

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

La noción de sujeto y autonomía en Maud Mannoni.



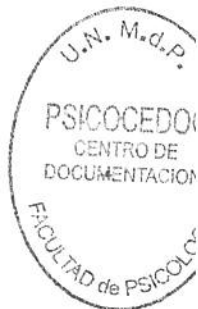
“Busca la sabiduría de todas las épocas,
pero mira el mundo con los ojos de un niño”.

Anónimo

Apellido y Nombre: López Meyer, Lucila – Matricula: 3801/96

Cátedra o Seminario de Radicación: Deontología de la Psicología

Supervisora: Dra. Anahí Zanatta
Co- Supervisor: Lic. Hugo Martínez



N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
T-pg L	1000
	N° INVENTARIO:
	1681

FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

La noción de sujeto y autonomía en Maud Mannoni.

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89

ALUMNA: López Meyer, Lucila Matrícula: 3801/96

SUPERVISORA: Dra. Anahí Zanatta
CO-SUPERVISOR: Lic. Hugo Martínez

CÁTEDRA DE RADICACIÓN: Deontología de la Psicología

FECHA DE PRESENTACIÓN:

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna López Meyer, Lucila de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin previo consentimiento escrito de la autora”.



“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final, ha sido elaborado por la alumna López Meyer, Lucila matrícula 3801/96, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobado en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los días...del mes de ...del año 2007”.



Supervisora

Dra. Anahí Zanatta



Co-Supervisor

Lic. Hugo Martínez

EVALUACIÓN DE LOS SUPERVISORES

En la evaluación general del desempeño de la alumna Lucila Lopez Mayer, señalaremos dos aspectos en relación al desarrollo de esta investigación.

Desde lo **actitudinal**, la alumna manifestó en todo momento compromiso con la tarea y dedicación, lo cual se evidencia en su producción final.

Desde lo **académico** consideramos que esta investigación significa un valioso aporte desde dos lugares. Por un lado, retoma la obra de una de las autoras más importantes del Psicoanálisis de niños, como lo es M. Mannoni, y lo hace desde un punto de vista diferente, centrándose en la noción de sujeto y autonomía que la misma sostiene. Desde esta perspectiva, indaga un campo del conocimiento de gran interés y actualidad en Psicología como es la cuestión de la autonomía y el consentimiento informado.

El relevamiento bibliográfico ha sido exhaustivo contribuyendo de esta manera al desarrollo de la temática abordada.

En síntesis, la tesis llevada a cabo por la alumna cumple con los requisitos pertinentes de manera satisfactoria.



Dra. Anahí Zanatta
Supervisora



Lic. Hugo Martínez Alvarez
Co-supervisor

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por la alumna Lucila López Meyer, matrícula 3801/96”.

Firma y Aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora

.....

Fecha de aprobación:

PLAN DE TRABAJO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

PAUTAS PARA LA PRESENTACION DEL PLAN DE TRABAJO PARA LA
REALIZACION DE LA INVESTIGACION DE PREGRADO
Requisito curricular de Plan de Estudios 1989 (O.C.S.143/89)

Apellido y Nombre: López Meyer, Lucila – Matricula: 3801/96

Cátedra o Seminario de Radicación: Deontología de la Psicología

Supervisor: Dra. Anahí Zanatta

Co- Supervisor: Lic. Hugo Martínez

Título del Proyecto: La noción de sujeto y autonomía en Maud Mannoni.

Descripción Resumida:

Maud Mannoni en su carrera como psicoanalista se abocará principalmente a niños y jóvenes con deficiencia mental, psicóticos y autistas. Podría considerarse como su obra más importante la creación de Boneuil (1969), una institución con características propias que resulta todo un desafío para el sistema administrativo de la época.

No solo se destaca por su tarea en dicha Institución, que se denominará "estallada", justamente por sus características anti-institucionales, sino también por la ideología que sustenta toda su labor como analista.

Ella parte de una concepción de sujeto que toma en cuenta la individualidad de cada niño y adolescente, y considera que con el ofrecimiento de una atención especializada cualquier niño excluido por padecer alguna discapacidad mental o con características especiales, puede llegar a encontrar su lugar en el mundo de los "normales".

Este trabajo de investigación es de tipo exploratorio y se encuadra dentro del marco teórico psicoanalítico.

Se intentará analizar a lo largo de la obra de M. Mannoni, en sus desarrollos teóricos y su rol de analista, la concepción de sujeto considerada por la autora citada, desde la cual se posicionaba para abordar el tema de la enfermedad mental de las personas que llegaban a Boneuil. A partir de esto, se intentará también, rastrear la noción de autonomía implícita en esta concepción de sujeto y si ésta se relaciona con el principio de autonomía que sostiene la bioética y/o la ética médica.

Palabras Claves: Autonomía-Consentimiento Informado-Sujeto- M. Mannoni.



Descripción detallada

Motivos y antecedentes

En este trabajo de investigación, me propongo analizar la concepción de sujeto para Maud Mannoni y a partir de esto cómo era considerada, si lo era, la autonomía de los pacientes psiquiátricos que albergaba Boneuil.

Se considera al principio de autonomía como el respeto por la persona, el derecho para decidir libre y voluntariamente sobre la propia vida, incorpora dos convicciones éticas: los individuos deberían ser tratados como entes autónomos y que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección (G. Salomone).

El principio de autonomía proviene del campo de la bioética y se refiere al derecho de una persona a decidir acerca de su participación en un tratamiento o en un experimento y/o ensayo. Sobre este principio es que se apoya el consentimiento informado, es decir que éste sería su expresión práctica, (Zanatta, 2006)

En la obra de Mannoni podemos rastrear hechos vitales y experiencias de vida por un lado, y por otro lado importantes influencias teóricas de autores que impulsaron su tarea como psicoanalista de niños. La creación de Boneuil, podría pensarse en sus orígenes como el resultado de diversos hechos y experiencias que marcaron fuertemente la vida de la misma.

Sus intenciones y esfuerzos al fundar dicha institución están puestos en romper con las características de las instituciones de esa época en su país. Hasta ese momento en Francia existía una trayectoria de varios siglos de encierro manicomial y hospitalario donde al "loco" se lo apartaba de la sociedad y se lo excluía de todo sistema social, pasando a ser considerado como un ser humano sin derechos, privándolo de su libertad de elección en todos los ámbitos de su vida, se lo reducía en su condición de sujeto. Luego, y durante décadas, apoyado sobre el paradigma de la medicina se pasó a una modalidad de tipo paternalista, en donde el médico siempre sabía que era lo mejor para el paciente, por lo tanto

podía tomar decisiones de acuerdo a su criterio.

Partiendo de una idea diferente con respecto a la "locura" (hasta ese momento considerada como causa de encierro y apartamiento) ella propondrá el funcionamiento de un tipo de "lugar" diferente donde se albergará a personas con distintas patologías y características, cada uno diferente en su singularidad.

Todo un desafío en la historia de las instituciones psiquiátricas, Mannoni apuesta al funcionamiento de este "lugar de acogida" que resulta ser Boneuil. Allí busca la posibilidad de crear una escena totalmente nueva, que no dependa de ningún poder administrativo, donde los protagonistas sean la libertad de expresión y de acción, más allá de las prohibiciones y políticas sociales.

En esta institución el funcionamiento será a puertas abiertas y con una permanencia compartida: es decir, que las personas tendrán la posibilidad de estar un tiempo en las provincias, con familias (generalmente en el campo o zonas rurales) y otro tiempo en la institución como al lugar "al que siempre pueden volver". A partir de esto lo que se busca es otorgar la posibilidad, a un niño o adolescente que no logra adaptarse al "sistema" socialmente establecido, o que se lo diagnostica como autista o psicótico, de encontrar a partir del aprendizaje de un oficio y en un lugar rural alejado parcialmente de la vida urbana, la posibilidad de reinventarse a sí mismo, y de hallar un deseo de vivir que lo identifique como un sujeto único y diferenciable.

A partir del análisis de la obra de M. Mannoni surgen algunas preguntas que guían este trabajo de investigación: ¿Cuál era la concepción de sujeto que sostenía la autora?, A partir de ésta, ¿qué idea de autonomía estaba implícita?, ¿Existe relación entre esta noción de autonomía que sostiene la autora y la autonomía entendida desde la bioética y/o la ética médica?

Objetivos generales:

- Desarrollar la noción de autonomía y de consentimiento informado.
- Analizar estas nociones dentro de la obra de M. Mannoni, evaluando coincidencias y divergencias.

Objetivos particulares:

Desde el marco teórico que sustenta este trabajo de investigación, se intentará:

- Desarrollar la concepción de Sujeto para M. Mannoni
- Analizar la concepción de autonomía en distintos autores de la bioética
- Analizar la concepción de autonomía que consideraba M. Mannoni y compararla con lo que se entiende por principio de autonomía para la bioética.

Métodos y Técnicas:

Búsqueda ubicación y registro de fuentes bibliográficas.

Lectura y análisis de la bibliografía específica.

Lugar de realización del trabajo:

Universidad Nacional de Mar del Plata.

Cronograma de actividades:

a- Búsqueda bibliográfica: desde Mayo

b- Análisis de la bibliografía: desde Septiembre a Diciembre.

c- Entrevistas con informantes claves: desde Noviembre a Diciembre.

d- Reuniones con supervisor: desde Agosto a Febrero.

e- Redacción de conclusiones: desde Diciembre. a Marzo

f- Presentación de informe final: Marzo

Actividades	May./Agos.	Sept/Dic.	Dic/Mar.	Marzo
a- Búsqueda bibliográfica	X			
b- Análisis de la bibliografía	X	X		
c- Entrevistas con informantes claves		X		
d- Reuniones con supervisor	X	X	X	
e- Redacción de conclusiones			X	
f- Presentación de informe final				X

por los

del Plata a pasar

estar muy bien el



Bibliografía básica de referencia:

- Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (A.P.B.A.). Código de ética.
- Beauchamp, Tom L., Childress, James F. (1999) Principios de Ética Biomédica, Editorial Masson, Barcelona.
- Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, abril 1999.
- Calo, O. (2001). La interacción del profesional con los códigos, o no tomar las cosas al pie de la letra. Ponencia realizada en el XXVIII Congreso interamericano de Psicología, Santiago de Chile.
- Gracia, D. (1989). Fundamentos de Bioética. Eudema Universidad, Madrid
- Mannoni, M. (1973) La primera entrevista con el psicoanalista Granica Editor. Buenos Aires, Argentina.
- Mannoni, M. (1987) El niño, su "enfermedad" y los otros. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.
- Mannoni, M. (1995) ¿Qué ha sido de nuestros niños locos? Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.
- Mannoni, M. (1979) La Teoría como Ficción, Editorial crítica, grupo editorial Grijalbo, Barcelona.
- Mannoni, M. (1972) La educación imposible, Siglo veintiuno Editores, México, España, Argentina, Colombia.
- Mannoni, M. (1988) Lo que falta en la verdad para ser dicha, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.
- Rothman, David J. (2001) The origins and consequences of patient autonomy: a 25 year retrospective, Kluwer Academic Publishers. Printed in Netherlands
- Salomone; G.(2003). X Jornadas de investigación: Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología. 14 y 15 de agosto de 2003. Tomo III. UBA.



- Zanatta, Mónica A. El consentimiento informado en la práctica profesional de los psicólogos. Precongreso marplatense de Psicología: "Psicología, ciencia y profesión". 17 y 18 de setiembre de 2004.

Firma del supervisor:

Firma del Co-supervisor:

Firma de los alumnos:

P/Área de Investigación:

Resultado de la evaluación:

Aprobado

Lic. Orlando Calo
PSICOLOGO
M.P. 45.300

Fecha:

11/12/06

Area Investigacion - Guilford Proza

Evaluador(a) : Lic. Orlando Calo



INDICE GENERAL

Introducción	1
Capítulo 1	
Reseña histórica de la obra de M. Mannoni	
1.1 Contexto Socio histórico	3
1.2 Bases teóricas	9
Capítulo 2	
Lugar del sujeto para Mannoni	
1.1 Concepción de sujeto	20
2.2 El lugar de los padres	30
Capítulo 3	
Origen y evolución del concepto de autonomía y consentimiento informado.	
3.1 Presentación de la Bioética	32
3.1 El Principio de Autonomía	34
3.2 El consentimiento informado	37
3.3 Autonomía y Consentimiento Informado con niños	44

Capítulo 4

Conclusiones

49

Bibliografía

62

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de la realización de este trabajo de investigación y coincidiendo con el momento de culminación de la carrera, fueron muchos los procesos de aprendizaje y crecimiento personal que me ocurrieron, por eso querría en primer lugar, agradecer a todas las personas que, sin conocer personalmente fueron fuente de inspiración y el motor en esta investigación: a todos los niños y jóvenes que padecen o han padecido la falta de "un lugar para vivir" y a Maud Mannoni, por su fuerza, dedicación y por la convicción para llevar adelante su proyecto.

Muy especialmente a mi directora de tesis, Anahí Zanatta, quien además de enseñarme con su sabiduría y conocimiento experto, confió en mí y me guió en este trabajo, respetando mi interés inicial, dedicando su tiempo y aportándome valiosas enseñanzas.

A Hugo Martínez, mi co-director quien de la misma forma me acompañó en este proceso, por todos sus aportes y su tiempo.

A mis padres, por estar siempre, apoyándome en cada etapa y momento de la vida.

A Érika, compañera de camino.

A Diego, por el apoyo que me brindó en este último trayecto, por su comprensión y cariño.

A mi hijo Santiago, quien cambió mi vida para siempre, enseñándome a través de "su mirada de niño".

A todas las personas que no menciono especialmente pero que me han acompañado y me acompañan siempre.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo de investigación me propongo, mediante un rastreo bibliográfico de la obra de Maud Mannoni presentar las principales ideas sobre su concepción de sujeto, y reflexionar acerca de cómo esta autora consideraba la autonomía de los pacientes que albergaba Bonneuil, institución creada por ella y Robert Lefort, en el año 1969, la cual fue llevada adelante como proyecto experimental, rompiendo con los cánones establecidos para las instituciones de esa época en Francia. Luego se presentarán las principales teorías sobre autonomía y consentimiento informado desarrollados por la bioética y la ética médica.

La modalidad de esta investigación es de revisión bibliográfica y se realiza como requisito curricular.

Las motivaciones que me impulsaron en este trabajo de investigación, tienen que ver con un interés personal hacia la obra de una autora que posee un mérito muy grande: el intento de plasmar su pensamiento, teorías y concepciones en la creación de una institución que, desde sus comienzos, tendrá ciertas características que la definen; "institución estallada", con esto lo que se quiere significar es una institución abierta hacia el exterior, un lugar del que es posible salir para reinsertarse en la sociedad, y también al que es posible volver, para ser "acogido". Una institución que alberga niños psicóticos de todo tipo y autistas; ofreciendo una alternancia entre la institución misma y períodos de estadía en las casas de provincias, con familias de campesinos, que enseñarán diferentes oficios y labores.

Las raíces teóricas que sustentan su pensamiento provienen de la mano del psicoanálisis clásico por un lado, y por otro, de autores que se sitúan preferentemente del lado de la antipsiquiatría¹ como ser Ronald Laing, Cooper.

En sus libros pueden apreciarse la fuerza interior y espíritu de lucha que Maud Mannoni ponía en sus proyectos, en sus creencias, en las obras que ella realizaba. Estaba convencida de que los psicóticos y autistas eran personas que podrían llegar a tener una recuperación, no en todos los casos hacia un

¹ El Movimiento antipsiquiátrico surge en oposición a la psiquiatría que se establecía en el siglo diecinueve. La controversia giró alrededor de los derechos de los llamados locos en los diversos hospitales psiquiátricos, la **antipsiquiatría** (un término usado por vez primera por David Cooper en 1967) definió un movimiento que desafió abiertamente los teorías y prácticas fundamentales de la psiquiatría convencional.

estado de "normalidad", como ella misma expresa, pero sí pueden llevar una vida integrada en sociedad, siempre y cuando estos sujetos tengan acceso a otro espacio que los contenga, "otra escena" en donde poder tener más libertad para dar rienda suelta a determinadas conductas que en sociedad serían reprimidas, este lugar sería Bonneuil.

Lo que más atrajo mi interés, está relacionado con la concepción de autonomía que Maud Mannoni sostiene acerca de las personas con discapacidades psíquicas; posicionándose desde un lugar diferente, que toma en cuenta los tiempos del otro y no los estipulados por la sociedad o las ciencias médicas. Esta autora, con su persona propia, se ofrece y aboca toda su carrera al servicio de niños y jóvenes con distintas patologías, que llegaban en busca de una ayuda diferente, a esta institución. Algunos de los logros allí obtenidos, se encuentran relatados por ella misma en sus libros.

A manera de trabajo exploratorio, lo que intentaré investigar está relacionado con la autonomía y el consentimiento informado, (si es que realmente era considerado por ella), en personas con discapacidades psíquicas graves.

Se entiende como principio de autonomía el respeto por la persona, sus decisiones sobre la propia vida, de manera libre y voluntaria.

Al tener en cuenta la autonomía de las personas, aun de los discapacitados y deficientes mentales que allí se trataban, y de acuerdo a su concepción de sujeto, ella obtenía su consentimiento a través del discurso, de una escucha diferente, y sobre todo del lugar que les concedía a los enfermos mentales.

CAPÍTULO 1

Reseña histórica de la obra de Maud Mannoni

1.1 Contexto Socio histórico

Haciendo un recorrido por la historia de las instituciones psiquiátricas en Francia, durante la segunda mitad del siglo XX se puede entender mejor el clima de oposición con el que se ve enfrentado Bonneuil desde sus comienzos; siendo bastante diferente la situación en otros países de Europa.

Hacia los años cuarenta la tradición francesa bregaba para que los alienados sostuviesen económicamente el manicomio e incluso “dieran beneficio”² a los departamentos regionales. La meta a alcanzar era la docilidad del paciente. Cuando en Francia en 1980, se exigía aún del médico “fuerza moral”, “autoridad”, “poder”, en Inglaterra nacían los “recreational therapist”³. Las diversas teorizaciones acerca del trabajo de los enfermos mentales oscilaron según las épocas entre principios morales, sedativos (el buen aire y los ejercicios) o reeducativos (miras educativas lindantes con la negación del individuo).

Los especialistas comenzaron a desarrollar la humanización por el trabajo, en Francia en el período de 1945-1968. La Segunda Guerra Mundial produjo la superpoblación de los asilos e intolerables condiciones de vida tanto para los pacientes como para los profesionales. La situación francesa de los años de la posguerra era más bien mediocre. La prensa denunciaba las inhumanas condiciones de vida que se imponía a los pacientes internados. Sin embargo, algo nuevo comienza a aflorar, a partir del hospital Saint Alban bajo el impulso de F. Tosquelles, en 1952, quien hace conocer los trabajos de H. Simon, los que denuncian una “sobrealienación asilar”. Se inaugura así, una reflexión en cuanto a la manera de utilizar la institución como herramienta terapéutica. El objetivo será el de reintroducir la comunicación entre los profesionales, dejando abierta la posibilidad de un lugar en el exterior del asilo.

² La abundancia de comillas no corresponde a una elección personal, sino que va en concordancia con el estilo de la autora.

³ Centros recreacionales terapéuticos que comenzaron a funcionar en Inglaterra en los años ochenta.

En los años 1950 se crea el G.E.T. (grupo de educación terapéutica) en donde se destaca la noción de Institución, no tanto como estructura sino como mediación pasible de ser introducida con un propósito terapéutico.

Diez años después Y. Racine utiliza los estudios de Claude Lévi Strauss para desarrollar entre la institución y el exterior, las estructuras de intercambio en las que se funda toda sociedad. Observa que los psicóticos más graves son justamente los que se sustraen a los intercambios, y en consecuencia se dejan "desposeer" fácilmente por el hospital psiquiátrico, hasta el punto de hacerse crónicos vitalicios. Racine sugiere la creación de una asociación "1901" que haga de mediadora entre el mercado de trabajo exterior y los enfermos. Ambiciona convertir a éstos en productores, más que trabajadores pagados en función de su rendimiento. Se le otorga al paciente autonomía, confianza en su desenvolvimiento en sociedad. El acento recae de nuevo sobre el valor humanizador de la creación, sobre la importancia de manejar dinero; en suma todas las etapas intermedias capaces de permitir que el paciente salga del hospital en condiciones de reinsertarse auténticamente. A la preocupación de "desalienar" a los enfermos mentales se añade la posibilidad de la psicoterapia analítica.

Hacia la década de 1970, Bonneuil subrayará la necesidad de que la terapia analítica tenga lugar fuera de la institución (en consultorio particular). En efecto, los pacientes (y sus padres) necesitan llevar una palabra (en donde poder hablar mal de la institución) a un lugar del que el analista no forme parte; porque, de hecho, el paciente identifica de manera indiferenciada con el significante institucional, a los adultos con quienes trata diariamente en la institución; los identifica con la instancia que decidirá o no su salida. La importancia recae entonces, en la posibilidad ofrecida al sujeto de salir de la institución en forma positiva, no tanto en la adaptación del paciente a la misma.

La década de 1970 marca el fin de la psicoterapia institucional. Se procura dar aliento a las posibilidades ofrecidas a los pacientes fuera de la institución, aunque dependientes del hospital psiquiátrico. Se vuelve a la noción de creación y a la necesidad del "bien vivir" en lugar del "hacer". De manera insidiosa, la "enfermedad mental" se ve cada vez más arrojada al campo de lo social. En 1973, los médicos quedan excluidos de la dirección del hospital.

El 30 de junio de 1975, la Asamblea Nacional vota una ley de orientación a favor de las personas discapacitadas. El subsidio a los adultos discapacitados (A.A.H.) es asignado a condición de que no trabajen.

Se organizan así mismo, "talleres protegidos, centros de ayuda por el trabajo". El predominio de lo social sobre lo terapéutico parece ir cada vez más en aumento, hasta el punto de que el trabajo es tenido en ciertos períodos por un fin en sí. Tras denunciar la cronización asilar, se denuncia más tarde la cronización del paciente en seguimiento, las "colas de espera en el dispensario".

En 1982 se suprime el internado en psiquiatría, de lo que se derivó secundariamente el efecto de desinvertir el psicoanálisis en provecho de las neurociencias. En los posteriores años, las medidas de austeridad se acentúan en el sector psiquiátrico, donde el abandono terapéutico pasará a ser moneda corriente

A partir de la década del 80, Francia comienza a promover algunas experiencias ricas y fecundas como alternativas a la hospitalización, pero este impulso, motivado por el deseo de modificar la situación se ve rápidamente abortado por la administración. No se prevé ninguna transversalidad entre las instituciones: se niega la atopia de la psicosis, mientras que el proyecto de Bonneuil la reconoce de entrada.

La variedad que presentan los trastornos exige, diferenciar los tratamientos y las formas de abordaje, individualizar cada caso, dar lugar a cada paciente particular.

Maud Mannoni a partir de sus experiencias señalará que los "enfermos", los "excluidos" necesitan una ayuda "médico-psi" diversificada. Aunque puede verse cómo en la mayoría de los países de Europa, los psiquiatras pasan a ser víctimas de un sistema que "administra" la locura uniformando la "gestión" de los hombres.

La invención depende estrechamente de una voluntad política de innovación (no solo a nivel del Estado, sino a escala de los poderes locales). Sin una voluntad política, las instituciones se esclerosan. La crisis sociales no se confinan en la psiquiatría ni solamente en los problemas de salud; tocan a los presupuestos ideológicos que conciernen "a la naturaleza del hombre y su libertad". (Mannoni, Maud, 1987).

La autora considera que para innovar a partir de una situación en la cual práctica y teoría se interpelan continuamente, es preciso escapar de una reglamentación burocrática. Solo desde un lugar de ruptura con la rutina es posible reinterrogar a la teoría y por qué no, renovarla. Indirectamente Bonneuil planteó desde sus comienzos el problema de la investigación libre, a la que el monopolio administrativo no dejó suficiente espacio.

La autora observa que a pesar de que los profesionales lo saben, terminan por ceder frente a una administración todopoderosa. Asisten paralizados, desmotivados, resignados, a la anulación de una psiquiatría inventiva. (Mannoni, Maud, 1987).

Sin embargo, la experiencia de Bonneuil surge para mostrar que es necesario apostar a la autonomía del paciente, aún en los casos de psicóticos o autistas y que en cuanto a los casos más difíciles –que viven en provincias con familias de acogida, ligados a una red de trabajo y amigos-, se puede conservar la calidad de vida a condición de que se preserve un mínimo de lazos transferenciales entre los trabajadores “psi” (que visitan el lugar), el joven adulto, la familia de acogida y los campesinos o artesanos que lo acogen. (Mannoni, Maud, 1987).

En lo que respecta a los adultos mayores de veinticinco años, si este lazo no se conserva, los padres, al envejecer, o hacen “intrusión” en el territorio ocupado por el joven, desechando la autonomía ganada y entonces desaparece el tercero (los profesionales de Bonneuil, que realizan el seguimiento del paciente entre familia de acogida y los padres naturales), ó recuperan al muchacho y el subsidio por adulto discapacitado pasa a sumarse a su jubilación. (Mannoni, Maud, 1987).

En los dos casos, y de un día para el otro, el joven adulto pierde la autonomía que había logrado con tanto esfuerzo: se ve reducido al estado de menor de edad, siendo burlados sus derechos más elementales, se lo priva de sus amigos, ya no puede administrar su dinero. No es raro que se reinicie entonces en la infernal alternancia hospital/familia.

En sus comienzos, Bonneuil recurrió a familias de acogida pagadas en negro. Luego la modalidad fue modificada, necesitando las familias llenar un estatuto y estar eventualmente sujetas a una capacitación obligatoria.

El Estado las "institucionalizó", agravando de esta manera las cargas sociales, desvirtuando la finalidad misma de estas familias. En un principio eran una red de amigos y padres, quienes eran formados en el transcurso del tiempo por educadores, trabajadores "psi" y pasantes que tenían sus raíces en provincias. (Mannoni, Mauć, 1987).

Estas familias recibían a un solo adolescente, al que transmitían su pasión por la tierra, los animales, etc. Cada familia poseía su rasgo original propio, adecuado a tal paciente y no a otro.

Ahora bien, debido a su institucionalización forzosa, se fueron perdiendo a algunas de estas familias y con ellas se perdieron algunos espacios de calidad de vida excepcionales.

La obsesión por el "menor costo" fue empujando cada vez más a la administración a achicar las estructuras asistenciales, haciendo pasar a un número creciente de pacientes (en especial los autistas) al campo de la exclusión social. (Mannoni, Maud, 1987).

Se comenzó a practicar con los psicóticos la caridad pública: seudopasantías de inserción para unos, subsidios para otros. Nadie se preocupaba por la soledad de estos enfermos, a veces aislados en un departamentito del que no salían jamás... hasta el día en que los vecinos avisan a la policía.

El aislamiento en la vivienda, en una gran ciudad, no es muy diferente del que se produce en los hospitales psiquiátricos, y hasta podría decirse que es peor.

El problema de los "enfermos mentales" se acentúa aún más con la posterior crisis económica. La tendencia fue la de trivializar su situación anulándola mediante el pago de una renta.

Como observa Maud Mannoni (1987), la cuestión es compleja, pues la categoría de "excluidos" requiere de tratamientos muy diferentes, exige las soluciones más variadas posibles.

Pero era característico de la administración el reglamentarlo todo, el unificarlo todo sin dejar espacio para la aparición de soluciones intermedias.

La modalidad consistía en despojar de individualidad al paciente, quitarles autonomía a los discapacitados mentales. No les daban elección y tampoco demasiadas opciones a los adultos tutores.

Ella considera que, lo importante para quien recibe el nombre de enfermo mental es que la etiqueta de "locura" no se le pegue a la piel para siempre, y que pueda encontrar su identidad en un tejido social dado.

Como ella denuncia reiteradas veces, la administración con esta política lo que pretendió fue retener el control de lo imprevisto; por eso intentaba reducir todo lo que fuera espacio de juego, ese espacio que en Bonneuil se procuró disponer para los autistas y psicóticos, permitiéndoles desplazar su miedo y su violencia a Otra escena y no quedarse prisioneros de un solo lugar.

1.2 Bases teóricas

Maud Mannoni, utilizará las experiencias recogidas por Donald Winnicott con niños psicóticos y se verá influenciada por muchos de sus desarrollos teóricos, coincidiendo ambos en la diferenciación de la posición del psiquiatra frente a la del analista. Winnicott partía de la idea de que todos los analistas (dentro de los que se incluía) que se ocupan de los niños psicóticos, "deben estar locos para compartir ese mundo", (Winnicott, 1984).

Ya desde el punto de partida, puede verse cómo de acuerdo a su paradigma hay un posicionamiento que implica el respeto por la persona, más allá de su salud psíquica. Antes que nada, al discapacitado se lo considera como sujeto con libertad de expresión y elección. No existe en este punto una "jerarquización" de lugares, otorgados por un "supuesto saber".

Ella considera que para el analista, el encuentro con el paciente se compone totalmente de la posibilidad que tiene (o no) el adulto de identificarse con el otro (es decir de sentirse concernido por el malestar del otro, hasta el punto de hacer de éste, un drama común) (Mannoni, Maud, 1987).

Para el psiquiatra, el encuentro con el paciente, marca una separación: el sujeto, apenas reconocido en su extrañeza, se halla implícitamente rechazado por la medicina, de su posición como sujeto, en beneficio de "la objetividad nosográfica", Abandona desde este momento el lugar del "otro yo mismo "para ocupar la posición (impersonal) de un objeto (de estudio, de tratamiento). Al convertirse en un caso de la medicina, pierde la palabra. Atrapado en la trampa de una posición que lo rechaza del lugar de sujeto en busca de su deseo (la palabra del paciente solo se escucha ya como "palabra de loco"), el paciente solo ofrecerá el discurso de la psiquiatría y a partir de ese momento tendrá en cuenta las defensas del psiquiatra. Incluso el paciente corre el riesgo de hacer carrera como "psiquiatra de sí mismo". (Mannoni, Maud 1976).

El día en que el paciente psiquiatrizado encuentra a otro a quien hablar (de otra cosa que no sea "enfermedad"), al abandonar las referencias de la psiquiatría, pierde los estereotipos de sus síntomas y de su discurso.

La autora denuncia cómo la psiquiatría, al aislar la "enfermedad", impone al sujeto un "modelo". Al erigir como monumento (científico) una imagen del



paciente que bien podría revelarse tan frágil como un "castillo de naipes" se atrapa al sujeto (y a su familia) en la idea que la medicina se hace de su estado. M. Mannoni sostiene que la práctica nos recuerda que a veces los pronósticos más graves pueden ser desmentidos, para ello basta con tener un poco de suerte; la calidad del encuentro con un sujeto que tenga tiempo para escucharlos y hablarles; es decir para legitimizarlos como sujetos de un discurso. (Mannoni, Maud, 1987).

Se puede ver entonces, de acuerdo a la experiencia recogida por esta autora, que la psiquiatría no aporta lo que hace falta, decide lo que el paciente necesita y no le proporciona las ocasiones (sea cual sea su naturaleza) para que pueda suceder algo. La psiquiatría desea en lugar del niño; manda en nombre de la razón, de la lógica del temor al desorden y esto supone numerosas dificultades. El psiquiatra interviene en la vida del paciente, vida que a partir de entonces él o los encargados de la tutela van a administrar. Algunas familias tienen que luchar para poder elegir libremente el médico y el establecimiento escolar de su hijo. Otras veces los niños quedan olvidados en el internado de la provincia. Los años de internado, aunque dan un respiro a los padres, dejan intacto el problema familiar en sus interrelaciones complejas padre-hijo (Lo que en este caso está en cuestión es no tanto el internado en sí mismo, como éste considerado como una solución, en un contexto en que no se ha dejado ningún espacio para la dialectización de las dificultades).

Los médicos acaban por obedecer los reglamentos administrativos cuando estipulan, sin ambigüedad que no se tolerarán diferencias demasiado importantes en las modalidades de tratamiento de un deprimido, de un esquizofrénico, de una conducta adictiva. Dicho en otros términos, ni pensar en tomar en cuenta la historia singular del paciente. (Mannoni, Maud 1976).

Así pues, la práctica psiquiátrica fue tendiendo cada vez más a encontrar remedios concretos. Pero, al pretender encontrar remedios en lugar del niño, se le confisca su vida en nombre del saber médico.

Maud Mannoni tiene una formación psicoanalítica, (Freud y Lacan), que deja una fuerte huella en sus concepciones acerca de la psicosis, sin embargo ella posee un rasgo propio, que la aleja del psicoanálisis y la acerca a la antipsiquiatría, con autores como Laing y Cooper. De Winnicott toma muchas

de sus experiencias con niños, coincidiendo en el modo de abordaje y en la mirada que pone sobre el niño.

Pero este sello distintivo y característico, hace que se la distinga como una autora que basa sus teorías en gran parte sobre la experiencia misma, es una exploradora, una buscadora arriesgada que apuesta a un proyecto de vanguardia. Ella considera, en cuanto a la forma de proceder que existen además elementos nacidos directamente de la propia experiencia, de los intentos y errores, a partir de los que tratará de teorizar y mantener, aunque sea provisoriamente, un aspecto empírico.

Describe a Bonneuil nacido de un encuentro entre el psicoanálisis y la antipsiquiatría de la época. (Mannoni, Maud, 1987).

La autora manifiesta cómo, de acuerdo a su experiencia, el psicoanálisis, si bien aporta una base teórica necesaria, no es un remedio para las carencias en la medida en que lo que les ha faltado a los niños no es necesariamente una "aportación" (de amor, palabras, comprensión) sino más bien de "ocasiones"; es decir una forma de apertura que habría permitido, por ejemplo, a tal niño ir hasta el límite de su cólera, y a tal otro ir hasta el extremo de su demanda. Son estas "ocasiones perdidas" las que implicaron un encierro para el niño, a partir del cual se ha encontrado prisionero en un nudo (que lo engloba a él y los demás) encerrado en la idea que está loco, de que es malo, de que no sirve para nada. Su identidad se la ha dado otro; a partir de un fracaso se le ha nombrado en función de sus insuficiencias. En su relación con el Otro, el sujeto provocará una respuesta que le confirme que realmente está loco, es malo o no sirve para nada. De esta forma se crea un círculo del que solo puede salir por la violencia. (Mannoni, Maud, 1987).

En cuanto a la estrategia de abordaje, el arte de los terapeutas en Bonneuil consiste en utilizar la resistencia propia del paciente respecto al cambio para que a partir de ella surja una nueva posibilidad de juego, que convierta en caduco el juego antiguo. Esta nueva posibilidad de juego ofrece también la ocasión de un encuentro.

El "encuentro" es exactamente la posibilidad que se da al sujeto de descubrir, a través del que le escucha, otras palabras que las utilizadas hasta entonces por él para modelar su historia. (Mannoni, Maud, 1987).

Lo que M. Mannoni en Bonneuil les ofrece a los niños, a los adolescentes (y en cierta forma a sus padres) es "un lugar" para vivir y hablar. (Mannoni, Maud, 1987).

Se le da la posibilidad al joven que ingresa, de llevar una vida ordinaria compartida con otros jóvenes adultos que también tienen que enfrentarse con ellos mismos. Según esta autora, para que sea posible un progreso personal hace falta a veces muy poca cosa: una cierta acogida, disponibilidad, pero sobre todo la posibilidad de encontrar un adulto que "no les pida que cambien". (Mannoni, Maud, 1987).

El sujeto, protegido hasta entonces tras sus defensas, podrá a partir de aquel momento, sin peligro intentar un cambio de registro (y de juego). Así pues la mejor invención de cara al llamado psicótico es, en primer lugar, la "abstención": pero una abstención en un marco que no sea el del abandono.

Maud Mannoni considera que para poder oír a un niño psicótico sin analizarle de forma salvaje y equivocada, es necesario que uno mismo esté analizado. (Mannoni, Maud 1976).

Concluyendo, se podría decir, en cuanto al marco teórico y al modo de abordaje, que el énfasis está puesto en una "escucha", en una apertura al paciente en su particularidad, en su individualidad. Esta disponibilidad del adulto y este informalismo son puntos a partir de los cuales, en Bonneuil, se ha realizado un encuentro entre el psicoanálisis y la antipsiquiatría, sin que nunca se haya intentado unirlos, como se hace con los ingredientes de un medicamento.

Bonneuil, es fundada en el año 1969, y adopta el nombre de "institución estallada", lo que pretende significar: un lugar del que es posible partir en determinado momento para iniciarse en una gran variedad de oficios (mecánica, trabajo en haras de caballos, cultivo biológico, pintura, albañilería, etc.) (Mannoni, Maud 1976).

Con esta modalidad lo que se intenta es darle a los adolescentes la posibilidad de establecer transferencias diversas, de apasionarse por un trabajo fuera de la institución y eventualmente, de regresar a ésta solo para la temporada escolar.

La metáfora del estallido apunta a la apertura del lugar de vida respecto al exterior, lugar que por ser instituido no se niega a convertirse en el sustituto

de la red de instituciones en las que el sujeto debe integrarse: la familiar, en primer lugar, la escolar, la profesional, la sociopolítica, etc. La autora explica, que en la institución se asume el estallido, no solo rechazando una perspectiva pedagógica, sino también renunciando a la cohesión legisladora de un discurso institucional.

Es importante la semejanza que puede establecerse entre el lugar del analista y una institución estallada. Al igual que el analista, ésta (la institución) pretende ser un lugar de palabra; como en el analista su narcisismo está entre paréntesis. Se crea una función de ruptura, representada por la alternancia de los períodos pasados en Bonneuil y los lugares de acogida en el campo o en el extranjero: es la práctica de una medida contra la tentación del medio cerrado-refugio, en la que se repetirían la inclusión-exclusión de los sujetos. En el juego de la presencia y ausencia en relación a Bonneuil, se puede inducir un efecto de simbolización.

A medida que se fue estabilizando una cierta estructura, el “marco de la institución” fue ofreciendo, sobre el fondo de su permanencia, distintas aperturas al exterior. La institución persiste entonces como lugar de repliegue. A través de la “oscilación de un lugar a otro” puede emerger un sujeto que se interroga sobre lo que quiere. (Mannoni, Maud, 1987).

Este es el trayecto que, pasando por etapas de pérdida y reencuentro, se intenta recorrer junto con el niño autista y con el psicótico. Éste se ve llevado a reinventarse a partir de una situación de ruptura que favorece el surgimiento de una palabra como constituyente de su mundo (de objetos).

Desde la ventana de su fantasma, el sujeto percibe a los seres de una manera determinada. Es llevado a establecer con los demás miembros de su familia un equilibrio frecuentemente precario, hasta el punto de no poder dejar a veces el marco de referencias familiares sin riesgo de que los suyos lo declaren “enfermo”. Entonces aunque pueda ilusionarse con su autonomía, en los hechos todo tiende a cerrarle una salida al exterior de la familia o, por extensión, de la institución.

La institución escolar u hospitalaria reproduce frecuentemente, en sus estructuras, los estropicios de ciertas familias patógenas; cada miembro de una familia semejante le pertenece y no puede dejarla sin provocar un drama. (Mannoni, Maud, 1987).

La introducción de una separación en un momento del recorrido del niño solo puede cumplirse con el acuerdo de éste y la familia. Hay que prestar una gran atención a la escucha de los padres durante la ausencia real de su hijo. Cuando “se le quita” el niño a su madre como una posesión, esta separación hace surgir entre ambos un elemento tercero e introduce la “falta” de la que proviene el deseo. Con frecuencia, solo a partir de este momento podrá nacer una palabra, y podrá adquirir el niño un rostro humano. (Mannoni, Maud, 1987).

En el proyecto de Bonneuil, se podría decir que Maud Mannoni y los profesionales que la acompañaron en la creación de esta institución, parten de un punto en común: el de considerar al paciente psiquiátrico, como una persona que posee cierta autonomía, como para poder escoger muchas de las actividades que desea (o no) realizar, qué labores prefiere hacer o aprender en su estadía. Se tiene en cuenta su necesidad de salir o de volver cuando éste lo crea necesario. Desde sus comienzos, en Bonneuil -como proyecto vivo- la pretensión se apunta a que la persona salga de este lugar con cierta independencia, necesaria como para reinsertarse en algún grupo social, realizar una actividad determinada, sin dependencias con respecto a otras instituciones (familia, estado, hospitales), que terminarían anulándolo nuevamente, quitándole su libertad y la autonomía alcanzada. Es aquí donde reside la importancia de este proyecto.

Hay ciertas características que definen a la mayoría de las instituciones, algunas de las cuales Bonneuil intenta escapar; porque los objetivos desde sus inicios, como se comentó anteriormente, difieren con respecto a otras instituciones psiquiátricas.

Se sabe que la estructura de toda institución –familiar, escolar u hospitalaria- tiene por función conservar una adquisición cultural o social a fin de reproducir la herencia así recibida. La institución establece, pues, ciertas estructuras que le sirven para defenderse contra los efectos del habla en libertad. (Mannoni, Maud, 1987).

Bonneuil fue creada en 1969 y reconocida por la Seguridad Social en marzo de 1975, como “institución estallada” poseedora del estatuto de Hospital de día con hogares terapéuticos para la noche.

Entre 1969 y 1975, el equipo de médicos y profesionales “psi” se componía enteramente de voluntarios (con excepción de un par de

educadores). Funcionaban gracias a la fidelidad de los estudiantes de la Universidad de París. Los colaboradores eran psicoanalistas o se hallaban en formación analítica. El análisis aportaba un esclarecimiento a lo que se pretendía instalar.

Las curas analíticas de los niños tenían lugar, fuera de la institución; siendo ésta una característica distintiva. (Mannoni, Maud, 1987).

Los niños y los adolescentes eran quienes iban marcando el camino, a modo de brújula, sin perder de vista la comunicación constante entre todos los profesionales. Se cuestionaba y revisaba permanentemente los procedimientos.

Se partía sin idea preconcebida pero bajo la influencia de lo que constituía en esa época la innovación más vanguardista en esa época en Inglaterra y también por la escuela de Françoise Dolto, Jacques Lacan y Donald Winnicott. Fueron los niños autistas quienes mostraron el papel y la importancia que tenían en ellos los juegos de agua y más tarde, las computadoras.

Los jóvenes psicóticos, "alérgicos escolares", apenas cumplidos los diez años fueron conduciendo al equipo de Bonneuil "fuera de la institución": al restaurante, a la panadería, a la carpintería; haciéndoles comprender de este modo que solo aceptaban a la institución si lo esencial de la vida, la autonomía lograda para ellos, se desarrollaba en otra parte: un trabajo o un proyecto en el exterior. (Mannoni, Maud, 1987).

La instauración de una red de familias en provincias se fue formando progresivamente desde principios de la década de 1970. En la institución el sujeto a partir de sus interrelaciones puede llegar a captar por qué cosa es hablado; puede aceptar el inicio de una relación con un adulto que él ha elegido y al que inviste con su confianza. La relación maestro-aprendiz que se genera, no tiene precio: lo que se comparte va mucho más allá de una disciplina intelectual o escolar. La autora relata cómo el adolescente descubre la amistad, a menudo por primera vez en su vida. Los efectos son benéficos en la medida en que el adulto logre mantenerse en cierto lugar, reenviando así al adolescente a otro objeto de deseo distinto de su persona propia.

En el plano transferencial, se instaura un proceso que es cabalmente del orden de la aventura analítica: lo que se anuda tiene por destino desanudarse,

ser abandonado, hasta vomitado. Luego, la autonomía, casi podría ser completa. (Mannoni, Maud, 1987).

La presencia de otros hombres en el lugar de trabajo hace nacer en los adolescentes la conciencia de lo que denunciaban como limitación, no es sino la disciplina inherente al trabajo. En ese momento el trabajo se desprende de la sola dimensión del placer. Surgen la tensión de un deseo y la de la ambivalencia. Ahora bien, para tener acceso al deseo y estar en condiciones de sostenerlo, hay que poder pagar el precio.

De acuerdo a la experiencia recogida por M. Mannoni, para ciertos adolescentes, rechazar la escuela es, paradójicamente, negarse a quedar prisioneros de una situación donde no se aprende nada que vaya a ser útil en la vida. Fuera de la escuela los niños almacenan muchos conocimientos; en la escuela, en cambio, aprenden a no abandonar los rieles de una domesticación. Se condiciona al niño para "adaptarse a sus límites", no se lo ayuda en absoluto a ir más allá de los límites presuntos. (Mannoni, Maud, 1987).

Los jóvenes sienten como una necesidad la posibilidad de tener "otra parte", un lugar hacia el que poder evadirse.

La problemática que afronta esta autora a partir de esta experiencia es nada menos que permitirles a los adolescentes y niños, correr el riesgo de sostener un deseo como vivientes.

El acompañamiento del niño en una "lonja de vida" se efectúa desde su entrada en Bonneuil, y es parte del proceso de su estadía.

Se los exhorta, a los jóvenes que anhelan unirse al mundo del trabajo a "jugar a ser normales", lo que les exige imponerse límites porque también hay, para ellos, una parte de goce en el hecho de encarnar, en ciertos momentos, el terror. (Mannoni, Maud, 1976).

Se sabe que la condición de "loco" supone, si se la abandona, renunciar también a una forma de omnipotencia que uno encarnaría al presentarse como ser de excepción. Bonneuil rechazó siempre el sistema de internado, alentando la individualidad basada en una identidad sólida.

El "estallido institucional" encuentra aquí uno de los aspectos de su función de no-encierro. (Mannoni, Maud, 1987).

Maud Mannoni se propone recorrer un trayecto de "humanización" con el niño discapacitado. Acompañarlo en el mundo del trabajo implica permanecer

atento a lo que se juega en las relaciones entre las personas y cuidar para que el adolescente "distinto de los demás" no se convierta en el chivo emisario del grupo.

La autora, toma de Ronald Laing, la idea de que el "espacio" donde alguien tiene el sentimiento de poder moverse libremente guarda proporción con el espacio que él mismo se concede y con el que le conceden los demás. Esto quiere significar que todo ser humano niño o adulto necesita, sin duda, tener importancia, es decir ocupar "un lugar en el mundo de algún otro".

El éxito en un trabajo en el exterior aporta al adolescente la valorización de su imagen de sí, valorización enormemente importante para la adquisición de autonomía, aunque sea de forma parcial.

Según M. Mannoni, soportar la dureza de ciertos medios laborales forma también parte de las difíciles pruebas que es preciso atravesar para acceder a la condición de adulto. Un joven en dificultades es vulnerable; es necesario un largo acompañamiento para que éste no termine buscando seguridad y protección en la condición de la "locura".

Las estadías en las provincias funcionan dentro de la institución como un discurso mítico. A los niños se les narra historias acerca de un sitio donde podrían ocupar otro lugar que el del "loco". (Mannoni, Maud, 1987).

En el trabajo que se realiza con los niños y padres en Bonneuil, se señala el lugar de una esperanza posible. Así se elabora la noción de alternancia, de presencia y ausencia, espacio que deja el campo libre a una potencialidad creadora.

La idea pedagógica que sostenida por M. Mannoni y el equipo de profesionales, está basada en la apertura de la escuela a la vida, de una escuela que no esté prisionera de una norma sino que respete el ritmo de cada cual y les otorgue la autonomía necesaria para devenir sujetos: esto es lo que se necesitaría para todos los niños, pero especialmente para los "rotos", "quebrados", por la empresa de la "normalización" de que fueron objeto. (Mannoni, Maud, 1987).

En cuanto a los aspectos pedagógico-educativos pueden observarse el mismo tipo de inconvenientes, referentes a una mirada generalizadora en cuanto a trastornos de aprendizaje, de adquisición y de adaptación a las normas y al grupo.

En los tiempos actuales, también en nuestro país asistimos a una “globalización” de los trastornos presentados en las aulas, no se tiene en cuenta la particularidad de cada niño y sus inconvenientes, se intenta encasillarlos, agruparlos por similitud de trastornos, no se les respeta el “tiempo” ni el “espacio” necesarios que precisaría un niño para poder establecer ciertos lazos con los otros significativos y así arribar a un aprendizaje, al desarrollo de sus capacidades, al descubrimiento de sus habilidades personales.

Maud Mannoni describe la situación, cuenta cómo la noción de inadaptación abarca aspectos muy diversos. Hay niños que tendrían todo por ganar si se les impartiera una enseñanza a su medida, enseñanza que tenga en cuenta, junto con los métodos apropiados, sus dificultades específicas; a otros, en cambio, se los ubica en clases especializadas, siendo que son inteligentes pero disrítmicos o bien caracteriales, insoportables, pero sin que esto autorice a definirlos como psicóticos: existen “alérgicos” a los temas escolares. (Mannoni, Maud, 1987).

Los docentes “instruyen”, es decir, destilan brillantemente un saber que el alumno es llamado a repetir (rechazar) tal como lo recibió.

M. Mannoni denuncia que la escuela democrática se funda en un nivelamiento de los niños, “todos iguales”, pero no homogéneos. La adaptación de los programas está concebida para un niño ideal en sí. El niño que se “resiste” a este ideal abstracto plantea problemas a los adultos.

El objetivo de la escuela pasó a ser la promoción social y no la expansión de cada cual en su diferencia –según su “genio” propio, como dice Franciose Dolto-, con lo cual los escalafones estrictos, establecidos desde el comienzo, aparecen como guetos de los que no es posible salir: a lo sumo los discapacitados sociales reproducen a los discapacitados sociales. El disfuncionamiento de la escuela corresponde a un disfuncionamiento social.

Siguiendo con la teoría sostenida por M. Mannoni, ella considera que para reconciliarlos con la escolaridad bastaría tomar a ciertos niños, “anoréxicos escolares” pero inteligentes, en una clase de cuatro a cinco alumnos que dedicara a la enseñanza propiamente dicha una hora por día y el resto del tiempo a los “descubrimientos de la vida”: ya sea el descubrimiento del zoológico, del trabajo en aras, o con el mecánico, el carpintero, el criador de

aves, en resumen adultos orgullosos de su oficio. Tales rodeos permiten a los "opponentes" escolares reconciliarse con la lectura, con las matemáticas, desde el momento en que estas disciplinas les abren la puerta a otra escena.

Considera que es necesario "oírlos" para volverlos creativos e inteligentes. Por "oír" quiere significar: darles una posibilidad de extrañamiento radical (como el que posibilitan las familias de acogida en provincias). (Mannoni, Maud, 1987).

En Bonneuil también se reciben a los "excluidos de la escuela". Se los acoge en pequeños grupos de cinco o seis, diez como máximo. La orientación varía de acuerdo al grado de discapacidad (debilidad mental leve, psicosis, autismo, "caso social") y da lugar a un acompañamiento continuo, prestando atención siempre a la individualidad de cada niño y a los lazos transferenciales. El elevado número de pasantes – del mundo entero- permite que, como promedio se ocupen de cada niño uno o dos adultos.

El interés de estos niños está en sus diferencias. El niño autista mutista aprenderá ciertamente rudimentos escolares –y ¿por qué no?, mucho más- el día en que ello le apetezca verdaderamente. Otros niños podrían encontrarse en una escuela tradicional, puesto que su escolaridad no presenta problemas. Sin embargo, imponen su ritmo: una escolaridad a "su" dosis; pero, a fin de año, el programa se logra cumplir. Para que estos niños inteligentes acepten la escolaridad y adquieran diplomas y un oficio, un adulto tiene que reinventarse él mismo con el niño (se necesita un adulto por niño). (Mannoni, Maud, 1987).

Están los casos de algunos jóvenes que a través del análisis logran comprender de qué modo al sentir angustia, se encuentran atrapados por un imán y buscan refugio en la discapacidad, de la que querrían librarse a toda costa. En cada etapa les es preciso luchar contra la representación que les devuelven los otros de su identidad, y tener fuerzas para decir: "No, yo no soy eso". Es un eterno recomienzo: la necesidad de renacer (a sí mismo), obtener una identidad autónoma, desprendido de las palabras que fijan para siempre al sujeto en un lugar que el "yo" (de una palabra, de un deseo) justamente no quiere ocupar más.

CAPÍTULO 2

Lugar del sujeto para Mannoni

1.1 Concepción de sujeto

Maud Mannoni a lo largo de sus obras y en su carrera como analista, denuncia la ausencia de un espacio adecuado para un sujeto que posee características diferentes. "Espacio físico", por un lado, ya que no existen lugares o instituciones especializadas en albergar a personas con diferentes enfermedades psíquicas, y por otro lado, lo que implica algo más grave aún: "espacio dentro del seno familiar", ya que muchas veces, a este sujeto no se lo acepta con las características que le son propias: se lo ve como un estorbo y todos los esfuerzos están en miras a que el discapacitado o el loco se vuelva lo más "normal" posible y que moleste poco.

A nivel social, bajo la etiqueta de "discapacitado mental" se han agrupado, tanto a los casos graves (que ya no encuentran instituciones especializadas que los acojan) como a los casos puramente sociales, expulsados de las estructuras educativas normales.

La autora indaga acerca de las razones del problema mencionado, el cual posee aristas del orden de lo social, de lo psicológico, de lo político y de lo económico.

En sus observaciones menciona la situación de familias que son asistidas económicamente y ven así una ventaja en que su hijo permanezca discapacitado, siendo el ideal, para ellas esta suma: "subsidio al discapacitado más trabajo en negro". (Mannoni, Maud, 1987).

M. Mannoni sostiene que cualquier persona con alguna discapacidad física o psíquica tiene derecho a ser considerada como "sujeto" con potenciales y cualidades que le son propias, los cuales en un contexto adecuado pueden desplegarse y desarrollarse. Considera que cuando se trata de perturbaciones mentales, es una aberración obligar a un joven a "aceptar una discapacidad". (Mannoni, Maud, 1987).

En su concepción acerca de la "locura" se puede leer claramente una postura antidogmática y en contra de las tradiciones "nomecladoras" propias de las ciencias médicas en general. Ella le "otorga", a estas personas un lugar de

sujeto con derechos y responsabilidades, con potencialidades y características propias, que si bien no son las de un individuo así llamado "normal", sí pueden llegar a ser las de una persona que tiene las mismas responsabilidades sociales y civiles. Por lo tanto pueden desarrollar alguna actividad de acuerdo a su propia elección, en el orden de lo laboral, que implique (con los cuidados necesarios en cada caso) tener los mismos derechos, deberes y responsabilidades que cualquier otra persona. (Mannoni, Maud, 1987).

Ella no se resigna a querer adaptar al joven a su discapacidad, sostiene en cambio, que es preciso confiar en su "genio" propio y apelar a él, y considera que solo de este modo el joven con pasado de minusválido, y modelado por el significativo "puntaje negativo", tendrá posibilidades de salir adelante y construir, en su diferencia, una vida de hombre.

Siguiendo su pensamiento, no es necesario pedirles a los pacientes que "vivan con su discapacidad". Por el contrario, de acuerdo a su ideología el intento estaría puesto en ayudarlos a salir de la exclusión en que los coloca la mirada de los otros. Se trataría, de ayudarlos a convertirse en los protagonistas de la vida que ellos que quieren llevar, antes que en robots resignados a la exclusión. (Mannoni, Maud, 1987).

En algunos casos, los que se llamarían de psiquiatría pesada, el retorno a lo normal demuestra ser muy difícil y ella misma declara que no se hacen milagros con retrasados profundos, pero si uno se ocupa de ellos cuando son jóvenes, pueden volverse inteligentes y liberar una inteligencia del corazón y una comunicación en lenguaje sin palabras. Cada uno en su particularidad, con los rasgos que le pertenecen. (Mannoni, Maud, 1987).

De acuerdo a su concepción, para estos sujetos, es muy importante hallar un lugar en una red de familias de acogida en provincias, con artesanos, campesinos y amigos; lugar donde se los acepte y ame con los límites que son los suyos. El respeto testimoniado a su persona como sujetos, la autonomía que se les reconoce, suscita en ellos el deseo de responder a una expectativa; participan, a su ritmo, en una pasión común (por los animales, la agricultura, etc.).

Con respecto a los psicóticos inteligentes, ella sostiene que el intento debería focalizarse en volverlos combativos, a fin de ayudarlos a superar el rechazo de que son objeto. Como ella expresa: "si alcanza con jugar a ser

normal conservando su grano de locura, ¿por qué no?” (Mannoni, Maud, 1987).

Se procura volverlos sensibles a un mundo en el que algunos defienden su propia honorabilidad, rechazando la locura hacia el otro, hacia el que molesta o dice la verdad.

Se podría indagar acerca de una idea fuertemente forjada que se desarrolla en las obras de M. Mannoni, esta es: la importancia inherente al trabajo como actividad primordial en la vida de los sujetos que poseen algún tipo de discapacidad mental.

Ella considera que en un ámbito laboral pueden desplegarse las potencialidades de un individuo, y a través de la acción remunerada o valorada socialmente se logra obtener muchas veces “un lugar” de reconocimiento y respeto en determinado grupo social. Por otro lado, a partir del aprendizaje de un oficio, de artesano o en el campo, la persona psicótica o autista puede “encontrar un sentido” a su vida, afianzarse en una identidad, despojarse de la etiqueta discriminatoria que implicaría estar internado en una institución especializada bajo algún diagnóstico médico. Es por eso que el objetivo en la obra de esta autora reside en la salida de Bonneuil hacia los hogares en las provincias donde tendrán la posibilidad de establecer otros vínculos y también del encuentro con una parte de ellos mismos que se “descubrirá” ante la necesidad del aprendizaje del trabajo de la tierra, con los animales o en las artesanías.

De esta manera, escoge un camino más, hacia la autonomía necesaria para llegar a ser sujetos que gozan de cierta independencia, cierta posibilidad de elección y una identidad que los destaca y diferencia de otros.

Ahora bien, para que un joven discapacitado pueda desarrollarse en algún ámbito laboral, ella considera que es preciso que puedan acudir y pertenecer a otro lugar, más tolerante, en donde liberarse y ser contenidos, ese lugar sería precisamente Bonneuil.

La autora cuenta de qué manera se les pide a los discapacitados mentales que si quieren mantener un puesto de trabajo dentro de la sociedad, tienen que “jugar a ser normales”. Lo que se puede observar en sus relatos es la credibilidad que ella poseía en este proyecto y sobre todo la confianza en los

“sujetos” que tenía a cargo. En todo momento reconocía su autonomía y manifestaba respeto a su persona y a sus elecciones.

Pero esta lucha que ella emprende para tratar de sacar al discapacitado mental de la discriminación y el apartamiento, tiene como “blanco” diferentes instituciones y grupos: empezando por las familias mismas, siguiendo por las instituciones médico-psiquiátricas y lo que ella va a mencionar reiteradas veces: su oposición contra la administración (la que mantiene una política de Estado en contra de la integración y el reconocimiento de las personas diferentes).

La autora señala cómo en la sociedad no hay lugar para el discapacitado, para el que en su diferencia, vive a un ritmo no productivo.

Ella cuenta cómo muchas veces estos pacientes, que han logrado, bajo seguimiento y la contención de Bonneuil encontrar una pasión por un oficio o con los animales y que logran llevar una vida casi “normal”, son arrancados de la noche a la mañana de su medio de trabajo, de sus compañeros, a fin de ganar, instados por responsables locales, un C.A.T. (subsidio que otorga el Estado por discapacidad) en zona urbana no lejos del domicilio de sus padres, lo que implicaría asegurar el futuro de los mismos, mientras que el anhelo de algunos es cabalmente “vivir en libertad” y ser oídos y respetados en aquello que tienen para decir sobre sus vidas. (Mannoni, Maud, 1987).

Al evaluar de gran importancia la autonomía de las personas, lo que alentaba era la reinserción de éstos en la sociedad. El joven que conoció un pasado de anormalidad debe efectuar un doble pasaje: el de la infancia a la adultez, pero también el que lleva de la condición de discapacitado a la de sujeto así llamado “normal”. Debe ganar doblemente su independencia para tener derecho a administrar su propia vida y acceder a un empleo, a una función en la sociedad. Esto supone que, lejos de negar los trastornos específicos de unos y otros, puedan convertirse, con pleno conocimiento de causa, en herramientas de éxito, lo que requiere la movilización de todas las energías, la de los niños, los adultos jóvenes y los profesionales, así como la de los voluntarios, y amigos “todo terreno”. (Mannoni, Maud, 1987).

Uno de los objetivos primordiales que se plantea Maud Mannoni podríamos delimitarlo en el intento y la preocupación puesta en que los niños

logren ser responsables de sí mismos, situándose con su deseo, a partir de sus propias dificultades.

Se procura crear algo del tipo de una desinstitucionalización de los síntomas. Para llevarlo a cabo, se alienta la participación del público y de los niños en una interrogación mutua. La forma en que el sujeto se siente interpelado por el otro no es indiferente. El que se considera "normal" es interpelado por el que se supone que no lo es, ahí reside un esfuerzo por romper una soledad mutua. Se logra así una forma de acceso a una identidad que, en la medida que permita cuestionamiento, se irá fortaleciendo como los cimientos de una casa, hasta llegar a poseer cierta solidez casi imposible de derribar (no así de tambalearse), lo que podría dar lugar a una autonomía en referencia a un modo de vida escogida paso a paso por la persona misma.

M. Mannoni señala como en muchas ocasiones al niño con dificultades, tanto escolares como hacia las pautas sociales, se lo "encasilla" con cierto diagnóstico, produciendo así la sustracción de su libertad. Muchos de estos niños adquieren ciertas habilidades intelectuales solo ante el hecho de "encontrarle el sentido" a aquello que se les pide que logren. De alguna manera necesitan "reinventar" cierto mecanismo para poder asimilarlo como los demás. Ante estas cuestiones ella misma observa cómo algunos niños cuyo cociente intelectual varía poco con la terapia, sin volverse mucho más inteligentes (según el tipo de inteligencia que miden los tests) pueden desarrollárselas por sí solos mucho mejor, ser menos "tontos" y entender más las realidades del mundo, con la inteligencia de que disponen, esta no es una cuestión de reeducación, sino algo muy distinto. Estos niños no solo sufren por sus dificultades, sino a causa de la frase emitida por los demás: "tienes un problema, no puedes hacer lo mismo que hacen los otros, eres distinto, eres digno de piedad, no desees más de lo que puedes, en nuestra opinión, etc." (Mannoni, Maud, 1987).

La autora está convencida, a partir de la experiencia recogida en Bonneuil, que los medios de los niños con dificultades pueden desarrollarse, y de forma sorprendente. Un niño que dice: "no hay nada que hacer, no puedo calcular" no hace más que repetir lo que le han dicho. Cuando las circunstancias reales le permiten comprender para qué puede servir -



realmente- calcular, si tiene deseo de hacerlo, calcula y su C.I. probablemente no habrá variado.

Como se mencionó anteriormente, puede observarse cómo para M. Mannoni el funcionamiento de Bonneuil está pensado con objetivos específicos. La opción de una estancia, fuera de la institución, que se propone a tal niño puede significar a posteriori para éste, un acto analítico. Lo que introduce el hecho de las estancias alternadas (entre Boneuil y otro lugar) no tiene nada que ver con algún remiendo de problemas apremiantes en el presente. Estas "intervenciones" suponen rupturas o escansiones del discurso, cuyo guía es el niño. Lo que se pone en movimiento a través del ir y venir es, de hecho, el pasaje de la necesidad al deseo, a través del desfiladero de las demandas. La presencia del adulto al que se siente ligado, se convierte en "ausencia", y el niño descubre que en este sistema de sustituciones (y permutaciones) nunca podrá encontrar un sustituto adecuado al objeto perdido en el origen. Se trata de la primacía del orden simbólico, que crea el orden de lo real, como en el juego del Fort-da!, en el que se ve cómo el nacimiento de un sujeto pasa por la ausencia imaginaria de un objeto y por la marca significativa (oscilación de la bobina) que implica su ausencia. En esta oscilación entre aquí y allí, se introduce un espacio significativo, en el que el niño se puede perder (y perder a la madre) para tener la ilusión de renacer, apoyándose como sujeto en el juego de la escansión presencia- ausencia. Cuando una separación funciona el niño se convierte en sujeto mientras es el objeto ausente y puede jugar entre la elección o el rechazo de un regreso al lugar anterior. (Mannoni, Maud, 1987).

Esta misma oscilación, con la alternancia aquí y allí, pone en juego –en el psicótico- algo esencial, en la medida en que el niño consigue ocupar un lugar en un espacio imaginario, que hasta entonces no estaba habitado por él. No hay que olvidar que esta alternancia de lugares que utiliza también la negación (el Bonneuil que se odia) hará posible, en otro momento, el reconocimiento de una palabra que abre todas las posibilidades de transformación.

El "estallido institucional" puede jugar el papel de brecha introducida en la permanencia del marco (utilizado como resistencia a todo cambio) que le permite al joven una vida fuera de la institución, teniendo como compañeros a

los corderos, los perros, el espacio y el silencio de la tierra. ". (Mannoni, Maud, 1976).

Una institución cerrada sobre sí misma acrecentaría una estereotipia de protección, manteniendo al adolescente al abrigo de las fluctuaciones del tiempo, para siempre. Lo importante es no pedirle al niño que se adapte al mundo de uno, sino permitirle crear un universo propio, extraño al propio, en el que pueda soportarse a si mismo. (Mannoni, Maud, 1988).

De acuerdo al posicionamiento teórico de la autora, puede verse, como a partir de tener en cuenta la autonomía, los tiempos personales de cada paciente y sus necesidades específicas, la forma de abordaje no requiere una intervención activa por parte de los terapeutas, más bien lo que se intenta, es el ofrecimiento de un lugar y un espacio en donde el psicótico o el autista pueda sentirse acompañado pero no interpelado, escuchado pero no obligado a hablar, en otras palabras, lo que se pone en práctica es una presencia respetuosa de la libertad del otro y un reconocimiento de su persona.

Se practica la terapia "negativa" que consiste en abstenerse de toda intervención precipitada y estar, en primer lugar, a la escucha del niño, En el caso del autismo significa vivir sin importarle nuestra presencia. Solo poco a poco se podría entrar en su mundo, después de haberle garantizado un espacio en el que se sienta bien. (Mannoni, Maud, 1976).

A partir de la experiencia realizada en Bonneuil, M. Mannoni descubre que vivir con el niño una vida cotidiana y ordinaria parece construir una proeza de la que no es capaz todo el mundo. En la relación que se teje a través de las cosas ordinarias de la vida, el niño pone en cuestión las referencias del adulto. Y aquí uno puede verse enfrentado a otro tipo de dificultades: si bien es deseable en conjunto, que los adultos se analicen, es totalmente desaconsejado que se comporten como especialistas. Una actitud de pura "neutralidad analítica" podría convertirse en el principio de todo tipo de complicidades perversas (al nivel del pasaje al acto). En lo que el niño tiene necesidad de confrontarse, hay lugar también para la instancia educativa (sea cual sea y aunque sea para oponerse a ella). Solo en relación a determinadas referencias, la noción de "libertad" puede adquirir un significado para el niño, aunque sea para descubrir sus límites, los obstáculos y su carácter fundamental de engaño. (Mannoni, Maud, 1987).

La libertad que se dispensa en Bonneuil es sobre todo libertad de palabra y respeto de todas las posiciones de rechazo. Adultos y niños pueden dedicarse conjuntamente a una tarea, o tener en común la pasión por un proyecto (de tipo culinario, cultural, artístico, etc.), pero el niño tiene la posibilidad de sustraerse a todo lo que realiza; hasta el punto de rechazar toda compañía con los adultos y los niños. Esto también significa tener en cuenta su autonomía como persona.

Esta posibilidad de negación, en referencia a una actividad o a determinada compañía, en un contexto que no es ni de abandono ni de un dejar hacer espontaneísta, es lo que permitirá que el niño se sitúe en relación a lo que quiere. Las actividades que se realizan en Boneuil (juegos en el agua, pintura, cocina, etc.) son esencialmente ocasiones de encuentro (y de transformación de actitud) bajo la influencia de la transferencia. (Mannoni, Maud, 1987).

“Un lugar para vivir” es lo que hace falta para los niños más desprovistos que, sin embargo una vez adultos, podrían evitar ser internados en el hospital psiquiátrico, si encontraran en un pueblo una posibilidad de acogida (y de actividades que le apasionaran, porque estos niños son capaces de pasión y están abiertos a todas las formas de superación). (Mannoni, Maud, 1987).

La autora, mantiene una visión particular con respecto a los adolescentes, más aún a los adolescentes psicóticos o autistas, se puede leer en su pensamiento una “permisividad” que otros no comparten, lo que en muchos casos fomenta en los jóvenes el conocimiento de sus límites más peligrosos, al que ya no necesitan volver una vez alcanzados. Ella considera que la sociedad necesita estos “estados de adolescencia”, al igual que la sabiduría de los viejos. Los marginales (incluidos los locos) plantean una cuestión que habría que aceptar y oír. Esta cuestión es la de la “diferencia” que ellos reivindican, la pregunta sería cómo proporcionarles los medios para vivir, sin exigir de ellos una “reinserción social” a cualquier precio. (Mannoni, Maud, 1987). Este es uno de los problemas para repensar y que continúa vigente hoy en día.

Estar a la escucha del adolescente, no quiere decir se deba perder las referencias, o que uno deba erigir el “dejar hacer”, en dogma. Lo que de acuerdo a su parecer es fundamental en el trabajo con estas personas, es el

respeto otorgado a los tiempos y necesidades del otro: toda intervención intempestiva del adulto corre el riesgo de agravar la situación conflictiva, mientras que la abstención terapéutica constituye a menudo la única actitud, que puede posibilitar más tarde una posibilidad terapéutica. Es frecuente ver como los jóvenes viven su vida por procuración, es decir que consiguen una cierta forma de realización a través del otro, que logra vivir. La realización personal se lleva a cabo en una unidad social dada, unidad (o estructuras) que hay edificar y reconstruir continuamente. "El mundo fantasmático del adolescente reserva siempre un lugar para la muerte de alguien, recuerda D. Winnicott"⁴. Este hecho debería poder expresarse al máximo, no solo con la palabra sino con obras de imaginación (teatro, pintura); y según este criterio, debería darse el máximo de libertad para que el adolescente pudiera acceder a todas las posibilidades de transposición creadora. Estas posibilidades se ven frenadas cuando se le pide al adolescente que se convierta en adulto demasiado pronto, aplastándole con responsabilidades que todavía no puede asumir. Por el contrario, compartir el trabajo del adulto, ganar dinero, puede considerarlo como un juego. La actividad creadora desempeña un papel de suma importancia en la edificación de la identidad. En vez de convertirle demasiado pronto en adulto, con ello se dan las posibilidades de superarse en una actividad que le permite seguir disponible respecto a la invención. (Mannoni, Maud, 1987).

En Bonneuil se apuesta a la sensibilidad necesaria para permitir y fomentar la posibilidad de creación; aunque sin dejar de ver que toda forma de expresión está ligada a un contexto que favorece o no la emergencia. Al niño se le proporciona un instrumento para ayudarlo a trasponer su "malestar vital" pero, de acuerdo con las experiencias allí realizadas, puede verse que esta transposición solo es posible a partir del momento en que el niño "llega a sorprenderse a sí mismo". Algo que solo es posible si se "da el permiso" y el tiempo para que esto suceda.

En la concepción de M. Mannoni, la persona, en su relación con el otro, se halla de alguna manera prisionera de su propio juego y de las reglas que se da a sí misma para acceder o no al deseo del otro, dentro de un sistema

⁴ Winnicott, D., 1982

defensivo de protección, hasta el punto de que se le suprime incluso el deseo de lanzar un llamado, un grito de ayuda. (Mannoni, Maud, 1987).

Así pues el niño, en los primeros meses de vida, necesita a un adulto capaz de adaptarse a él. Esta adaptación al otro se halla también en la relación terapéutica, a través de esta capacidad de adaptarse al paciente, el analista permite que surja entre él y el paciente, un campo que no es más que el del juego. Todas las relaciones que se tejen están hechas de mutua confianza pero también de sentimientos de poder mágico, de omnipotencia, de hostilidad, de amor y temor.

2.2 El lugar de los padres

Cuando se pretende llevar a cabo un tratamiento con menores de edad, que además no se encuentran en las capacidades psíquicas necesarias para poder dar cuenta de la comprensión cabal del tratamiento que se realizará, es necesaria una autorización de parte de los responsables legales, o sea de los padres o tutores.

Por todo lo que se ha visto hasta aquí, en este trabajo de investigación puede verse cómo Maud Mannoni, obtenía de alguna manera, a través del discurso y del "lugar" que le otorgaba a los jóvenes y niños que acudían a ella, un consentimiento de su parte. Al poseer como característica el ser estallada, abierta, anti-dogmática la institución les daba la libertad de salir o de entrar, de crearse un espacio propio dentro de ella, o de abstenerse de realizar las tareas que se proponían. La autonomía concedida a las personas que allí se albergaba (no eran "pacientes", no se realizaban "tratamientos") lograba que fueran sujetos "de palabra", de elección responsable, es decir: -menores, discapacitados, "locos"-, también personas autónomas, libres para elegir, respetadas en su condición y características.

No obstante esto, en sus obras puede verse que Maud Mannoni intentaba darles también a los padres el lugar que ellos requerían, como garantía de que sus hijos les seguían perteneciendo de alguna manera. Las reuniones tenían lugar fuera de la institución, evitando así la irrupción en el espacio ganado por ellos. Se podría conjeturar que también estaba la intención de impedir que se rompan los lazos transferenciales logrados entre ellos (los jóvenes y niños de Bonneuil) con personas de la institución.

Maud Mannoni cuenta como las reuniones de padres eran fundamentales para ellos mismos porque funcionaban como terapeutas los unos de los otros, tranquilizándose mutuamente. Expresaban lo que la separación representaba en su imaginario: perder el control del cuerpo del hijo, aceptar que esté bien en un territorio donde ellos mismos no entran.

Esperanza y desamparo se alternaban porque se trata, cabalmente de un renunciamiento. Renunciamiento que un padre normal acepta de buen grado cuando su hijo, convertido en un adulto "normal", se hace cargo de su vida. Cuando el adulto es discapacitado, incluso un padre "normal", tiene

necesidad de una garantía. Algunas veces acepta no invadir el lugar, acepta una pérdida, pero no el abandono. El garante de que no se trata de abandono es Bonneuil, situado como tercero responsable y hasta responsable jurídicamente.

Con el transcurso del tiempo, en este proyecto se pudo comprobar la importancia no solo de los efectos de ruptura que pueden inscribirse en el discurso familiar e institucional, sino también de la instauración de un lugar en provincias que sea propio del niño (un lugar abierto y no cerrado sobre sí mismo). (Mannoni, Maud, 1987).

La autora cuenta cómo al identificarse con las madres intenta sensibilizarlas respecto a una dimensión de lucha (más allá de su hijo y de ellas mismas) y permite el surgimiento de un discurso en el que los padres, en algunos momentos, hacen de terapeutas unos respecto a otros. Ella opta por mantenerse en un lugar de no especialista, para permitir que se plantee una pregunta, más allá de su persona. Considera que toda palabra se hace imposible si el discurso se dirige a un especialista que se supone que tiene la respuesta; la dinámica se mantiene a nivel de recetas y se pierde la dimensión de verdad inherente a toda situación conflictiva. (Mannoni, Maud, 1976).

Ella cuenta como los padres (en especial las madres) de Bonneuil se sienten afectados por la existencia de la institución más allá del problema de sus hijos. Bonneuil los arranca de la pasividad (hecha de resignación) y los lleva a enfrentarse, día a día, con lo imprevisto, sin sentirse ya aislados. Lo más útil que Bonneuil les aporta es una escucha y una solidaridad; ésta no es más que un intento desesperado para hacer frente a los casos más desesperados, a partir de una posición que recurre a al encuentro de cada uno, dejándole la responsabilidad de reinventar la vida (o de autorizar al niño a hacerlo, sin tener como referencia a sus padres). (Mannoni, Maud, 1987).

CAPÍTULO 3

Origen y evolución del concepto de autonomía y consentimiento informado.

3.1 Presentación de la Bioética

[La Bioética, es una disciplina que reúne temas heterogéneos, pertenecientes a diferentes ciencias (medicina, derecho, filosofía, psicología, etc.). Su punto de partida es el valor del hombre en su corporeidad frente a los desarrollos biomédicos. (Adorno, 1998).]

[Puede decirse que en sus comienzos surge junto con los avances científico –tecnológicos como una forma de fijar límites a los experimentos realizados con seres humanos a fin de proteger su identidad.]

Para Sullivan (2002) la Bioética focaliza en el punto de vista del paciente respecto de las decisiones a tomar en el cuidado de su salud a partir del respeto por su autonomía.

El hecho tal vez más importante, en el desarrollo de la Bioética que luego dará lugar al documento del Consentimiento Informado son los Juicios de Nüremberg, realizados contra los criminales de guerra nazis y que se conoce como el Código de Nüremberg de 1948. A raíz de las atrocidades cometidas en nombre de la Ciencia se impone como necesario regular las prácticas que se llevan a cabo en su nombre.

Según Sullivan (2002) alrededor de 1940 y hasta los años 70, la Bioética trajo a la medicina el respeto a la autonomía de los pacientes, especialmente la capacidad de los pacientes de tomar decisiones médicas. Desde los años 80 hasta el presente, los resultados de los movimientos de los pacientes han traído a la medicina el respeto a la propia valoración de los pacientes sobre su salud.

[En la interacción entre profesional de la salud y usuario se toman decisiones sobre las que inciden cuestiones éticas. Del lado del profesional intervienen tanto sus creencias y valores personales como el conjunto de normas de carácter ético y deontológico que regulan la profesión. Del lado del usuario, el bagaje de creencias, valores y actitudes que inciden en su voluntad. (Zanatta, 2002)]

[La Bioética es una disciplina sistemática cuya preocupación central consiste en que los desarrollos biomédicos no afecten a la dignidad del ser humano. Así, el principio de respeto a la vida puede ser considerado el principio eminente de la Bioética, el que guía e inspira la aplicación de los demás (Adorno, 1998). El "derecho a la vida" es el primero de los derechos humanos.]

Para Sgreccia (1996) el respeto a la vida es el primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás.

[Adorno (1998) señala que especialmente en el ámbito de la bioética anglosajona se hace referencia a tres principios: el principio de beneficencia, el principio de autonomía y el principio de justicia. Siendo éstos los más conocidos actualmente.] De hecho forman parte de cualquier manual de bioética. Es por ello que se expondrán en detalle.

En este trabajo de investigación me centraré en el Principio de Autonomía.

3.1 El Principio de Autonomía

La palabra autonomía tiene su derivación del griego autos (“propio”) y nomos (“regla”, “autoridad” o “ley”), y se utilizó por primera vez con referencia a la autorregulación y autogobierno de las ciudades-estado helénicas independientes (Beauchamp y Childress, 1999). Es un término que se ha ampliado de forma tal que en la actualidad también se utiliza para las personas, adquiriendo significados tan diversos como autogobierno, derechos de libertad, intimidad, elección individual, libre voluntad, elegir el propio comportamiento y ser dueño de uno mismo. Al estar constituido por varias ideas no es, por tanto, un concepto unívoco ni para la lengua ni para la filosofía. El significado de la palabra “autonomía”, como ocurre con otros muchos conceptos filosóficos, se vuelve mucho más específico en el contexto de las teorías.

Como bien señalan Beauchamp y Childress (1999), hay que distinguirla de la autorregulación política: la regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlar, y sin limitaciones personales, como por ejemplo una comprensión inadecuada, que impidan hacer una elección. Una persona autónoma actúa libremente de acuerdo a un plan elegido, de la misma manera que un gobierno independiente maneja sus territorios y establece sus políticas de acción. Sin embargo una persona con un déficit de autonomía, o es controlado por otros al menos en algún aspecto de la vida, o es incapaz de reflexionar y actuar en función de sus propios deseos y planes.

Las personas institucionalizadas, como los presos y los deficientes mentales, tienen menos autonomía. La incapacidad mental limita la autonomía de los deficientes y la institucionalización obligatoria disminuye la de los presos. (Beauchamp y Childress, 1999),

Podríamos decir que todas las teorías sobre la autonomía están de acuerdo en que hay dos condiciones esenciales: a) La libertad, lo que implica actuar independientemente de las influencias que pretenden controlar, y b) ser agente, es decir tener capacidad de actuar intencionadamente.

El principio de autonomía, como es entendido hoy en día para la Bioética se refiere al deber de respetar la autodeterminación del paciente.

Beauchamp y Childress (1999) consideran que para la autonomía es esencial la regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlar, y sin limitaciones personales, como por ejemplo una comprensión inadecuada, que impidan hacer una elección.

Se debe diferenciar el ser autónomo a ser respetado como ente autónomo. Para que una persona sea respetada en tanto ser autónomo debe asumirse su derecho a elegir y actuar en función de sus valores y creencias.

Como sostienen Beauchamp y Childress (1999) este respeto debe ser activo y no sólo una actitud. Esto implica no sólo la obligación de no intervenir en asuntos de otras personas, sino también la de asegurar las condiciones necesarias para que una elección sea autónoma.

El principio de autonomía hace referencia al deber de respetar la autodeterminación del paciente. De acuerdo a este principio, el paciente tiene derecho a recibir una información clara acerca de su diagnóstico y alternativas de intervención, y a decidir lo que considere más conveniente de acuerdo a su criterio; debiendo el médico respetar la decisión del paciente. Pero, ante los casos de personas no autónomas, por ejemplo niños, incapacitados mentales, que no pueden tomar decisiones, estaría justificado intervenir, (inclusive para los autores defensores de la autonomía en ética biomédica).

El consentimiento informado está en el núcleo de este principio. Y por ello se dice que el consentimiento informado es el paradigma de la autonomía. Podría decirse que es la puesta en práctica de este principio. El consentimiento informado implica que la persona da su consentimiento al tratamiento propuesto y ello supone que ha sido previamente informada sobre las características del mismo y consultada en la decisión.

Existen múltiples descripciones de este principio y teorías que difieren entre sí, por lo menos en algunos aspectos. Algunos autores de la teoría ética actual, afirman que la autonomía consiste fundamentalmente en ser capaz de controlar los deseos y preferencias básicas (de primer orden), distinguiéndolas de aquellas de un nivel superior (de segundo orden).

En cuanto a las acciones autónomas, es más adecuado analizarlas en función de sus agentes, los cuales actuarán: a) intencionadamente; b) con conocimiento; y c) en ausencia de influencias externas que pretendan controlar y determinar el acto.

Como bien sostienen Beauchamp y Childress (1999), las acciones o son intencionadas o no lo son. Sin embargo las otras dos condiciones (la comprensión y la ausencia de influencias externas) sí pueden estar presentes en mayor o en menor grado. Las acciones pueden, por tanto, tener distintos grados de autonomía en función de cómo cumplan estas dos condiciones.

De acuerdo a estos mismos autores, para que una acción sea autónoma no es necesario que el conocimiento y la independencia sean totales, sino que bastará simplemente con cierto grado de ambas.

3.2 El consentimiento informado.

El modelo tradicional en la relación médico paciente, de carácter paternalista, se caracteriza por el predominio de la autoridad del médico, y a su vez en la "obediencia" del paciente. Contrariamente el paradigma básico del principio de autonomía es el *consentimiento informado*. El consentimiento informado no proviene del campo de la medicina, sino que proviene del campo jurídico. Es considerado un derecho humano primario y por otro lado una exigencia ética y legal para el médico. Se debe aclarar que no sólo implica el hecho de firmar un formulario, sino que presupone la información, (Galán 1999).

Puede caerse en el error, de tomar al consentimiento informado como un documento cuyo contenido es generalmente ignorado o parcialmente comprendido por el paciente. De acuerdo a Pini (2000) el consentimiento consistiría en un verdadero "proceso" implicando la interacción entre el médico y el paciente. En este proceso es donde se juega la profundidad de la relación profesional-paciente. Como señala Pini (2000) se trataría en este caso de un deber legal y un deber moral, ya que corresponde al correcto ejercicio de la medicina el informar adecuadamente sobre el tratamiento, riesgos, alternativas, etc. y ese deber moral encuentra fundamento en el respeto a la dignidad de la persona que requiere atención médica.

Como expresa AA. Broggi (1995) el CI representa el enunciado y el anuncio de un cambio revolucionario. Con él se pretende aumentar y extender a todos, la calidad de la relación clínica, para que en ella el enfermo acreciente su dignidad, vea sus derechos más protegidos y tenga sus necesidades mejor atendidas que antes. La calidad exigible ya no puede entonces, ser definida por el profesional unilateralmente, ni incluso con parámetros objetivables, sino que debe ser valorada y aceptada por cada cual como cualidad real.

Analizándolo de esta manera, el CI sería la expresión de una nueva cultura, mucho más compleja, en la que se promueve y garantiza de forma general, un mayor respeto a cada persona. Es una formalización del respeto. Y este respeto es reclamado por los enfermos cada vez con mayor insistencia.

La bioética hace uso de diversas metodologías de estudio y análisis, Diego Gracia (1989) postula la premisa de que "el ser humano es persona y en

cuanto que tal tiene dignidad y no precio” y que “en cuanto que ser humano todos los seres humanos son iguales y merecen la misma consideración y respeto”.

En lo referente a la toma de decisiones asistenciales, de acuerdo a la bioética, se procura no perder de vista, tanto los principios como las consecuencias. Existen cuatro principios básicos que fueron enunciados por Beauchamp y Childress, (1990), son los siguientes:

El primero es el de *No maleficencia* y se refiere a no hacer daño a las personas (*primun non nocere*) y por consiguiente, a realizar correctamente el trabajo profesional. Algunas acciones que incumplirían este principio serían la impericia, el desconocimiento, el descuido en el trabajo.

Otro principio sería el de *Justicia*, se refiere a la obligación de tratar a todas las personas por igual y no discriminarlas bajo ningún concepto, asegurando la igualdad de oportunidades a nivel sanitario.

El tercer principio sería el de *Autonomía*, éste considera que todas las personas son capaces de tomar decisiones respecto a la aceptación o el rechazo de todo aquello que se relaciona con su salud. Todas las personas son capaces de tomar sus propias decisiones mientras no se demuestre lo contrario, este principio propone el deber de los profesionales a proporcionar la información suficiente para que el paciente pueda tomar sus decisiones sin efectos de presión ni coacción.

Y por último estaría el principio de beneficencia, que exige hacer el bien a las personas, procurándoles el mayor beneficio y limitando los riesgos o perjuicios de la intervención sanitaria, respetando sus “criterios de bien” y respetándolas cuando no puedan tomar las decisiones por sí mismas porque su situación personal o clínica lo impida.

Los dos primeros principios son obligatorios para con los otros y exigibles y punibles por ley. Los dos últimos no se pueden imponer y constituyen la perfección moral o lo excelente.

Como se mencionaba anteriormente, el consentimiento informado, no tiene origen en la medicina, sino que proviene del ámbito jurídico, Gracia (1989) señala que el derecho de los enfermos a ser informados y a decidir autónomamente sobre su propio cuerpo les ha venido impuesto a los médicos desde los tribunales.

Analizando su evolución, el principio de autonomía fue pasando, primero por la figura jurídica de la negligencia profesional; luego por la de agresión, como intervención realizada sin consentimiento; y por último se definió la figura del consentimiento informado. (Zanatta, 2004)

Un hecho histórico relevante que dio origen al consentimiento fueron, los Juicios de Nüremberg. Luego de finalizada la Segunda Guerra Mundial, un tribunal judicial se encargó de juzgar a los responsables de los crímenes de guerra en Nüremberg. De esta manera el mundo entero conoció las acciones moralmente atroces cometidas, en muchos casos, por médicos y científicos.

Los acusados se declararon inocentes argumentando que simplemente "cumplían órdenes". Al no haber realizado ninguna acción independiente no podían ser juzgados como culpables. A pesar de esto, se sostuvo que había derechos humanos básicos, evidentes e inviolables a los que todas las personas debían obediencia (Kieffer, 1983). Posteriormente a los juicios, el tribunal redactó un código de conducta conocido como el Código de Nüremberg, documento que marca un hito sobre la experimentación con seres humanos (Kieffer, 1983) y en el cual aparece la obligatoriedad de obtener el consentimiento voluntario del sujeto.

El Código utiliza la expresión "consentimiento voluntario". El término "consentimiento informado" fue utilizado por primera vez, según Gracia (1989), en el año 1957 en el Estado de California; en el caso *Salgo contra Leland Stanford Jr. University*. Introduciendo la idea de que no solamente es necesario "obtener el consentimiento" del paciente sino que además, establece el deber de "informar adecuadamente" al paciente antes de que decida.

El *consentimiento informado* es una autorización autónoma para una determinada intervención o participación en un proyecto de investigación. (Beauchamp y Childress, 1999). Según este concepto el consentimiento informado existe sólo si un sujeto con suficiente capacidad de comprensión, y que no está siendo controlado ni presionado, autoriza intencionadamente a un profesional a hacer algo.

Un elemento implicado en el consentimiento informado es el tema de la *competencia*. Esto quiere decir: establecer si el sujeto es competente para realizar elecciones autónomas. El dilema se focaliza en establecer cuando los sujetos son psicológica o legalmente capaces de tomar decisiones autónomas.

Esto se relaciona con la validez del consentimiento. Los criterios sobre la competencia específica varían en función del contexto, y la competencia para decidir depende de cuál vaya a ser la decisión que tomar. Beauchamp y Childress, (1999) sostienen que aunque *autonomía* y *competencia* tienen significados diferentes, los criterios para considerar a una persona autónoma son muy similares a los necesarios para considerar si una persona es competente. Se supone que toda persona autónoma es (necesariamente) competente (para tomar decisiones).

Se podría concluir diciendo que una persona es competente cuando es capaz de comprender la información sobre un determinado tratamiento, reflexionar acerca de las consecuencias, evaluando riesgos y beneficios, para poder tomar una decisión en función de dicha reflexión. Como bien distinguen Beauchamp y Childress (1999), en el consentimiento informado se podrían diferenciar dos componentes: el *informativo* y el de *consentimiento*. El componente informativo consiste en exponer la información y que ésta sea comprendida. El componente de consentimiento se refiere a la decisión voluntaria del sujeto.

Actualmente el procedimiento para obtener el consentimiento informado en el ámbito sanitario, consiste en entregar al paciente un formulario para firmar dando su consentimiento a la intervención, (muchas veces sin una explicación adecuada y suficiente de su contenido).

El hecho más importante para considerar al consentimiento como legítimo sería únicamente obtenido como resultado de un proceso de información adecuado, que permita al paciente analizar la situación, considerar los riesgos y beneficios y tomar una decisión.

En cuanto a la relación terapéutica, durante muchos años se ha seguido el modelo "paternalista-beneficiente" de la tradición hipocrática. Esta relación está regida por el *Primum non nocere* (ante todo no perjudicar). Hoy en día, se sabe que se trabaja más bien con incertidumbres y probabilidades y que lo que ofrece el personal de salud son cursos de acción posibles. El paciente puede elegir entre estos el que mejor se ajuste a sus valores y necesidades, para ello debe tener toda la información precisa sobre su diagnóstico, tratamiento y evolución.

Se sabe que el consentimiento informado surge como resultado de una buena relación clínica. Pero cuando se utiliza solamente como documento escrito, se puede correr el riesgo de emplearlo con fines, exclusivamente defensivos ante futuras reclamaciones y perder sus características. Así pues no debe confundirse consentimiento informado con documento escrito de consentimiento informado, pues no necesariamente todo proceso de información ha de concluir en documento escrito. Habría que asegurarse de que la información aportada ha sido comprendida por el informado.

Clarke (2003), considera que algunos pacientes antes que escuchar intrincados detalles de los complejos procedimientos médicos, preferirían saber sobre riesgos y beneficios; y antes que tener alternativas de los procedimientos, simplemente preferirían confiar en la seguridad del médico de que el procedimiento recomendado es el más apropiado. Sin duda, la propuesta de este autor nos conduce al terreno de la interacción entre el profesional de la salud y el usuario, poniendo el énfasis en los aspectos interpersonales implicados tales como la comunicación, la confianza, etc.

Por esto, si entendemos el consentimiento informado como algo más que un formulario a completar, si es el resultado de un proceso, es necesario comprender que el ámbito natural donde se desarrolla ese proceso es el de la interacción profesional de la salud – usuario.

Siguiendo el pensamiento de Simón Lorda (1999), se podría hacer una distinción entre validez moral y validez jurídico-legal: el documento firmado autorizando una intervención es por sí mismo “válido” en el sentido legal del término, pero no obstante puede no ser considerado “válido” desde el punto de vista moral o deontológico.

Hasta aquí se pueden distinguir dos dificultades: la primera consistiría en la dificultad de comprensión, relacionada a la complejidad y especificidad de los términos médicos. Muchas veces el paciente no comprende adecuadamente la información que el médico expone. Para que esta dificultad sea sorteada lo más indicado puede ser de parte del médico el plantear preguntas, conocer las preocupaciones del sujeto y lograr un clima que estimule a preguntar, en lugar de revelar información (Beauchamp y Childress, 1999).

Una segunda dificultad se centraría en el grado de interés de parte del paciente o en su deseo de saber. Existen casos en los que el médico se

encuentra con una barrera por parte de éste, ya que no desea enterarse de su estado de salud. Su demanda recae en que le solucionen su problema. Frente a esta situación el médico deberá adaptar la información a la capacidad de comprensión del paciente y a su disponibilidad de recepción. Es por ello que algunos autores no hablan de "información" sino de "comunicación" (Boladeras, 1998). Haciendo de esta forma hincapié en el proceso de comunicación entre médico y paciente como el lugar donde se den las condiciones necesarias para obtener un consentimiento informado.

Beauchamp y Childress (1999) afirman que el hecho de que los actos no sean nunca *completamente* informados, voluntarios o autónomos, no implica que no sean *adecuadamente* informados, voluntarios o autónomos.

Puede ocurrir que en muchos casos la información excesiva sea un elemento que aumente la ansiedad del paciente e incluso interfiera en su capacidad de comprensión, pero se cree que en esto tiene más implicancia el cómo es dada esa información, es decir el problema está en la calidad y no en la cantidad. Por otro lado, si el consentimiento informado constituye verdaderamente un proceso, como se mencionó anteriormente, esto supone disponer de un tiempo para el diálogo con el profesional y para formular las preguntas necesarias. Contrariamente, si el consentimiento informado consiste sólo en la firma de un documento, entonces se puede pensar que la información que se brinda puede influir negativamente.

El tema del Consentimiento informado no es un tema sencillo y varios autores han debatido al respecto.

Boladeras (1998) considera que todo paciente tiene derecho a la información en cualquier circunstancia, y además el médico está obligado a darla como paso previo para obtener su consentimiento antes de intervenir.

La posibilidad de ser autónomo y el hecho de ser respetado como persona autónoma no son lo mismo: el hecho de respetar a un agente autónomo implica, como mínimo, asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales. Este respeto debe ser activo y no simplemente una actitud. Implica no solo la obligación de no intervenir en los asuntos de otras personas, sino también la de asegurar las condiciones necesarias para que ésta sea autónoma, disminuyendo los miedos y todas aquellas circunstancias

que puedan dificultar o impedir la autonomía del acto. El respeto, desde este punto de vista, supone permitir que las personas actúen autónomamente, mientras que no respetar la autonomía consiste en ignorar, contravenir, o disminuir la autonomía de éstas, negando la existencia de una mínima igualdad en ellas.

3.3 Autonomía y Consentimiento Informado con niños

Las concepciones acerca de la niñez y la infancia se han ido modificando considerablemente con el paso del tiempo. Como bien señala Margarita M. Manrique (2002) en la edad moderna un niño es escuchado por sus padres y tiene un lugar que en la época antigua no tenía. De acuerdo a las teorías evolutivas de Piaget y Kohlberg se considera que la madurez y la consciencia moral se adquieren durante el proceso de maduración y no aparecen en un momento puntual como se determina legalmente (por ejemplo a los 18 años). Esto ha dado lugar a la teoría del “menor maduro”, en la que se reconoce la existencia de determinados derechos en los niños, en función del nivel de madurez observado. Todo esto ha llevado a que, aquellos menores capaces de tomar decisiones y evaluar las consecuencias, puedan manifestar sus decisiones en todo lo relativo a su salud.

De acuerdo a Margarita M. Manrique (2002) hay dos cambios en la visión de la infancia que van a influir en la atención sanitaria en menores de edad, y son: por un lado la organización en torno al niño como un bien social inapreciable en el que se van a depositar todas las expectativas futuras de la sociedad, y por otro el reconocimiento de la capacidad de participación en el proceso de decisión sobre la salud y enfermedad del propio niño.

Regina Bayo-Borrás (2003) considera que las situaciones familiares y sociales que rodean la infancia contemporánea han sufrido notables modificaciones en sus características, en su estructura interna y en las funciones parentales, cuyo análisis diagnóstico merece una atención especial, pues puede caerse en el error de colocar a los psicólogos o a cualquier profesional de la salud al borde de alianzas perversas o de colisiones con otros estamentos sociales.

Otro de los puntos a tener en especial consideración al tratar con niños es el tema del diagnóstico: es preciso que éste sea claro y ajustado, ya que algunos diagnósticos como por ejemplo los psiquiátricos van a tener una implicación en su futuro e influir en su integración o segregación del grupo.

Los tratamientos tienen especial repercusión ya que se habla de sujetos en proceso de maduración, en los que la cronificación o no-resolución de la patología puede implicar una situación de discapacidad durante toda la vida.

Margarita M. Manrique (2002) considera que el pediatra deberá plantearse su actuación clínica desde el conocimiento técnico, la utilización de las prácticas asistenciales comunes conocidas como las “buenas prácticas clínicas”, la formación continuada y el ejercicio profesional de ellas para favorecer o al menos no perjudicar al niño.

El niño tiene derecho a la información acerca de su realidad. Este derecho le está concedido por distintos organismos internacionales; no obstante se debe tener en cuenta el momento evolutivo del niño. El hecho de no informar supone una excepción que ha de justificarse siempre, basándose en las consecuencias graves y negativas que el conocimiento de su situación le pueda producir. Se considera que la conspiración del silencio y el engaño suelen ser perjudiciales para el menor (Manrique, Margarita M., 2002).

A lo que se apunta con el proceso de consentimiento informado es que el niño logre entender y pueda razonar suficientemente acerca de la decisión que se va a tomar. Por tanto, de acuerdo a esta misma autora, se puede concluir en que el Consentimiento Informado requiere un nivel cognitivo elevado y son necesarias habilidades de pensamiento abstracto y de razonamiento. Estos requisitos son los que han llevado, en épocas pasadas, a considerar a todos los menores como incompetentes.

La capacidad y la competencia son dos términos se emplean, actualmente, en el lenguaje bioético como sinónimos.

Se entiende por competencia, la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta y las alternativas posibles de actuación con las consecuencias previsibles de cada una de ellas, para a continuación, tomar, expresar, y defender una decisión que sea consecuente con su propia escala de valores. (Manrique, Margarita M., 2002).

Existe una gran variabilidad en la competencia con respecto a la toma de decisiones, incluso un niño puede ser competente para elegir entre un jarabe y una pastilla, aunque no sea competente para tomar decisiones que conlleven riesgo vital.

Cuando se evalúa la capacidad, habrá que tener en cuenta también, si determinados estados afectivos (miedo, ansiedad, ánimo, humor) pueden incidir sobre la capacidad del niño.

De acuerdo a esta misma autora, puede considerarse que un menor es "competente" para tomar decisiones sanitarias cuando:

- comprende la información recibida sobre su enfermedad. Antes de los 12 años es difícil esta comprensión ya que el niño pequeño vive la enfermedad como algo externo, no capta la idea de proceso causado por la disfunción del propio organismo. Los niños, a partir de los 8-10 años, integran el concepto de irreversibilidad y de universalidad de la muerte. Algunos niños pequeños, que han tenido experiencia con la enfermedad, pueden tener un concepto más maduro sobre la enfermedad y la muerte.
- Posee un nivel de razonamiento que le permite prever riesgos y consecuencias, a partir de los 12 años se desarrolla el pensamiento abstracto, la probabilidad de realizar hipótesis, prever consecuencias futuras y entender el concepto de probabilidad.

En cualquier caso es conveniente evaluar, en ese momento, el nivel de competencia del menor para cada decisión concreta.

Pero siempre es recomendable obtener el asentimiento de los menores para lograr su colaboración en el proceso terapéutico, la aceptación lleva implícita la participación en el tratamiento. Esto es de gran importancia en los tratamientos crónicos y en los que se precise alguna forma de colaboración de parte del niño, como las psicoterapias.

Nuestra sociedad acepta, que las personas alcanzan plena autonomía a los 18 años y es a partir de ese momento cuando sus decisiones son consideradas como competentes y autónomas.

Los pacientes incompetentes tienen el mismo derecho a decidir sobre situaciones clínicas que los competentes, aunque este derecho está limitado por su propia incompetencia. En este caso pueden utilizarse las llamadas "decisiones de sustitución, decisiones de representación o decisiones subrogadas". (Manrique, Margarita M., 2002).

La persona que sustituye la decisión, autoriza una intervención clínica sobre el paciente incompetente, apoyando su decisión en lo que cree que será mejor para su representado. Se ha considerado que alguien próximo, generalmente de la familia (ya que en este último se comparten valores, creencias, incluso pueden haberse verbalizado previamente deseos y

decisiones en situaciones similares), va a ser quien decida en una forma más aproximada a cómo lo haría el propio paciente. Por el contrario, se considera que los sanitarios no son las personas más adecuadas para tomar este tipo de decisiones, aunque hasta la actualidad se haya venido haciendo así, ya que desconocen los valores y calidad de vida deseada por el paciente. (Manrique, Margarita M., 2002).

En el caso de los incapaces adultos y para facilitar las decisiones de sustitución, en algunos países, se están utilizando herramientas como las "directrices previas o los testamentos vitales", cuya finalidad es proveer de criterios orientativos a quienes tengan que tomar la decisión de representación, para el caso en el que deban sustituir una decisión sanitaria.

Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad son quienes tienen la obligación de proteger los derechos del menor, así, deben dar su consentimiento en los procedimientos clínicos a los que van a ser sometidos sus hijos, salvo que: a) ellos no sean competentes; b) existan diferencias irreconciliables entre ellos, c) hayan renunciado a esta responsabilidad y exista otro tutor. La negación de los padres a un tratamiento de eficacia probada requiere la intervención del juez. (Manrique, Margarita M., 2002).

De acuerdo a la reglamentación vigente, los padres o tutores, solo pueden decidir en el mayor beneficio del menor, cuando éste es maduro. Si el menor es incompetente, lo define su familia, ya que ésta se considera como el lugar común de proyectos de valores e ideales compartidos por todos sus miembros. De esta forma los padres pueden conocer el mayor interés del menor y actuar, según lo que él desearía para sí, en esta decisión.

En estos tiempos y cada vez más, se acepta en términos judiciales y sanitarios que el médico podría aceptar la decisión del menor maduro, si el tratamiento es a su favor, pero siempre es conveniente involucrar a los padres en la decisión. (Manrique, Margarita M., 2002).

Es aconsejable la solicitud del consentimiento del menor para procedimientos y tratamientos específicos, independientemente de que ya exista el consentimiento de los padres o tutores, sobre todo en casos de anticoncepción, aborto, enfermedades de transmisión sexual, tratamientos de desintoxicación de alcohol y otras drogas, tratamiento de riesgo vital,

tratamientos psiquiátricos y psicológicos. Ya que en numerosas ocasiones, el menor es traído a la consulta por los padres, la escuela y entidades sociales.

La pregunta sobre la que vale la pena reflexionar sería: ¿hasta dónde puede llegar la autonomía del paciente y el respeto a sus decisiones autónomas, si las consecuencias pueden ser graves? Los autores dan respuestas diversas que oscilan entre el paternalismo si está en peligro la vida del adolescente, al respeto a su decisión en otras cuestiones con balance riesgo/ beneficio.

De acuerdo al pensamiento de Regina Bayo-Borrás, (2003) no hay que perder de vista que cuando se trabaja con niños no se trataría de un tratamiento individual, sino que en él intervienen, a distintos niveles y con implicaciones de diferente grado, otros familiares y agentes sociales que inciden en la manera de conducirlo, por lo que plantean al psicólogo o médico, adoptar una compleja posición frente a las transferencias cruzadas, sobre todo con los padres, pero también con la institución escolar y médica.

De acuerdo a esta misma autora el manejo, la conducción, la estrategia terapéutica, los cómo, los cuándo, los por qué y para qué de cada movimiento que se da fuera de la transferencia privilegiada con el pequeño paciente deben ser cuidadosamente estudiados. Es necesario una permanente interrogación, en práctica, con otros colegas, y una evaluación de cada caso en particular.

Como se puede ver hasta aquí, el tema del consentimiento informado es un tema complejo, porque no solo se trata de un documento firmado sino que encierra implicancias éticas que muchas veces resultan desafiantes tanto para el paciente como para el profesional de la salud. Tratándose de niños el desafío y el riesgo de producir un mal irreversible se intensifica.

Hemos visto en la experiencia de Maud Mannoni, como la autora pone en práctica a partir de sus concepciones de sujeto, el respeto por la autonomía de los niños y jóvenes de Bonneuil, dando paso a determinada forma de procedimientos que reflejan una manera diferente de considerar la enfermedad mental.

CAPÍTULO 4

Conclusiones

En este trabajo de investigación me he propuesto, analizar la concepción de sujeto para Maud Mannoni y la noción de autonomía que se desprende de la misma.

A lo largo de sus obras y a través de sus relatos puede observarse el lugar que M. Mannoni les ofrece a estos niños y jóvenes que acuden a Bonneuil.

Como motivación e impulso que la llevaron a crear esta institución (que funciona como albergue de personas con discapacidades psíquicas graves) se podría pensar que M. Mannoni intenta crear “un lugar diferente”, abierto hacia el exterior, una “institución estallada”, donde al “loco” (como ella lo llamaba) encuentre la posibilidad de hallar una nueva identidad y apropiársela.

Con un funcionamiento que lo caracteriza como un lugar diferente: se alterna entre los períodos de tiempo en la institución y los períodos en el campo, Bonneuil instala una modalidad que en Europa ya venía tomando forma a partir de los “recreational therapist” (año 1880). Con este sistema de intercambio y alternancia de la institución a las provincias, con familias de campesinos, se podría pensar que M. Mannoni apunta a la “desinstitucionalización” de los jóvenes, a que rompan con estructuras rígidas que los instalan cómodamente en el lugar del “loco”, se los incita de esta manera, a que puedan encontrar una identidad diferente, hacia el desarrollo de su persona, con habilidades que le son propias y con un deseo personal que los distinga y lo proteja de la mirada discriminadora de los otros. (Mannoni, Maud, 1987).

Se promueve este proceso a través del aprendizaje de un oficio, en el campo, con el trabajo de la tierra y también a partir de la construcción de nuevos vínculos, (más allá de su familia de origen) con una familia de campesinos o artesanos y dentro de la institución con algún adulto tutor, que él mismo podrá elegir.

Se propician los vínculos con personas que los acepten y amen con sus características y limitaciones, se apunta al respeto a su persona, a su autonomía. Ésto puede suscitar en ellos la necesidad de responder a una

expectativa; a partir del encuentro con su propio deseo. (Mannoni, Maud, 1988).

De acuerdo a su mirada, para estos sujetos, es muy importante hallar un lugar en una red de familias de acogida en las provincias, con artesanos, campesinos y amigos; lugar donde se los acepte y ame, teniendo en cuenta sus límites personales. (Mannoni, Maud, 1987).

En el capítulo 2, se describe la concepción de sujeto para M. Mannoni, a partir de esto, se analizan sus conceptualizaciones acerca de la discapacidad mental.

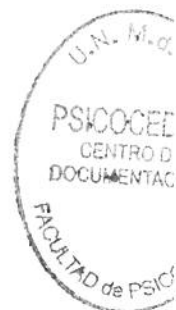
La autora mencionada, parte de la convicción en la evolución posible del discapacitado, sin perder de vista sus limitaciones, pero apuntando a la conquista del lugar propio, dentro de un grupo social.

Defiende la idea de que toda persona discapacitada posee el derecho a ser considerada como "sujeto" con potenciales y cualidades que le son propias, los cuales en un contexto adecuado pueden desplegarse y desarrollarse, por lo que, el hecho de obligar a un joven a "aceptar una discapacidad", consistiría un error. (Mannoni, Maud, 1987).

Contrariamente a la iniciativa de poner esfuerzos en adaptar al joven a su discapacidad, ella considera que es necesario confiar en su "genio" propio y apelar a él, así, el intento estaría puesto en ayudarlos a salir de la exclusión en que los coloca la mirada de los otros. Sostiene que éste es el camino para que la persona encuentre posibilidades de salir adelante y construir, a su manera y en su diferencia, "una vida de hombre". (Mannoni, Maud, 1987).

A lo largo de toda su labor como psicoanalista, pueden observarse tanto la convicción con la que ella "abre" este espacio diferente, (que resultaba Bonneuil), como la confianza en los sujetos que tiene a cargo. En todo momento pone atención en escuchar sus necesidades y manifiesta respeto a su persona y a sus elecciones.

El concepto de autonomía, tal como lo considera ella, es una idea amplia y abarcadora acerca de la persona, donde se la acepta con sus particularidades, donde se tienen en cuenta sus elecciones, su necesidad de abstinencia en la participación de las actividades, se respetan sus espacios y tiempos personales. También se lo considera autónomo en el momento de realizar algún trabajo que requiera cierto tipo de responsabilidad, y se



consideran sus derechos y decisiones. Obviamente, con el seguimiento y la mirada de algún adulto mayor, (profesional o no profesional), que se involucrará con él directamente, sin dogmatismos, a través de una mirada y una actitud abierta al cambio y a cuestionamientos.

La autora expresa que es preciso escapar de la reglamentación burocrática para permitirse innovar a partir de una situación en la cual práctica y teoría se interpelan continuamente. Considera que para esto suceda, se debe romper con la rutina, permitirse interrogar a la teoría y si surgiera la necesidad, por qué no: permitirse renovarla. Como ella misma expresa “fueron los niños y los adolescentes quienes nos enseñaron todo” (Mannoni, Maud 1987).

Indirectamente Bonneuil planteó desde sus comienzos el planteo de la investigación libre. (Mannoni, Maud 1988).

A lo largo de este trabajo, se puede comprender cómo esta autora apuesta al desarrollo y la individualidad de las personas, respetándolas en sus diferencias y con sus posibilidades, lo que se alienta es la reinserción de éstos en la sociedad.

Su mirada sobre los jóvenes y niños de Bonneuil está puesta en que logren ser responsables de sí mismos, puedan encontrarse con su deseo, a partir de sus propias dificultades. Como ella misma expresa: lo importante es no pedirle al niño que se adapte al mundo de uno, sino permitirle crear un universo propio, en el que pueda soportarse a sí mismo. (Mannoni, Maud 1987).

M. Mannoni tiene una fuerte influencia teórica de la corriente psicoanalítica (Freud y Lacan), sin embargo a lo largo de su vida se ha identificado con autores pertenecientes a la anti psiquiatría. Lo que más la destaca a lo largo de sus obras es el fuerte hincapié que pone en la experiencia misma, en interpelar la teoría a partir de la práctica, como ella misma expresa: “intentar aprender de los errores” (Mannoni, Maud 1987). Bonneuil resulta entonces, un proyecto vivo, nacido del encuentro entre el psicoanálisis y la antipsiquiatría de la época.

A partir de sus experiencias, llega a concluir que si bien el psicoanálisis aporta una base teórica necesaria, esto no significa que resulte un remedio para las carencias. En el sentido de que lo que les ha faltado a los niños no es necesariamente una “aportación” de amor, palabras, comprensión, sino más

bien de "ocasiones"; es decir una forma de apertura que podría haber permitido al niño ir hasta el límite de su cólera o llegar hasta el extremo de su demanda. (Mannoni, Maud 1987).

Son estas "ocasiones perdidas" las que significaron un encierro para el niño, a partir del cual se fue encontrando prisionero, encerrado en la idea que está loco, de que es malo, de que no sirve para nada. Su identidad se la ha dado otro; a partir de un fracaso se le ha nombrado en función de sus insuficiencias. Es por ello que en su relación con el Otro, el niño provocará una respuesta que le confirme que realmente está loco, es malo o que no sirve para nada. De esta forma se crea un círculo del que solo puede salir por la violencia. (Mannoni, Maud 1987).

Como método de abordaje, la estrategia de los terapeutas en Bonneuil consiste en utilizar la resistencia propia del paciente respecto al cambio para que a partir de ella surja una nueva posibilidad de juego, que convierta en caduco el juego antiguo. Esta nueva posibilidad de juego ofrece también la ocasión de un encuentro. El "encuentro" es exactamente la posibilidad que se da al sujeto de descubrir, a través del que le escucha, otras palabras que las utilizadas hasta entonces por él para contar su historia. (Mannoni, Maud 1976).

Lo que en Bonneuil se les ofrece a los niños, a los adolescentes y en consecuencia a sus padres, es "un lugar" para vivir y también para hablar. Se le ofrece la posibilidad al niño o joven que ingresa, de llevar una vida ordinaria compartida con otros jóvenes adultos que también tienen que enfrentarse con ellos mismos. (Mannoni, Maud 1987).

Analizando su labor como psicoanalista y el posicionamiento del que parte la autora, puede verse como a partir de tener en cuenta la autonomía de la persona, sus tiempos personales y su individualidad, la forma de abordaje no requiere una intervención activa por parte de los terapeutas, lo que se procura, es el ofrecimiento de un lugar y un espacio en donde el psicótico o el autista pueda sentirse acompañado pero no interpelado, escuchado pero no obligado a hablar, es decir que lo que se pone en práctica es una presencia respetuosa de la libertad del otro y un reconocimiento de éste como sujeto.

Su posicionamiento técnico se basaría entonces en una "neutralidad analítica", se le ofrece al niño una libertad de palabra y respeto de todas las posiciones de rechazo.

Parte de una postura que la diferencia de otros autores de la época: no intenta diagnosticar, ni encasillar en alguna nomenclatura psiquiátrica al discapacitado, contrariamente sostiene que toda persona con dificultades puede evolucionar, y aunque no se hacen milagros con determinados casos graves, vale la pena hacer el intento. Siguiendo su mirada, viajando en el tiempo algunos años atrás, se la podría encontrar, parada frente a estos niños autistas y psicóticos, desprovista de los "procedimientos" de rutina, característicos de la psiquiatría de la época, con una mirada despojada de preconceptos y teorías, preguntándose "¿qué es lo que esta persona necesita? ¿Tal vez una escucha diferente, tal vez un espacio físico más abierto y más libre?"

"Un lugar para vivir" es lo que M. Mannoni les ofrece a estos niños y jóvenes, que tal vez de no existir éste, caerían en manos de una sociedad que los segrega, manteniéndolos encerrados y apartados del mundo "productivo".

En Bonneuil se fomenta la creación, la libre expresión, se permiten los berrinches y las "rupturas del marco", dando lugar a que aflore en el niño su malestar vital y que pueda por fin poner en palabras, todo aquello que en otro lugar no pudo decir. (Mannoni, Maud 1987). Todo esto puede suceder si se "da el permiso" y el tiempo para que ocurra, sin censura y apelando a una actitud de paciencia, respeto y aceptación de la individualidad de ese otro.

Pensando en la ideología en la que se apoya el proyecto de Maud Mannoni, se podría decir que pretendían hacer funcionar un lugar "con puertas abiertas", no una institución cerrada sobre sí misma. Bonneuil posee como característica el ser estallada, abierta, anti-dogmática. En este lugar se les ofrece la libertad de salir o de entrar, de crearse un espacio propio dentro de ella. (Mannoni, Maud 1988).

Como se mencionó en un capítulo anterior: la autonomía concedida a las personas que allí se albergaban lograba que fueran sujetos "de palabra", de elección responsable, es decir: -menores, discapacitados, "locos"-, también personas autónomas, libres para elegir, respetadas en su condición y características. Es decir que la concepción de autonomía que M. Mannoni considera respecto de las personas que trata no hace distinción entre "normales" y psicóticos o autistas, porque para la autora, el derecho a la autonomía no excluye a personas que padecen alguna patología psíquica o

física, sino que ella misma promueve el respeto a la persona siempre y a pesar de sus condiciones de discapacidad mental.

Este funcionamiento en la institución también posee otra característica que la diferencia de otros hospitales psiquiátricos de la época: la terapia analítica tiene lugar fuera de la institución, en un consultorio particular. Esta modalidad es pensada con el objetivo de diferenciar el lugar de análisis, del lugar de la institución, tanto para los internos como para los padres. (Mannoni, Maud 1976).

Retomando algunos conceptos sobre autonomía y consentimiento informado que se mencionaron en el capítulo anterior y a modo de breve repaso, se sabe que la autonomía constituye hoy en día un principio esencial en la relación paciente –profesional cuando se está bajo tratamiento médico o psicológico, y que ser autónomo no es lo mismo que ser respetado como ente autónomo. (Beauchamp y Childress, 1999).

De acuerdo a la Bioética la autonomía consiste en la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción.

Para que las decisiones de las personas se consideren autónomas deben estar basadas en un conocimiento suficiente, deben mostrar comprensión e intencionalidad relacionada y no deben estar tomadas bajo efecto de coacción interna como una dolencia o depresión, ni externa mediante la figura del médico o la misma institución. (Beauchamp y Childress, 1999).

Como se ha mencionado en los capítulos anteriores, de acuerdo muchos autores pertenecientes a la Bioética, en el tema de tratamientos médicos o psicológicos, se debe considerar la autonomía como principio básico que subyace en el proceso de consentimiento informado y esto implica que el intercambio de información entre el profesional de la salud y la persona involucrada debe ser participativo y no unidireccional, es decir que el usuario debe sentir la plena libertad de hacer las preguntas que le vayan surgiendo, por más banales que parezcan, y pedir las explicaciones, las veces que sea necesario para tomar una decisión consciente y segura. Se trata en lo posible de que haya la menor cantidad de influencias externas de cualquier tipo en el momento de tomar una decisión, para que ésta refleje la verdadera voluntad y el deseo de la persona involucrada.

Siguiendo este principio se considera que el paciente tiene derecho a recibir una información clara acerca de su diagnóstico y alternativas de intervención, y a decidir lo que considere más conveniente de acuerdo a su criterio; debiendo el médico respetar la decisión del paciente. (Beauchamp y Childress, 1999).

Frente a casos de personas no autónomas, por ejemplo niños, incapacitados mentales, que no pueden tomar decisiones, estaría justificado intervenir, (inclusive para los autores defensores de la autonomía en ética biomédica). (Boladeras, 1998)

El consentimiento informado estaría en el núcleo de este principio. O sea que vale la pena recordar que: el consentimiento informado es el paradigma de la autonomía, lo vemos puesto en práctica a través de este principio.

Pertencientes a la Bioética hay autores como Pini (2000), quienes consideran que el consentimiento consistiría en un verdadero “proceso” en la interacción entre el médico y el paciente. Es aquí donde se juega la profundidad de la relación profesional-paciente.

Investigando sobre el tema y haciendo un recorrido histórico hacia el surgimiento de este principio, considero que vale la pena destacar esta idea de “proceso”, que está implicado en el consentimiento informado. Justamente y debido a que la autora elegida, ha capturado mi interés a partir de los relatos de sus experiencias, en donde se puede encontrar este “proceso” de intercambio en el que Maud Mannoni parte de una concepción de sujeto, considerando su autonomía, sus necesidades, elecciones, decisiones y derechos. Aún tratándose de sujetos que no se encuentran, de acuerdo a criterios médicos y jurídicos, en condiciones psíquicas adecuadas para tomar decisiones autónomas, ella intenta “rescatar” su parte sana, su lado más “normal” y, obtener su “consentimiento”, conciliar un tratamiento posible, donde el sujeto encuentre la libertad de decidir si desea aprender a cosechar la tierra, aprender el oficio de carpintería o permanecer más tiempo la institución, como reparo del mundo externo. Esto podía funcionar así, porque la autora consideraba que los enfermos mentales no dejaban de ser personas poseedoras de cierta autonomía como para poder elegir determinadas cosas para su vida.

Podría decirse que M. Mannoni apuesta a la idea de que, a partir de poder transitar un camino hacia la independencia, el sujeto va fortaleciéndose en su identidad.

Si el principio de autonomía, tal como lo consideramos hoy en día, hace alusión a la autorregulación de uno mismo, se puede deducir que la autora mencionada, tenía en cuenta y respetaba la autonomía de los sujetos que trataba.

La posibilidad de ser autónomo y el hecho de ser respetado como persona autónoma no son lo mismo: el hecho de respetar a un agente autónomo implica, como mínimo, asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales. (Beauchamp y Childress, 1999).

Por todo lo mencionado en este trabajo de investigación, puede verse cómo M. Mannoni respetaba la autonomía de los sujetos, aún tratándose de personas con discapacidades psíquicas graves, ya que ella misma relata cómo se tienen en cuenta los deseos de estos niños, y de que manera se los escucha y respeta.

Volviendo a los autores pertenecientes a la Bioética, se puede decir que este respeto debe ser activo y no simplemente una actitud. Implica no solo la obligación de no intervenir en los asuntos de otras personas, sino también la de asegurar las condiciones necesarias para que ésta sea autónoma, disminuyendo los miedos y cualquier circunstancia que puedan dificultar o impedir la autonomía en determinada situación. El respeto, desde este punto de vista, supone permitir que las personas actúen autónomamente, mientras que no respetarla consistiría en ignorar, hacer caso omiso, o disminuir la autonomía de éstas., negando la existencia de una mínima igualdad de ellas.

Podría decirse, y retomando las ideas de A. Broggi (1995) que el CI representa hoy en día, el enunciado y el anuncio de un cambio revolucionario y que esto implicaría la expresión de una nueva cultura, en la que se promueve y garantiza un mayor respeto a cada persona. Sería una especie de formalización del respeto.

A partir de este proceso, en los autores elegidos puede leerse la pretensión de aumentar y extender a todos, la calidad de la relación clínica, para que en ella el enfermo acreciente su dignidad, vea sus derechos más

protegidos y tenga sus necesidades mejor atendidas que antes. La calidad exigible ya no puede entonces, ser definida por el profesional unilateralmente: debe ser valorada y aceptada por cada cual como posibilidad real.

En los tiempos que corren, se sabe que para iniciar un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico con niños, es necesario obtener el consentimiento de sus padres o responsables legales, esto resulta una obligación desde el punto de vista ético- legal. En el caso de tratarse de menores con algún tipo de deficiencia mental, las decisiones con respecto a sus intervenciones o tratamientos, también quedarían a cargo de la familia, por considerarse ésta como el lugar común de proyectos, de valores e ideales compartidos por todos sus miembros. Los padres supuestamente, serían quienes conocen el mayor interés del menor y podrían decidir considerando lo que él desearía para sí mismo. (Manrique, Margarita M., 2002).

En nuestro país existe los psicólogos contamos con un Código de Ética regulado por la Fe.P.R.A (Federación de psicólogos de la República Argentina), creado en el año 1989, para el ejercicio de la profesión. En uno de sus artículos, se expone el principio de autonomía y el consentimiento informado, teniendo en cuenta las posibles diferentes situaciones:

Aún con el consentimiento de los responsables legales, los psicólogos procurarán igualmente el acuerdo que las personas involucradas puedan dar dentro de los márgenes que su capacidad legal, intelectual o emocional permita y cuidarán que su intervención profesional respete al máximo posible el derecho a la intimidad (Código de Ética de la Fe.P.R.A. Art. 1.4.

Ahora bien, desde el punto de vista psicológico, tomando en cuenta como punto de partida, los derechos del niño, los principios básicos correspondientes a un ser humano que se encuentra en una situación asistencial, y por último los aspectos vinculares y relacionales en los que estarían implicados el usuario y los profesionales de la salud, es "aconsejable" obtener su consentimiento, puesto que la información es un derecho a ser considerado en todas las situaciones, más allá de la patología que la persona padezca y además, a través de éste se estaría apuntando a una forma de colaboración de parte de la misma.

Muchas veces sucede que el consentimiento informado se interpreta como una herramienta de protección legal para el profesional, en lugar de

representar el instrumento a partir del cual reconocer el derecho de los pacientes a ser informados y a participar de las decisiones que se deban tomar. (Zanatta, 2004). Como esta misma autora sostiene, uno de los aspectos más importantes en el proceso del consentimiento informado consiste en el respeto a la autonomía que representa esta normativa, y cómo cuando la misma se convierte en un instrumento del orden de lo legal exclusivamente, termina dejando de lado al sujeto, sometiéndolo a la imposición de una autoridad. (Zanatta, 2004.)

En la misma línea de pensamiento se encuentra G. Salomone, (2003), quien expresa que la responsabilidad que implica el consentimiento informado no solo compete a la persona que consulta, lo haga de manera voluntaria o no, también involucra la responsabilidad del profesional. (Salomone, 2003).

En el caso de Maud Mannoni, podríamos pensar que la cuestión de la responsabilidad implícita en el derecho a tomar decisiones en una persona que se considera autónoma, puede observarse en varios momentos. Inclusive en los casos de discapacidad con los que ella trabajaba, a través de las diferentes oportunidades de elegir la actividad o el oficio a aprender, los tiempos de estadía en la ciudad o en hogares de campesinos, y como se ha mencionado anteriormente, también se les otorgaba responsabilidad de elección para sustraerse de las actividades propuestas en Bonneuil.

En el momento en que una persona se vea, en la situación de decidir qué tipo de tratamiento quiere y/o debe realizar, está asumiendo un compromiso, lo mismo ocurre si el sujeto se presta como voluntario para una investigación o debe someterse a una intervención quirúrgica. Este "compromiso" se establece a través de consentimiento informado. Ahora bien, el hecho de firmar un formulario autorizando o acordando los procedimientos a seguir, muchas veces no implican que la persona esté actuando autónomamente, ya que puede ocurrir que la misma no sea realmente consciente, o no esté del todo segura de su decisión. El aspecto formal del consentimiento informado no incluye muchas veces una actitud tendiente al respeto por la autonomía. Si se considera ésta, se trataría más bien de propiciar un espacio de reflexión, respetar el tiempo personal para que la persona pueda conectarse con sus necesidades y deseos, aun tratándose de discapacitados mentales o menores de edad, así es como lo muestra M.

Mannoni. En sus obras puede leerse una actitud de respeto por la autonomía de los psicóticos y autistas, a partir de una mirada que intenta verlos no como “pacientes”, sino como personas con características diferentes, tomándolos como sujetos “especiales”, más allá de su diagnóstico. Pone el énfasis en el respeto hacia su persona y no en los procedimientos del tratamiento a seguir, los que muchas veces, bajo el manto de un “acuerdo formal” (que implicaría por ejemplo la firma de un formulario otorgando el consentimiento informado) pueden dejar al sujeto sumido en el desamparo de su situación.

Como señala Regina Bayo-Borràs (2003), los dilemas éticos en el campo de la psicología se hallan articulados al peligro, al riesgo, al conflicto. Al peligro de dañar, causar un mal, perjudicar; al riesgo en que se pone a una persona o una situación por un mal obrar, o por no hacerlo adecuadamente, sin observar los principios que guían tal actividad para prevenir el daño y el conflicto de intereses contrapuestos: el del paciente, el de los padres, el de diferentes instituciones sociales.

La misma autora expresa, que los asuntos que tienen que ver con la ética en el campo de la psicología, implicarían una tarea de arte-sanía, que apunta hacia la consecución de lo que Freud denominaba las profesiones imposibles (educar, gobernar y psicoanalizar), no sólo porque se las han de entender con diferentes manifestaciones pulsionales del sujeto, sino también porque apuntan hacia la conquista de una autonomía de la que se carece inicialmente. Se trataría de un proceso creativo conjunto, en donde se re-crea la experiencia, donde se vuelve necesaria una interrogación constante, asemejándose a una tarea de artesanía: trabajo basado en conocimientos adquiridos a través del estudio y de la práctica, que implica un proceso no repetitivo, diseñado según lo que se desea obtener y según el material con el que se está trabajando. La ética de esta artesanía en el área de la infancia ha de atender a las exigencias de la eficacia, al deseo del niño, a los límites de la demanda de los padres, y a las transferencias que puedan manifestarse en determinados momentos. (Bayo-Borràs, Regina 2003).

Hoy ya no se cree en la plena objetividad de la relación profesional-paciente, y configura un mito la psicoterapia “libre de valores,” (Bart, 1971; Rosembaum, 1985; Consoli, 1996; Consoli y Beutler, 1998). El profesional de la salud mental generalmente cuenta con un marco teórico científico de referencia

de acuerdo a su formación, con recursos terapéuticos, con un código deontológico y una determinada actitud clínica. Además, como persona que mantiene una relación social posee una ética personal que también juega a la hora de decidir sus intervenciones frente a un paciente.

Por todo lo que se ha visto de la obra de Maud Mannoni, en sus teorías y su proyecto "vivo" en Bonneuil, puede observarse cómo la autora, a partir de su concepción de sujeto, otorga autonomía a las personas que se alojan en dicha institución, ofreciéndoles cierta libertad respecto a su entrada y salida, de elección libre en el momento de aprender un oficio y desarrollar un proyecto de vida tendiente a la inserción laboral. A partir de este tipo de funcionamiento se apunta a la independencia del sujeto y a una evolución que lo aleje de las sentencias nomecladoras que muchas veces suceden en el campo de la medicina, dejando a la persona encasillada bajo un diagnóstico médico, sin oportunidad de salida, ni tampoco de alguna posibilidad de cuestionamiento con respecto a su salud mental.

Bonneuil es un proyecto que ha funcionado, pese a la escasa ayuda de parte del Estado de ese país. Podría conjeturarse que se ha dado de esta manera gracias a la profunda confianza que M. Mannoni ha mantenido en la posibilidad de recuperación y de evolución de las personas que allí se alojaban, es decir; del reconocimiento que hacía del discapacitado mental, considerándolo como persona autónoma en el momento de realizar determinadas elecciones, encontrar una identidad, aprender, desarrollarse, realizar un camino personal, un proyecto de vida que verdaderamente "valga la pena".

Si bien ella tiene en cuenta a los padres de los niños y jóvenes de Bonneuil, no es únicamente con ellos con quienes acuerda el tipo de tratamiento a seguir, sino con los mismos jóvenes. A pesar de tratar con personas que padecen deficiencias graves como la psicosis o el autismo, la autora, junto a los profesionales que la acompañan, entablan un vínculo de confianza, que resulta muchas veces la llave para comenzar un camino hacia la recuperación o por lo menos hacia la búsqueda de un mejor destino que la hospitalización, donde la persona se encuentra privada de casi todos sus derechos.

Resulta interesante el análisis del posicionamiento que Maud Mannoni mantiene frente a las personas que acuden a esta institución, su concepción de sujeto está articulada con el concepto de autonomía que la misma sostiene respecto de los sujetos que se acercaban a este lugar, tal vez sin saber muy bien de qué se trataba realmente, pero seguramente llegaban en búsqueda de una alternativa diferente a la institucionalización. En ninguna de sus obras utiliza el término “pacientes”: como ella misma sostiene, eran sujetos con características diferentes, que sufrían por no poder encontrar un lugar en este mundo que está hecho y pensado solo para “normales”, para los que viven “a un ritmo productivo” (M. Mannoni, 1995). Tal vez desde allí parte su impulso y su tarea, la de intentar ayudar a los que son diferentes por padecer alguna patología mental, orientándolos hacia la recuperación de su libertad como sujetos, y de esta forma puedan “tomar las riendas de su vida”. (M. Mannoni, 1987).

Haciendo una correlación con la obra de M. Mannoni, en estas últimas décadas hay autores (varios mencionados en este trabajo) que postulan unos principios éticos, de los que todavía no se hablaba en el momento de crear Bonneuil, y que la autora estudiada, se ocupa de poner en práctica, prescindiendo de cualquier tipo de reglamentación al respecto.

Se podría conjeturar que M. Mannoni defiende una ética personal, y a partir de su ideología, su concepción de sujeto, y la experiencia que fue ganando con los años, despliega todo su bagaje, concede su tiempo y ofrece este “espacio” al servicio aquellas personas que de alguna manera eligen, más allá de su patología o deficiencia psíquica, recorrer un camino hacia una vida más autónoma.

Culminando este trabajo de investigación, quisiera retomar las palabras de la autora, que plantean un cuestionamiento para que el lector interesado en el universo de la infancia, se anime a indagar en su interior, buscando una respuesta diferente: (...) “¿Qué mundo queremos para ellos? ¿Qué luchas somos todavía capaces de sostener para transmitir a nuestra descendencia el deseo, sencillamente, de vivir?” (Mannoni, Maud, 1987, ¿Qué ha sido de nuestros niños locos?, página 138).

Bibliografía

- Bayo Borrás, Regina. (2003) Artículo Aspectos éticos de la intervención clínica en el área de niños.
- Beauchamp, T. L. y MC Cullough, L. (1987). Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona: Ed. Labor.
- Beauchamp, T. L. y CHildress, J. (1999) Principios de ética biomédica, Ed. Masson., Barcelona.
- Boladeras, M. (1998). Bioética. Síntesis, Madrid.
- Broggi, M. A. (1999). El peligro de la práctica defensiva en la aplicación del consentimiento informado escrito. Revista de calidad asistencial, N°14 Pág.122-127.
- Calo, O. (2001). La interacción del profesional con los códigos, o no tomar las cosas al pie de la letra. Ponencia realizada en el XXVIII Congreso interamericano de Psicología, Santiago de Chile.
- Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, abril 1999.
- Galán Cortés, J. C. (1999). La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Revista médica del Uruguay, 15 (1).
- Gracia, D. (1989). Fundamentos de Bioética. Editorial Eudema Universidad, Madrid.
- Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. Medicina Clínica 117: 18-23., Barcelona
- Kieffer, G.H. (1983). Bioética. Editorial Alhambra, Madrid.
- Klappenbach, A. (1990). Ética y posmodernidad. Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Alcalá de Henares.
- Krzemien Deisy, (2002) X Congreso Metropolitano de Psicología. Odisea de la Ética.
- Kohlberg, L. (1998). De lo que es a lo que debe ser, Editorial Almagesto, Buenos Aires, Argentina.
- Lyotard, J.F. (1996). La posmodernidad (explicada a los niños). Editorial Gedisa, Barcelona.
- Mannoni, Maud, (1964). El niño retrasado y su madre. Paidós, Bs. As.

- Mannoni, Maud, (1973) La primera entrevista con el psicoanalista. Granica, Bs. As.,
- Mannoni, Maud, El niño, su "enfermedad" y los otros. (1967) Nueva Visión, Bs. As., 1976
- Mannoni, Maud, La educación imposible. (1973) Siglo XXI, México.
- Mannoni, Maud, Un lugar para vivir (1976) Crítica, Barcelona.
- Mannoni, Maud, La teoría como ficción. (1978) Crítica, Barcelona.
- Mannoni, Maud, ¿Qué ha sido de nuestros niños locos? (1987) Nueva Visión, Bs. As.
- Mannoni, Maud, Lo que falta en la verdad para ser dicha. (1988) Nueva Visión, Bs. As, Argentina.
- Mannoni, Maud, Amour, Haine, Séparation. Remouer avec la langue perdue de l' enfance. (1993) Denoël, Paris.
- Manrique, Margarita M (2002) Problemas éticos en el trabajo con niños y adolescentes. XII Jornadas de Pediatría en Atención Primaria
- Pini, S. (2000). Breves consideraciones sobre el consentimiento informado. CPCweb.com.ar
- Quintana, O. (1996). Bioética y consentimiento informado, en Casado, M. (ed.) Bioética, Derecho y Sociedad. Madrid: Trotta.
- Salomone; G. (2003) Artículo: El Consentimiento Informado y la responsabilidad, un problema ético.
- Salomone; G. (2003). X Jornadas de investigación: Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología. 14 y 15 de agosto de 2003. Tomo III. UBA.
- Simón, P. (2000). Formación de gestores en Bioética. en Gafo, J. et al (eds.) Ética y Gestión Sanitaria. Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- Wear, S. (1998). Informed consent, patient autonomy and clinician beneficence within health care. Dordrecht: Kluwer.
- Winnicott, Donald (1982) Realidad Y Juego, Gedisa, Barcelona
- Zanatta, Mónica A.". (2004). El consentimiento informado en la práctica profesional de los psicólogos. Precongreso marplatense de Psicología: "Psicología, ciencia y profesión.
- Zanatta, Mónica A. (2007) Ética profesional: los psicólogos frente al consentimiento informado.

Dr.MarcAurelioReal

Fuente electrónica: <http://www.mercuriodelasalud.com.ar/notas.asp?IdNota=265>