas del sustento material que las hace reales.

El servicio, su contexto, los recursos

El título de esta sección alude al servicio y no al tratamiento, con la premisa de que el primero, y no el segundo, constituye la variable —el grupo de variables— que influye en el desarrollo del proceso rehabilitativo. Podemos decir que el *servicio* es el *tratamiento*.

Sólo un servicio psiquiátrico de alta calidad (dentro de su complejidad) puede garantizar la existencia de programas rehabilitativos verosímiles, y la buena calidad no coincide necesariamente con la cantidad de los

recursos disponibles o con la calidad de cada una de las técnicas terapéuticas suministradas.

Un servicio de alta calidad es el que se ocupa de *todos* los pacientes que trata y que ofrece rehabilitación a *todos* los pacientes a los que puede ayudar. Esta afirmación, aparentemente banal, es en realidad una de las claves para entender por qué complejos modelos de rehabilitación no funcionan las más de las veces: porque al no ocuparse de todos los pacientes y al no ofrecer la rehabilitación a todos, el servicio de hecho establece jerarquías de tratamientos y lugares separados, de modo que crea algo muy parecido a la espiral de Spivak, pero no en un paciente sino en el servicio psiquiátrico entero. El paciente que no se desempeña bien en la rehabilitación o que otros juzgan que no puede ser rehabilitado, así como el paciente que no se adapta al programa de rehabilitación que ofrece ese servicio, se vuelve parte de un eslabón inferior del servicio (por ejemplo, ingresa a un hospital psiquiátrico o pasa de cierta sección del hospital a otra inferior). El servicio (el mal servicio) es de hecho un conjunto de eslabones —de instancias físicas separadas— destinado a comprobar la profecía: el que no puede, no puede.

Un servicio psiquiátrico de alta calidad debería ser un *espacio* permeable y dinámico constituido por una multiplicidad de lugares/oportunidades comunicantes, donde las *oportunidades* —es decir, los recursos y las ocasionales negociaciones—, están continuamente a disposición de pacientes y médicos. De hecho, si son establecidas las *dotaciones de oportunidad* de una parte del servicio con sentido de la medida y de forma definitiva, el resultado será la progresiva ceguera de aquella parte del servicio que no tiene estas dotaciones, ante todo de una ceguera de los médicos, pero también una ceguera objetiva del paciente y de los médicos hacia los recursos, y la imposibilidad de entender las capacidades y los deseos prohibidos en un escenario dado. El servicio, por tanto, es el grupo de lugares comunicantes y de recursos intercambiables que están a disposición de una población de usuarios en un sitio geográfico.

Bachrach menciona entre las características de un buen servicio la *flexibilidad* y la *diversificación* (Bachrach, 1991), precisamente a partir de una crítica al servicio como productor de una oferta cerrada a la que el paciente debe adaptarse a riesgo de ser expulsado.

Lo que debe interesar al evaluar un servicio psiquiátrico no es tanto el numerador (constituido por los pacientes atendidos), sino el denominador (constituido por los pacientes que pueden ser atendidos); con demasiada frecuencia es considerado como numerador el número de pacientes atendidos y como denominador la población general del área donde el servicio es ofrecido, sin saber cuántos de ellos podrían beneficiarse del servicio pero no acceden a él, o si lo hacen no son tenidos en cuenta porque no se *adaptan* al menú ofrecido en el servicio. Un buen servicio tiene una alta integración interna y externa; la permeabilidad de los conocimientos y los recursos prevalece sobre la separación de los mismos.

La integración interna de un servicio está dada por el grado de coherencia en el uso de las habilidades y los recursos internos del servicio. Hace algunos años en la bibliografía psiquiátrica progresista italiana se usaba la expresión *work style (estilo de trabajo)*, que en realidad nunca fue muy popular entre los anglosajones. El estilo de trabajo (o integración interna) es el conjunto de estrategias organizativas y afectivas de un servicio. Un servicio puede organizar sus propios recursos materiales y afectivos de tal forma que las solicitudes de cuidado y las respuestas que surgen simplemente se autorreproduzcan, adaptando la singularidad y complejidad del padecimiento y de sus necesidades, a una organización -de conocimientos y de recursos— planeada de antemano e incontrovertible; éste es el caso de los servicios organizados para proteger la identidad afectiva de manera que consuman el mínimo de afectividad y conocimientos: cada médico desarrolla tareas definidas y estereotipadas, ofrece respuestas minimalistas en términos de gastos materiales —trabaja poco-, afectivos -arriesga poco- e intelectuales -piensa poco, adoptando un pensamiento preestablecido y listo para usarse.

"Adaptar el conocimiento a la especificidad de la situación" es la estrategia indispensable para aprender la "reanimación de sí mismo, a distinguir entre los gestos, las nociones, los instrumentos que realmente pueden servir para luchar contra el sufrimiento y los componentes 'parasitarios' de la identidad profesional [...] se descubre entonces el placer de transformar los aspectos opresivos de las prestaciones [...] la prestación, que debería haber sido al mismo tiempo afirmación de la identidad profesional propia y de la identidad como usuario (afirmación

de la forma represiva y distante de relación que proponen los modelos corrientes) puede convertirse poco a poco en un terreno sobre el cual se afirme la voluntad común y la complicidad en la lucha contra el sufrimiento" (Carrino, 1982). La integración interna del servicio es la adopción de un estilo de trabajo con un alto consumo afectivo, intelectual y organizativo, donde los recursos están permanentemente disponibles, existe flexibilidad, y la organización, en términos del acceso a las necesidades o de respuestas no estereotipadas, está orientada a las necesidades de los pacientes y no a las del servicio.

De forma análoga, cuando hablamos de integración externa aludimos a la fuerte permeabilidad del servicio, a conocimientos y recursos circunstanciales, que existen pero que no se ven ni son utilizados. El muro del manicomio que hay que tirar es cualquiera que impida ver y usar otros conocimientos y recursos.

La idea de recurso es poco clara en psiquiatría y, probablemente, también en medicina. La integración interna de un servicio no sólo es función de los recursos existentes, sino sobre todo de los multiplicadores (o desmultiplicadores) de éstos, de la misma forma en que la integración externa de un servicio está en función no sólo de los recursos existentes sino de su visibilidad y activación. Como Robinson Crusoe, el psiquiatra se encuentra en una isla desierta, ya sea el manicomio o el servicio de rehabilitación. Es un desierto de humanidad, un desierto de recursos, un desierto de resultados. Robinson propone aprender a ver y a usar y, paralelamente, a deshacerse de los lentes de sus saberes precedentes, que no le permiten ni ver ni usar.

Los manicomios -o el consultorio- no sólo son lugares miserables, sin recursos; también están despojados de relaciones afectivas y resultan tan mortíferos para los doctores y los pacientes como lo es una isla deshabitada, sin agua ni vida. La educación que propone Robinson es un viaje de descubrimiento -saber ver- y de aprendizaje -saber usar-. El agua, la fruta, el pescado, el follaje, los arbustos y, finalmente, el "salvaje" Viernes ya existían *antes*, pero sólo fueron descubiertos *después* de que Crusoe se liberó de conocimientos y afectos que le resultaban más cegadores que reveladores. El enorme espacio vacío de objetos y de sentido que caracteriza un consultorio de manicomio puede ser "visto" como un

lugar donde se cruzan objetos y personas, sucesos y accipnes, afectos y significados: ver y usar. Los internos que llenan el manicomio —sin historia, ropa, o subjetividad— pueden ser "entendidos" como hombres o mujeres. Todo está allí y el asunto es si uno observa con una visión transformadora o lo hace con una estática.

"Los antiguos griegos sabían captar con los ojos la complejidad de la vida. Los templos, los mercados, el campo de juego, los lugares de encuentro, los muros, las estatuas y las pinturas de las ciudades antiguas representaban los valores culturales en los ámbitos religioso y político, así como en la vida familiar. Sería difícil encontrar hoy un espacio, en el Londres o Nueva York modernos, donde sientan, por ejemplo, el remordimiento. Por otro lado, si pidiéramos hoy a un arquitecto que proyectara espacios capaces de favorecer el desarrollo de la democracia depondría de inmediato la pluma: la proyectación moderna no prevé el equivalente de la antigua asamblea. Tampoco es fácil concebir lugares que muestren las dimensiones morales del deseo sexual como lo entendían los griegos en los gimnasios [...] la forma de los centros comerciales, los estacionamientos, los elevadores, no expresan la complejidad de los modos de vida posibles. Lo que en un tiempo era la experiencia de un lugar hoy se muestra como una incierta operación mental" (Sennet, 1990). El paso de *espacio* a *lugar* es sin duda un proceso complejo que concierne no sólo a la arquitectura sino, sobre todo, a las relaciones entre los hombres, tanto afectivas como de poder. Puesto que "el lugar antropológico es simultáneamente principio de sentido para aquellos que lo habitan y principio de inteligibilidad para aquel que lo observa" (Augé, 1992), el *trabajo* (no sólo en el sentido freudiano de *arbeit*) de transformación de los espacios en lugares es un proceso de "sobre-investimento de sentido" (Furet, 1978). Este sobreinvestimiento modifica la noción de recurso *produciendo* recursos, en lugar de ocultarlos. La psiquiatría institucional se encuentra al servicio del ocultamiento de los recursos y de la autorreproducción de los que existen; está establecido en qué medida un salón del manicomio es un recurso para localizar a un cierto número de pacientes durante un cierto número de horas por un cierto número de años; en qué medida un esquizofrénico es también recurso: cuánto pueda amar, intercambiar y trabajar está establecido por su diagnóstico

y por las observaciones autogeneradas que la psiquiatría le impone en el curso de su carrera de esquizofrénico; en qué medida un enfermero con sus conocimientos o un médico son un recurso, etcétera.

El sentido es establecido de una vez y para siempre, y por tanto los recursos son *pesados* de una vez y para siempre, de modo que la autogeneración (de los espacios en espacios, de los esquizofrénicos en esquizofrénicos, de las terapias en terapias) esté asegurada.

El trabajo de *visión y uso* de Robinson prevé una liberación del *de una vez y para siempre* como condición necesaria para descubrir los recursos que existían pero no habían sido detectados. Entonces, ¿cuáles son los recursos del servicio (del manicomio o cualquier otro)? Son sobre todo las personas, concepto mucho más complejo que el de *empleados en la nómina*. Es verdad que los médicos son las personas, pero, como señalábamos antes, los médicos entendidos como recurso no son sólo los que están: también son la motivación con la que trabajan, las expectativas que tienen con respecto a los pacientes de que se ocupan, el sentido de pertenencia a un proyecto colectivo, la calidad de los contactos que realizan en el campo de trabajo, entre otros. En otras palabras, los recursos humanos de un servicio pueden ser multiplicados o desmultiplicados por numerosos factores manifestados por cada recurso humano y por la suma de ellos. Funciona igual para los recursos materiales: es previsible, aunque no para todos los psiquiatras, que en un cierto número de metros cuadrados disponibles en un servicio (manicomio u otro), la organización de los espacios, la luz, la decoración (es decir los multiplicadores o desmultiplicadores de los recursos dados) hacen la diferencia. Esto parece muy obvio, pero no impide que la calidad de los servicios todavía sea calificada por medio de la simple cuantificación de los recursos humanos y materiales; ninguno de nosotros escogería un lugar para ir de vacaciones basándose simplemente en los metros cuadrados que mide el hotel, cuántos camareros trabajan en él o cuántas comidas sirvieron el año pasado. Es posible considerar que variables mucho más *suaves* son *duras*, y viceversa. Así pues, los recursos de un servicio se multiplican o desmultiplican, pero también se activan o dejan inactivos otros recursos existentes. Un breve escrito publicado por la Organización Mundial de la Salud trata estas ideas (Saraceno *et al*, 1993), e incluye también la

la noción de *recurso oculto* como algo que no pertenece explícitamente al sistema sanitario pero puede incluirse en él para generar transformaciones del estilo de trabajo; existen innumerables ejemplos.

La comunidad que rodea al servicio es una fuente inagotable de recursos existentes y potenciales, materiales y humanos. La comunidad es todo lo que el servicio no es, y éste se relaciona con aquella a través de procesos de negación -la comunidad no existe-, de generación de paranoia —la comunidad es el enemigo que nos asedia—, de seducción y búsqueda de consenso -la comunidad es quien me acepta por lo que soy y me aprueba-, de interacción/integración -la comunidad es una realidad compleja que manifiesta intereses contrastantes, y yo actúo como interlocutor generando alianzas y conflictos.

La familia del paciente es ante todo parte de la comunidad y el servicio puede escoger las estrategias más diversas para tratar con ella, desde la negación hasta el conflicto permanente. Existe una bibliografía enorme sobre la familia del paciente psiquiátrico (dimos una muestra en el capítulo dedicado a los modelos de rehabilitación que funcionan mediante la intervención familiar). Lo que urge destacar es que la historia de la psiquiatría es también la historia de las actitudes de la psiquiatría hacia la familia del paciente: en el viejo manicomio la familia era el cómplice designado para internar al paciente, era grata a la institución porque le agradecía que se encargara del problema, y la institución se autogeneraba mediante esta gratitud, a veces expresada por los familiares mediante grandes o pequeñas donaciones destinadas a mantener el *status quo*. Una lectura burda y malintencionada de las primeras contribuciones teóricas de la psiquiatría sobre la *psicopatología familiar del psicótico*, sobre la familia como un sistema enfermo en la cual un miembro especialmente frágil está destinado a padecer una enfermedad socialmente reconocida, inaugura un periodo de adjudicación de la culpa a la familia; la complicidad anterior ("quédese tranquilo que nosotros cuidamos a su hijo") es sustituida por una negación de la responsabilidad de la psiquiatría ("tienen mucho que hacer, porque a su hijo lo tienen que cuidar ustedes").

Cuando la psiquiatría ya no puede recluir de por vida al paciente en el manicomio impunemente, sino que debe cuidarlo también *fuera* de él,

se vuelve seductora la posibilidad de culpar a la familia y consecuentemente de "abandonar" al paciente a la familia culpable. En realidad el problema es que ocuparse del paciente *fuera* es más difícil, agotador y cargado de responsabilidad y riesgos y, por tanto, según un guión irresistible para los psiquiatras, *aparece* una teoría que legitima una práctica.

El análisis del sistema familiar como un complejo sistema de señales sin duda no buscaba crear una teoría simplificada que legitimara el abandono del psicótico en la familia. La enfermedad no reside en forma aislada dentro del sujeto, sino en el territorio virtual que constituye la interacción entre los miembros de la familia: "los sujetos albergan la desesperación y las estrategias (las defensas, en términos psicoanalíticos) para sobrevivir, e incluso si la experiencia psicótica no es una forma reactiva-defensiva de existir, la enfermedad reside en la comunicación, en la interacción. No puede haber otro objeto de la terapia que la familia [...] El objetivo de la terapia es restablecer una comunicación clara (por ejemplo, una no caracterizada por dobles mensajes), capaz de situar a los miembros de la familia en una relación dialéctica, de integrar las situaciones de las diversas existencias, en la acepción sartriana" (Saraceno, 1988).

Las lecturas psicodinámicas, sistémicas y conductistas de las relaciones familia-paciente han hecho contribuciones significativas a la comprensión de la psicosis. La familia ha pasado de ser cómplice a ser protagonista que produce al mismo tiempo acuerdos y desaveniencias, pero siempre un *sentido*, y no es *usada* tan sólo como cómplice o como víctima. La familia sola puede ser protagonista de las estrategias de cuidado y rehabilitación; pero las familias como sujetos sociales colectivos también pueden ser protagonistas y aliados conflictivos de las estrategias globales del servicio.

La comunidad no se agota en el microcontexto de la familia, aunque en culturas y ámbitos socioeconómicos diferentes de los occidentales industrializados el contexto de la familia extendida casi coincide con la comunidad.

Tanto las instituciones formales como las informales de la comunidad representan recursos potenciales para el servicio: de la parroquia al sindicato, de las asociaciones deportivas a las agrupaciones más o menos organizadas de ciudadanos, la red de lugares, recursos y oportunidades

es infinita, y también lo son las articulaciones individuales servicio-paciente-comunidad capaces de producir sentido, pertenencia, bienestar.

No es la intención aquí enumerar estas posibles articulaciones o traer a colación ejemplos derivados de experiencias reales de los servicios italianos y de otros países; nos parece más importante señalar tres consideraciones generales:

- La pobreza de recursos institucionales ha mostrado en muchas ocasiones que es un posible generador de recursos no institucionales.
- Si las personas son un recurso, también pueden serlo los pacientes, las familias y los ciudadanos de una comunidad dada.
- Entender los recursos no institucionales (y la comunidad) como recursos que pueden usarse en el servicio también genera conflicto, que es un recurso en sí mismo.

Reflexionar en torno a estas tres consideraciones generales significa hacerlo sobre numerosas experiencias en las que la pobreza de los recursos institucionales genera una riqueza de recursos no institucionales y, por tanto, estilos y estrategias no institucionales. No es una propuesta, por supuesto, de celebrar la "pobreza", sino de observar, con el interés necesario y con una actitud abierta, los comportamientos que antes eran vistos con mala cara. Las numerosas experiencias de *casa familiar* del centro y sur de Italia son un ejemplo impresionante de construcción de conocimientos innovadores prácticos a partir de recursos materiales escasos. La experiencia de Casa Calenda, en Molise, o el sistema de casas familiares de Matera, muestran cómo la ausencia de recursos humanos y materiales del sistema sanitario no ha impedido a las cooperativas de particulares activar experiencias que no se limitan a obviar los recursos ausentes sino que definen una forma de *hacer psiquiatría y rehabilitación* fuertemente desmedicalizada, y que generan relaciones médico-paciente y médico-paciente-contexto capaces de mantener niveles elevadísimos de integración de los usuarios y de desafiar, en un sentido muy constructivo (aunque no exento de conflictos), el contexto social que los rodea.

Las numerosas experiencias de transformación e innovación de la asistencia psiquiátrica que han sido *inventadas* en el hemisferio sur, con

frecuencia a partir de procesos intelectuales poco familiares del pensamiento europeo de vanguardia, han sido generadas las más de las veces por la pobreza de recursos institucionales y la capacidad de identificar y activar los recursos ocultos en la comunidad. Resulta interesante notar que la pobreza de recursos institucionales en muchos casos significa la ausencia del hospital psiquiátrico mismo, determinada por el costo económico de esta estructura. La mayor parte de los estados de India no tienen un hospital psiquiátrico, y la enorme distancia que separa a la mayoría de los habitantes de los pocos que existen (Delhi, Bombay, Calcuta, Bangalore), sumada a la inconmensurable distancia que media entre las instalaciones sanitarias disponibles (algunos miles) y la población (cientos de millones) determina el abandono del paciente psiquiátrico al cuidado de la familia o su expulsión a la calle. En *este contexto*, privado de los recursos del sistema sanitario, existen ocultas respuestas innovadoras basadas en la colaboración entre las pocas estructuras del sistema sanitario público -en especial los centros de medicina general- y los numerosísimos organismos de voluntarios religiosos y laicos, las instituciones de beneficencia, las cooperativas de asistencia sanitaria y las asociaciones de familiares. En el rico estado meridional del Tamil Nadu (cuya capital es Madrás) Schizophrenia Research Foundation (SCARF), financiada por técnicos de la salud mental y ciudadanos, ha creado una estrecha red de colaboración entre organizaciones comunitarias, asociaciones de familiares y médicos públicos, consiguiendo así garantizar una intensa asistencia para los pacientes psicóticos de la región; no a través del recurso de un hospital psiquiátrico, sino mediante un mínimo dispositivo de acogida en pequeñas estructuras por estancias breves, un enorme dispositivo de tratamientos domiciliarios-familiares y una red de microempresas económicas que dan empleo a los pacientes (Sarada Menon y Shankar, 1993).

La formación de los recursos humanos de la comunidad es un aspecto central de estos procesos de construcción de riqueza a partir de la constatación de la pobreza. En el populoso y pobrísimo barrio de San Roque, en El Salvador, las internaciones en hospitales psiquiátricos han sido reducidas mediante la construcción de una red de *promotores de salud*. Es de un grupo de cerca de veinte personas, en su mayoría mujeres

mujeres de entre veinte y cincuenta años, que se organizan en torno a un solo médico general, en un acercamiento en el que la salud, la salud mental y el tratamiento específico para la enfermedad mental se fundan en una lógica global. No existen camas, sino un gran centro de salud que lleva a cabo actividades ambulatorias para la población (sobre todo para las mamás y sus hijos), promueve espacios permanentes de encuentro y discusión sobre la salud y provee asistencia dental gratuita. La verdadera actividad tiene lugar en el barrio, de casa en casa, donde se cruzan continuamente la dimensión de la asistencia sanitaria y la de la educación popular, dando lugar en la comunidad a una mayor conciencia de sus derechos (Saraceno *et al*, 1992; Saraceno, 1994).

También en este caso la inexistencia de recursos institucionales no determina sólo la aparición de recursos supletorios, sino también de prácticas terapéuticas y asistenciales innovadoras, desmedicalizadas.

La comunidad como recurso, la familia como recurso, los pacientes como recurso: no es simplemente reemplazar los recursos que no existen, sino de que la comunidad, las familias y los pacientes dejen de ser relegados al papel de *costos*, de consumidores de los recursos que el sistema sanitario pone parsimoniosamente a su disposición. El modelo que da origen a los servicios, es decir, los recursos, y los pacientes, es decir, los consumidores de recursos, son el determinante principal de la *natural* diferencia de poderes entre médico y paciente; de la *natural* micro y macro violación permanente de los derechos de los pacientes; de la progresiva depauperización de la eficacia de los recursos institucionales; de la adopción de modelos de tratamiento cerrados y auto-generados.

Las personas que dejan de ser un *costo* y se convierten en un recurso generan un conflicto; la mejor defensa ante los conflictos es no permitir la expresión, y la forma más efectiva de no permitir la expresión es mantener la separación entre los recursos institucionales y las personas; es decir, afirmar el papel de las personas como *costo*. Y, sin embargo, es posible crear las condiciones para la expresión y el intercambio de los conflictos. El hospital psiquiátrico es un dispositivo eficiente tanto para silenciar el conflicto generado por el paciente (en la familia, en la comunidad y dentro del hospital) como el generado por la comunidad y la familia del

paciente: son conflictos que remiten a intereses diversos y con frecuencia opuestos. La desinstitucionalización también es la liberación del conflicto (de los intereses opuestos): el paciente que ya no está recluido, la familia a la que ya no se da alivio, la comunidad a la que ya no se da protección. Se trata, a fin de cuentas, de la psiquiatría que ya no está consensuada por la familia y la comunidad, sino obligada a "negociar" entre intereses diferentes, a garantizar ya no la ausencia del conflicto sino su dirección.

Las leyes

Empero, dentro del contexto del servicio —y obviamente también del paciente— existe también el contexto de las leyes y las normas. Imaginemos un programa de rehabilitación que prevea la posibilidad de que un paciente dado de alta del hospital psiquiátrico pueda mudarse a un departamento de la ciudad. Existen diferentes escenarios posibles, en diferentes lugares geográficos:

- En el lugar A una ley federal asigna un importante porcentaje de los cuartos de los Institutos Autónomos de Casas Populares a quienes tienen una discapacidad psíquica y física.
- En el lugar B una ley análoga asigna un porcentaje mínimo de habitaciones de los Institutos Autónomos de Casas Populares a quienes tienen una discapacidad psíquica y física.
- En el lugar C una ley estatal excluye a quienes tienen discapacidades psíquicas y físicas de la asignación de habitaciones en casas populares.

Resulta obvio cómo encontrarse en A, B o C modifica la posibilidades de acción del programa.

Ahora imaginémonos que el programa de rehabilitación prevé la inserción laboral del paciente en una actividad artesanal:

- En el lugar A existe una ley que obliga a las empresas con más de n empleados a contratar a personas con discapacidades psíquicas o físicas.

- En el lugar B existe una ley que obliga a las empresas con más de x empleados (donde x es la mitad de n) a contratar a personas con discapacidades psíquicas o físicas.
- En el lugar C la ley obliga a contratar un porcentaje de personas con discapacidades física, pero excluye las discapacidades psíquicas.
- En el lugar D una ley ofrece importantes estímulos fiscales a quien contrate a discapacitados físicos y psíquicos.
- En el lugar E existen leyes que favorecen la creación de cooperativas.
- En el lugar F no existen leyes que reconozcan las cooperativas.

Una vez más, estar en el lugar A o en cualquiera de los lugares descritos influye sobre el programa de inserción laboral del paciente. En los dos ejemplos hipotéticos resulta claro cómo el contexto legislativo de una comunidad es un factor de notable importancia para orientar la rehabilitación hacia determinadas soluciones antes que hacia otras, o para hacer que un proyecto sea más o menos realista. Cuando hablamos de legislación sobre las enfermedades mentales, con demasiada frecuencia son consideradas únicamente las normas (en Italia, por ejemplo, la ley 180, después integrada al texto general de Reforma sanitaria) que regulan directamente los tratamientos de los pacientes psiquiátricos (derecho a la casa, al trabajo protegido, etcétera). Sin embargo, es evidente que las leyes fundamentales que norman directamente los tratamientos y se pronuncian sobre los derechos tienen una influencia sustancial sobre las posibilidades de la rehabilitación. No es lo mismo actuar en un lugar donde el hospital psiquiátrico es inaccesible para los nuevos pacientes que en uno que sigue siendo el lugar de referencia fundamental para el tratamiento. En el caso italiano, de todos modos, ha prevalecido el poder descentralizado de las regiones en la aplicación de la reforma psiquiátrica prevista en 1978. Los llamados Proyectos Sanitarios Regionales o, en casos específicos, Proyectos Objetivos para la Asistencia Psiquiátrica (que son leyes de interés regional) han validado o invalidado las hipótesis generales de la Reforma.

En conclusión, es necesario preguntarse qué relación tiene el adiestramiento de un paciente en la habilidad social de *vivir* y el complejo de leyes, normas y reglamentos que regulan el acceso de este paciente a la vida.

Esto significa:

- La presencia/ausencia de determinadas normas.
- El conocimiento del paciente por parte de quien lo rehabilita.
- La promoción activa de las modificaciones que mejoran al paciente por parte del rehabilitador.

Los lineamientos anteriores constituyen tres variables decisivas en un programa de rehabilitación.

La rehabilitación como ciudadanía

En los capítulos anteriores tratamos de mostrar que la densidad de las variables capaces de actuar como determinantes de los procedimientos y resultados de la rehabilitación psicosocial es decididamente mayor si consideramos variables como el contexto de los pacientes y los servicios, que si consideramos exclusivamente la influencia de variables *clínicas* como el diagnóstico, los modelos teóricos adoptados o las técnicas rehabilitativas individuales.

Criticamos en particular la ausencia en los modelos formales de rehabilitación de la variable "hospital psiquiátrico" y, por el contrario, sostuvimos que la influencia de la variable *lugar* es decisiva sobre los resultados de la rehabilitación.

Una segunda crítica a los modelos formales de rehabilitación mencionados en la bibliografía, es acerca de la aseveración de que la rehabilitación consiste en el paso del paciente de la discapacidad a la capacidad. Sin embargo, como vimos, no existen ni la discapacidad ni la habilidad *en sí*, descontextualizadas de los complejos grupos de determinantes formados por los lugares de tratamientos, las organizaciones de servicio, las interacciones con las agencias sanitarias y sociales de un territorio y los recursos disponibles. La rehabilitación no es la sustitución de discapacidades con capacidades, sino un conjunto de estrategias orientadas a aumentar las oportunidades de intercambio de recursos y emociones; sólo dentro de tales dinámicas de intercambio es crear un efecto de *capacitación*.

No obstante, la rehabilitación es un proceso que implica la apertura de espacios de negociación para el paciente, para su familia, para la comunidad que los rodea y para los servicios que se ocupan del paciente; la dinámica de la negociación es continua y no puede ser codificada definitivamente, pues los actores -y poderes- en juego son muchos y se multiplican recíprocamente.

El énfasis sobre la función y el sentido del espacio de relación que ha caracterizado y caracteriza todos los acercamientos psiquiátricos *psicológicos* —es decir, liberados del modelo biomédico—, ha sido una revolución fundamental que, básicamente, ha llevado a un nivel más humano -podríamos decir más civil- la relación entre médico y paciente, que ha pasado de ser una relación de control y dominio a una de escucha y atención; en estas aproximaciones predomina la idea de que el tratamiento (incluso el rehabilitativo) consta sobre todo de la *apertura de los espacios de la relación*, y que ésta prevalece sobre la *apertura de los espacios de negociación*.

La teoría y la práctica de la desinstitucionalización implican un giro sustancial: el negocio precede al ocio; es decir, sólo a partir del derecho activo al ejercicio del negocio (del intercambio de oportunidades materiales) el sujeto se encuentra en condiciones de ejercitar el derecho a las relaciones. Podemos definir la creación y multiplicación de las oportunidades de intercambio material y afectivo como el tejido de *redes de negociación* que, en la medida en que son articuladas y flexibles, aumentan la participación y vinculación real de los sujetos débiles de una sociedad. Podríamos decir, entonces, que el mercado, el sitio físico y social de intercambio de mercancías, precede y determina en una comunidad las posibilidades de relacionarse de sus miembros.

Lo que hay que preguntarse entonces es cómo un sujeto *débil* puede entrar en la dinámica de las negociaciones. Existen dos posibilidades: o se vuelve *fuerte* y participa en el mercado de los *fuertes*, o permanece *débil*. Pero el mercado de los *fuertes* está tan bien articulado que deja de ser el mercado de los *fuertes* para convertirse simplemente en un mercado de intercambio.

Uno de los mitos o mistificaciones de la cultura rehabilitativa es referirse a la *autonomía* de los sujetos incapacitados como objetivo

primario de la rehabilitación. El mito de la autonomía es el mayor responsable de la hiperselección de pacientes para los programas de rehabilitación y del abandono resultante de los pacientes no seleccionados. De hecho, la psiquiatría es un microcosmos donde la cultura dominante se autorreproduce: *los más dotados tienen éxito y, por lo tanto, son seleccionados los que parecen ser los más dotados para que tengan éxito, y además los menos dotados no tienen éxito y, por lo tanto resulta poco económico seleccionarlos.*

El problema de fondo tiene que ver con el modelo social que se persigue —el modelo de *mercado* que busca—: el de la autonomía es el modelo darwiniano que busca la capacidad del individuo para participar exitosamente (tener autonomía) en la batalla de la supervivencia; la rehabilitación busca mejorar los rasgos afectados (discapacidades) de modo que el sujeto pueda estar a la par de los otros.

Por el contrario, el modelo de las redes de negociación ubica en el centro no la autonomía sino la participación, de modo que el objetivo no sea hacer que los débiles dejen de serlo para que puedan estar con los fuertes, sino modificar las reglas del juego de modo que los débiles y los fuertes puedan mantener un intercambio permanente de habilidades e intereses.

A continuación trataremos de definir con más precisión los ejes sobre los que es construido el aumento de la capacidad de los pacientes psiquiátricos.

Habitar

La rehabilitación tiene mucho que ver con la idea de casa y con la de habitar, dos ideas que con frecuencia se sobreponen y se confunden entre sí.

Los pacientes psiquiátricos *están* en los hospitales psiquiátricos, y su rehabilitación tiene que ver con esta estadía. Los pacientes psiquiátricos que no están en los hospitales viven en la casa de sus familias. Algunos pacientes sin familia viven solos en una casa o vagan por las calles o las estaciones de tren.

Uno de los elementos fundamentales de la calidad de vida de un individuo y de su capacidad de pertenencia está representado por la

medida en que *estar* en un lugar se vuelve *habitar* ese lugar. Entre estar y habitar existe una gran diferencia. Estar tiene que ver, no sólo en lo material, con un sentido de propiedad escasa o nula del espacio de parte de un individuo, con una anomia y anonimia del espacio respecto al individuo que no tiene poder de decisión ni material ni simbólico sobre este espacio.

Habitar tiene que ver con un grado más evolucionado de *propiedad* (no sólo material) del espacio en que uno vive, un alto grado de pertenencia a la organización material y simbólica de los espacios y los objetos, a la disposición de compartir afectivamente con los otros.

Nuestra casa constituye, por lo general, una buena oportunidad para ejercitar el poder (y el placer) de habitar; pero no siempre es así, pues en ella también podemos experimentar una pérdida de poder material y simbólico, un encarcelamiento o una expulsión del acto de habitar. El manicomio, como la cárcel, es por excelencia el lugar donde está negado *habitar* y afirmado *estar*.

Todo esto explica por qué la historia de la psiquiatría está caracterizada por la permanente obsesión de internar a los enfermos: el manicomio es una residencia obligada, controlada y limitante, pero residencia al fin y al cabo; y el acto de salir del manicomio es el tránsito por diferentes niveles de protección hasta la residencia autónoma o el regreso a la casa original.

"¿Dónde estamos? Siempre en casa", escribía el romántico alemán Novalis, y es verdad que la casa ha sido el eje central de la historia de la psiquiatría: la suya es una historia de *casas*, más o menos cerradas, más o menos aisladas, más o menos vigiladas.

En este sentido es natural e inevitable que el énfasis sea puesto siempre en la noción de casa y no en la de habitar; es necesario conseguir casa, alternativa del manicomio, para los que salen de éste; es necesario inventar casas para las estancias breves (centros de crisis), casas protegidas por una supervisión constante del equipo médico, casas para grupos de pacientes, casas para pacientes solos, comunidades de alojamiento, etcétera. Existe una extensa bibliografía nacional e internacional sobre la *residencialidad* (palabra sospechosa que no tiene nada que ver con la materialidad de una casa ni con la complejidad de habitar), y podría construirse una

clasificación de las tipologías de *casa* propuestas. Esta articulación tipológica da razón de las infinitas combinaciones de hábitats necesarios para construir respuestas no prediseñadas para las necesidades de los usuarios individuales; es decir, es justo dar respuesta a las diversas necesidades y exigencias. Sin embargo, el furor clasificatorio y programático con el cual se busca atribuir una función exacta a cada una de estas tipologías y determinar un estándar de personal asignado, tiene que ver con la necesidad de formalizar (*post hoc*) la realidad.

Algunos querrían también formalizar la arquitectura y el equipamiento, hacer aún más evidente la existencia de un *racionalismo*; esta hipertipificación ha conducido a una arquitectura "especial" para psicóticos en rehabilitación, que no es muy diferente de la arquitectura manicomial. La psiquiatría se resiste a renunciar a la idea de un proyecto total y controlado (ayer el manicomio, hoy el sistema de infinitas estructuras no residenciales, semiresidenciales, residenciales, etcétera); de hecho le cuesta trabajo pensar que su papel es *sólo* facilitar la creación de lugares para vivir sin estar autorizada a programarlos, y esto también le cuesta trabajo a la arquitectura racionalista, que se vuelve obsoleta durante la vida real de sus habitantes: "¿cuántos proyectistas de lugares como Brasilia querrían vivirían allí más de lo estrictamente necesario?, y ¿cuántos proyectistas de estos lugares preferirían pasar sus vacaciones en Mikonos?", escribía el arquitecto americano John Turner.

La rehabilitación debe ocuparse de la casa y de habitar. Partiendo de esta afirmación podemos tratar de entender cuál es en realidad una de las tareas de la rehabilitación: mantener separadas en la teoría la dos nociones (la casa y el habitar) para entender que las funciones de la rehabilitación aluden ya a una conquista concreta (la casa), ya a la activación de deseos y habilidades relacionados con el habitar.

"Por la idea de casa entendemos el conjunto de experiencias concretas de readquisición-reaprendizaje del uso de los espacios, de la exploración del tiempo según líneas no institucionales, de la capacidad de uso de objetos y oportunidades de la vida cotidiana; pero también la posibilidad de visitar la casa anterior, las raíces y los lugares, los recuerdos y las imposibilidades. La noción de casa presupone, por tanto, la existencia de una casa presente" (Saraceno y Sternai, 1987).

Sin embargo, en la práctica el objetivo es no mantener separados los dos conceptos (la casa y habitar) aunque sea necesario mantenerlos separados en la teoría.

Como siempre, es conveniente partir del hospital psiquiátrico desde un punto de vista histórico y conceptual. El trabajo de rehabilitación en el hospital psiquiátrico tiene que ver con la humanización y con los derechos, con la desinstitucionalización de las prácticas, con la transformación de los espacios, con la subjetivación de los individuos; pero sobre todo con espacios concretos donde las personas duermen, comen, caminan, hablan. Todo el trabajo del hospital parte obsesivamente de la transformación de estos espacios. Dormir, comer, amar, caminar, hablar, trabajar: todo lo que constituye nuestra vida cotidiana, la grandiosa banalidad de vivir intercambiando emociones y mercancías. Esta calidad cotidiana no es legítima en el hospital psiquiátrico -ni en la psiquiatría-, donde el sueño está regulado y no dormir es una iniciativa intolerable; amar está prohibido o apenas tolerado; comer es nutrirse; trabajar es un derecho desusado o un deber traicionado. Para cada una de estas acciones banales hay un lugar y un momento, existen reglas pero no normas; por el contrario, los espacios (y el tiempo) del hospital niegan los lugares y el tiempo de la banalidad de vivir; afirman las normas y trastocan las reglas.

"El hombre tiende a dormir, a divertirse y a trabajar en lugares diversos, en compañías diversas, bajo diversas autoridades o sin un esquema racional de carácter global. La ruptura de las barreras que suelen separar estas tres esferas de la vida es una de las características principales de las instituciones totales. Primero, todos los aspectos de la vida son desarrollados en el mismo lugar y bajo la misma única autoridad. Segundo, cada etapa de las actividades diarias es realizado en estrecho contacto con un enorme grupo de personas, las que reciben igual trato y son obligadas a hacer las mismas cosas. Tercero, cada etapa de la actividad diaria está riguro-samente calendarizada según un ritmo preestablecido que lleva de una a la otra, dado que el conjunto de actividades está impuesto por un sistema de reglas formales explícitas y por un cuerpo de adeptos a su ejecución" (Goffman, 1968). Goffman sintetiza así la racionalidad de la institución total: el trabajo de *desmontaje* de la institución y, sobre todo, el trabajo de desmontaje de las funciones espaciales; un trabajo de

subjetivación de los espacios, de readquisición del derecho al uso de los espacios, de saneamiento de los espacios, de desimbolización y resimbolización de los espacios. La psiquiatría produce y ha producido un enorme cuerpo de trabajo sobre los temas más extraños e irrelevantes, y resulta un poco impresionante pensar en lo poco que es sabido sobre las prácticas de transformación y desinstitucionalización de los espacios psiquiátricos. Existe un considerable patrimonio oral producto de años de experiencia, desde aquellos históricos italianos de los años setenta, que han seguido generando innovaciones hasta hoy, y de aquellos fragmentados y dispersos en decenas de grandes y pequeñas ciudades del mundo. En ellos reside el conocimiento sobre la rehabilitación al habitat y a la casa.

En español decimos *casa* para referirnos a la noción física, material, y *hogar* para referirnos a los *muros domésticos*, al *hogar* como chimenea, como centro de la casa. Del mismo modo los anglosajones distinguen entre *house* y *home*. En italiano es más difícil encontrar dos palabras distintas para definir ambos conceptos, aunque el primero puede equivaler a *casa* y el segundo al adjetivo *doméstico* (de *domus*).

Existen generaciones de médicos psiquiátricos que han trabajado y trabajan (aunque cada vez hay menos) en la transformación de los espacios del manicomio en lugares, en la habitabilidad de los espacios manicomiales, en la transformación de las instalaciones (de sus normas y de la distribución espacio-temporal) en lugares comunitarios, que buscan que los espacios de habitación se vuelvan *hogareños*.

Existe un conflicto histórico y mistificador que ayuda a entender la relación entre rehabilitación-manicomio-hábitat-casa-desinstitucionalización, que en realidad lo es porque plantea un falso problema.

Algunos afirman que existe la necesidad de trabajar en el saneamiento de los manicomios, en contraste con otros que aseguran el peligro de confirmar el papel del manicomio implícito en este saneamiento. Aunque el nivel de este debate es increíblemente primitivo, puede servirnos para entender verdaderos problemas de fondo.

Por un lado, es verdad que el *mejoramiento* de las estructuras manicomiales ha constituido la coartada, y lo sigue siendo en numerosos países, para impedir la obsolescencia del manicomio y reconfirmar su hegemonía. Por otro lado, es verdad que la proliferación de servicios psiquiátricos en

los hospitales generales, o la aparición de consultorios psiquiátricos, a menudo atendidos por psiquiatras comunitarios, ha representado la coartada para abandonar las trincheras de la transformación del hospital psiquiátrico.

El problema real es que no puede existir una política territorial verosímil si no existe al mismo tiempo una política de superación de los manicomios. Es interesante notar cómo la experiencia fundamental de la lucha de *posiciones* dentro del hospital psiquiátrico constituye una excelente oportunidad de formación para los médicos que desean trabajar en la comunidad. En este sentido es necesario, como decíamos antes, separar teóricamente las nociones de *habitar* y de *casa*, asumiendo que es necesario y posible trabajar sobre el eje *habitat* incluso en ausencia de una casa, pues la casa es una de las formas posibles de habitar, pero no la única.

En otras palabras, y en contraste con el modelo de Ciompi, afirmamos que uno de los ejes fundamentales de la rehabilitación no es el eje *casa* sino el eje *habitat*. Este desplazamiento de los ejes nos permite formular las políticas y los programas teniendo como objetivos la transformación de los hábitats (sean estos manicomios, casas, consultorios, residencias protegidas o los domicilios de los pacientes): la práctica rehabilitativa debe contener el proceso de transformación de espacio a lugar, de institución residencial a *habitat*. Donde quiera que se encuentre el paciente será necesario hacer un trabajo *de habitat* con él, convirtiendo una habitación, un hospital entero, una casa, un departamento o la casa del paciente mismos en un *habitat*. *La función de intermediación* -un inteligente concepto desarrollado por Tagliabue— es la función del equipo comprometido con el eje *habitat*: "más allá de la dislocación histórica del trayecto hipotético que va del hospital psiquiátrico al contexto social, ésta se propone operar mediante el cambio en el plano individual (de la desestructuración a la identidad), en el plano familiar (de la expulsión a la aceptación) y en el plano social (de la marginación a la asimilación)" (Tagliabue, 1993).

Éste es un proceso conformado por miles de actos cotidianos. En el hospital, el saneamiento de los consultorios o los dormitorios, la reapropiación de los espacios de cocina, la reconversión de los espacios *urbanos* del manicomio por un uso *mixto*, es decir, abierto a múltiples actores

sociales. Las experiencias de reconversión espacial y administrativa de los hospitales psiquiátricos -llegando a la enajenación de la propiedad de secciones enteras de ellos- son numerosas y sabemos poco de ellas; para una teoría y una praxis de la rehabilitación sería fundamental reconstruir la historia de las reconversiones inmobiliarias y urbanísticas de algunos hospitales psiquiátricos porque nos permitiría entender la interacción continua y mutua entre los tratamientos individuales, los tratamientos especiales y los tratamientos arquitectónico-urbanísticos.

Sólo bajo esta lógica adquiere sentido la noción de casa. La casa es un derecho, y a partir de este derecho se construyen políticas que entregan casas a los usuarios; sin embargo, es necesario subrayar que el desarrollo individual que acompaña la experiencia de adquisición de la casa es fundamental para la rehabilitación: el derecho no es sólo la casa, sino también su adquisición como proceso de formación de la ciudadanía del paciente. Podemos decir que la necesidad sobre la que es preciso trabajar es la de habitar, y no la de tener una casa; es verdad que en muchísimos casos la necesidad de habitar es realizada mediante la casa, pero en muchos otros la ausencia de una casa (ya sea porque el paciente eligió no tenerla o por alguna otra razón) no limita la necesidad de realizar un trabajo sobre *habitar*.

"Una arquitectura que logra dar un sentido de libertad a la locura constituiría, de hecho, una contribución indispensable a los problemas de la ciudad en su conjunto y, sobre todo, una garantía para las familias de que ya no deberán estar encerradas en su drama; la asistencia en este caso significaría el derrumbe de las paredes domésticas: tal vez un evento más rico en hipótesis proyectuales de lo que ha representado el cierre gradual de los manicomios" (Michelucci, 1984).

"Deberemos asistir y colaborar en la constitución de un lugar hecho de actitudes, de acciones e incluso de acuerdos que pueden dar vida a un espacio modelado progresivamente sobre la premisa de su capacidad de superar los problemas cuando se presentan, con frecuencia invocando a nuevos interlocutores. Comienza a formarse el núcleo de un espacio, al grado de extenderse y enriquecerse mediante las personas que entran en juego y que participan conscientemente en este viaje de construcción de un espacio vital. En este juego todos ganan, mientras en los espacios

que ya conocemos hasta los ganadores están derrotados y son inconscientes" (Michelucci, 1992). Tal vez sólo alguien que no es psiquiatra, el gran maestro de la arquitectura Giovanni Michelucci, podía definir con tanta nitidez el sentido ético y político de una investigación capaz de transformar e inventar el espacio con el objetivo de favorecer el paso de los espacios controlados por la razón burguesa a los lugares donde es vivida la libertad con sus consecuencias.

Con el retraso de siempre, la psiquiatría oficial también ha comenzado a ver el problema de la casa y de habitar como aspectos centrales de la rehabilitación y de la buena práctica psiquiátrica en general: viene al caso una reciente publicación oficial de la Organización Mundial de la Salud, publicada en el marco de la iniciativa internacional "*WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental illness*", titulada *Transition from Hospital to Community: A Literature Review on Housing* (OMS, 1993).*

Además, la bibliografía internacional de los últimos años muestra una evidencia siempre mayor de que la hospitalización psiquiátrica no puede considerarse la respuesta a la enfermedad mental crónica; a saber:

- Los pacientes con una enfermedad mental de larga duración pueden vivir más exitosa y satisfactoriamente en la comunidad que en el hospital (Baker y Douglas, 1990; Kiesler y Sibulkin, 1987); las consideraciones de naturaleza económica sobre el mayor costo de las soluciones de vivienda comunitaria deben pasar a segundo plano, en vista de los beneficios evidentes del modelo comunitario respecto al hospitalario (Andres e Iczkowski, 1990; Elliot *et al*, 1990).
- La articulación organizativa y estructural de las soluciones de vivienda ofrecidas no puede ser rígida ni estar limitada; por el contrario, debe ser elástica y rica en opciones específicas que puedan asesorar en la búsqueda de soluciones de vivienda independiente o comunitaria (Hodgins *et al*, 1990; Helman *et al*, 1985; Goering *et al*, 1990).

* Iniciativa de la OMS para el apoyo a personas con una discapacidad producida por la enfermedad mental. El trabajo se titula *Transición del hospital a la comunidad: una revisión bibliográfica sobre la vivienda*.

Jones (Jones *et al.*, 1986) evaluó la calidad de vida de pacientes psiquiátricos que vivían en diferentes tipos de residencia: eran recomendables las soluciones de vivienda totalmente independientes, aunque desde el punto de vista de la asistencia y la salud optaban por soluciones de naturaleza hospitalaria.

- Las soluciones residenciales en áreas urbanas fuertemente deterioradas desde el punto de vista socioeconómico -y, por tanto, menos costosas— constituyen un riesgo complementario para pacientes con problemas psiquiátricos severos (Scott y Scott, 1980).
- Es esencial garantizar a los usuarios de cualquier tipo de residencia un apoyo intenso y permanente, ya sea domiciliar o por medio de los servicios sociales y sanitarios existentes en el área (Test y Scott, 1990; Hoult, 1990; Mechanic y Aiken, 1987).
- Es esencial desarrollar una política de interacción con la comunidad que rodea las residencias donde viven los pacientes psiquiátricos, con el fin de aumentar la tolerancia y desarrollar la solidaridad (Balukas y Baken, 1985; Alisky e Iczkowski, 1990; Butterfield, 1983).
- Es esencial mantener una relación con la familia a fin de involucrarla en la experiencia de vida autónoma del usuario (Falloon *et al.*, 1982).

Intercambiar las identidades

Cruzar dos palabras con alguien en el bar o en el mercado es un acto frecuente, bastante más frecuente de lo que la bibliografía sociológico-periodística quiere hacernos creer a propósito de la anomia de la metrópoli o, peor aún, de la soledad de la vida *moderna*.

Que ya no existan plazas medievales para intercambiar las identidades respectivas de los campesinos que vienen del campo a vender los productos de la tierra, no significa que no se reproduzcan todavía lugares de intercambio de la identidad; sin embargo, sabemos poco o nada sobre la ubicación de estos lugares en la ciudad, así como sobre las organizaciones que regulan este intercambio. Las personas buscan el bazar árabe o el mercado de quesos nórdicos para intercambiar y reconocerse; si no lo encuentran, se lo inventan.

La red social está formada por la invención de lugares que hacen posible el intercambio. La discapacidad es el empobrecimiento de la red social, una pérdida cuantitativa y cualitativa: el núcleo social se forma a partir de la primera red social disponible, más o menos extensa.

Creo que es un error que estos dos ámbitos, la red social extendida y la familiar, se entiendan como algo diferente, pues con frecuencia la línea que los separa es muy fina, y el estado de la red familiar, sobre todo, influye sobre la riqueza de la red extendida y viceversa. En consecuencia, los tratamientos que mejoran el escenario familiar generan también una ampliación de la red extendida. Es verdad que es más sencillo asumir como ámbito del tratamiento rehabilitativo sobre la red social el más inmediato a la familia, pues éste es un universo mejor delimitado, tanto desde el punto de vista de su definición social (que resulta clara al paciente, al médico y a la familia misma) como desde las estrategias de involucramiento de la familia. En otras palabras, *la familia del paciente* es una noción más inteligible que *la red social del paciente*. Es por esto que existen más formalizaciones del tratamiento rehabilitativo a nivel familiar.

Para muchísimos de los pacientes que pasan largas estadías en el hospital psiquiátrico el programa rehabilitativo debe prescindir del tratamiento sobre la familia, pues ésta ya no existe. Los pacientes psicóticos más jóvenes, por el contrario, con frecuencia viven con su familia o al menos siguen en contacto con ella.

Es evidente que los familiares viven graves sufrimientos en el plano psicológico, el de la organización de su propia vida y el material. Los familiares mismos sienten trastornos y discapacidades psicosociales con el tiempo, como evidencian varios estudios, entre ellos el *Scottish Schizophrenia Study*, que muestra que los familiares de esquizofrénicos sufren, después del primer episodio, discapacidades sociales transitorias y trastornos persistentes en las relaciones de pareja.

Las familias señalan que las dificultades para interactuar con los pacientes son el elemento más difícil de afrontar y, con el tiempo, de aceptar; la mayor parte de los familiares afirman que los efectos de vivir con un paciente esquizofrénico sobre su propia salud son graves, y que los servicios psiquiátricos no saben o no pueden ofrecer un apoyo adecuado. Sin embargo es interesante notar que, en general, y a pesar de los sufrimientos y las

lamentaciones, gran parte de los familiares prefiere tener al paciente enfermo en la casa para librarlos de la estadía en el hospital psiquiátrico (Grad y Sainsbury, 1968; Johnstone *et al.* 1984).

En los últimos años ha empezado a ser definido el concepto de *carga familiar*, es decir el *peso* psicológico, material, organizativo y social que los familiares experimentan en la interacción con el paciente y en la relación cotidiana (Kuipers y Bebbington, 1985; Platt, 1985). Está claro que el tratamiento para aliviar a los familiares del *peso* de la interacción y la relación con el psicótico no sólo obtiene resultados positivos sobre los miembros de la familia, sino que induce la reducción de las solicitudes de expulsión del paciente enfermo, obteniendo así un beneficio indirecto para este último y para los programas rehabilitativos puestos en acción para él.

Los objetivos del tratamiento familiar deberían ser los siguientes: reducir los riesgos de recaída para el paciente psicótico (esquizofrénico); mejorar la calidad de vida de los familiares del paciente, y enseñar habilidades de manejo y minimización de los síntomas y de las discapacidades (Thornicroft, 1992).

Hay un cierto grado de confusión terminológica y operativa en relación con lo que puede definirse genéricamente como *tratamiento familiar*. Podemos definir esquemáticamente dos estrategias principales, la primera como *tratamiento psicoeducacional*, y la segunda como *tratamiento de comunicación y enseñanza de habilidades*.

Ambos acercamientos son comunes, y en ellos juegan un papel importantes los modelos de Emociones Expresadas de Leff (Leff *et al.*, 1982) y el conductista de Falloon (Falloon *et al.*, 1982).

En el capítulo dedicado a los *modelos* hablamos sobre el modelo psicoeducacional, así como del acercamiento de Falloon. En el primer caso, lo racional es suministrar a la familia una información clara sobre la naturaleza, las causas, los síntomas y los resultados de la esquizofrenia, con el objetivo de mejorar la estabilidad emocional del ambiente familiar y de aumentar las capacidades de cada uno de los familiares de interactuar con el paciente en forma cada vez menos "amenazadora".

En el caso del acercamiento cognitivo-conductista, el objetivo, en cierto aspecto parecido al anterior, es hacer que los familiares se vuelvan capaces

de expresar sus propias necesidades y sentimientos en forma directa; para facilitar soluciones igual de simples y directas a los pequeños conflictos.

Lo que aquí nos interesa subrayar es la conciencia creciente en los médicos de los servicios psiquiátricos de la importancia del involucramiento de la familia de los esquizofrénicos en los proyectos de rehabilitación; no todos los servicios -en realidad sólo una exigua minoría- adoptan modelos formales de tratamiento, pero es muy importante crear un punto de encuentro entre acercamientos *técnicos* y acercamientos *empíricos*, mediante los cuales la familia del paciente deje de ser cómplice o víctima de la psiquiatría y se vuelva protagonista responsable de los procesos de cuidado y organización del cuidado —y de la rehabilitación. La Organización Mundial de la Salud publicó un pequeño manual titulado *Esquizofrenia, información para las familias* (OMS, 1994), que no está inspirado por un modelo teórico específico sino en evidencias y experiencias de diversos orígenes y que ha involucrado también a grupos de autoayuda de familiares de esquizofrénicos.

Producir e intercambiar mercancías y valores

No tiene sentido proyectar los programas de rehabilitación centrados en el trabajo sin una reflexión sobre el sentido mismo del trabajo. Para los pacientes psiquiátricos con discapacidades graves, el trabajo, entendido como simple desarrollo de determinadas tareas, puede ser en realidad una forma de normar y contener, de restringir el campo de la existencia. El trabajo entendido como *inserción laboral* puede, en cambio, promover un proceso de articulación de intereses, necesidades y deseos.

El tema es en qué medida el trabajo es un medio de subsistencia y en qué medida un medio de autorrealización, de acuerdo con el valor que la sociedad atribuye al trabajo, y de cuánto el trabajo forma parte de un proyecto para el individuo.

Los pacientes psiquiátricos siempre han sido *puestos a trabajar* para que pasen el tiempo, ganen el derecho a un cigarro más o a medio vaso de vino; para que sustituyan en algunas tareas al personal del manicomio; para darle gusto a la monja o para que retomen una disciplina perdida

o produzcan objetos artísticos. El trabajo en el manicomio es tan antiguo como el manicomio mismo: normas morales, explotación, entretenimiento. Después, con el habitual mecanismo de racionalización de la psiquiatría, el trabajo se convirtió en terapia.

Este pasado no ha desaparecido del todo. Actualmente muchos modelos de rehabilitación *a través* del trabajo no son más que una puesta al día de la ideología del trabajo como terapia, como norma moral, como entretenimiento y, en ocasiones, incluso como explotación.

Balduzzi (1989) afirma, a propósito del trabajo en el hospital psiquiátrico: "la ergoterapia representaba un apoyo práctico importante para el mecanismo de los asilos, así como un refugio para mano de obra subcalificada". Y además: "Y todos sabían que esta fuerza laboral pertenecía a la institución y no a los que la producían individualmente o en grupo, al punto de que el dinero no existía oficialmente, mientras circulaba clandestinamente, como el alcohol y el sexo".

Después del proceso de deshospitalización -pero no de desinstitucionalización—, y con la puesta en boga de los modelos de asistencia extrahospitalaria -aunque no comunitaria-, se ha articulado la cultura rehabilitativa por medio del trabajo, con énfasis diferenciado sobre el aspecto de la terapia ocupacional, sobre la formación profesional o sobre la reinserción laboral. La evolución de la cultura asilar hacia modelos psicodinámicos hace que el problema del trabajo tienda a ser comprendido y resuelto en términos individuales y psicológicos.

El trabajo está valorado como indicador importante del funcionamiento social, y está considerado no tanto como función de las complejas relaciones recíprocas entre individuo y espacios económicos y sociales, sino como facultad intrapsíquica de adaptación.

Una vez más el modelo psiquiátrico ignora la complejidad en la que se encuentra el "sentido" del trabajo; es decir, su función como productor de sentido económico, social y psicológico; una vez más es instaurada una relación de uno a uno entre discapacidad y habilidad, entre paciente y médico.

No es una casualidad que la *rehabilitación vocacional*, y las muchas experiencias inspiradas en ella, sean de origen estadounidense: está originada en una matriz individualista que cree que existen infinitas posibilidades de reintegrar al individuo a la sociedad una vez que su

capacidad de adaptación al mercado de trabajo sea mejorada o reforzada por el tratamiento rehabilitativo.

El modelo anglosajón de la rehabilitación vocacional/terapia vocacional, rehabilitación ocupacional/terapia ocupacional (los términos *rehabilitación* y *terapia* se pelean el terreno en una confusión que expresa la ambigua función/ficción de las actividades laborales) es caracterizado por hacer un énfasis notable en las técnicas de rehabilitación al trabajo centradas en el individuo, aunque diversos autores *abren* o *cierran* en mayor o menor medida la perspectiva de su discurso en relación con el contexto, es decir, respecto a la posición del paciente dentro del campo de las interacciones laborales.

La terapia vocacional-rehabilitación ocupacional da origen al tratamiento de la discapacidad física. Su objetivo es reinsertar al paciente en el mundo laboral, según una lógica fuertemente pragmática y según el principio de la gradualidad, de la continuidad (duración), y equilibrando correctamente las expectativas, *que no deben ser ni muy altas ni muy bajas*.

Las dificultades de la interacción social constituyen los mayores obstáculos para conseguir el resultado deseado de los tratamientos de rehabilitación vocacional, y se los trata de salvar mediante técnicas de tipo cognitivo-conductista (*desensibilización*, incentivos morales, técnicas de concentración).

Así pues, más allá de los obstáculos psicológicos individuales, existen dificultades objetivas en los programas de rehabilitación vocacional:

- La generalidad de las oportunidades (con mucha frecuencia el simple tratamiento se hace pasar por rehabilitación laboral).
- El estigma que acompaña a las enfermedades mentales: el ambiente no está preparado para recibir personas con discapacidades y rehabilitadas; falta apoyo a largo plazo y con mucha frecuencia falta una salida real para la rehabilitación laboral.

Existen enormes dificultades para pasar de la situación protegida al mercado libre de trabajo. Para resolverlas existe la propuesta como solución que uno de los médicos del servicio psiquiátrico negocie las oportunidades de trabajo en nombre de los usuarios. Otra solución es la que propone

TEP (*Transitional Employment Program* [Programa de empleo transitorio], de Fountain House). La lógica es que los puestos de trabajo sean confiados al servicio de rehabilitación: éste se ocupa de que sea cubierto el puesto de trabajo, "no importa cómo", por una o más personas trabajando en turnos parciales.

El modelo francés de la *réadaptation* (el termino mismo indica claramente que el objetivo es la normalización del discapacitado en confrontación con el mercado de trabajo) ha experimentado en los últimos decenios un gran desarrollo en la experiencia de la región de Bordeaux, la Tour Gassies (Fournier *et al.*, 1984). Los principios sobre los que están basadas las actividades de la Tour Gassies son la observación y la orientación; la formación y la reinserción.

La reinserción laboral es realizada mediante contratos de formación o puestos de trabajo financiados en parte por la seguridad social y en parte por el patrón.

La población que va a este centro está constituida, en su mayoría, por pacientes con un alto grado de cronicidad (más de 5 internaciones), de edad entre 18 y 40 años, nivel socioprofesional bajo (72% de los enfermos no están calificados cuando ingresan) y situaciones familiares notablemente deterioradas.

Si tras un período de observación y evaluación se juzga que la reinserción a corto o mediano plazo es imposible, los pacientes son enviados de regreso al centro de cuidado (los hospitales psiquiátricos).

El proceso de rehabilitación laboral realizado en esta estructura es definido como *itinerario readaptativo*, en contraposición a la sucesión de episodios crónicos del paciente psiquiátrico, definida como *peregrinaje institucional* (el paso de una estructura de asistencia a otra sin un proyecto determinado).

Ya sea en el modelo que hemos llamado anglosajón o en el que hemos llamado francés (conceptos un poco simplistas que adoptamos por comodidad didáctica), se representan las aporías que discutimos en el primer capítulo a propósito de los *modelos* de rehabilitación. No son del todo claras las relaciones entre entretenimiento, adiestramiento y reinserción, y sobre todo no está claro el *sentido* atribuido al trabajo en el proceso rehabilitativo. Del mismo modo que en los programas de

capacitación de las habilidades sociales (*Social Skills Training*) aparece el problema de la incapacidad de aplicar las capacidades adquiridas fuera del escenario rehabilitativo, en estos programas de rehabilitación laboral la riqueza de propuestas técnicas hechas al interior de los lugares asignados para la rehabilitación laboral enfrentan la distancia existente entre los servicios de rehabilitación y el mundo exterior.

Este tránsito es un proceso complejo en términos de modalidades y tiempos, e involucra no sólo al individuo sino también al contexto. Dos autores estadounidenses, Lang y Cara (1990) prefieren la definición *integración vocacional* (integración ocupacional) a *rehabilitación vocacional* (rehabilitación ocupacional) porque la primera definición tiene la ventaja de que enfatiza no sólo el cambio del individuo, sino también los procesos de modificación y acogida del ambiente.

Más allá de la definición, lo que resulta claro es que estos modelos parecen ser muy funcionales para el modelo bio-psicomédico al que están sometidos, para el cual el trabajo es identificado como un *instrumento* de rehabilitación, subordinado al *cuidado* y, posteriormente, como indicador del buen resultado del cuidado mismo, un indicador del regreso a la normalidad.

A pesar de las afirmaciones sobre la importancia del trabajo en la vida de los pacientes, y sobre la necesidad de tratamientos rehabilitativos en esta dirección, el lugar real del trabajo en la organización de la asistencia a las enfermedades mentales es muy precario. Como sostiene Harding (1987): "la integración del trabajo en los sistemas que tratan las enfermedades mentales graves es limitada, esporádica y es llevada a cabo de forma inadecuada". Esto se manifiesta en la separación entre terapia y rehabilitación, pero también en el nivel administrativo y formativo. Harding ha buscado evaluar el grado de integración de la rehabilitación laboral en la red de asistencia psiquiátrica y de identificar los elementos que obstaculizan la sinergia entre terapia y rehabilitación-trabajo. El estudio de Harding examina los programas rehabilitativos de New Haven, Connecticut. Examina en ellos las características estructurales, las figuras profesionales, las características de uso, las actitudes y las expectativas de la familia y de las personas que integran el ambiente laboral. La investigación ha revelado cuatro obstáculos principales para

la integración de las estrategias de rehabilitación laboral en el sistema de salud mental:

- Rigidez de los procedimientos, de los programas, de las expectativas.
- Aislamiento de la comunidad y de las familias.
Derroche de energía al tratar de corregir los defectos anteriores.
- Sistemas de referencia de los médicos que trabajan con disciplinas separadas y muy autorreferenciales.

Otro autor estadounidense (Cohen, 1990) afirma: "La visión que prevalece sobre el papel del trabajo en la salud mental y en la enfermedad mental está hipersimplificada e idealizada: hipersimplificada porque no toma en cuenta el amplio contexto personal, social y económico del trabajo; idealizada porque ignora los límites y contradicciones generados por este contexto".

Entre las variables determinantes que es necesario tener en cuenta para proyectar en forma verosímil un programa de rehabilitación centrado en el trabajo, Cohen identifica:

- La explotación, el mercado de trabajo, la inflexibilidad de la organización del trabajo, en cuanto se refiere al contexto económico. El aumento de esta inflexibilidad es evidente en el tránsito de un ámbito de producción familiar a un ámbito industrial, en el que se pierden las características del escenario laboral más tolerante, que proporcionaba nichos adaptados a las habilidades de cada quien, y que exigía menores habilidades sociales y generalización de las capacidades. El mercado de trabajo es desarrollado sobre los elementos de la desocupación y de la discriminación que pueden compensarse o actuar en sinergia.
- La estigmatización, la intolerancia, el grado de socialización, las relaciones interpersonales y las expectativas, en lo que se refiere al contexto social.
El grado de autoestima y el trabajo como realización personal, en lo que se refiere al contexto personal.

Es evidente que para superar estos obstáculos no es suficiente encontrar técnicas nuevas y más refinadas de entrenamiento para el trabajo, sino afrontar el problema de la relación entre el trabajo y La enfermedad mental desde un punto de vista alternativo, que permita el derrumbe de la lógica, una recomposición radical del panorama.

Demos un paso atrás y regresemos al origen de la relación entre psiquiatría y trabajo; esto nos permite reconstruir el desarrollo de la desmistificación de prácticas como la ergoterapia, de la crítica de modelos de discapacidad que atribuyen el fracaso de la reinserción laboral exclusivamente a la psicopatología, y de la crítica a la ineluctabilidad de la miseria de los recursos, es decir, de la improductividad *constitutiva* de todo trabajo de rehabilitación.

Este desarrollo tiene origen en la práctica y en la teoría de la desinstitucionalización. A partir de la práctica de la *institución negada* se ha hecho posible la crítica teórica a la institución manicomial y, por tanto, también a las prácticas de la ergoterapia. Sin embargo, la desinstitucionalización no debe y no puede ser practicada sólo dentro de instituciones cerradas (el manicomio): es una práctica de desarticulación y análisis de los mecanismos sociales, políticos y psicológicos que *conectan* o *separan* la historia del individuo de los ámbitos en que ésta está limitada a la conservación de estos mismos ámbitos. En este sentido la pareja conceptual desinstitucionalización-rehabilitación, válida en el hospital psiquiátrico, es válida en todos lados, pues la propuesta es la necesidad de "desinstitucionalizar-rehabilitar el contexto" (Rotelli, 1990).

Para delinear el esquema de referencia general del modelo *desinstitucionalizar-rehabilitar el contexto* no es posible prescindir de algunos elementos de *historia* de los 20 años de evolución de la asistencia psiquiátrica y de análisis global de los fenómenos sociales y políticos relacionados con la asistencia psiquiátrica: la desinstitucionalización, la evaluación crítica de la ergoterapia, la crisis del bienestar.

Lo que nos interesa valorar aquí respecto a la desinstitucionalización es su función en la restitución de la subjetividad del individuo en su relación con las instituciones; más precisamente, la posibilidad de recuperar la pertenencia, de poseer recursos para el intercambio social y para la consiguiente ciudadanía social.

A pesar de que la filosofía original de la ergoterapia apuntaba a objetivos *terapéuticos*, en las instituciones se transformaba en trabajo alienado —no reconocido ni pagado—, sobre todo allí donde era indispensable para la reproducción de la institución misma. Kleinmeier afirma que hasta 1960 no eran despedidos los *trabajadores clave* porque habían sido tan bien *rehabilitados* por la ergoterapia que resultaban más útiles en el manicomio que fuera.

Sin embargo, dialécticamente, el trabajo asalariado en la institución constituye ya un germen de desinstitucionalización. El desarrollo lógico del trabajo antiinstitucional en el manicomio ha sido la creación de cooperativas. El problema jurídico del *enfermo trabajador* ha evidenciado una contradicción y una oportunidad: se ha aclarado el aspecto mistificador de la *ergoterapia* institucional; de hecho sólo al quitar de los estatutos constitutivos de las cooperativas la finalidad terapéutica los pacientes se han vuelto capaces de constituirse en socios jurídicamente.

Este proceso evolutivo, de la ergoterapia manicomial al desarrollo de cooperativas fuera del manicomio, ha permitido construir una práctica y un conocimiento que contribuyen en gran medida a la comprensión de los mecanismos antiinstitucionales del trabajo.

La cooperativa es, en este momento histórico, probablemente la forma de organización más innovadora: no sólo es lo opuesto de la lógica de la explotación del trabajo dependiente, sino una forma concreta de solidaridad. La cooperativa es de hecho una forma colectiva de ejercicio de la empresa. Desde un punto de vista jurídico, la *cooperativa integrada* está caracterizada por la presencia de socios *normales* y socios *discapacitados* (al menos 40%) y por el apoyo de los entes locales (sobre todo las regiones) que se concreta en ayudas promocionales (equipamiento y locales); apoyo en la inserción de discapacitados (fiscalización de los gravámenes sociales); tratamientos para favorecer la producción (agilización de líneas de crédito y cursos de formación).

En este momento las cooperativas integradas son al mismo tiempo servicio (de cuidado) y espacios de producción (en el mercado), y estos dos aspectos están mediados por su función formativa.

Esta simultaneidad de funciones abre una fuerte contradicción en la relación entre estas estructuras y los servicios psiquiátricos; contradicción

articulado en el tema de los recursos, de los estilos profesionales, de las técnicas de tratamiento y, además, contribuye a poner en crisis el modelo médico.

En otras palabras: ¿qué le *ofrecen las cooperativas* a los usuarios que los servicios no puedan darles? Las cooperativas sin duda son espacios de promoción de la autonomía y también espacios de protección, funciones que debería tener cualquier buen servicio de salud mental. Las cooperativas, o mejor un sistema inteligente de cooperativas integradas que promueva la diversificación y multiplique las actividades, genera espacios adecuados para cada persona. Así, como observa Gallio (1991), contrasta con la asfixia de los servicios y los territorios, dando salida a la entropía del sistema de servicios, cuyo espacio sigue siendo obsesivamente "sanitario". El objetivo, en cambio, es promover una *diferenciación evolutiva*.

Es necesario, como afirma Rotelli (1990), "reconstruir la precisión de la necesidad" desmontando la pareja trabajo/salario, con más frecuencia fuente de derroche que de productividad; en otras palabras, es acerca de desinstitucionalizar el trabajo. Para esto existe una condición previa: el trabajo y la ganancia son puntos de partida y no metas del proceso rehabilitativo (aquí estriba la diferencia sustancial con los modelos de rehabilitación cuyo objetivo es el trabajo).

"Este proceso confiere la ciudadanía a todos los que trabajan. En el trabajo, como base concreta de comunicación, se establecen prácticas de negociación y de intercambio. En él se hace explícito el proceso de formación de las reglas. En él se diluye el sufrimiento y se practica el riesgo de la libertad" (Rotelli, 1990).

Sin embargo todavía no está resuelta el tema de la relación con el mercado de trabajo. Hay que evaluar el perfil riesgo-beneficio de experiencias de trabajo no protegido en mercados protegidos *venus* experiencias de trabajo protegido en mercados no protegidos. Consideremos a un usuario psiquiátrico que trabaja en la Fiat, en una experiencia de trabajo no protegido y por lo tanto más *auténtica* (con todos los beneficios que se suponen inherentes a esta *autenticidad* del escenario); sin embargo, al estar inserto en un escenario similar, el paciente probablemente estará destinado a realizar tareas muy protegidas o *toleradas* y

poco remunerativas desde el punto de vista de la autoestima. Además esta situación productiva impondrá elecciones selectivas en lo que respecta a las candidaturas: los pacientes más graves quedarán excluidos.

Por el contrario, en situaciones de producción y de mercados más protegidos (apoyados económicamente de forma pasiva) el paciente tendrá que pasar ante todo por selecciones menos rígidas y estará en condiciones de producir trabajo más coherente y significativo para sí mismo. Paradójicamente, la situación de protección de mercado hace el trabajo protegido más *auténtico*, más dotado de sentido para quien lo realiza, con consecuencias positivas para los niveles de autoestima, aunque existan riesgos de asistencialismo e inercia en el escenario de los mercados protegidos.

Ante tales dilemas existe la necesidad de establecer una amplia articulación de los escenarios productivos. Es verdad que las pequeñas cooperativas protegidas tienen una alta rentabilidad rehabilitativa y baja rentabilidad económica, mientras que las grandes cooperativas de producción *monocultural* o las inserciones en sistemas productivos de libre mercado tienden a generar alta rentabilidad económica y menos rentabilidad rehabilitativa, e incluso llegan a la expulsión de los usuarios.

La inserción tradicional en el mercado de trabajo sin duda ha resultado fallida. Es necesario crear alternativas, crear puestos de trabajo autónomos, repensar la organización productiva y el transcurso de la adaptación. "Promover situaciones de formación y de trabajo para sujetos con desventajas, en grado de que puedan enfrentarse positivamente al mercado" (Marturini, 1990).

También a partir de la experiencia de las cooperativas se construye la noción y la práctica de *empresa social*. Este es un concepto difundido rápidamente en la bibliografía de rehabilitación psiquiátrica y en muchos trabajos sobre cooperativismo, la más de las veces con acepciones que no tienen nada que ver con el significado original del concepto, que alude a la producción de empresas que "creen valores sociales complementarios" (De Leonardis *et al*, 1994).

Creo hacer hincapié, si bien otros lo hacen con más autoridad y legitimidad (De Leonardis, Mauri, Rotelli en su ensayo *La empresa social*) en que la noción de empresa social -y su práctica- no define un modelo

de rehabilitación psiquiátrica centrado en las cooperativas de trabajo; el primer capítulo del mencionado ensayo de Di Leonardis *et al.* tiene como título "La empresa social no es..." y aclara que la empresa social no es una empresa con un poco de social, no es asistencia con un poco de trabajo ni mucho menos es lo social como empresa.

La empresa social tiene un carácter emprendedor en lo económico, pero también en lo social. Promueve nuevos retos y relaciones entre los sujetos sociales. Los procesos de *negación institucional*, que han encontrado una formalización parcial en la reforma psiquiátrica de 1978, pueden describirse como procesos de deconstrucción, de desmontaje de la institución manicomial desde el interior; procesos iniciados por los mismos autores de las viejas prácticas psiquiátricas que buscaban restituir dignidad, oportunidades y derecho a los internos.

El tema de los derechos sigue siendo el eje central del discurso de la desinstitucionalización y -contrariamente a lo que piensa una parte de la psiquiatría oficial, según la cual el asunto de los derechos termina cuando son respetados los derechos de los internos-, el problema no es sólo la restitución de los derechos sino la instauración de derechos de los que nunca han gozado.

Después de afirmar la *liberación* (del manicomio, de las prácticas y de la cultura antiterapéutica) el proyecto es construir la *libertad* (de habitar, de trabajar, de aprender, de intercambiar, de expresar), de dar bases concretas a los derechos de ciudadanía (formalmente reconocidos gracias también a las experiencias de destitucionalización) dados a los pacientes psiquiátricos, pero que al mismo tiempo les han sido negados. Este paso del reconocimiento a la adquisición de los derechos es paradigmático y está más allá de la especificidad de la psiquiatría, así como lo está la noción de empresa social.

El sistema de servicios de asistencia y cuidado, y entre ellos los psiquiátricos, está caracterizado por un alto grado de inercia, de opacidad institucional, de burocracia y estandarización de los procedimientos, de ineficiencia y derroche de recursos. Este alto nivel de *dispersión* energética no es tanto el producto de derroches o de costos elevados sino el producto de una lógica de la escasez y de la lentitud en la entrega de los recursos (De Leonardis, 1990). La pobreza y la frugalidad de los servicios generan

su propia pobreza. Más precisamente, la trasposición, en la esfera de los *servicios a las personas*, de lógicas y criterios pertenecientes a la racionalidad económica (que postula la escasez de los productos como una razón proyectual) determina efectos contraproducentes en la calidad y la eficiencia de los servicios. La pobreza del manicomio es la forma condensada y clamorosa de la pobreza de los servicios que, como en el manicomio, reproducen la reincidencia, la dependencia, las barreras, la exclusión y la invalidación; es decir, la infantilización de quien es considerado y tratado únicamente como destinatario pasivo de tratamientos y apoyos, como un *costo*. Los usuarios de los servicios son infantilizados porque los servicios forman parte del "proceso de inmadurez mutua que constituye el gran goce secreto del género humano", descrito genialmente en *Ferdydurke* de Witold Gombrowicz.

Resulta una fractura cada vez más manifiesta e incolmable entre el mundo de la invalidación y el de la validación, entre el mundo de la asistencia y el de la producción, entre el mundo de la dependencia y la pobreza institucional y el de la empresa, de la autonomía, de la eficiencia; una fractura entre un Estado y un Mercado cada vez más frágiles y literarios que impulsan la división en clases sociales y la separación cada vez más dramática entre fuertes y débiles, válidos e inválidos, en forma transversal a las clases.

Alrededor de esta fractura es definida la empresa social; sobre este límite que separa la cultura fuerte del mercado de la débil de los que están excluidos del mercado. La hipótesis es inventar (es decir encontrar) en los confines entre producción y reproducción (la lógica del mercado y la lógica de los servicios) sinergias e intereses, protagonistas y lenguajes que permitan que el proceso de consumo de los recursos y de producción de recursos se vuelva circular e integrado.

Sin embargo, la empresa social se propone convertir a la asistencia pobre e ineficaz en empresa productiva por medio de la multiplicación de los intercambios sociales; la reconversión y valoración de los recursos malgastados en los servicios abandonados y congelados; el reconocimiento y la activación de los recursos ocultos, dentro y fuera de los servicios.

"La empresa social es una estrategia productiva, pero cuyo espacio de elección es el social, la asistencia, la redistribución (De Leonardis *et al.*, 1994). La teoría de la empresa social admite el desarrollo de gérmenes

del pensamiento económico de Giorgio Ceriani Sebgondi (vea los textos *Considerazioni sulla teoria delle aree depresse* [Consideraciones sobre la teoría de las áreas deprimidas] de 1950 y *Sviluppo della società e nuove forme di organizzazione democratica* [Desarrollo de la sociedad y nuevas formas de organización democrática] de 1955) y del pensamiento filosófico de Felice Balbo (vea el ensayo *Ricerca sulle condizioni metafisiche e etiche dello sviluppo umano* [Investigación sobre las condiciones metafísicas y éticas del desarrollo humano], dos figuras de la cultura italiana de la posguerra, ambas desaparecidas muy jóvenes.

La voluntad de hacer productiva la asistencia, volviéndola dinámica mediante la introducción de culturas y prácticas emprendedoras, sigue firmemente anclada al objetivo de revitalizar (rehabilitar), de aumentar las capacidades de producir valores sociales añadidos. Para lo cual, si es verdad que las estrategias de empresa social se presentan en el mercado con unidades productivas o de servicio, en la forma de cooperativas sociales desarrolladas bajo la égida institucional de los servicios psiquiátricos, en los cuales se persiguen la naturaleza emprendedora y la autosuficiencia económica, también lo es que todavía están orientadas primordialmente a las razones sociales.

Hemos dicho que la empresa social y la cooperativa integrada no son sinónimos; el trabajo de las cooperativas en algunas experiencias ejemplares (Trieste, Parma, Genova) se configura como una de las formas privilegiadas de expresión y aplicación de la empresa social y representa un mecanismo importante para la transformación de los contextos empobrecidos de la asistencia. Quienes trabajan en las cooperativas de la empresa social (cooperativas integradas) son socios activos y emprendedores, insertos en un proceso de trabajo que prevé la contemporaneidad del momento formativo y productivo; en ellas son incentivados los procesos de adquisición de responsabilidades y de incremento de las capacidades de elección y de toma de decisiones riesgosas que interesan a todos los participantes. Los beneficios de la unidad productiva son destinados a crear nuevas oportunidades de empresa para los socios, de desarrollo de las habilidades y de las capacidades. El trabajo no es, entonces, concebido como una simple *respuesta a la necesidad*, sino como un espacio de producción de sentido y valores de intercambio subjetivos.

La empresa social privilegia la pequeña dimensión de las unidades productivas, lo que favorece el desarrollo de dinámicas de individualización y, al mismo tiempo, de socialización. Las actividades están muy diversificadas para consentir a los socios oportunidades de trabajo diferenciadas.

Las actividades productivas de la empresa social tienden a trabajar con una mezcla de recursos, autores y contextos de origen y naturaleza diversas (contaminación e investigación de las sinergias): se combinan los recursos provenientes del financiamiento público y federal, los que provienen del presupuesto de salud (los salarios de los médicos y ayudantes) y de otras formas extraordinarias de financiamiento (bolsas de trabajo), con los beneficios que producen las cooperativas. Como afirman De Leonardis y Goergen (1988): "Este tipo de mezcla rompe la alternativa entre público y privado, crea y pone a producir sinergias entre lo público y lo privado, y tal vez prefigura nuevas fórmulas de actividad económica que ya no pueden conducirse en la constelación tradicional de los conceptos económicos".

Como observábamos antes, este dinamismo *económico* tiene mucho que ver con un dinamismo afectivo y de relaciones dentro de las cooperativas y, en este sentido, decíamos que la función rehabilitativa y terapéutica de las cooperativas desafía a los servicios psiquiátricos. Dentro de la empresa coexisten el riesgo de la autonomía y el de la protección por medio de la oferta de espacios para arriesgar y, al mismo tiempo, de redes de seguridad; afirmamos que el riesgo es terapéutico, o por lo menos lo son "las condiciones materiales y culturales que hacen posible correr los riesgos de cambio, de la indeterminación" (De Leonardis y Goergen 1998).

Así pues, es muy importante *dar crédito* a las personas, a fin de que su autonomía y su capacidad puedan encontrar una ocasión de expresarse y crecer, en la convicción de que el verdadero problema es hacer que se vuelvan emprendedores respecto de sí mismos. Para ser protagonistas de las decisiones propias es esencial trabajar y ganar dinero, intercambiar y consumir; es decir, transitar por escenarios de vida reales. Así, las *plazas del mercado* creadas por la proliferación de las variadas actividades de la empresa social, generan la multiplicación de los intercambios, la producción de contextos y de retos en los cuales las personas se encuentran e individualizan.

En este sentido, el reforzamiento de las redes sociales del paciente no puede escindirse de la producción de redes y oportunidades de intercambio que generan trabajo, bienes y, por tanto, comunicaciones y relaciones: "Tenemos que empezar a pensar en el consumo como parte integral del mismo sistema social que explica el impulso al trabajo, que a su vez es un componente de la necesidad social de entrar en relación con otras personas y disponer de materiales de comunicación que permitan entrar en relación con ellas. Los alimentos, las bebidas y la hospitalidad ofrecidos en casa son materiales de comunicación, así como las flores y vestidos sirven para señalar que compartimos la alegría o los trajes de luto para señalar que compartimos el dolor" (Douglas e Isherwood, 1984).

La idea de que los materiales de comunicación que permiten las relaciones son *bienes materiales* explica también la importancia, en los procesos de rehabilitación, de disponer de espacios, que son productos de alta calidad; paradójicamente es posible decir que *el lujo es terapéutico* o, para ser menos provocativos, que existe una dimensión estética y no sólo ética en el proceso y el producto rehabilitativo.

Los espacios de asistencia se caracterizan generalmente por mensajes de descalificación, de serialidad, de pobreza (incluso de relaciones y experiencias). Los espacios para la terapia y la rehabilitación desmienten su propia finalidad. La calidad de los espacios interactúa con la dimensión cualitativa de las relaciones y de los procesos interactivos; De Leonardi *et al.* (1994) hacen notar que la calidad de los procesos consiste en su capacidad de detonar la redistribución de poderes, es decir de producir el empoderamiento (*empowerment*) de los participantes, que dejan de ser sujetos pasivos de asistencia para convertirse en productores de *habilidades*, es decir, de recursos.

Así, no es un hecho marginal que la calidad de los productos de la empresa social sea una función de la posibilidad de la empresa de ser competitiva en el mercado, pues la alta calidad del producto califica la autoestima del productor.

¿En qué modo puede reproducirse la experiencia de las diferentes empresas sociales? ¿Cómo puede comunicarse a los médicos de las instituciones? Uno de los productos más importantes de la empresa

social es su competencia con la cultura asfixiante de la psiquiatría de los servicios, la función de hacer entender a la psiquiatría la diferencia entre reproducción (autorreproducción) y deconstrucción.

"Las cooperativas son sólo una mesa de trabajo, uno de los instrumentos de la empresa social, que en el fondo no es otra cosa que 'la empresa de hacer existir lo social', de darle fuerza y materia. La materia prima es procurada por los individuos, por sus conocimientos y estrategias. Es muy importante que exista un comercio entre ellos, y nuestra tarea es vigorizar la escena, llevarla a la 'plaza del mercado'. Si no lo hacemos, no nos queda más que administrar un residuo inerte: la enfermedad, la incapacidad" (Rotelli, 1991).

Psiquiatría y salud mental

Biopsicosocial: *shibboleth*

Existe un rico acervo de material de reflexión en documentos teóricos y en las relaciones de experiencia de la empresa social. Sin embargo me parece que uno de los aspectos centrales y más interesantes es que por medio de mecanismos de análisis de la realidad y de prácticas de tratamiento es posible entrever en esta propuesta un camino *concreto* para transitar *de la psiquiatría a la salud mental*. En otras palabras, el término *prevención* asume una fisionomía mucho más precisa. La empresa social está volcada más a los sujetos en riesgo que a los usuarios; en ambos casos es central el concepto de *vulnerabilidad social*, ya sea de la mano del concepto biospsicológico de vulnerabilidad individual o en oposición a éste.

En 1977, George Engel, en un histórico artículo que apareció en *Science* (Engel, 1977) adoptó la expresión *biopsicosocial* para describir la necesidad que experimentaba la medicina de contar con un nuevo paradigma que superara el tradicional paradigma biomédico y reduccionista. Aunque hoy el adjetivo *biopsicosocial* es usado frecuentemente para definir lo que de-bería ser un acercamiento integral de la medicina, cada vez está más vacío de sentido y es más ritual, tanto que uno de los presidentes de la American Psychiatric Association lo ha definido como un *shibboleth*-, es decir, en la Biblia, una palabra totalmente carente de sentido usada para decir cualquier cosa (Fink, 1988).

Lo aceptado en el lenguaje no necesariamente es aceptado en la acción práctica de la medicina, y de hecho el paradigma biomédico reduccionista goza de una óptima salud, mientras que el "nuevo" paradigma biopsicosocial se esfuerza por alcanzar un lugar en la realidad.

Esta escisión entre un uso ritual de nociones holísticas y una práctica médica todavía orientada fuertemente hacia el paradigma biológico, es particularmente evidente en el campo tanto de la salud mental como la psiquiatría.

Resulta interesante observar que tendemos a mantener estas dos nociones (psiquiatría y salud mental) separadas; la primera referida al modelo biomédico reduccionista y la segunda al holístico psicosocial. Esta separación artificial no permite a la psiquiatría liberarse de las restricciones del modelo exclusivamente médico.

Cuando usamos el concepto de psiquiatría nos referimos implícitamente a su correlación con enfermedad psiquiátrica; pero cuando usamos el concepto salud mental no conseguimos identificar una correlación: no está claro si la salud mental es una noción que se refiere a la deseable condición de bienestar de los individuos o a las acciones que hay que emprender para determinar esta condición en los individuos.

Esta identidad entre objetivo (la salud mental de los individuos) y acciones (las actividades realizadas para promover la salud mental) es un hecho positivo, porque subraya la continuidad necesaria entre acciones y objetivos: la salud mental y el conjunto de acciones de promoción, prevención y cuidado para el mejoramiento, mantenimiento o restauración de la salud mental de una población.

El concepto de salud mental ha servido también para introducir de manera progresiva un acercamiento holístico en las concepciones de la psiquiatría; es decir, para transmitir la necesidad de un acercamiento multidisciplinario a las enfermedades mentales.

El concepto de salud mental incluye la problemática de la salud y de la enfermedad, su ecología, la utilización y evaluación de las instituciones y de las personas que las usan, el estudio de sus necesidades y de los recursos necesarios, la organización y la programación de los servicios para el cuidado y la prevención de las enfermedades y para la promoción de la salud.

A diferencia de la psiquiatría -definida tradicionalmente como una rama de la medicina que estudia y atiende a los pacientes con enfermedades mentales—, la salud mental —la condición de salud mental de los individuos y el conjunto de las acciones para promoverla y conseguirla— se entiende como algo mucho más complejo, que considera tanto las dimensiones psicológicas y sociales de la salud como los factores psicosociales que determinan la salud y la enfermedad.

Vale la pena, por tanto, asumir como concepto de referencia el de salud mental y considerar a la psiquiatría un aspecto de ésta.

Sin embargo, es necesario mantener teóricamente separados los conceptos de psiquiatría y salud mental, asumiendo esta última como el conjunto que contiene a la psiquiatría. Sólo mediante esta doble operación conceptual —asumir la diferencia conceptual entre las dos nociones pero rechazar la separación operativa— será posible poner fin a una discusión rudimentaria y mistificatoria que considera que los acercamientos biológicos a la enfermedad mental están en competencia con los psicosociales o, lo que es aún más desconsolador, que se ha apropiado de un concepto genérico de lo biopsico-social que no tiene nada que ver con las ofertas que reciben los pacientes reales.

Sólo en esta lógica compleja e interactiva puede redefinirse el papel importante, pero desde luego no exclusivo, que juega el acercamiento biológico a la salud mental y a la enfermedad mental.

La aproximación biológica a la enfermedad mental, y de forma implícita a la salud mental, postula que los procesos mentales, así como los trastornos de las funciones mentales y del comportamiento, pueden explicarse y modificarse con el conocimiento de la neurofisiología y la bioquímica del sistema nervioso central: la teoría MBIT (*Mind-Brain Identity Theory*) se refiere precisamente a la identidad entre mente y cerebro con todas las consecuencias evidentes para las enfermedades mentales. Esta aproximación postula, además, una relación causal lineal entre el daño al sistema nervioso y la aparición de las enfermedades mentales, asumiendo implícitamente que los tratamientos de las enfermedades no son otra cosa que modificaciones -esencialmente farmacológicas- de la función cerebral alterada. Este rígido determinismo biológico ha tomado formas más atenuadas en la práctica

cotidiana de los psiquiatras, pero mantiene una influencia decisiva sobre la psiquiatría.

No obstante, existen numerosas posturas críticas sobre este modelo, discutido tanto desde el punto de vista epistemológico como del clínico-empírico: cada vez es más firme la exigencia de que el paradigma biopsicosocial deje de ser *shibboleth*, una palabra carente de sentido, y asuma realmente una estructura tripartita, donde el acercamiento biológico renuncie a llevar la delantera (Pam, 1990; McLaren, 1992).

El reduccionismo biológico asume que las leyes que regulan los fenómenos biológicos son las únicas que rigen el comportamiento, sano o patológico, negando así la posible coexistencia de sistemas regidos por leyes distintas; como observa agudamente McLaren para mostrar la posible coexistencia de "leyes" diferentes, mientras en biología una persona puede estar viva, o muerta, en lógica formal, en la cual el factor disyuntivo o significa también *tanto*, una persona puede estar o viva o muerta, o ambas cosas. El sentido de esta observación es que las leyes que regulan la biología no pueden aplicarse automáticamente al universo social o al psicológico.

Las críticas a la aproximación biológica han permitido la formulación de modelos más complejos de la enfermedad mental, que a su vez han permitido formular nuevas hipótesis sobre el funcionamiento psíquico (Ciompi, 1991).

A este respecto es oportuno mencionar el modelo trifásico de la esquizofrenia de Ciompi, que permite considerar al mismo tiempo lo biológico, lo psicológico y lo social en una forma no aditiva sino interactiva. Ya mencionamos este modelo en el capítulo dedicado a los "modelos" de la rehabilitación, pero aquí lo examinaremos con más detalle.

Según Ciompi, el aparato psíquico consiste en una compleja jerarquía de "*sistemas de referencia*" afectivo-cognitivos, formado y desarrollado mediante un proceso continuo de *exposición* a la experiencia. Este conjunto de sistemas corresponde al sistema retículo-límbico-cortical. En otras palabras, el aparato psíquico es producto de la correlación entre elementos anatomo-funcionales e interacciones con la experiencia.

Según el modelo de Ciompi, la esquizofrenia se desarrolla a lo largo de tres fases distintas. En la primera fase una combinación de factores biológicos (daños perinatales y/o factores genéticos desfavorables) y factores psicosociales (condiciones ambientales desfavorables) pueden determinar la formación de una estructura de la personalidad vulnerable (con la formación de modelos afectivos/cognitivos que predispongan a descompensaciones psicóticas en circunstancias desfavorables). La segunda fase comienza con la descompensación psicótica aguda bajo la influencia de factores psicosociales estresantes (acontecimientos vitales, que imponen adaptaciones psicológicas y materiales). En muchos casos al primer episodio psicótico le sigue una etapa permanente de remisión, mientras en otros la tercera fase de evolución de la enfermedad es desarrollada a largo plazo. La evolución crónica de la enfermedad puede caracterizarse por un empeoramiento progresivo más o menos grave. Ciompi señala que la tercera fase está fuertemente influida por la respuesta que el paciente recibe del contexto: la hospitalización prolongada, una red social inadecuada, la estigmatización y la marginación, la ausencia de programas rehabilitativos, son todos factores que agravan la condición de vulnerabilidad primigenia.

Resulta evidente cómo la esquizofrenia, según el modelo de Ciompi, no es un proceso lineal producido por un solo factor causal, sino el resultado de un grupo complejo de procesos biopsicosociales que actúan entre sí, dando vida a una red interactiva de condiciones preexistentes y de circunstancias intercomunicadas.

A la luz de estos modelos complejos también existe la afirmación de una concepción que busca superar los límites de una psiquiatría *brainless* o bien *mindless*. (Eisenberg, 1986).

El conflicto entre el acercamiento biológico y el psicológico fue particularmente evidente en los años sesenta y setenta, en los que al optimismo biologicista se oponía una aproximación psicologista que reflejaba la convicción de que los fenómenos mentales no pueden reducirse a *eventos cerebrales*.

Este contraste, que parece rescatar un debate filosófico que viene de los tiempos de René Descartes, parece hoy un poco pasado de moda. Descartes proponía un modelo mente-cuerpo de tipo dual interaccionista:

mente y cuerpo son entidades distintas que se influyen recíprocamente gracias a la intervención de la glándula pineal. A la posición de Descartes se opusieron filósofos como Thomas Huxley, según el cual los eventos mentales no son otra cosa que el producto determinado causalmente por la actividad somática, pero sin autonomía.

Otros filósofos han refutado el principio de la interacción (o influencia recíproca entre mente y cuerpo): el conductismo radical del estadounidense Skinner, por ejemplo, afirma la inexistencia sustancial de la mente, en cuanto los comportamientos no son otra cosa que acciones físicas determinadas por el ambiente.

En la psiquiatría contemporánea, el acercamiento más difundido es el de la *identidad mente-cuerpo*: entre procesos mentales y procesos físicos (eventos fisiológicos y eventos psíquicos) existe una identidad sustancial. Esta identidad se traduce, de hecho, en una suerte de cohabitación pobre en intercambios entre modelos psicologicistas y modelos biologicistas, testimoniada por el profundo alejamiento cultural entre la psiquiatría de formación psicodinámica y la de formación biológica.

Sin embargo, sigue abierto el problema de la integración.

El problema es en realidad más complejo, y esta complejidad fue bien sintetizada por la pregunta formulada por L. Eisenberg a propósito de la enfermedad mental: *¿brain disease o problems in living?*, es decir, cuando hablamos de enfermedades mentales, ¿hablamos de trastornos del sistema nervioso central o de problemas al vivir?. La aparente ingenuidad de la pregunta del gran psiquiatra estadounidense en realidad va más allá de la aspecto mente-cuerpo en psiquiatría, proponiendo la introducción de una tercera variable, el ambiente; es decir, la interacción entre sujeto biopsíquico por un lado y *contexto* por el otro; la introducción de esta variable: es esencial para entender el problema de la salud y de la enfermedad mental.

A partir de la década de los años sesenta, con los estudios pioneros de Hollingshead y Redlich, comienza una fase que sigue en marcha hasta hoy, en la cual, con la contribución de los métodos epidemiológicos, es documentado el papel de factores no inmediatamente relacionados con la dimensión biológica e individual de la enfermedad.

El objetivo no es tanto documentar el papel etiológico directo de estos factores extrabiológicos (no existe, a pesar de los esfuerzos de los neurobiólogos, documentación de factores biológicos monocausales de las enfermedades psiquiátricas), como documentar el papel de "otros" factores de riesgo -no biológicos- en el surgimiento o evolución de las enfermedades psiquiátricas.

Esquematizando la lógica de las *matrices* propuesta por Henderson (1988), podemos distinguir lo siguiente:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo-edad-estado civil-clase social-urbanización-variables geográficas

FACTORES DE EXPERIENCIA

Separación en la infancia-estilo de los padres-experiencias y eventos negativos-luto-emociones expresadas en la familia-desempleo-apoyo social-migración

Todos son factores que pueden tener influencia en el surgimiento de las enfermedades psiquiátricas o en la modificación de la historia natural de la enfermedad.

Los resultados del estudio ECA en Estados Unidos (Robins *et al*, 1984) han documentado, por ejemplo, una mayor incidencia de depresión en el sexo femenino, y la interpretación más extendida de ellos es la existencia de una influencia de las condiciones sociales de la mujeres y del estado desventajoso que adquieren durante la vida (Tennant, 1985).

Rutter y sus colaboradores (1975) han puesto en evidencia una relación entre urbanización y disgregación familiar, desviación de los padres y dificultades escolares; esta relación influye en el surgimiento de los trastornos psiquiátricos infantiles.

Muchos estudios han demostrado la relación entre estrés social y daño mental. Los estudios de Brown y Harris (1978) han documentado el papel que juegan los acontecimientos vitales estresantes en la recaída de la depresión; estos autores han identificado cuatro factores de vulnerabilidad: la pérdida de la madre antes de los 10 años, no trabajar fuera de casa, la falta de intimidad con la pareja, tener en casa tres o cuatro niños de menos de 15 años.

Los datos de un estudio transcultural de la Organización Mundial de la Salud sobre eventos de vida y esquizofrenia han mostrado la relación entre eventos estresantes y el surgimiento de la esquizofrenia (Day, 1987); Finaly-Jones (1988) ha mostrado la relación entre las experiencias de pérdida y el surgimiento de depresión, episodios de manía y suicidio.

El modelo de las Emociones expresadas de Leff y Vaughn (Leff y Vaughn, 1985), que citamos anteriormente, ha documentado el papel del contexto familiar en la evolución de la esquizofrenia y la presencia de otras emociones expresadas en la familia del esquizofrénico como factores de riesgo para la recaída; Parker (Parker, 1983) ha documentado el papel de factores de riesgo del estilo de los padres en el surgimiento de los disturbios psiquiátricos.

El International Pilot Study on Schizophrenia (Sartorius *et al*, 1987), también citado en este libro, ha documentado el papel del contexto sociocultural en la evolución de la esquizofrenia.

En conclusión: factores macrosociales, diferencias culturales, eventos externos y extremos (guerras, desastres), condiciones socioeconómicas (desempleo, recesión económica), condiciones de insuficiente apoyo social, ambientes psicológicos adversos, son todos factores total o relativamente independientes de las características biológicas de un individuo y, sin embargo, parecen demostrar (como está documentado por datos epidemiológicos más o menos exhaustivos y definitivos) el papel crucial de los contextos microsociales (familia) y macrosociales en el surgimiento y la evolución de muchas enfermedades psiquiátricas.

A la luz de esta masa crítica de observaciones, de datos, de hipótesis, sería un error limitarse a "sumar" la dimensión social a las dimensiones psicológica y biológica simplemente para enriquecer una lista de factores causales o de riesgo. La operación conceptual y operativa necesaria es mucho más compleja: concebir una aproximación global a la enfermedad y a la salud, donde incluso los modelos teóricos y las prácticas de tratamiento sean más complejos y no se limiten a añadir variables potencialmente implicadas en los procesos de salud y enfermedad. En otras palabras, ello implica una relación no simplemente aditiva sino interactiva entre las dimensiones biológica, psicológica y social.

Esta relación interactiva propone modelos explicativos complejos, como podemos ver en el modelo de Ciompi, que deben considerar entre las múltiples variables en juego la respuesta que los servicios de salud ofrecen como un factor de riesgo -o protección— potencial, responsable de la evolución de la enfermedad.

Los estudios sobre la relación entre la respuesta del sistema sanitario y la evolución de la enfermedad mental constituyen una confirmación importante del efecto del contexto sobre la enfermedad: ya Hollingshead y Redlich (1958) habían mostrado cómo la clase social es un determinante de la tipología de tratamiento psiquiátrico que ofrecía el sistema sanitario. El acercamiento sociológico y los métodos epidemiológicos han permitido construir un modelo explicativo de la enfermedad mental que considere, además del papel que juega el contexto del paciente, el papel de las respuestas proporcionadas por los servicios de salud. Los estudios que muestran cómo la política de los servicios de salud constituyen factores determinantes de la evolución de las enfermedades, han permitido aclarar cómo la oferta del sistema de salud también debe considerarse parte del contexto del paciente. En un estudio italiano, por ejemplo, se ha mostrado cómo el determinante más poderoso de la rehospitalización para una población de pacientes psiquiátricos fue el tipo de asistencia ofrecida después de la primera hospitalización (Barbato *et al*, 1992).

La crisis del paradigma biomédico

Cada vez es más evidente cómo fenómenos macrosociales, que implican a sectores enteros de la población, pueden constituir factores de riesgo para la salud mental (baste pensar en fenómenos de urbanización masiva y descontrolada o en fenómenos migratorios). Cada vez resulta más habitual que la Organización Mundial de la Salud proponga documentos y recomendaciones acerca del riesgo que implican los eventos macrosociales y la posible protección que brindan medidas preventivas también de naturaleza macrosocial, como la renovación de las discusiones legislativas en favor de las fracciones "débiles" de una población.

Todo esto significa que la complejidad de los fenómenos sociales influye sobre la salud mental y, por tanto, no es admisible que los tratamientos en favor de la salud mental, ya sean preventivos o curativos, sean limitadas a una sola dimensión biomédica.

En estos años han proliferado aportes de la rama de la epidemiología, de organismos internacionales y de asociaciones científicas que sostienen la necesidad de un acercamiento integral a la enfermedad mental y a la salud mental. Lo que debemos preguntarnos es por qué, a pesar de todo esto, la psiquiatría sigue estando fuertemente condicionada por el modelo biomédico.

El motivo no va por el lado de las resistencia teórica de una parte de los psiquiatras hacia la innovación que constituyen los acercamientos más globales; si entrevistamos hoy a un grupo de psiquiatras, es probable que la gran mayoría declare estar de acuerdo con la aproximación holística, es decir biopsicosocial. El verdadero problema reside en la resistencia cultural, social y económica a las *consecuencias* que determina —o determinaría— un acercamiento biopsicosocial en las políticas nacionales de salud mental, en la formulación de programas y en la organización práctica de los servicios.

De hecho, pasar de un acercamiento biomédico a uno biopsicosocial conlleva cambios importantes:

- en la formulación de las políticas de salud mental
- en la formulación y el financiamiento de programas de salud mental
- en la práctica cotidiana de los servicios
- en el estatus social de los médicos

Estos cambios, a su vez, implican:

- El reconocimiento de la importancia del papel y de los derechos del consumidor y de las familias.
- El reconocimiento de la importancia del papel de la comunidad, no sólo como usuaria, sino como generadora de recursos que deben servir como apoyo de los recursos técnicos de los servicios sanitarios.
- El reconocimiento de la importancia de las actividades intersectoriales

entre diversas áreas de la salud, de la prevención y de la asistencia social así como de la economía.

En otras palabras, la dimensión biopsicosocial obliga a tener un acercamiento mucho más complejo y orientado a la comunidad, en lo que concierne tanto al tratamiento de la enfermedad mental como a la promoción de la salud mental.

El acercamiento biopsicosocial no excluye, evidentemente, el biológico (de hecho lo incluye) pero pone en crisis el rol hegemónico del paradigma médico.

Es importante aclarar de una vez por todas que el conflicto entre el acercamiento biológico, el psicológico y el social es un falso conflicto. Hoy, a la luz de la madurez del conocimiento de la neurobiología, neuropsicología, psicodinámica y sociología sería insensato proponer un modelo de salud-enfermedad que no fuera interactivo y complejo. El conflicto real tiene lugar entre el paradigma médico y el paradigma de la salud pública.

El paradigma médico, independientemente de que conceda más o menos importancia a los aportes de la psicología o de la sociología, invade toda la psiquiatría y busca invadir también la cultura de la salud mental. Éste es un paradigma fuertemente influido por el acercamiento biológico, aunque admite algunas instancias provenientes de acercamientos psicosociales.

Si analizamos los tratados de psiquiatría más difundidos veremos cómo, con el pasar de los años, se ha venido añadiendo al tradicional cuerpo didáctico de la psiquiatría médica un capítulo complementario (¡que generalmente es puesto al final de los libros especializados!) que, según el caso, es definido como *psiquiatría social*, *psiquiatría comunitaria* o *proyección comunitaria de la psiquiatría*.

A pesar de este encomiable esfuerzo, nos quedamos con la impresión de que la estructura teórica de la psiquiatría médica tradicional desea permanecer inmutable y sólo se ha limitado a "conceder" a la complejidad de la realidad social y a la imponente masa crítica de datos epidemiológicos y de salud pública un espacio denominado *apéndice*, como una suerte de reconocimiento tardío de la existencia de la dimensión social y comunitaria.

Por otro lado, es evidente que la adopción de un modelo de salud pública modifica radicalmente la estructura completa de la psiquiatría médica.

La forma correcta de superar el eterno conflicto académico entre acercamientos separados y autoexcluyentes, sin por ello proponer integraciones meramente "rituales" (*¡biopsicosociales como shibboleth!*), es discutir el conflicto real que, como dijimos, no es entre modelos explicativos de la enfermedad mental (y de la salud), sino entre paradigmas operativos: el paradigma biomédico por un lado y el de salud pública por el otro.

Con frecuencia tendemos, por lo general para evitar la verdadera confrontación, a utilizar el paradigma de salud pública cuando hablamos de salud mental y a utilizar el paradigma bio-médico cuando nos referimos a psiquiatría. Ya hicimos notar que la separación entre estas dos dimensiones es extremadamente peligrosa. La separación entre sujetos y acciones orientados a la salud mental y sujetos y acciones orientados a la enfermedad mental alimenta las actitudes de una comunidad -y de todos los servicios de salud que incluye- que delega la enfermedad mental a la psiquiatría, así como las actitudes de una psiquiatría -y de todos los servicios especializados que ella incluye- que delega las necesidades psicosociales del paciente psiquiátrico a la comunidad.

Podemos decir que la separación entre salud mental y psiquiatría genera en la comunidad una suerte de *fobia hacia la enfermedad*, y en la psiquiatría una especie de *fobia hacia la normalidad*.

La recomposición epistemológica, técnica y administrativa de esta separación es la única manera de crear una lógica de salud mental comunitaria; es decir, una lógica de salud pública. La noción de salud mental comunitaria incluye numerosos actores y servicios: servicios psiquiátricos, servicios sanitarios no psiquiátricos (por ejemplo, la medicina general), organizaciones sociales, instituciones civiles, asociaciones de familiares y familias, asociaciones de usuarios y particulares.

Esta lista de actores muestra cómo un acercamiento de salud pública rompe los esquemas tradicionales propuestos por el acercamiento biomédico, en el cual existe una clara separación entre profesionales de la medicina y pacientes; una separación, incluso física, entre los espacios de la enfermedad (el hospital representa para el modelo biomédico el

espacio exclusivo de acción y tratamiento) y los espacios de la salud; una separación, en fin, entre los pacientes mismos y la comunidad a la que pertenecen.

El acercamiento de salud pública implica, por el contrario, la adopción del modelo conceptual de medicina general, centrado, sobre todo, en la humanización del sistema de asistencia sanitaria y la descentralización de los recursos de las grandes instituciones sanitarias hacia la comunidad, convirtiéndose, así, en el espacio natural y privilegiado del tratamiento. La práctica de la salud mental radica en el tejido comunitario, lo que evita secuestrar los fragmentos (las fracciones de la población que sufren enfermedades) dentro de espacios y organizaciones desligadas de la comunidad y sus necesidades.

Las *acciones* que caracterizan la salud mental comunitaria incluyen:

- acciones directas sobre individuos
- acciones directas sobre grupos
- acciones directas sobre la comunidad como un todo
- acciones directas sobre las instituciones

Las acciones individuales son las que coinciden más con el tratamiento de la psiquiatría: curar, promover la mejoría, evitar la recaída de los enfermos; promover, por tanto, factores protectores (en el paciente y en la familia, así como en la red social) y controlar junto al paciente los factores de riesgo. La individualidad de estas acciones significa que el objetivo es un solo paciente enfermo, no que el tratamiento deba ser individual o que no deba involucrar al grupo familiar o comunitario. Las acciones directas sobre grupos o sobre la comunidad entera tienen que ver con la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y, por tanto, con la identificación de grupos vulnerables y con la construcción de *oportunidades preventivas* (el mejoramiento de las condiciones de vida material de una comunidad marginal, la creación de espacios de socialización para los jóvenes, la creación de espacios de empoderamiento (*empowerment*) las mujeres, son *oportunidades preventivas*).

Algunos ejemplos aclararán los conceptos que han sido expuestos hasta este punto.

Un programa de rehabilitación psicosocial dirigido a un solo individuo afectado por una psicosis puede realizarse simultáneamente por medio de tratamientos individuales (administración de psicofármacos, apoyo psicológico individual, entrenamiento para llevar a cabo actividades laborales, educación de habilidades para la vida cotidiana) y de tratamientos colectivos (apoyo a la familia, sensibilización de la comunidad en la que reside el paciente, participación de los individuos en sus lugares de trabajo). Es difícil separar en un tratamiento tan complejo las actividades específicamente psiquiátricas de las de salud mental; la participación activa de diversos sectores de la comunidad no sólo le resulta útil al paciente: también se traduce en una forma de educación sanitaria, de promoción de la salud, útil para todos.

Incluso un tratamiento de emergencia psiquiátrica (por ejemplo un paciente que es agresivo, crea problemas en la calle, asusta, amenaza) puede realizarse de forma que los tratamientos individuales y colectivos, las acciones terapéuticas y de salud mental, constituyan un conjunto de estrategias en el que las acciones dirigidas al paciente se conviertan en promoción de la salud para la comunidad entera o para un grupo. La capacidad del profesional de salud mental de enfrentar la crisis con una actitud solidaria, afectiva, de involucrar a la familia y a los vecinos de la casa, no sólo facilitará la extinción de la crisis, también promoverá la salud en todos los actores involucrados).

Finalmente, el trabajo realizado dentro de un hospital psiquiátrico puede transformarse en una acción que no sólo tenderá a mejorar las condiciones materiales del paciente, su dignidad de ciudadano, sino en una que puede involucrar a toda la comunidad que rodea al hospital en un gran proceso de transformación, humanización y rehabilitación, para el cual el beneficio no es sólo para el paciente sino también para los sujetos sociales involucrados y los protagonistas del proyecto de salud.

Los ejemplos que dimos hasta ahora muestran cómo acciones típicas de la psiquiatría pueden volverse acciones de salud mental, pero también sucede lo contrario: la necesidad de promover la salud mental en una comunidad puede y debe transformarse en acciones de beneficio para los enfermos mentales. De hecho, uno de los riesgos de las acciones de promoción de la salud desvinculadas de las acciones para el tratamiento de

la enfermedad determina lo que Lamb y Zusman (1982) llaman *atracción por la prevención*, subrayando que la más de las veces las acciones de promoción y prevención son paralelas a las acciones para el tratamiento de la enfermedad, en gran medida ineficaces. La atracción por la prevención es, para muchos grupos, una racionalización para sustraer recursos y evitar la confrontación con los enfermos más graves y crónicos.

Por el contrario, acciones inteligentes e integradas de promoción y prevención o de tratamiento de la enfermedad determinan efectos mixtos que tienen gran efectividad. Como ejemplo comento lo que sucedió en El Salvador con la experiencia de los "talleres" de elaboración de alimentos a base de soya (Saraceno *et al*, 1992). Los objetivos directos y explícitos de estos talleres eran introducir la soya en la alimentación a fin de que las madres aceptaran usar leche de soya para los niños de menos de seis años con bajo peso (la leche de vaca o la leche artificial son prohibitivamente caras).

La soya, un cereal con alto contenido proteico, es muy barato y constituye un buen sustituto de la leche animal. Muchas de las mujeres que asistían al centro de salud se quejaban de síntomas de depresión y angustia claramente relacionados con la preocupación que les generaba el atraso en el crecimiento y desarrollo de sus hijos ("estoy deprimida porque mi hijo no crece").

Los talleres de preparación de pastillas de soya (necesarias para volver aceptable el gusto de la soya, extraño a la cultura alimentaria centroamericana) se transformaron rápidamente en ocasiones de encuentro entre mujeres, de intercambio de información, de solidaridad, de juego. Los encuentros entre las mujeres fueron un momento fundamental en el desarrollo de su conciencia y autoestima; algunas, que eran "pacientes" psiquiátricas, se incorporaron al encuentro "de la soya".

En este ejemplo está claro cómo una acción de promoción de la salud y de prevención (la introducción de leche de soya) se vuelve una acción de promoción de la salud mental (la unión de las mujeres) y también un momento de tratamiento sobre el malestar psíquico y en algunos casos sobre la enfermedad (las pacientes con depresión incorporadas al grupo).

¿Cuál es la *cuota* de tratamientos para la prevención de la enfermedad o la promoción de la salud en lo que respecta a la psiquiatría o a la salud

materno-infantil que pueden ser administrados? La pregunta es intrascendente; lo que nos interesa es la ruptura radical del modelo de tratamiento biomédico como condición indispensable para generar salud mental o no- en la comunidad.

La pregunta que nos tenemos que hacer ahora no es si los psiquiatras creen en el acercamiento biopsicosocial, sino si los servicios encargados de la prevención y el cuidado de las enfermedades mentales en efecto están organizados de modo que puedan respetar un acercamiento biopsicosocial; es decir, como hemos tratado de demostrar, si son capaces de superar el paradigma biomédico y de producir un paradigma de salud pública.

La ciudadanía plena y consciente y la salud mental son condiciones estrechamente ligadas entre sí, y un déficit en una de ellas implica un déficit en la otra: la salud mental de un individuo (o un grupo) que no goce plenamente de su ciudadanía está en riesgo, del mismo modo que está en riesgo la plena ciudadanía social de un individuo (o un grupo) que no goce plenamente de su salud mental. La estrecha relación entre ciudadanía y salud implica que todas las acciones llevadas a cabo por la salud (y por la enfermedad) deben ser también acciones por la ciudadanía.

La salud mental, como hemos tratado de mostrar, es una noción compleja que no puede ser contenida en un modelo exclusivamente biológico y médico, pues implica múltiples actores y está relacionada con dimensiones legislativas, sociales, económicas, culturales y políticas.

¿Tiene sentido un manual de rehabilitación?

Como conclusión de este breve ensayo debo confesar al lector una trampa o un grupo de expectativas que he frustrado. No he escrito un manual de rehabilitación sino una herramienta para reflexionar sobre ella.

Me parece que recetarios para la cocina psiquiátricas hay muchísimos (y algunos muy bien hechos y muy inteligentes); es decir, me parece que ya hay muchos *manuales* que ilustran la modalidad de adopción correcta de un modelo sobre otro, y uno puede aprender algo útil de todos. Mi resistencia a la idea de un modelo de rehabilitación, sumada a mi sensación de que lo que necesitan los médicos más jóvenes es una reflexión sobre su tarea, son los motivos principales por los que no he escrito un manual.

He tratado de demostrar que la rehabilitación psicosocial puede ser un paradigma en el cual es revelado lo siguiente:

- Que la psiquiatría institucional es un conjunto de estrategias de entretenimiento; es decir, de mantenimiento del paciente y del interno *dentro* de una autogeneración de la enfermedad y de los cuidados.
- Que la rehabilitación, forzando los espacios de acción, multiplicando los autores de las acciones, articulando los objetivos, genera una *apertura* de las puertas de este *dentro* que es la psiquiatría institucional y muestra las aponías, los fallos.
- Que, una vez que la rehabilitación ha sido utilizada como paradigma para entender e innovar, es posible reflexionar y tratar de construir

una teoría y una práctica más generales, en las cuales sean recompuestas psiquiatría y salud mental dentro de un orden conceptual y práctico en el que, en lugar de la hegemonía de los modelos médico-psiquiátricos, se afirme la idea, por lo demás banal, de que: en la vida, en el sufrimiento y en las complejas necesidades de las personas, la respuesta no proviene del médico, que sólo es llamado cuando resulta útil para dar su contribución a la salud, que puede resultar relevante pero no tiene por que ser invasiva.

Bibliografía

- Alisky, J. M. y K. A. Icskowski, "Barriers to housing for deinstitutionalised psychiatric patients", *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1990, pp. 93-95.
- Anderson, C. M., D. J. Reiss y G. E. Hogarty, "Family Treatment of Adult Schizophrenic Patient: a Psychoeducational Approach", *Schizophrenia Bulletin*, 6, 1980, pp. 490-505.
- Andreasen, G., "Positive versus negative schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 11, 1985, pp. 380-389.
- Andrews, G., M. Teesson, G. Stewart y J. Hoult, "Follow up of community placement of the chronic mental ill in New South Wales", *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1990, pp. 184-188.
- Andrews, G., "The changing nature of psychiatry", *Australian New Zealand Journal Psychiatry*, 25, 1991, pp. 453,459.
- Anthony, W. A., M. R. Cohén y R. Víalo, "The measurement of rehabilitation outcome", *Schizophrenia Bulletin*, 4, 1978, pp. 365-383.
- Anthony, W. A., "Psychiatric Rehabilitation: achieving its promise", *Community Support Network News*, vol. 6., núm. 1, octubre de 1989.
- Anthony, W. A. y R. P. Liberman, "The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base", *Schizophrenia Bulletin*, 4, 1986, pp. 542-559.
- Anthony, W. A., M. R. Cohén y M. D. Farkas, *Formazione e metodologia dell'assistenza in riabilitazione psichiatrica*, Edizione Fatebenefratelli, Milán, 1988.
- Ardigó, W. y G. de Girolamo, "Note introduttive sulla riabilitazione in psichiatria", *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, 1987, pp. 33-46.
- Auge, M., *Non-lieux*, Seuil, París, 1992.
- Ayllon T. y N. H. Azrin, *The Token Economy*, Appleton Century Crofts, Nueva York, 1968.
- Azrin, N. H. y R. A. Phillip, "The job club method for job handicapped: A comparative outcome study", *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 23, 1979, pp. 144-155.
- Azrin, N. H. y V. A. Besalel, *Job Club Counselors Manual: A Behavioural Approach to Vocational Counseling*, University Park Press, Bakimore, 1980.
- Balbo, E, *Ricerca sulle condizioni metafisiche ed etiche dello sviluppo umano*, Marves, Roma, 1960.
- Balduzzi, E., "Les coopératives. Instrument de rehabilitation", *Information Psychiatrique*, 65, 1989, pp. 721-725.
- Balukas, R. y J. W. Baken, "Community resistance to the development of group homes for people with mental retardation", *Rehabilitation Litterature*, 46, 1985, pp. 194-197.
- Bachrach, L., "The future of the state mental hospital", *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 1986, pp. 467-474.
- Bachrach, L., *High quality servicesfor mentally ill individuáis: social andpolitical implications*,

- III Congress of the World Association of Psychosocial Rehabilitaci3n, Montreal, 1991.
- Baker, F. y C. Douglas, "Housing environments and community adjustment of severely mentally ill persons", *Community Mental Health Journal*, 26, 1990, pp. 497-505.
- Barbato, A., E. Tersian, B. Saraceno, L. de Luca y G. Tognoni, "Outcome of discharged psychiatric patients after short inpatient treatment: An Italian collaborative study", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 1992, pp. 192-197.
- Barrowclough, C. y N. Tarrier, "Psychosocial Interventions with Families and their Effects on the Course of Schizophrenia: a review", *Psychological Medicine*, 14, 1984, pp. 629-642.
- Barrowclough, C., "Assessing the Functional Value of Relatives Knowledge about Schizophrenia: a preliminary report", *British Journal of Psychiatry*, 151, 1987, pp. 1-8.
- Barrowclough, C. y N. Tarrier, "Social Functioning in Schizophrenic Patients. The Effects of Expressed Emotion and Family Intervention", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 1990, pp. 125-129.
- Barter, J. T., J. F. Queirolo y S. P. Ekstrom, "A Psychoeducational Approach to Educating Chronic Mental Patients for Community Living", *Hospital and Community Psychiatry*, 9, 1984, pp. 327-338.
- Barton, R., *Institutional Neurosis*, Wright & Sons, Bristol, 1996.
- Basaglia, E., "La distruzione dell'ospedale psichiatrico", 1964, en F. Basaglia, *Scritti*, Einaudi, Turin, 1982, 1, p. 250.
- Basaglia, E., "Crisi istituzionale o crisi psichiatrica", 1967, en F. Basaglia, *Scritti*, Einaudi, Turin, 1982, p. 452.
- Basaglia, F., "Riabilitazione e controllo sociale", 1971, en F. Basaglia, *Scritti*, Einaudi, Turin, 1982, 2, p. 200.
- Bellack, A. S., "Training di abilit3 sociali nella schizofrenia" *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 109, 1985a, pp. 1210-1223.
- Bellack, A. S., "Programma di trattamento comprensivo per la schizofrenia", *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 109, 1985b, pp. 1324-1337.
- Bellack, A. S., K. T. Mueser, R. L. Morrison, A. Tierney y K. Podell, "Remediation of Cognitive Deficits in Schizophrenia", *American Journal of Psychiatry*, 147, 1990a, pp. 1650-1655.
- Bellack, A. S., R. L. Morrison, J. T. Wixted y K. T. Mueser, "An Analysis of Social Competence in Schizophrenia", *British Journal of Psychiatry*, 156, 1990b, pp. 809-811.
- Berkowitz, R., N. Shavit y J. Leff, "Educating relatives of schizophrenic patients", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 1990, pp. 216-220.
- Biswanger, L., *Per una antropologia fenomenologia*, Feltrinelli, Mil3n, 1970.
- Bleuler, M., *Die Schizophrenen Geistesstruengen in Lichte langjaehriger Kranken und Familiengeschichten*, Thieme, Stuttgart, 1972.
- Brandenburg, N. A., R. M. Friedman y S. E. Silver, "The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies", *Journal American Child and Adolescent Academy*, 29, 1990, pp. 76-83.
- Brown, G. W., J. L. T. Birley y J. K. Wing, "Influence of family life on the course of schizo-

- phrenic disorders: A replication", *British Journal of Psychiatry*, 121, 1972, pp. 241-258.
- Brown, G. W. y T. O. Harris, *The Social Origin of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*, Tavistock, Londres, 1978.
- Brown, P., "The ñame game: toward a sociology of diagnosis", *The Journal of Mind and Behaviour*, 11, 1990, pp. 385-406.
- Brown, M. A., "Comparison of Outcomes for Client Seeking Assigned to Supported Housing Services", *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1991, pp- 1150-1153.
- Burti, L., R. Siani y O. Siciliani, "Compendio bibliográfico", en *Riabilitazione psicosociale*, actas del I Congresso Nazionale della SIRP, Verona, 29-30 de octubre de 1988, Franco Angeli, Milán, 1990.
- Burti, L. y V. S. Yastrebov, "Procedures Used in Rehabilitation", en N. Sartorius, G. de Girolamo, G. Andrews, G. Alien Germán, L. Eisenberg (eds.), *Treatment of Mental Disorders. A Review of Effectiveness*, American Psychiatric Press, Washington, 1993.
- Butterfield, D. I., "Neighbors' perceptions of outdoor spaces surrounding group homes for the developmentally disabled adult", *Environmental Design Research Association*, 14, 1983, pp. 91-104.
- Carrino, L., "La dimensione affettiva del lavoro crítico", en P. Crepet, G. de Plato, D. de Salvia y M. G. Giannichedda (eds.), *Fra regola e utopia*, Cooperativa Editoriale Psichiatria Democratica, Bolofia, 1982.
- Castelfranchi, C., "La frontiera della riabilitazione in psichiatria. Analisi dei termini e interrogativi di ricerca (parte I)", *Salute mentale, Medicina sociale, Epidemiología*, 1, 1990, pp. 59-66.
- Centro Studi Ricerche Salute Mentale Regione Friuli Venezia Giulia, *Schiz-ofrenia, Informazioni per le famiglie*, Edizioni Biblioteca dell'Immagine, Pordenone, 1994.
- Chan, D. W., "Does language make a difference?", *Psychological Medicine*, 15, 1985, pp. 147-157.
- Ciompì, L., "The Natural History of Schizophrenia in the LongTerm", *British Journal of Psychiatry*, 136, 1980, pp. 413-420.
- Ciompì, L., "La schizofrenia cronica é un artefatto sociale? Argomenti e controargomenti", *Fogli d'informazione*, noviembre de 1984, pp. 1-22.
- Ciompì, L., "Affects as central organising and integrating factors: A new psychosocial/ biological model of the psyche", *British Journal Psychiatry*, 159, 1991, pp. 97-105.
- Ciompì L. y C. Muller, *Lebensiveg und Alten der Schizophrenen. Eine katamanestische Langleistudie bis ins Senium*, Springer, Berlín, 1976.
- Ciompì, L., H. P. Dauwalder y C. Agüe, "Un programma di ricerca sulla riabilitazione del malato psichiatrico", *Psicoterapia e scienze umane*, 4, 1987, pp. 47-64.
- Ciompì, L., H. P. Dauwalder, C. Maier, I. Aebi, K. Trutsch, Z. Kupper y C. Rutishauser, "The pilot project 'Sotena Berne'. Clinical experiences and results", *British Journal of Psychiatry*, supl. 18, 1992, pp. 145-153.
- Cohén, C. y J. Sokovsky, "Schizophrenia and social networks: expatients in the inner cines", *Schizophrenia Bulletin*, 4, 1978, pp. 546-560.
- Cohén, L. J., "Work and mental health", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25,

- 1990, pp. 108-113.
- Corrigan, P. W., P. Liberman y J. D. Engel, "From Noncompliance to Collaboration in the Treatment of Schizophrenia", *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1990, pp. 1203-1211.
- Courtenay, M. H., G. W. Brooks, T. Ashikaga, J. S. Strauss y A. Breier, "The Vermont Longitudinal Study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia", *American Journal Psychiatry*, 144, 1987, pp. 727-735.
- Day, R., "Stressful Life events preceding the acute onset of schizophrenia: a cross-national study from the World Health Organization", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11, 1987, pp. 123-205.
- De Girolamo, G., "Terapie sociali e Riabilitazione", en M. Lang y F. del Corno (eds.), *Psicología Clínica*, Franco Angeli, Milán, 1989, V, pp. 207-230.
- De Leonardis, O., *Il terzo escluso*, Feltrinelli, Milán, 1990.
- De Leonardis, O. y R. Goergen, *L'impresa sociale*, minuta del congreso "La questione psichiatrica", Trieste, 1988.
- De Leonardis, O., D. Mauri y F. Rotelli, *L'impresa sociale*, Anabasi, Milán, 1994.
- Deleuze, G., *La piega*, Einaudi, Turín, 1990.
- Deleuze, G., *Nietzsche*, Presses Universitaires de France, 1965.
- Doane, J. A., "Parental Affective Style and the Treatment of Schizophrenia", *Archives of General Psychiatry*, 4, 1985, pp. 34-42.
- Doane, J. A., "The Impact of Individual and Family Treatment on the Affective Climate of Families of Schizophrenics", *British Journal of Psychiatry*, 148, 1986, pp. 179-287.
- Dohrenwend, B. R, P. E. Shrout, B. Link *et al.*, "Social and Psychological Risk Factors for Episodes of Schizophrenia", en H. Haffner y W. Battex (eds.), *Search for the causes of schizophrenia: proceedings of a symposium celebrating the 600th anniversary of the University of Heidelberg*, Springer Verlag, Heidelberg, 1986.
- Douglas, M. y B. Isherwood, *Il mondo delle cose*, II Mulino, Boloña, 1984.
- Eisenberg, L., "Mindlessness and brainlessness in psychiatry", *British Journal Psychiatry*, 148, 1986, pp. 497-508.
- Elliot, S. J., S. M. Taulory R. A. Keans, "Housing satisfacción, preference and need among the chronically mentally disabled in Hamitlon", *Social Science and Medicine*, 30, 1990, pp. 95-102.
- Engel, G. L., "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", *Science*, 196, 1977, pp. 129-136.
- Falloon, I. R. H., "Expressed emotion: current status", *Psychological Medicine*, 18, 1988, pp. 269-274.
- Falloon, I. R. H., R. P. Liberman, F. G. Lillie y C. E. Vaughn, "Family Therapy of Schizophrenics with High Risk of Relapse", *Family Process*, 20, 1981, pp. 211-221.
- Falloon, I. R. H., J. Boyd, C. McGill, L. Razani, H. Moss y A. Gilderman, "Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia", *New England Journal*

- of Medicine*, 306, 1982, pp. 1437-1440.
- Falloon, I. R. H., J. L. Boyd, C. W. McGill, M. Williamson, J. Razani, H. B. Moss, A. M. Gilderman y G. M. Simpson, "Family Management in the Prevention of the Morbidity of Schizophrenia: Clinical Outcome of a two-year Longitudinal Study", *Archives of General Psychiatry*, 41, 1985, pp. 887-896.
- Falloon, I. R. H., J. A. Doane y J. Pederson, "Family versus Individual Management in Prevention of Morbidity of Schizophrenia: III. Family Functioning", *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985, pp. 887-896.
- Falloon, I. R. H. y J. Pederson, "Family Management in the Prevention of Morbidity of Schizophrenia: The Adjustemenr óf the Family Unit", *British Journal of Psychiatry*, 147, 1985, pp- 156-163.
- Falloon, I. R. H., C. W. McGill, J. L. Body y J. Pederson, "Family Management in the Prevention of Morbidity of Schizophrenia: II. Social Outcome of a two-year Longitudinal Study", *Psychological Medicine*, 17, 1987, pp. 59-66.
- Falloon, I. R. H., K. Mueseer, S. Gingerich, S. Rappaport, C. McGill y V. Hole, *Intervento psicoeducativo familiare in psichiatria*, Centro Studi Erickson, Trento, 1992.
- Farkas, M. D., E. S. Rogers y S. Thurer, "Rehabilitación Outcome of Long-term Hospital Patients Left Behind by Deinscicucionalization", *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 1987, pp. 864-870.
- Farmer, A. E., S. Wessely, D. Castle y P. McGuffin, "Methodological issues in using polydiagnostic approach to define psychotic illness", *British Journal Psychiatry*, 151, 1993, pp- 824-830.
- Fink, P. J., "Response to the presidencial address: Is biopsychosocial the psychiatric shibboleth?", *American Journal Psychiatry*, 145, 1988, pp. 1061-1067.
- Finlay-Jones, R. A., "Life Events and Psychiatric Illness", en A. S. Henderson y G. D. Burrows, *Handbook of Social Psychiatry*, Elsevier, Amsterdam, 1988.
- Fournier, J.-P., M. Monlum y M. Laurenc, "Situations psychiatrique et itinéraire réadaptatif", *Revue Pratique de Psychologie de la Vie Sociale et d'Hygiène Mentale*, 1, 1984, pp. 51-79.
- Furet, E, *Penser la Révolution*, Gallimard, París, 1978.
- Galimberti, U., G. Valenc y C. Cascelfranchi, *La Riabilitazione della psichiatria*, METIS, Brescia, 1993.
- Gallio, G. (ed.), *Nell'impresa sociale*, Edizioni "e", Triesce, 1991.
- Goering, P. N., D. A. Wasylenki, M. Farkas, W. J. Lancee y R. Ballantyne, "Whar Difference does Case Management Make?", *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 1988, pp. 272-276.
- Gombrowicz, W., *Ferdidurke*, Feltrinelli, Milán, 1991.
- Grad, J. y P. Sainsbury, "The effects that patients have on families in a community care and a control psychiatric service, a rwo year follow-up", *British Journal of Psychiatry*, 114, 1968, pp. 265-278.
- Guilé, J. M., "La schizophrénie existe elle sous coutes les latitudes?", *Llnformation Psychiatrique*, 65, 1989, pp. 123-128.
- Harding, C. M., J. Zubin y J. S. Strauss, "Chronicity in schizophrénia: Fact, partial fact,

- or artifact?", *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 1987, pp. 477-486.
- Helmann, I. D., L. R. Green, T. L., Morrison y S. I. Abramowitz, "Work and mental illness. I. Toward an integration of the rehabilitation process", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 1987, pp. 317-326.
- Henderson, A. S., *Psichiatria Sociale ed Epidemiologia Psichiatrica*, II Pensiero Scientifico Editores, Roma, 1991.
- Hierholzer, R. W. y R. P. Liberman, "Successful Living: a Social Skills and Problem Solving Group for the Chronic Mentally Ill", *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 1986, pp. 913-918.
- Hodgins, S., M. Cyr y L. Gastón, "Impact of supervised apartments on the functioning of mentally disordered adults", *Community Mental Health Journal*, 26, 1990, pp. 507-516.
- Hogarty, G. E., C. M. Anderson, D. J. Reiss, S. J. Kornblith, D. P. Greenwald, C. D. Javaya y M. J. Madonia, "Family Psychoeducation, Social Skills Training, and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia", *Archives of General Psychiatry*, 43, 1986, pp. 633-642.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M. y D. J. Reiss, "Family Psychoeducation, Social Skills Training and Medication in Schizophrenia: the Long and the Short of it", *Psychopharmacological Bulletin*, 23, 1987, pp. 12-13.
- Hogarty, G. E., C. M. Anderson, D. J. Reiss, S. J. Kornblith, P. D. Greenwald, R. F. Ulrich y M. Cárter, "Family Psychoeducation, Social Skills Training, and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. Two year Effects of a Controlled Study on Relapse and Adjustment", *Archives of General Psychiatry*, 48, 1991, pp. 340-347.
- Hollingshead, A. B. y F. C. Redlich, *Classi sociali e malattie mentali*, Einaudi, Turín, 1965.
- Hoult, J., "Dissemination in New South Wales of the Madison Model", en I. Marks y R. Scott, *Mental Health Care Delivery: Innovations, Impediments and Implementation*, Cambridge University Press, Cambridge, 1990.
- Huber, G., G. Gross y J. S. Schuttler, "Longitudinal studies of schizophrenic patients", *Schizophrenia Bulletin*, 6, 1980, pp. 592-605.
- Hunter, D. E. K., R. J. Hoffnung y J. B. Ferholt, "Family Therapy in Trouble: Psychoeducation as Solution and as a Problem", *Family Process*, 27, 1988, pp. 327-338.
- Jablensky A., N. Sartorius, G. Ernberg, M. Anker, A. Korten, J. E. Cooper, E. Day y A. Bertelsen, "Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A WHO Ten Country Study", *Psychological Medicine*, 22, supl. 20, 1992.
- Jaspers, K., *La filosofía dell'esistenza*, Biompiani, Milán, 1940.
- Johnstone, E., D. Owens, A. Gold, T. Crow y F. Macmillan, "Schizophrenic patients discharged from hospital, a follow-up study", *British Journal of Psychiatry*, 145, 1984, pp. 586-590.
- Jones, K., M. Robinson y J. Golightly, "Long term psychiatric patients in the community", *British Journal of Psychiatry*, 149, 1986, pp. 537-540.
- Keller, M. B. y P. W. Lavori, "The adequacy of treating depression", *Journal of Nervous and*

- Mental Disease*, 176, 1988, pp. 471-474.
- Kendell, R. E., "Clinical validity", *Psychological Medicine*, 19, 1989, pp. 45-55.
- Kiesler, C. A. y A. E. Sibulkin, *Mental Hospitalisation: Myths and Facts about a National Crisis*, Sage, Newbury Park, California, 1987.
- Kovess, V., O. Sylla, L. Fournier y V. Flavigny, "Why discrepancies exist", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 1992, pp. 185-191.
- Kovess, V., H. B. M. Murphy y M. Tousignant, "La dépression perçue par le public et la dépression décrite par le DSM-III sont-elles les mêmes?", *Canadian Journal Psychiatry*, 34, 1989, pp. 913-920.
- Kuipers, L., y P. Bebbington, "Relatives as a resource in the management of functional psychosis", *British Journal of Psychiatry*, 147, 1985, pp. 465-470.
- Lamb, H. R. y J. Zusman, "The Seductiveness of Primary Prevention", en F. D. Perlmutter (ed.), *Mental Health Promotion and Primary Prevention*, Jossey Bass, San Francisco, 1982.
- Lang, S. K. y E. Cara, "Vocational integration for the psychiatrically disabled", *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1990, pp. 890-892.
- Leff, J., "Due fasi di intervento in famiglie di pazienti schizofrenici: implicazioni teoriche e pratiche", *Notizie ARS* 2, supl. 3, 1988, pp. 30-34.
- Leff, J., y C. Vaughn, "The Role of Maintenance Therapy and Relatives' Expressed Emotion in Relapse of Schizophrenia: a two-year follow-up", *British Journal of Psychiatry*, 139, 1981, pp. 102-104.
- Leff, J., L. Kuipers, R. Berkowitz, R. Eberlein-Vreis y D. Sturgeson, "A Controlled Trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients", *British Journal of Psychiatry*, 141, 1982, pp. 121-134.
- Leff, J., L. Kuipers, R. Berkowitz, C. Vaughn y D. Sturgeon, "Life events, Relatives' Expressed Emotion and Maintenance Neuropsychotics in Schizophrenic Relapse", *Psychological Medicine*, 13, 1983, pp. 799-806.
- Leff, J., L. Kuipers, R. Berkowitz y D. Sturgeon, "A Controlled Trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients: two year follow-up", *British Journal of Psychiatry*, 146, 1985, pp. 594-600.
- Leff, J. y C. Vaughn, *Expresses Emotion in families*, Guilford Press, Nueva York, 1985.
- Leff, J., R. Berkowitz, N. Shavit, A. Strachan, I. Glass y C. Vaughn, "A Trial of Family Therapy versus a Relatives Group of Schizophrenia", *British Journal of Psychiatry*, 154, 1989, pp. 58-66.
- Leff, J., N. Sartorius, A. Jablensky, A. Korten y G. Ernberg, "The International Pilot Study of Schizophrenia: Five year follow up findings", *Psychological Medicine*, 11, 1992, pp. 131-145.
- Lieberman, R. P., "What is schizophrenia?", *Schizophrenia Bulletin*, 8, 1982, pp. 435-437.
- Lieberman, R. P., "Psychiatric Rehabilitation of Schizophrenia: Editor's Introduction", *Schizophrenia Bulletin*, 12, 1986, pp. 540-541.
- Lieberman, R. P., H. K. Massel, M. Mosk y S. E. Wong, "Social Skills Training for Chronic

- Mental Patients", *Hospital and Community Psychiatry*, 4, 1985, pp. 396-403.
- Liberman, R. P., K. T. Mueser, T. J. Wallace, H. E. Jacobs, T. Ekman y H. K. Massel, "Training Skills in the Psychiatrically Disabled: Learning Coping and Competence", *Schizophrenia Bulletin*, 12, 1986, pp. 631-647.
- Liberman, R. R., "Incontro", *Schizofrenia*, 4, 1991, pp. 63-65-
- Liberman, R. P., V. Cardin, C. McGill, I. R. H. Falloon y C. D. Evans, "Behavioral Family Management of Schizophrenia: Clinical Outcomes and Costs", *Psychiatric Annals*, 17, 1987, pp. 610-619.
- Marturini, G., "Intervista", en H. Simón, *II lavoro rende liberi? DaU'ergoterapia all'istituzione inventata*, Sapere 2000, Roma, 1990.
- McLaren, N., "Is mental disease just brain disease? The limits to biological psychiatry", *Australian New Zealand Journal Psychiatry*, 26, 1992, pp. 270-276.
- Mechanic, D. y L. H. Aiken, "Improving the care of patients with chronic mental illness", *New England Journal of Medicine*, 317, 1987, pp. 1634-1638.
- Metleau-Ponty, M., *Signes*, Gallimard, París, 1960.
- Michelucci, G., "La nave dei folli", *La Nuova Città*, IV serie, 3, 1984, p. 12
- Michelucchi, G., cit. en E. Venturini, "Lo spazio di confine, costellazione di eventi e di possibilità", *La Nuova Città*, 6/7, 1992, p. 13
- Momm, W., *New concept and experiences concerning the employment of persons with mental disorders*. ¿LO, Contribution for the III Congress of The World Association for Psychiatric Rehabilitation, Montreal, 1991.
- Morrisal, R. L. y A. S. Bellack, "Social Functioning of Schizophrenic Patients: Clinical and Research Issues", *Schizophrenia Bulletin*, 13, 1987, pp. 715-725.
- Murphy, H. B. y A. C. Raman, "The chronicity of schizophrenia in indigenous tropical peoples", *British journal of Psychiatry*, 18, 1971, pp. 489-497.
- OMS, *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*, OMS, Ginebra, 1973.
- OMS, *Schizophrenia. An International Follow Up Study*, Wiley, Chicester, 1979.
- OMS, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, OMS, Ginebra, 1980.
- OMS, *Schizophrenia, Information for Families*, WHO/MNH/MND, Ginebra, 1992.
- OMS, *Transition from Hospital to Community: A Literature Review on Housing*, MNH/MND, 17, Ginebra, 1993.
- Pam, A., "A critique of the scientific status of biological psychiatry", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, suppl 362, 1990.
- Parker, G., "Parental affectionless control as an antecedent to adult depression", *Archives General Psychiatry*, 40, 1983, pp. 956-960.
- Platt, S., "Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scale", *Psychological Medicine*, 15, 1985, pp. 383-393.
- Rea, M. M., A. M. Strachan, M. J. Goldstein, I. R. H. Falloon y S. Hwang, "Changes in Patient Coping Style Following Individual and Family Treatment for Schizophrenia", *British Journal of Psychiatry*, 158, 1991, pp. 642-647.
- Righetti, A. y F. Rotelli, "Le cooperative: imprese sociali tra solidarietà e produzioni",

- Fogli di Informazione*, 150, 1990, pp. 29-32.
- Robins, L. N., J. E. Helzer y M. M. Weissman, "Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites", *Archives General Psychiatry*, 41, 1984, pp. 949-958.
- Rotelli, F., "L'inventario delle sottrazioni", en AA. W., *Inventario di una Psichiatria*, Eelcta, Milán, 1981.
- Rotelli, F., "Intervista", en H. Simón, // *lavoro rende liberi? Dall'ergoterapia all'istituzione invéntala*, Sapere 2000, Roma, 1990.
- Rotelli, F., *Per un'impresa sociale*, introducción al Convegno di Parma, 1991.
- Rutter, M., B. Yule, D. Quinton, O. Rowland, W. Yule y M. Berger, "Attainment and adjustment in two geographical áreas. Some factors accounting for área differences", *British Journal of Psychiatry*, 126, 1975, pp. 520-523.
- Saraceno, B. y E. Sternai, "Questione di riabilitazione", *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 111, 1987, pp. 1507-1517:
- Saraceno, B., *Introduzione a Laing R. Lio e gli altri*, Sansoni, Florencia, 1988.
- Saraceno B., D. Cecchetto y C. A. Escalante, *El promotor de salud frente a los trastornos mentales*, Universidad del Salvador-MLAL, San Salvador, 1992.
- Saraceno, B., L. Frattura y M. J. Bertolote, "Evaluation of psychiatric services: hard and soft indicators", en OMS, *Innovative approaches in service evaluations*, WHO/MNH/MND 93.19, Ginebra, 1993.
- Saraceno, B., "Il progetto dell'Istituto Mario Negri: salute mentale in America Latina", *Epidemiología e Psichiatria Sociale*, 1, 1994, pp. 49-58.
- Sarada Menon, M. y R. Shankar, "Family and professionals working together in the management of schizophrenia", en P. Mane y K. Gandevia (eds.), *Mental Health in India*, Tata Institute of Social Sciences, Delhi, 1993.
- Sartorius, N., A. Jablenski, G. Enberg, J. Leff, A. Korten y W. Gulbinat, "Course of schizophrenia in different countries: some results of a World Health Organizations international 5-year follow-up study", en H. Haffner, W. F. Gattaz y W. Janzarik, *Search for the Causes of Schizophrenia*, Springer Verlag, Berlín, 1987.
- Sartorius, N., "International perspectives of psychiatric classification", *British Journal Psychiatry*, 152, supl. 1, 1988, pp. 9-14.
- Scott, N. J. y R. A. Scott, "The impact of housing markets on deinstitutionalization", *Administration in Mental Health*, 7, 1980, pp. 210-222.
- Scottish Schizophrenia Research Group, "The Nithsdale schizophrenia survey VI Relatives' expresses emotion: prevalence, patterns and clinical assessment", *British Journal of Psychiatry*, 150, 1987, pp. 640-644.
- Sebregondi Ceriani, G., "Considerazioni sulla teoria delle aree depresse" (1950), en C. F. Casula (ed.), *Credere nello sviluppo sociale: la lezione intellettuale di G. Ceriani Sebregondi*, Edizioni Lavoro, Roma, 1990.
- Sennet, R., *La coscienza dell'occhio. Pxogetto e vita sociale nelle città*, Feltrinelli, Milán, 1992.
- Siani, R., O. Siciliani y L. Burti, *Strategie di psicoterapia e riabilitazione*, Feltrinelli, Milán, 1991.
- Spivak, M., "Introduzione alia riabilitazione sociale: teoria, tecnología e metodi di

- intervento", *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 111, 1987, pp. 522-574.
- Spivak, M., *La riabilitazione psicosociale: che cosa è?*, I Congresso Nazionale della SIRP, 1988.
- Spivak, M., y H. Omer, "Un modello interpersonale per capire e neutralizzare i processi cronici nei pazienti psichiatrici", *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXVI, 1992, pp. 179-202.
- Strauss, J. S., R. F. Kokes, R. Klorman y J. Sacksteder, "Premorbid adjustment in schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 3, 1977, pp. 182-244.
- Strauss, J. S., "Negative Symptoms: future developments of the concept", *Schizophrenia Bulletin*, 11, 1985, pp. 457-460.
- Strauss, J. S. y W. T. Carpenter jr., "Predicción of outcome in schizophrenia", *Archives of General Psychiatry*, 27, 1972, pp. 739-746.
- Tagliabue, L., "La Riabilitazione", en F. Ascoli, A. Ballerini y G. Berti Ceroni (eds.), *Psichiatria nella Comunità*, Bollan Boringhieri, Turín, 1993.
- Tarrier, N., "Some Aspects of Family Interventions in Schizophrenia: Adherence to Intervención Programmes", *British Journal of Psychiatry*, 159, 1991, pp. 465-480.
- Tarrier, N., C. Barrowclough, C. Vaughn, J. S. Bamrah, K. Porceddu, S. Watts y H. Freeman, "The Community Management of Schizophrenia: a Controlled Trial of a Behavioral Intervention with Families to Reduce Relapse", *British Journal of Psychiatry*, 153, 1988, pp. 532-542.
- Tarrier, N., C. Barrowclough, C. Vaughn, J. S. Bamrah, K. Porceddu, S. Watts y H. Freeman, "Community Management of Schizophrenia: a two-year follow-up of a Behavioral Intervention with Families", *British Journal of Psychiatry*, 154, 1989, pp. 635-628.
- Tarrier, N. y C. Barrowclough, "Providing Information to Relatives about Schizophrenia: Some Comments", *British Journal of Psychiatry*, 149, 1986, pp. 458-463.
- Tarrier, N., K. Lowson y C. Barrowclough, "Some Aspects of Family Interventions in in Schizophrenia II: Financial Considerations", *British Journal of Psychiatry*, 159, 1991, pp. 481-484.
- Tennant, O., "Female vulnerability to depression", *Psychological Medicine*, 15, 1985, pp. 733-737.
- Test, M. A. y R. Scott, "Community Care Programas", en I. Marks y R. Scott, *Mental Health Care Delivery: Innovations, Impediments and Implementation*, Cambridge University Press, Cambridge, 1990.
- Thornicroft, G., "Developing Integrated Systems of Care for people disabled by Chronic Schizophrenia: the role of Psycho-Social Interventions", en QMS, *Innovative Approaches in Mental Health Care*, WHO/MNH/MND, Ginebra, 1992.
- Tsuang, M., R. Woolson y J. Fleming, "Long term outcome of major psychoses", *Archives of General Psychiatry*, 36, 1979, pp. 1295-1301.
- Unger, K. V., W. A. Anthony, K. Schiarappa y S. E. Rogers, "A Supported Education Program for Young Adults with Long-Term Mental Illness", *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1991, 838-842.
- Vaughn, C., "Introduzione al concetto di Emotività Espress", *Notizie ARS*, 2, supl. n. 3,

- 1988, pp. 6-11.
- Vaughn, O y J. Leff, "The Influence of Family and social Factors on the Course of Psychiatric Illness: a Comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patients", *British Journal of Psychiatry*, 129, 1976, pp. 125-137.
- Vaughn, C, K. S. Snyder, S. Jones, W. B. Freeman e I. R. H. Falloon, "Family Factors in Schizophrenic Relapse: A Californian replication of the British research on Expresses Emotion", *Archives of General Psychiatry*, 41, 1984, pp. 1169-1177.
- Vegetti Finzi, S., *Storia della Psicoanalisi*, Mondadori, Milán, 1986, p. 200.
- Wallace, C. J., C. J. Nelson, R. P. Liberman, R. A. Aitchinson, D. Lukoff, J. P. Eider y C. Ferris, "A Review and Critique of Social Skills Training with Schizophrenic Patients", *Schizophrenia Bulletin*, 6, 1980, pp. 42-63-
- Wallace, C. J., "Funcional Assessment in Rehabilitation", *Schizophrenia Bulletin*, 12, 1986, pp. 604-630.
- Warner, R., *Recovery from Schizophrenia. Psychiatry and Political Economy*, Routledge & Kegan, Londres, 1985.
- Waxler, N. E., "Is mental illness cured in traditional society? A theoretical analysis", *Cul Med Psychiatry*, 1, 1977, pp. 233-253.
- Waxler, N. E., "Is the outcome for schizophrenia better in non industrial society?", *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 167, 1979, pp. 144-158.
- Westermeyer, J., "The Chinese versión of the GHQ. Does language make diferente?", *American Journal Psychiatry*, 142, 1985, pp. 798-805.
- Wong, S. E., S. G. Flanagan, T. G. Kuehnel, R. P. Liberman, R. Hunnicut y J. Adams-Badgett, "Training Chronic Mental Patients to Independently Practice Personal Grooming Skills", *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 1988, pp. 874-879.
- Zubin, J., "Negative symptoms: are they indigenous to schizophrenia?", *Schizophrenia Bulletin*, 11, 1985, pp. 461-469.

