

In Memoriam: Itzhak Levav, un precursor.

In Memoriam: Itzhak Levav, a forerunner.

Iñaki Markez.



En el día 20 de mayo, falleció en Jerusalén Itzhak Levav, (*Tuncho* para sus cercanos) a sus 85 años. Resulta extraña en su entorno no contar con su generosidad, sapiencia, humildad y buen humor.

Médico psiquiatra argentino-israelí, o quizá habría que situarle como un sanitarista latinoamericano, el de un experto en psiquiatría clínica, salud mental, epidemiología y metodología de la investigación. Capaz de aplicar sus grandes conocimientos de salud pública internacional en favor de quienes padecían en su mente, verdaderos débiles jurídicos prototípicos desfavorecidos por la sociedad, en especial por los sistemas legales y de salud mental.

Tras terminar sus estudios en la Universidad de Buenos Aires (UBA) y se especializó en psiquiatría contradiciendo el anhelo materno, que "soñaba con un cirujano". Trabajó junto a Mauricio Goldemberg, referente muy importante de la psiquiatría argentina, promotor de las prácticas comunitarias y enfoques alternativos. Se especializó en la Universidad de McGill, Canadá, y obtuvo una maestría en psiquiatría social de la Universidad de Columbia, Estados Unidos. Pasó a dirigir el departamento de psiquiatría social en el Hospital Evita, Lanús en Buenos Aires. Fue profesor de las universidades Nova, en Portugal; ILS, en India; Profesor del Departamento de Salud Mental Comunitaria de la Universidad de Haifa, Israel; Doctor Honoris Causa de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina; Como jefe de la Unidad de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, desarrolló la tarea de reactivar e impulsar cambios profundos y estructurales en la atención psiquiátrica y de salud mental, pasando de una atención centrada en los hospitales psiquiátricos a una distribuida en servicios anclados territorialmente, con un enfoque comunitario y con una participación central de la atención primaria de salud. Profesor Honorario de la Universidad Cayetano Heredia, Perú; y miembro del Panel de Expertos en Salud mental de la Organización Mundial de la Salud hasta su fallecimiento.

Con la dictadura militar se trasladó a Israel y actuando como activo militante de los movimientos pacifistas. Se manifestó crítico con el sionismo. Fue colaborador de la revista *Bridges*, publicación de salud pública desarrollada conjuntamente por profesionales de la salud palestinos e israelíes, bajo el patrocinio de la OMS, incorporando el paradigma de "la salud como puente para la paz". Su insistencia en las políticas de salud mental inclusivas y por la colaboración entre profesionales de salud mental de ambos lados del conflicto, aportó ciencia en materia de derechos humanos, evidenciando que solo a través de la paz y la estabilidad se podría lograr bienestar mental.

Parfraseando a Manuel Desviat, Itzhak Levav fue principal impulsor de la reforma psiquiátrica en América Latina, director de la Oficina Regional de Salud Mental de la OPS/OMS durante más de una década e impulsor de las políticas públicas para proteger a quienes sufren problemas de salud mental, todo ello a través de la Declaración de Caracas de 1990 (que estableció los principios de la desinstitutionalización y salud colectiva para el cambio en América Latina y el Caribe) luego refrendadas por recomendaciones de la OMS en 2001. Casi 20 años después del manifiesto de Caracas, Levav admitió los progresos, pero "aquel horizonte permanece lejano, como todo horizonte". Alude a "la exclusión y la pérdida de valores y afectos", como agentes más patógenos para la psiquis y el cuerpo

social que la pobreza o la persecución política. En 2018 nos enseñó que “la atención en salud mental ha hecho progresos notables en América latina en las últimas décadas” (1).

Fue uno de los referentes históricos más importante de la psiquiatría en Argentina y promotor de la salud mental comunitaria. Principal impulsor de la Reforma psiquiátrica en América Latina. Autor de numerosas publicaciones de investigación en el campo de la epidemiología psiquiátrica y la psiquiatría social. Además, acompañó el proceso de Reforma Psiquiátrica en España, y forma parte de las personas que han colaborado con la *Revista de la AEN-PSM* desde los primeros años 90.

Renunció a la consultoría OPS en Chile cuando se reforzaron los psiquiátricos con temas forenses, en torno al año 2000. Activo colaborador en la redacción de la Ley argentina de Salud Mental 26.657, considerada modelo en la región latinoamericana. Con la mirada en que la salud mental debía acercarse a las personas, donde viven, ser parte de los sistemas de salud, e interactuar con los espacios de educación, acción social, vivienda y trabajo.

Levav era uno de los contados intelectuales que citaba al olvidado psiquiatra y pensador francés Franz Fanon (1925-1961), autor de *Los condenados de la tierra* e impulsor de una corriente libertaria que expiró con la mítica década de los 60.

Fue gran maestro e inspirador, generoso y muy meticuloso para describir eventos y personas, siempre dispuesto a colaborar, de gran capacidad diplomática y enorme sentido del humor, tremenda claridad de conceptos como su talante moral, su defensa innegociable de los derechos humanos. Y presencia humana que le hacían entrañable.

En 2019 fue coautor (2) de la publicación *La salud mental y los ciudadanos palestinos en Israel* donde aborda a las minorías se enfrentan a tensiones sociales particulares, que a menudo se manifiestan en su salud mental general. La cuarta parte de los ciudadanos son árabes palestinos, pero se ha publicado muy poco del espectro de problemas de salud mental en esta población. Este trabajo se basa en la experiencia de expertos que trabajan con palestinos israelíes para poner de relieve los problemas a los que se enfrentan los usuarios de los servicios, sus familias y sus comunidades. Estos palestinos en Israel tienen condiciones sociales, de género y familiares únicas que necesitan una investigación y evaluación fiables. Señala que son precisos tres temas centrales: determinantes socioculturales de la salud mental, necesidades de salud mental y utilización de los servicios de salud mental que aborden la atención de las conductas suicidas y la adicción o el trauma generacional y las preocupaciones de los niños y los ancianos. En 2004, tras solicitarle un trabajo para su publicación, hizo llegar a *Norte de salud mental* el artículo “Salud mental, prioridad en la Salud pública” (3). Pasadas dos décadas sigue siendo un buen reflejo de su ideario. Recogemos algunos de sus pilares.

La cuestión de los derechos humanos

La relación indisoluble entre la provisión de atención en salud mental y la salvaguarda de los derechos humanos fue planteada por primera vez en 1990 en la Declaración de Caracas, suscrita inicialmente por once países de América Latina y aceptada luego por el resto de los países del continente.

En esta Declaración, las Naciones Unidas establecen una serie de derechos que van desde asegurar el tratamiento a los pacientes en lugares y condiciones menos restrictivos, hasta definir que aquellos países que no provean atención en salud mental a sus habitantes están violando un principio adoptado por la comunidad de las naciones.

Como es sabido, desde hace siglos las personas con trastornos mentales que accedían a algún tratamiento han sido confinadas en instituciones ad hoc conocidas como hospitales psiquiátricos, manicomios o asilos de alienados. Con frecuencia, la función de estas instituciones ha sido la de retirar del circuito social a las personas con trastornos mentales; por lo tanto, tradicionalmente, estas

instituciones se han dedicado más a proveer servicios de custodia que atención intensiva. La visión negativa que conlleva el hospital psiquiátrico proyecta densas sombras sobre los usuarios, sus familias, los prestadores y los servicios, extendiéndose el estigma al vecindario donde se localiza. Por comisión u omisión, los derechos humanos más elementales han sido frecuentemente vulnerados en los hospitales mentales (4); y lo siguen siendo. No es sorprendente, por lo tanto, que con el tiempo los pacientes comiencen a perder sus destrezas y habilidades sociales y adquieran paralelamente comportamientos bizarros a los que en numerosas ocasiones se los equipara erróneamente con el trastorno mental. No hay que equivocarse: no son los trastornos mentales los que producen pacientes desnudos deambulando sin rumbo fijo por los corredores o los patios, sino que es el ambiente insalubre de las instituciones mentales el que genera estos comportamientos regresivos. Las grandes contribuciones de Levav han sido, sobre todas las cosas, sus ideas, su compromiso con la tarea, su gran capacidad para producir en todos los sentidos creando consensos; su inusual fertilidad en campos infecundos, manejados por colegas con ideas diametralmente opuestas (5) en relación a la necesidad de una reforma psiquiátrica: un verdadero adalid.

Pobreza y trastornos mentales

La relación entre pobreza y trastornos mentales ha sido bien establecida: lo mismo que en otros trastornos de la salud, existe una asociación inversa entre estatus socioeconómico y trastornos mentales, cuanto más bajo el estatus tanto mayor los trastornos (6). Se comprobó que:

- La adversidad social ligada al estatus socioeconómico tiene en ambos géneros una relación causal con el malestar emocional: la depresión en las mujeres y el abuso de sustancias (alcohol y drogas) en los hombres.
- La esquizofrenia se encuentra con mayor frecuencia en los estratos socioeconómicos más bajos, debido al descenso en la escala social que sufren las personas con ese trastorno. La pobreza se vincula a condiciones de vida no higiénicas e inseguras, el hambre y la malnutrición, el acceso inadecuado a la atención de la salud, la falta de oportunidades educativas y laborales. Lo que es menos conocido por los funcionarios de la salud pública y los decisores de las políticas públicas es que si los trastornos mentales no son tratados, contribuyen a acentuar el ciclo de la pobreza (7).
- La falta de servicios en los países en desarrollo, unida al rol cultural protector de la familia, hace que la atención del miembro enfermo quede a cargo de los familiares, reduciéndose así aún más los escasos recursos de los núcleos familiares que enfrentan las dificultades de la vida generadas por la pobreza.
- La pérdida de productividad supone alto costo económico, más si en quien trabaja su discapacidad afecta la potencialidad y desarrollo de sus habilidades.
- La persona con trastorno psiquiátrico puede tener dificultades para realizar el ciclo educativo si no tiene tratamiento o rehabilitación, con ingresos menores.

Se trata, por lo tanto, de una relación circular: para tener buena salud mental se necesita tener una buena educación; y para tener una buena educación se necesita buena salud mental. A pesar de lo obvio de esta relación, la dificultad reside en que, en la mayoría de los países, ambos sistemas están disociados.

Promoción de la salud mental: ¿qué hacer?

¿Qué hacer en cada país, desde cada lugar de trabajo, para afrontar la epidemia de trastornos mentales y los problemas psicosociales asociados? La Organización Mundial de la Salud ha formulado diez recomendaciones (8) de probada eficacia:

1. Proporcionar tratamiento en el Primer Nivel de Atención.

Dada la escasez de servicios especializados, es imposible pensar que la atención psiquiátrica pueda ser provista por psiquiatras u otro tipo de personal especializado en la materia. En el Atlas se informa que el 53% de los países que cubren el 69% de la población mundial disponen de menos de un psiquiatra cada 100.000 habitantes. Es imperioso diseñar otro tipo de estrategia para la atención de la salud mental, mucho más cuando gran cantidad de personas con trastornos que buscan ayuda en el sistema de salud lo hacen a través de un agente de la Atención Primaria de Salud.

2. Disponer de drogas psicotrópicas.

Las drogas de la primera generación, antidepresivos y antipsicóticos no son de costos altos y, correctamente prescritas, pueden mejorar los síntomas, reducir la discapacidad, acortar el curso de muchos trastornos y prevenir recaídas. En síntesis, proporcionan el tratamiento de “primera línea” y su administración no es compleja. La OMS ha confeccionado una lista de medicamentos esenciales, y las drogas psicotrópicas y los antiepilépticos deben ser incluidos en esa lista: no hay atención posible sin ellas.

3. Brindar atención en la comunidad.

En términos de resultados y de calidad de vida de los pacientes con trastornos crónicos, la atención basada en la comunidad ha mostrado tener mayor efecto que el tratamiento institucional. Más aún, mientras que los hospitales mentales no están en condiciones de producir intervenciones tempranas, los servicios comunitarios las hacen posibles al estar al alcance de los que los necesitan. Desde la perspectiva de la salud pública, unos pocos hospitales mentales –que consumen la mayor parte de los fondos del presupuesto de salud destinado a salud mental– no pueden ofrecer una solución efectiva para el número relativamente grande de personas con trastornos mentales. Solo en la comunidad es posible desarrollar un modelo que incluya (9):

- Autocuidado.
- Atención familiar y grupos de apoyo.
- Agentes comunitarios (líderes comunitarios, docentes, clero, policías, peluqueros, curanderos, etc.).
- Promotores de la salud.
- Agentes de APS (enfermeros, médicos de familia, etc.).
- El hospital general para pacientes que necesitan Internación. Atención factible aún en lugares con escasos recursos humanos especializados en salud mental.

4. Educar a la población.

Esta recomendación se relaciona con la necesidad de incrementar el conocimiento de la población sobre la carga de los trastornos mentales, sus variadas formas de tratamiento y los lugares para consultar. La educación es un instrumento estratégico para generar una cultura amigable hacia la problemática de la salud mental. En esa línea, es importante no reducir el concepto de educación solo a la transmisión de información, ya que de lo que se trata es de promover aquellas actitudes que conduzcan a la erradicación del estigma y la discriminación. Un excelente ejemplo del papel de la educación es lo que sucede en situaciones de catástrofe: en estos casos, en que a la población adulta le es difícil superar sus fuertes emociones y su propia confusión, y controlar además las reacciones de los niños, el manejo adecuado de la información contribuye a encausar adecuadamente la ansiedad. En esa línea, la OMS ha desarrollado programas educacionales que apuntan a cubrir las necesidades de diferentes sectores en comunidades en emergencia.

5. Involucrar a la comunidad, a la familia y a los usuarios.

Numerosas instituciones de formación y atención en salud pública han incorporado hace años la participación comunitaria y de las familias en sus lineamientos de trabajo, con participación de los usuarios en el desarrollo de políticas, programas y servicios. Recuerdo, por ejemplo, la sesión plenaria de la Asamblea Mundial de la OMS del 2001 en la que cambió la disposición de los participantes hacia el tema, cuando la madre de un joven con esquizofrenia habló de la desintegración psíquica de su hijo y de la esperanza que habían devuelto a su familia los primeros resultados positivos del tratamiento. Esta transformación del concepto de cuidado/ atención en el que familias y usuarios dejan de verse a sí mismos como pacientes para convertirse en socios de los trabajadores de la salud, ha producido mayor democratización de los servicios y el incremento de la satisfacción con el tratamiento.

6. Establecer políticas, programas y legislación nacionales.

Durante mucho tiempo, los países no tuvieron políticas y programas explícitos de salud mental, aunque actualmente, cerca del 60% los tienen. Desde ese punto de vista, la salud mental pública ha estado considerablemente retrasada con respecto a la salud pública. No me detendré aquí en el proceso de construcción de ambas. En lo que sí haré hincapié es en el campo de la salud mental: cada país deberá fijarse sus propios objetivos de desarrollo, establecer su propia estrategia para lograrlos y diseñar el plan de acción correspondiente. Para ello, es necesario plantear una relación dialéctica entre los funcionarios y la sociedad que, sobre la base de un diagnóstico compartido de la situación – incluidos necesidades y recursos–, permita explicitar qué se pretende hacer en términos de promoción, prevención, cuidado/ atención y rehabilitación.

7. Desarrollar los recursos humanos.

En salud mental, el concepto de recursos humanos incluye no sólo al equipo de salud del Primer Nivel de Atención sino también a los agentes comunitarios que, como ya se ha visto, juegan un papel fundamental en la educación, el apoyo, la referencia y la defensa de sus derechos. Como ya se señaló, los especialistas en psiquiatría y otras disciplinas afines, seguramente no en psicología en la Argentina, pero sí en enfermería psiquiátrica, resultan escasos para atender satisfactoriamente las demandas de atención en salud mental de la población, por lo que la necesidad de ampliar la base de formación de recursos humanos no necesita mayor argumentación.

El número de psiquiatras aumentará solo cuando los decanos de las facultades de medicina logren superar el estigma que opaca su pensamiento y nutre sus prejuicios; ese cambio se producirá cuando asuman que la salud mental es un área del conocimiento en el campo de la salud construida sobre bases científicas.

8. Vinculación con otros sectores.

La salud mental es un campo intersectorial, y la educación y la justicia, entre otros, son sus socios naturales. El sector laboral es sin duda otro de sus aliados estratégicos: la rehabilitación de la persona con trastornos mentales requiere su colaboración, tanto como el tema de la desocupación emergente de la globalización, cuyas consecuencias sobre la salud mental son devastadoras. Sus efectos se mitigan con políticas sociales y para promoverlas, el campo de la salud mental y el sector del trabajo deben trabajar conjuntamente.

Actualmente contamos además con otro grupo de socios. A medida que el Estado se achicó, las ONG han ocupado un lugar relevante en la promoción y en la prevención de la salud mental, al dar respuesta a las demandas nacionales y de las grandes agencias de cooperación internacional. Se trata, sin duda, de una sociedad beneficiosa que debería ser continuamente incrementada y fortalecida. En esa línea, quiero traer aquí un ejemplo de interés: en España, las agencias sociales y el Ministerio de Salud de Andalucía establecieron un programa de rehabilitación de personas con trastornos mentales

a través de cooperativas -conducidas conjuntamente por personas con y sin esos trastornos, que se han constituido en empresas sociales exitosas, generadoras de trabajo y beneficios económicos.

9. Monitoreo de las acciones de salud mental comunitaria.

Es evidente que no se lograra avanzar ni ser creíbles en salud mental sin un monitoreo adecuado de los programas y la evaluación de sus resultados. Sea cual fuere su situación y sus dificultades, no hay país que no pueda establecer una serie de indicadores mínimos, interactuantes con su propia realidad, que sirvan para convencer tanto a los decisores de las políticas locales como a los funcionarios de los organismos internacionales, que redunde en beneficios apoyar un programa de salud mental.

10. Incrementar el apoyo a la investigación.

¿Cuál debería ser la agenda de investigación de los países en desarrollo y cómo llevarla a cabo? ¿Cuál debería ser el papel de las instituciones de educación superior en los países industrializados? Estas son algunas de las cuestiones que necesitan indagación. La OMS convocó en diciembre del 2002 una reunión para discutir esas cuestiones, a partir de la toma de conciencia de que no se dispone aún de conocimiento suficiente para salvar la brecha entre el estatus actual de la salud mental y los objetivos que esa Organización promueve en el nivel mundial. Cabe a la investigación aportar a la producción del nuevo conocimiento que la situación requiere.

Contacto: Iñaki Markez ✉ imarkeزالonso@gmail.com

Bibliografía

1. Levav. I. La promoción de los Derechos Humanos, la adecuación de la legislación y la reforma de la atención en Salud Mental: a XXVII años de la Declaración de Caracas. *Revista de Salud Mental y Comunidad*, UNLA, 2018.
2. Muhammad M Haj-Yahia, Ora Nakash, Itzhak Levav. *The psychiatric epidemiological portrait of palestinian citizens in Israel: A Review of Community Studies*. Indiana University Press, 2019.
3. Levav, I. Salud mental, prioridad en la Salud pública. *Norte de salud mental* n° 19: 9-22. 2004.
4. Levav I, Gonzalez Uzcategui R: Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101:83-86, 2000.
5. Kraut, Alfredo; "Itzhak Levav, un precursor". *Página 12*, 24 de mayo de 2024.
6. Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotznik J: *Epidemiologic findings on selected psychiatric disorders in the general population*. En Dohrenwend BP (ed) *Stress, adversity and psychopathology*, Oxford University Press, New York, 1998.
7. Saraceno B, Barbui C: Poverty, and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42:285-29, 1997.
8. Organización Mundial de la Salud: *El informe mundial de la salud 2001. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS, Ginebra, 2001.
9. Levav I (ed) *Temas de salud mental en la comunidad*. Paltex, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 1993.