

**Emiliano Galende**

La construcción de una experiencia nueva para el tratamiento de los trastornos mentales centrada en el papel de la comunidad, ha marcado principios y objetivos claros y también un camino a recorrer. Somos conscientes que la marcha por ese camino tiene diferentes velocidades en cada país, especialmente en aquellos de la región de América Latina. Estamos en general en una etapa de transición entre lo nuevo del enfoque comunitario que trata de imponerse y lo viejo del asilo psiquiátrico que no termina de desaparecer. Estamos avanzando sin embargo en varios de los ejes que pueden llevarnos a este objetivo: contar con una red de servicios de atención y rehabilitación territorializados, es decir, en el primer nivel de atención; integrar equipos de atención con las disciplinas que reflejan la complejidad de las acciones terapéuticas; lograr la mayor participación de las familias y la comunidad en los procesos de atención y finalmente que los estados se comprometan con los recursos necesarios para hacer efectiva la atención de las necesidades sociales de los pacientes, sin los cuales no es posible

avanzar en un tratamiento y recuperación de los enfermos. Sabemos que todo este programa está dirigido a dos poblaciones que tienen particularidades, la de los pacientes en proceso de desinstitucionalización y programas de externación de los hospitales psiquiátricos y la de los nuevos pacientes que ingresan a la atención y a quienes pretendemos tratar desde el comienzo de su padecimiento con estas nuevas reglas centradas en la comunidad. Pero antes de centrarnos en la fundamentación de la comunidad, debemos reflexionar sobre qué historia del campo psiquiátrico ha hecho necesaria la alternativa del enfoque comunitario. Es decir, que historia es la que debemos superar para afirmar una salud mental centrada en la comunidad. Esta historia tiene dos partes convergentes: la internación prolongada en hospitales psiquiátricos cerrados y los diversos tratamientos que allí se efectuaron. Superados los tratamientos de control mecánico y disciplinamiento que dominaron el Siglo XIX, en el siglo XX se impusieron las terapéuticas convulsivantes, con algunas diferencias y un mismo objetivo.

Con los comienzos del Siglo XX nació un gran mito: el de los tratamientos convulsivantes.

Julius Wagner Jauregg, psiquiatra austriaco, en los años de la primer guerra mundial, crea lo que llamó “malariaoterapia”, también conocida como “piretoterapia”, un procedimiento para producir cuadros febriles intensos y convulsiones, inoculando al enfermo el germen de la malaria. La “convulsoterapia” ganó rápidamente prestigio entre los psiquiatras. Psiquiatra distinguido, que ejerció la cátedra de Psiquiatría en la Universidad de Viena entre 1893 y 1928 (falleció en 1963), obtuvo el premio Nobel de Medicina en 1927. Naturalmente muchos de sus pacientes murieron a causa del paludismo. En los años treinta de ese siglo lo volveremos a encontrar, ahora como militante del partido nazi y propulsor del “Proyecto Eugenesia”, movimiento activo en Alemania y parte de EE.UU, en el cual participaba. En este proyecto se trataba de lograr la pureza genética de la identidad alemana, por el cual miles de pacientes internados en los hospitales psiquiátricos fueron asesinados, junto a otros tantos homosexuales y oligofrénicos.

En esos mismos años otro psiquiatra y neurólogo húngaro, Ladislav J. Meduna, quien estudiaba la glándula pineal, creía que la inducción de convulsiones en los esquizofrénicos aumentaba la concentración de células

blancas en el cerebro (glías) y que eso aliviaba los síntomas de la enfermedad. Antes había experimentado un tratamiento para el trastorno obsesivo: “terapia de dióxido de carbono”, el paciente debía aspirar una mezcla de 30% de este gas con un 70% de oxígeno. Pero fue un tratamiento muy cuestionado por riesgoso e ineficaz, y rápidamente abandonado, dejando tras de sí algunos muertos. Se impuso así nuevamente el método de las convulsiones. Para inducir estas convulsiones utilizó primero alcaloides, luego ensayo el alcanfor disuelto en aceite y de uso oral e intramuscular, pero dado los efectos tóxicos graves de estas sustancias, finalmente experimenta con el “metrazol” (conocido entre nosotros como cardiazol), una molécula que utilizaban los cardiólogos como estimulante miocárdico pero que a dosis mayores produce convulsiones. La ventaja de este medicamento, administrado por vía endovenosa, es que logra efectos convulsivos en pocos minutos. Meduna anunció este nuevo tratamiento como el más efectivo para el tratamiento de la esquizofrenia. El Dr. Meduna, ante el avance del nazismo en Europa, emigró a EEUU en 1938 y en el año 1960 fue elegido por sus colegas Presidente de la “Sociedad de Psiquiatría Biológica”. El shock cardiazolico no duró mucho tiempo, poco se supo de las consecuencias en los individuos tratados con este método. La única fundamentación del método era sus supuestos resultados.

En la misma época el Dr. Manfred Sakel, médico austriaco que conocía los efectos de la insulina en pacientes diabéticos, introduce esta sustancia aplicándola a pacientes internados en nosocomios psiquiátricos. El Dr. Sakel emigra a EEUU en 1936 instalándose en N. York para continuar la difusión de su método del “shocks insulínicos”. Aun en Europa, en 1927, presentó su tratamiento, basado en experiencias realizadas con individuos adictos a drogas psicotrópicas y esquizofrénicos. El tratamiento consiste en la aplicación de insulina en dosis altas para producir un coma hipo glucémico que llega a provocar convulsiones en el paciente. Proponía 40 aplicaciones, a razón de dos o tres por semana. Fue cuestionado por las muertes sufridas y los riesgos, pero si bien no se siguió mucho tiempo la propuesta de los 40 comas hipo glucémicos, la insulina se continuó utilizando en estos pacientes. A partir de los años 40 del siglo pasado competía con el electroshock, que fue reemplazando progresivamente al método insulínico. Como en los otros métodos, se muestran resultados de difícil comprobación, nunca se fundamentó científicamente la acción supuestamente terapéutica.

Más curioso aun es la propuesta de la lobotomía pre frontal. Antonio Egas Moniz, psiquiatra y neurocirujano portugués, propuso la lobotomía pre frontal como tratamiento para aquellos pacientes violentos cuya

agresividad fuera rebelde a otros tratamientos. Se trata de una cirugía que consiste en un corte de la sustancia blanca del lóbulo frontal a nivel de la sutura coronaria. El paciente queda “desconectado de todas sus pasiones”, especialmente de la agresividad. El Dr. Moniz fue destacado en los estudios del sistema vascular con técnicas de contraste, que, modificadas, es aun la base de los estudios de angiografía y se lo puede considerar el fundador de la arteriografía. Fue Presidente de la Sociedad Española de Neurocirugía, y recibió el premio Nobel de medicina en 1949 por sus trabajos con el sistema vascular. Pero también era psiquiatra. En 1939, a sus 63 años, y ya comenzada la Segunda Guerra, un paciente desconforme con su tratamiento, le disparó ocho tiros con una pistola, que no lo mataron, pero quedo con una paroplejia definitiva. Como además sufría una gota grave que había deformado sus manos, dependía de su colaborador, el joven Dr. Pedro Almeida Lima, junto al cual, poco tiempo después del ataque de su paciente, propusieron la lobotomía pre frontal como tratamiento de pacientes esquizofrénicos. No es fácil separar ambos acontecimientos. Desde hace años varios grupos de familiares de pacientes lobotomizados se han organizado para reclamar le sea retirado el Premio Nobel. El Dr. Moniz falleció en 1955.

La llegada del electroshock

Ugo Cerletti y Lucio Bini no salieron del mito de la convulsoterapia, sólo modificaron el medio: en lugar de la fiebre de la malaria, el cardiazol o la insulina, se dedicaron a la electricidad para lograr el mismo objetivo. En mayo de 1938, ya cerca del estallido de la segunda Guerra Mundial, presentaron ante la Real Academia de Medicina de Roma su gran “descubrimiento”: el electroshock como tratamiento de diversos cuadros psicopatológicos resistentes a otros tratamientos. Cerletti era un neurólogo italiano, nacido en Véneto, de joven conoció a Kraepelin, quién hasta los años veinte del siglo, era el referente mayor de la psiquiatría en Europa e impulsor del método que llamaba “anatomoclínico”, es decir la pretensión médica de vincular los síntomas psicopatológicos con la estructura anatómica del cerebro. Ugo Cerletti estudio con él poco antes de su muerte. Fue después Director del Instituto de Neurología de Milán y en 1935 Presidente del Departamento de Salud Mental y enfermedades neurológicas de la Universidad de Roma. Fue en ese tiempo que “descubrió” el método del electroshock que lo hizo famoso. La idea de este método, tal como el mismo lo explicitó, le surgió en una visita a un matadero de cerdos, en el cual observó que los animales eran anestesiados con una aplicación de electricidad para mantenerlos quietos durante

su matanza y faena (procedimiento que se generalizó en la mayor parte de los mataderos). Ensayó el método con perros y cerdos hasta lograr afinar el método para pasar a utilizarlo en humanos, como corresponde a la investigación médica. Vale recordar el contexto en que se produjo este “descubrimiento. En la Alemania de preguerra, y también en menor escala en EE.UU, se había creado un Programa de Eutanasia por el cual, además de la esterilización masiva y forzada de miles de mujeres judías, otros miles de pacientes alojados en hospitales psiquiátricos fueron asesinados a fin de impedir su reproducción. Italia no siguió estrictamente este programa durante el fascismo, pero los hospitales psiquiátricos estaban abarrotados de pacientes y tenían escasez de camas para una demanda creciente. El fascismo no asesinó pacientes psiquiátricos como sí hizo Alemania, pero sí sancionó leyes sociales con el mismo objetivo del programa de eutanasia para aplicarlo a pacientes psiquiátricos e intelectuales judíos, muchos de ellos psicoanalistas. Desde el ascenso del fascismo en 1935 Cerletti ya investigaba el uso de la electricidad sobre la conducta humana, cuestionando a Meduna que había seguido otro camino bajo el mismo objetivo, (cuestionándolo solamente por su alto costo, los riesgos para la vida del paciente y su ineficacia en resultados). Consta que Cerletti conoció a Meduna y le comunicó su investigación. En la presentación en Roma ante la

Real Academia fundó su método en que sus experimentos con perros y cerdos, de los cuales hacia luego de su muerte la necropsia, no tenían ninguna lesión cerebral, lo cual hacia extensivo a los humanos. Esta fue la única fundamentación del tratamiento. La aplicación del electroshock produce una pérdida prolongada de la conciencia si el tratamiento se repite, como él proponía, dos o tres aplicaciones por semana y durante al menos un mes. Los costos eran bajos ya que solo se precisaba un aparato relativamente simple. Obviamente se aplicaba a pacientes previamente internados, no existía aun el electroshock ambulatorio. La confusión post shock y la amnesia resultaban transitorias. Los daños frecuentes suelen ser fracturas de clavícula, luxación del maxilar y, cuando existen condiciones previas, hemorragias cerebrales. Todo esto se mejoró a partir de la utilización de la anestesia y el curare para evitar la intensidad del momento tónico de la convulsión. Para el año 1945, finalizada la guerra, este tratamiento se difundió por todo el mundo occidental. Antes, durante la guerra, se atribuye a Cerletti el logro de que las tropas italianas que luchaban en los Alpes llevaran un uniforme blanco para enceguecer a los enemigos, también ideó misiles pequeños de acción retardada para la artillería para ser disparados con fusiles o ser utilizados como minas terrestres. Su colaboración con el fascismo es conocida, su valor ante el enemigo también, vale pensar qué

relación tuvo con el invento del electroshock. La única fundamentación de estas prácticas, consideradas terapéuticas, fue la de los resultados prácticos y la negación de sus faltas éticas, difíciles de demostrar los primeros y difíciles de negar las segundas. Observemos que todos estos métodos llamados terapéuticos se sitúan en tiempos de la primera guerra mundial y la segunda, entre ambas existió el nazismo como protagonista de la mayor empresa de eliminación de las diferencias de raza, pero también de otras diferencias que según su doctrina se apartaban lo de "lo normal". La psiquiatría no fue ajena a esta lucha por una imaginada normalidad de la vida psíquica.

Debemos reconocer que ambas medidas, la internación cerrada y prolongada y estos tratamientos, no se mostraron aptos para la recuperación ni la rehabilitación de las personas que los sufrieron. Los reingresos hospitalarios y la cronificación se hacen evidentes en la situación de casi todos los hospitales psiquiátricos y colonias de rehabilitación que aún existen en los diferentes países de la Región. La calificación de mito a estas terapias convulsivantes puede extenderse a muchas de las prácticas realizadas en los hospitales psiquiátricos. Debemos entonces partir de que la alternativa de una salud mental comunitaria surge de un triple fracaso de la psiquiatría asilar: el de la ineficacia para restablecer la

salud, el de sostener ante este fracaso una lógica de cronificación, la de avalar graves faltas éticas a la función de respetar la dignidad, proteger y ayudar al ejercicio de derechos humanos de las personas internadas.

¿Cuáles son entonces los fundamentos racionales para sostener los principios y objetivos de una salud mental comunitaria?

1. En primer lugar asegurar un nuevo orden jurídico en relación a los enfermos mentales, esto es, un cambio radical de la relación del Estado con los pacientes que consiste en abandonar la tutela y restricción de derechos para afirmar al sufriente mental como un sujeto de derechos plenos protegidos por el Estado y obligado a proporcionar ayuda legal para su cumplimiento. Como lo ha sostenido la OMS, es necesario abolir los tratos represivos y degradantes de la dignidad de las personas bajo atención psiquiátrica y regular por ley tanto las internaciones como los tratamientos prescritos por los profesionales. No es posible avanzar en las estrategias comunitarias sin antes asegurar este cambio, estas necesitan afirmarse en un sujeto con derechos y dignidad reconocido y protegido. Conocemos las disposiciones de los organismos de DDHH internacionales y de muchos países que han avanzado en esta nueva perspectiva.

2. En segundo lugar, se trata de entender que la mayor parte de los trastornos mentales severos afectan, dañan, la capacidad de la persona para participar en la vida en común, lo que llamamos lazo social. Este giro se fundamenta en entender que, si ese es el daño principal que produce la enfermedad, la recuperación de esta capacidad para integrarse a la vida social, pasa a ser el eje del tratamiento y por lo tanto solo la permanencia en la comunidad y su participación en esta puede hacer posible esta recuperación. Para este objetivo debemos comprender en que consiste el enfoque psicosocial del trastorno. Las relaciones entre la comprensión psicopatológica del sufrimiento mental y el contexto social ha dado lugar a numerosas publicaciones, que en general han mantenido la diferencia entre el componente psíquico individual y el componente de la vida social y cultural del mismo individuo. Esto es entender lo psicopatológico como el “texto” de la enfermedad y lo socio cultural como el “contexto” que acompaña al sufrimiento. Sin duda esta diferenciación proviene de una comprensión médica positivista que entiende una autonomía “objetiva” de los mecanismos biológicos o psíquicos, y un acompañamiento de las condiciones sociales de existencia del individuo enfermo. Esto se refleja en una causalidad lineal, “causas psíquicas” y “causas sociales”, que ignoran

la complejidad de la determinación del trastorno. Se disocia así lo que se presenta a la experiencia de todos como una unidad inseparable. El texto del sufrimiento mental es indisociable de la situación social y cultural de quien lo padece. Esta posición psiquiátrica positivista no solo ha afectado a la comprensión del sufrimiento mental, mantiene un falso debate entre lo biológico y lo social, reflejado en las diferentes nosografías, sino que determina también en los cuidados de salud mental que se brindan una disociación entre el tratamiento del trastorno, orientado por los síntomas psicopatológicos, y los cuidados psicosociales, por lo general limitados al apoyo social. Debemos asumir que lo social y lo mental no son totalmente discernibles ni separables en la vida real de las personas. Ahora bien, ¿cómo abordar de un modo integral los aspectos psicopatológicos y los aspectos sociales integrados en el sufrimiento mental? Esto implica tanto la comprensión diagnóstica como el enfoque terapéutico, ya que, como es obvio, la manera de comprender y explicar un trastorno decide luego el modo de actuar sobre él, esto es, la estrategia del tratamiento. Si el “texto” del sufrimiento mental integra estos aspectos de la vida del individuo, la separación entre tratamiento psiquiátrico o psicológico y apoyos o cuidados psicosociales altera la racionalidad de las estrategias

terapéuticas y seguramente altera también el resultado de las mismas. Racionalmente actuar sobre los síntomas psicopatológicos puede resultar calmar su expresión en la vida del individuo, pero “curar” un trastorno obliga a la comprensión de la totalidad de la vida en que se inscribe el sufrimiento, esto es ayudar al individuo a transformar la situación compleja, social y cultural, en la cual se ha producido su trastorno psíquico. Esto estaba ya expresado en el documento publicado por O.P.S. en 1997, respecto a la situación de los países de América Latina y el Caribe, que dice: “En efecto, las abrumadoras cargas sociales y psicológicas a que son expuestas las personas; producto de los procesos de modernización, de superpoblación de los centros urbanos, de precarización de las condiciones de trabajo, de pobreza creciente y fragmentación social; hacían prever a nivel mundial, la existencia de 88 millones de personas con trastornos mentales o emocionales para el año 2000, y para el 2010, 2 millones de personas afectadas por esquizofrenia y 17 millones por depresión. 3. Esta perspectiva requiere que el campo de salud Mental no sea exclusivamente médico sino social, y obliga a estrategias conjuntas de Salud, vivienda, trabajo y apoyo social. Esto debe reflejarse en una prestación de cuidados de salud mental integrados a la red de servicios de atención primaria, vinculados a

los distintos dispositivos de rehabilitación. Sabemos que es tema de debate y ha diferenciado dos caminos diferentes, uno el de integrar todos los cuidados de salud mental a la red de servicios de salud, otro es el de crear Centros Comunitarios de Salud Mental constituyendo una red específica. En ambas perspectivas debe estar presente la articulación de los recursos sociales junto a los de salud mental. El abordaje intersectorial es una clave necesaria para sostener el enfoque comunitario. La pobreza extrema y la desigualdad social constituyen los mayores obstáculos en los países de A. Latina al tratamiento racional comunitario, a la vez que, sin tener en cuenta esta situación social, no podremos comprender la incidencia de los trastornos mentales severos y su crecimiento.

4. Por último, se trata de integrar a la misma red de servicios de salud mental dos poblaciones de pacientes que presentan necesidades específicas, pacientes que provienen de los programas de desinstitucionalización, con diversidad de grados de discapacidad, y los nuevos pacientes que no han pasado por la internación o sólo han estado en internaciones breves durante una crisis. Creo que la experiencia nos ha demostrado que cuando la red de servicios comunitarios no cuenta con los recursos sociales necesarios para sostener al paciente en su familia y comunidad,

existe el riesgo de que el mismo retorne al ingreso hospitalario, sobre todo, como es la realidad en A. Latina, si aún existen en la mayor parte de nuestros países los hospitales psiquiátricos con su funcionamiento habitual.

Quiero agregar una observación. La práctica de la psiquiatría no puede apoyarse en la exigencia de Claude Bernard de una medicina basada en la evidencia, que consiste en demostrar la causa cierta del trastorno, necesaria y suficiente para explicarlo. No contamos con esas certezas y evidencias causales, solo observamos y nos guiamos por la presencia de múltiples factores, biológicos, psíquicos, sociales y culturales presentes en el proceso patológico. Es frecuente que la presencia del delirio sea considerada como una condición para mantener al paciente internado. Creo que frente al estallido de las diferentes formas de psicosis, con la desorganización total de la personalidad, la identidad y el funcionamiento del lenguaje, la aparición de un delirio es para el individuo el intento de reconstruir a través del lenguaje un sentido para su experiencia de la psicosis. Es frecuente que en el tiempo que permanecen estos delirios logran estabilizar algo de la vida del paciente, y son resistentes porque hacen de sostén a esa vida. El problema no consiste en el delirio en sí mismo, que no es reductible por la razón, sino la relación que

el sujeto mantiene con la experiencia de su delirio. La experiencia de los pacientes que han sido externados luego de pasar años en el hospital psiquiátrico, muestra que en muchos casos el delirio, que se mantiene, no impide que la persona pueda vivir en la comunidad. Las diagnosticadas parafrenias son un ejemplo frecuente, no todos los que la padecen terminan ingresados a un hospital psiquiátrico y se los puede encontrar con sus certezas y bizarrerías en algunos espacios sociales. Los psiquiatras hemos combatido el delirio durante los 200 años de existencia de nuestra disciplina, en mi opinión es tiempo de abandonar esa lucha, aceptar que el paciente que está recibiendo atención, cuidado y apoyo en un programa de atención comunitaria, puede mantener su delirio en la expectativa de que la reorganización de su vida le permitan retroceder en sus creencias y aflojar sus certezas.

En los últimos 200 años también la psiquiatría y la sociedad han vivido una experiencia del enfermo mental como un sujeto discapacitado para vivir en comunidad y peligroso por la creencia en su descontrol y agresividad. El desafío de esta construcción de una salud mental comunitaria es en este sentido enorme, se trata de fundar una nueva experiencia individual, social, profesional e institucional de la locura. Se trata de despejar prejuicios alimentados por años y demostrar que es posible

integrar la locura a la vida en común, que no otra cosa es la comunidad. Convivimos con muchos individuos raros en sus creencias y certezas que con notable facilidad pasan al descontrol y la violencia contra sus imaginados enemigos. La experiencia que se trata de fundar es la de un individuo que expresa en sus síntomas la grave perturbación del conjunto de su vida, que necesita nuestra ayuda, cuidado y protección de su familia y comunidad. En definitiva de esto se trata, este es el fundamento racional mayor de una salud mental comunitaria, capaz de ayudar, cuidar y proteger, para que estas personas, con sus límites y rarezas, sigan perteneciendo a la sociedad y traten de estar integradas a su comunidad en el nivel y la forma que puedan. La integración social es el arma más poderosa de que disponemos para combatir la locura.

Emiliano Galende

Octubre 2016