

# RE-HABILITAR LA RE-HABILITACIÓN

**FRANCO ROTELLI - 1993**

*In Per la normalità - Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma  
Scritti 1967 - 1998 - Scienza Nuova editore - ASTERIOS EDITORE- Trieste 1999*

*"Es de evaluar como una gran cosa, el hecho de que hoy el hombre, en cuanto hombre, sea considerado titular de derechos, de modo que el ser humano es algo superior a su status; hoy, como fuentes de derecho rigen principios universales y así ha iniciado en el mundo una nueva época" (Friedrich Hegel).*

Junto a los derechos civiles y políticos han aparecido también los derechos sociales, y a la ley se le atribuye a menudo funciones compensadoras a favor de los desaventajados. Desiguales derechos para desiguales personas. Se reconoce, en síntesis, que no es sólo la norma abstracta la que determina las razones de la igualdad de los derechos. Existen diferenciadas capacidades y posibilidades de acceso para poder usufructuarlas, la justicia es justamente compleja. Deben ser garantizadas ventajas y posibilidades diferenciadas en el acceso a los derechos. Quien tiene (o es) menos, debe tener más para acceder al derecho. En este camino también los principios éticos de la medicina se encuentran con los de los estados. El fundamento ético de la salud pública debería garantizar más a quien tiene mayor necesidad (en neta contradicción con la ética del mercado de la sanidad que tiende a garantizar a los normales o poco enfermos, por fines meramente mercantilistas, enorme protección y sostén).

Mientras tanto, cada día pasa por aquí alguien que perdió el derecho al carnet de conducir porque algún médico hizo un diagnóstico psiquiátrico (cuando nunca nadie ha probado que los psicóticos produzcan más accidentes de tráfico que los demás). La justicia compleja tiene siempre dos caras, y están combatiendo entre ellas y allí está el problema.

Contemporáneamente, en tres cuartas partes del mundo los derechos (cualquier derecho) se realizan sólo en los documentos de la OMS y en la TV. Pero ya es algo.

El trabajo de la nueva psiquiatría debería consistir en habilitar y rehabilitar (emancipar).

Con mucha frecuencia en el pasado (y aún ahora) ha sido: inhabilitar. ¿Qué significa rehabilitar? "Construir (reconstruir) acceso real a los derechos de ciudadanía, el ejercicio progresivo de los mismos, la posibilidad de verlos reconocidos y de actuarlos, la capacidad de practicarlos". El derecho de ciudadanía es un derecho político, jurídico y social.

Así entendida la (re)habilitación es un proceso que debe actuarse sobre tres niveles de intervención que se convalidan si se dan conjuntos, se pervierten si se dan disociados.

1. La modificación de las legislaciones (sobre los tratamientos, sobre la obligación a la cura, sobre los lugares de la cura, sobre los derechos de los usuarios, sobre el trabajo, sobre las intervenciones sociales, etc.) representa un terreno esencial de las estrategias de rehabilitación; puede invalidar toda otra intervención, o al contrario, sostenerla, promoverla, implementarla: por un lado son esenciales los derechos políticos y jurídicos, y en orden a ellos, son esenciales las legislaciones coherentes que los sostengan, los reconozcan y los persigan; por otro lado, terreno electivamente concreto de las prácticas de la rehabilitación son justamente los derechos sociales (acceso a la instrucción, a la casa, a la escuela, al trabajo, a un rédito aceptable, a la libre sexualidad, a la libre opinión, a la promoción de sí mismo, a la calidad de vida). Serán necesarias legislaciones sociales específicas, cuyo valor re-habilitativo es evidente.

El proceso de rehabilitación debe pretender ser un proceso activo en el que activamente se persigue la realización legislativa de estos derechos para el individuo.

2. Si la ciudadanía social habla de vínculos y de recursos, la rehabilitación debe, sobre todo, incidir sobre tales vínculos y liberar tales recursos.

Por un lado, la disponibilidad efectiva de recursos a obtener (casa, trabajo, dinero, lugares de efectiva formación, relaciones sociales posibles, etc.), y el derecho reconocido a acceder a ellos, por otro lado, constituyen el segundo nivel de la cuestión.

Acerca de estos dos primeros aspectos de las estrategias de ciudadanía social es necesario subrayar que tales acciones, esenciales en los procesos rehabilitativos, deben ser parte integrante del obrar y son objeto pleno de la profesionalidad de los servicios y de los trabajadores. Aunque tales objetivos puedan, por buenas razones, ser considerados objetivos políticos, no por esto dejan de pertenecer al ámbito sobre el cual los trabajadores deben intervenir. Para la

persecución de tales objetivos los trabajadores deben dedicar energía, capacidad, tiempo. Que se utilice o no ese vocabulario, se entiende el porqué “vocación terapéutica” y “lucha de clase” fueron en un texto de Basaglia términos no separables.

Una actitud que nos encuentra completamente disidentes es, por otra parte, la de aquellos que parecen considerar que "un derecho es algo que hay que merecerse", así como la de aquellos que consideran que "un derecho debe darse solamente a aquellos que demuestran saberlo ejercitar".

Pensamos al contrario que un derecho es un bien universal que pertenece a todos sin distinción de clases, de sexo, de raza, de edad, de condición de salud y que a nadie puede ser negado un derecho considerado universal y constitutivo de la plenitud de la ciudadanía, y que debe ser reconocido de todos modos a priori. La acción habilitadora no puede ser finalizada a “merecerse un derecho” o a la adquisición de un derecho a través de la capacidad de gestionarlo. El derecho debe ser dado a priori. La acción habilitadora debe consistir en hacer que las personas sean capaces de ejercitar sus derechos plenamente si todavía no lo son o si han perdido esa capacidad, y en volver real y posible el ejercicio de un derecho arbitrariamente negado o aún no sostenido por la realidad de las cosas.

En la práctica concreta, parece verosímil afirmar que, en una sociedad democrática que "por principio" tiende a admitir una acepción universalista de los derechos, las tareas concretas de la acción habilitadora, se encuentran con los límites efectivos del ejercicio de este principio universalista de los derechos, aceptado habitualmente en abstracto, pero está muy lejos todavía de ser completamente realizado en lo concreto.

3. Las estrategias desde lo legislativo (primer nivel) las estrategias para la disponibilidad de los recursos (segundo nivel) son esenciales para un tercer nivel, que consiste en producir la capacidad de acceso al valor. Para determinar la capacidad de acceso al valor el proyecto de rehabilitación puede contribuir, sobre todo, a través de la formación y de la información, ocasiones ofrecidas, prácticas colectivas.

Con demasiada frecuencia se habla de rehabilitación refiriéndose sólo a este tercer nivel, ignorando la esencial importancia de los dos precedentes. Esto es fruto y origen de muchas perversiones en el proceso rehabilitativo, que hacen improbable e ineficaz el proceso mismo. Detengámonos de todos modos en este tercer nivel.

La calidad de la formación y de la información, de la construcción de

ocasiones, del desarrollo humano, de las prácticas colectivas de salud a favor del usuario en general (usuario designado, familiares, circuitos colaterales a ellos, trabajadores, servicios) está marcada por indicadores de proceso y de éxito que evalúan precisamente el desarrollo de la facultad de acceso (al derecho de ciudadanía). Autonomía personal, educación, formación profesional, capacidad social, necesidad de poder, capacidad de expresar de modo comprensible los propios puntos de vista, son los objetivos formativos esenciales a perseguir (pero lo que siempre queda como rehabilitativo es exclusivamente: el proceso a través del cual se persiguen - con otros - estos derechos, más aun que la poco frecuente completa realización de los mismos).

En lo concreto del cotidiano de las prácticas, será acción (re)habilitativa, entre otras:

- el disfrute de bienes y servicios normalmente no disfrutados
- el sostén no a-crítico de un acto de rebelión aunque sea incongruente, la búsqueda común de un sentido a actos particulares
- la apreciación de cualquier actividad útil desarrollada por el individuo, previamente a hacérselo posible
- la identificación de aquello de lo que uno es capaz, cualquier cosa sea y la mirada hacia él orientada
- la adquisición de una habilidad antes no poseída (y el desarrollo de la misma)
- la elevación del medio de vida
- el tener, el poseer, la propiedad privada
- el sentido de pertenencia a alguna cosa, el hacerla posible
- la participación en micro-colectivos paritarios finalizados
- las acciones en colectividades para la satisfacción de una necesidad común reconocida
- en el ámbito de una actividad formativa y laboral, la calidad de los productos, del entorno, de las relaciones, de la imagen, del lugar y de los modos en la formación y/o producción
- la ayuda ofrecida para hacer que una persona sienta como respetable una propia diversidad
- el reconocimiento y la práctica de una identidad sexual y de un afecto.

Y serán las acciones de redes sociales, los intereses cultivados, el acceso verdadero a las redes comunicativas y sobre todo el valer y que alguien espere algo

de ti. Eje casa, eje trabajo, eje socialidad, son por lo tanto un poco restrictivos. Y aún más restrictivo es identificar rehabilitación y re-adquisición de capacidad por parte del sujeto.

Muy frecuentemente pasa que son indicadas como "rehabilitativas" actividades que, quizás, sirven para "llenar el tiempo" de permanencia en un hospital o en un lugar de servicio. Este "llenar el tiempo" (por ejemplo produciendo objetos inútiles) no parece tener ninguna característica de proceso rehabilitativo.

Del mismo modo no parecen pertinentes estrategias de distribución de recursos que el sujeto no sepa luego utilizar en el intercambio social, ni siquiera al menos como consumidor activo. Ni parecen congruentes acciones exclusivamente tutelares y asistenciales que no determinan capacidad por parte del sujeto para aprender a obtener por sí solo ciertos objetivos o realizar por sí mismo ciertas actividades.

Probablemente pueden ser consideradas como habilitadoras actividades que desarrollan aunque sólo sea el rol de consumidor, o actividades destinadas a estimular nuevas necesidades o no expresadas en los sujetos. Seguramente no lo son aquellos comportamientos y aquellas estrategias que determinan pasividad y mera ejecución de órdenes o delega a los demás a actuar en lugar propio.

Parecen muy arriesgadas respecto a un buen resultado las estrategias que intercambian trabajo con libertad. La capacidad de "trabajar" que se obtiene en ciertas comunidades cerradas, aun cuando justamente se hable de trabajo (producción de mercancía real para un mercado real), si intercambiado "con" libertad, puede inducir a menudo, más que una real rehabilitación, el alejamiento del derecho de ciudadanía, y por eso detrás de la apariencia de una rehabilitación llana o simplemente identificada con la capacidad y el acceso a un trabajo, se produce en cambio un mecanismo regresivo y de invalidación que hace improbable justamente la persecución del fin correcto de la rehabilitación: el ejercicio del derecho de plena ciudadanía.

Parece verdadero y falso a la vez "identificar rehabilitación y obtención de un buen estándar de calidad de la vida". Falso porque a nosotros nos parece tan deseable como no rigurosamente necesario. En efecto, es esencial el proceso para la obtención más que la cumplida obtención en sí. Diversamente, para quien es pobre, la rehabilitación sería sólo un mito.

Ya en 1990 la OMS (Organización Mundial de la Salud) al clasificar las consecuencias de invalidación de la enfermedad, había distinguido entre:

- *impairment* (minusvalía o alteración funcional consecuente de una enfermedad o

de un trauma)

- *disability* (inhabilidad, o sea, consecuencia de la minusvalía en relación a las capacidades del individuo para desarrollar funciones físicas o mentales)
- *handicap* (una serie de desventajas experimentadas por el individuo en el ambiente como consecuencia de la minusvalía y de la inhabilidad).

Clasificación criticada por los límites implícitos en la concepción médica, del “handicap”, que utiliza una causalidad de tipo lineal, un proceder sucesivo de causas y efectos: de lo físico (biológico o bioquímico) a lo funcional y finalmente, a lo social. Este tipo de causalidad contrapuesta a la causalidad circular actualmente acreditada por las ciencias es aun más inaplicable en psiquiatría porque el daño físico, la lesión originaria, no ha sido jamás comprobada.

Mientras es seguro que desde los inicios, la desventaja derivada del rol de enfermo y del estatuto de asistido interviene de modo preponderante como causa de la inhabilidad.

Castelfranchi subraya que este error epistemológico sirve a la psiquiatría para disociar la cura de la rehabilitación, conservando para esta última un rol disciplinario de segundo orden, residual, que interviene en última instancia para recuperar una desventaja social, para reducir una inhabilidad ya dada como grave y que difícilmente se puede remover. Mientras en psiquiatría se trata desde los inicios de “actuar sobre aquellos que son aparentemente los efectos de la enfermedad porque éste es el modo para obrar de manera retroactiva eficazmente y modificar las causas mismas del problema”.

Es normal que estando en Jerusalén, para Mark Spivak, que escribe cosas inteligentes, rehabilitar signifique “intervenir exclusivamente sobre la persona, re-adequarla de todos modos y lo más posible a las solicitudes y expectativas de los contextos de referencia”, los cuales no son mínimamente puestos en discusión.

Se hace necesario citar a Luc Ciompi y sus estudios para establecer que el elemento de predicción favorable en las intervenciones con pacientes graves tiene poco que ver con el diagnóstico, mientras tiene que ver muchísimo con la combinación de expectativas y de motivaciones sobre el estar bien, tanto de la persona como del contexto; y de los trabajadores en particular.

Giovanna Gallio cita tres puntos cardinales de la rehabilitación:

1. la práctica de construcción material del ejercicio de derechos
2. la práctica de desarrollo de intercambios (interpersonales y sociales)

### 3. las prácticas de cooperación (versus empresa social).

Son tres indicadores fundamentales para evaluar la calidad de todo proceso habilitador.

Es obvia la importancia de estrategias de auto-ayuda, de obras de redes sociales, de involucrar no profesionales "psi" y sobre todo profesionales no "psi" (los penúltimos como voluntarios no específicos, los últimos como inteligencias de otros ámbitos - arquitectos, maestros, carpinteros, fontaneros, artistas, informáticos, skipper. La experiencia demuestra que así, poco a poco, hasta los psiquiatras comienzan a rehabilitarse).

Porque, ¿cómo es posible rehabilitar a pacientes sin rehabilitar a los psiquiatras? ¿Sus habilidades farmacológicas o psicoterapéuticas en sentido clásico podrán desarrollar habilidades en los pacientes? ¿La complejidad del obrar en psiquiatría no es preliminar a cualquier otro discurso? ¿No es este el verdadero problema: la in/habilidad de los psiquiatras? ¿El reduccionismo de las prácticas?

No he pensado jamás que, en la dimensión microinstitucional, sin mediaciones fuertes de objeto, fuera posible re-habilitar algo. La fuerza decisiva de las relaciones interpersonales es sensata y operante sólo dentro la modificación concreta de lo real que no puede vivir sólo de relaciones interpersonales, sino que necesita del trabajo, de las actividades, las materias, modificaciones concretas de la cultura o de la naturaleza. Que luego lo real esté conectado por su propia naturaleza con el emprender, con el hacer, es tan obvio como olvidado, como obvio es el valor en términos cognitivos, de una práctica de transformación. La locura tiende a ser la negación padecida y actuada de todo esto.

Hoy el trabajo ha transformado, más allá de la economía, sus prerrogativas de llave de acceso a los derechos y de llave de estructuración de la existencia humana y social.

La exclusión del trabajo, que es directamente o indirectamente la única fuente del rédito, comporta una pérdida radical de sentido social.

Si esto es verdad ¿cómo rehabilitar o habilitar fuera del mundo de la actividad, pero sobre todo, cómo es posible curar sin el trabajo, si es el trabajo el que estructura la existencia humana y social?

Hemos querido definir la acción habilitadora que hay que exteriorizar en la realidad con el término, para nosotros conspicuo, de "empresa social". La acción habilitadora en nuestras sociedades occidentales, parece coincidir hoy con una

necesaria "empresarialidad en el social" que debería caracterizar a todo aquel que se empeñe en tales acciones, para concretizar dichos principios.

El concepto de empresarialidad social, nos parece el más pertinente para dar cuenta del complejo de estrategias operativas necesarias.

El término nos parece que contenga una serie de significados a los que atribuimos notable importancia, coherentemente con lo que hemos dicho hasta aquí. En principio, el término se funda en el presupuesto de que es hoy cada vez más evidente que la cuestión (central) de los recursos hay que proponerla con nuevos términos, como de hecho está sucediendo desde hace tiempo. Es cada vez más claro que el problema de lo inadecuado de los recursos necesarios para hacer efectivo el principio universal del derecho, continuando a ser un problema, no puede ser planteado todavía como en los años sesenta. El problema es, por un lado, el de la insuficiencia al menos aparente de recursos absolutos, pero es sobre todo (o exclusivamente) el de la utilización de tales recursos y de aquellos disponibles pero nunca utilizados. Se puede legítimamente tener dudas sobre el hecho de que los recursos no sean suficientes desde el momento en que hasta ahora han sido muy mal utilizados.

Hablar de empresa social, significa poner de manifiesto inmediatamente la bien sabida cuestión de la ineficiencia, ineficacia, o aun más, de la - a menudo opuesta a la racionalidad - función del actual sistema sanitario/asistencial y de las actuales instituciones del "estado social". A muchos les parece que tales instituciones respondan a menudo más a fines de control social (incluso violento - cárceles, manicomios, institutos para menores, etc.) que a fines "rehabilitativos" y "emancipadores". La relación entre costos y beneficios sobre los fines rehabilitativos y emancipadores del sistema parece ser enormemente negativa.

Con mucha frecuencia los costos, no sólo son demasiado altos respecto a los beneficios obtenidos, sino que además son costos dirigidos a lograr resultados opuestos a los rehabilitativos/emancipadores (de nuevo cárceles, manicomios y también una buena parte de la medicina hospitalaria como práctica y como cultura, los no racionales medicamentos, etc.).

Asumiendo siempre como fin el pleno derecho de ciudadanía, parece que se pueda decir que muchas intervenciones costosísimas del Estado están puestas más bien para negar o reducir derechos, más que para realizar su practicabilidad.

Pero también allí donde se puede asumir efectivamente que el fin es la ampliación del



ejercicio efectivo del derecho casi siempre se llega a ello con procedimientos, institutos, normas, organismos, acciones cuanto menos irracionales si se las analiza en términos costos/beneficios.

Parece posible afirmar que el primer deber de una estrategia sensata podría ser indicado como la "rehabilitación de las instituciones de la rehabilitación". De ahí la perspicuidad del término "empresa social" y la enorme necesidad de subrayar la temática central, deber infinito e imposible de eliminar aún cuando los resultados sean logrados sólo en parte. Y esto porque además, las reglas y las modalidades de organización entre los hombres (las instituciones) producen en continuación como mínimo efectos colaterales y, como máximo, perversión de los fines, inercia, distancia, jerarquía, des-responsabilización, expoliación de los sujetos.

Hemos hablado largamente de re-habilitación institucional y pensamos que el término es muy actual. O nos rehabilitamos (habilitamos) juntos (médicos, enfermeros, usuarios, familiares, sociedades civiles) o no se llegará muy lejos y no se encontrarán técnicas útiles que duren algo más que el espacio de una mañana, de una moda, de un libro.

De la continua capacidad de modificación de las instituciones depende el rescate, el acceso, la dimensión práctico/afectiva de la acción, las ocasiones de intercambio, las valorizaciones de las numerosas vitalidades de los sujetos.

La libertad es terapéutica pero estamos todavía muy lejos de la capacidad de hacerla efectiva, y no nos parece que "se esté sobre el buen camino". Cada día falsos profetas parecen indicarnos caminos que no llevan a ningún lugar.

Entre tantas vías para la emancipación la más improbable es aquella que deriva de la falsa idea que el sueño del desciframiento del genoma conduzca al conocimiento de las "causas" de las enfermedades y, por lo tanto, a debelarlas. Como Lewontin nos indica: "Cuando el proyecto de secuencias será realizado, el público sufrirá una gran desilusión, descubrirá que, a pesar de las osadas afirmaciones de los biólogos moleculares la gente continuará muriendo de cáncer, de enfermedades cardíacas, de ataques apopléticos, y que los manicomios estarán todavía llenos de esquizofrénicos y de enfermos de psicosis depresivas, y que la guerra contra la droga no habrá sido vencida".

Los "locos" siguen siendo la minoría más oprimida en el mundo. No es el caso confiar su destino al futuro de la biología molecular. Ni será el caso confiar en los buenos propósitos de los documentos de la OMS: una parte del juego; el juego del

"como sí". La psiquiatría es maestra del "como si".

En cuanto a la ley 180 Italia se divide en tres: los que trabajan para realizar los principios de la ley, los que trabajan para combatirla, y los que (es la mayoría "democrática"), aun adhiriendo, la falsean, la vacían de sentido, de obras y de hechos, la transforman en un fetiche vacío: mejor los enemigos de la ley. Convendrá ponerla definitivamente entre paréntesis a esta ley y día a día obrar sobre lo real.

Qué es lo que signifique esto, vale tal vez la pena recordarlo, y además recordar los principios operativos sobre los cuales se fundó el movimiento de innovación psiquiátrica en Italia, la rehabilitación de una capacidad de memoria tan reciente como tan fácil de perderse:

- el énfasis sobre la persona (historia, sujeto) antes que sobre la enfermedad
- el énfasis sobre la crítica al manicomio como paradigma de la psiquiatría inaceptable
- el énfasis sobre la no neutralidad de clase de los aparatos psiquiátricos
- el énfasis sobre la necesidad de participación de las instituciones, partidos, ciudadanos, etc.
- el énfasis sobre las necesidades concretas, evidentes (a las que debería ser posible responder) de los pacientes
- el énfasis sobre el estigma social y los procedimientos e instituciones de exclusión social que falsean el objeto enfermedad
- el énfasis sobre los conflictos de poder que son inmanentes a la psicosis y que determinan el destino y la carrera del psicótico
- el énfasis sobre la libertad, como riesgo consciente, como oferta de posibilidad de elección, como espacio donde es posible imaginar un encuentro más allá de la "enfermedad" en una reciprocidad buscada
- la duda de que la "enfermedad" no sea más que una forma de institucionalización del sufrimiento psíquico que impida leer su historia, su evolución, su contenido
- el énfasis sobre una causalidad no lineal de la enfermedad
- el énfasis sobre las modalidades de tratamiento interpersonal colectivo de red o comunitario como capaz de modificar radicalmente el destino del paciente, sea cual sea la causa de su malestar, y por lo tanto
- el énfasis sobre la dimensión afectiva y colectiva necesaria para modificar la "inercia" de las relaciones normativas y de las reglas infundadas
- el énfasis sobre las prácticas de la vida cotidiana, sobre un "setting" ampliado a la

familia, al trabajo, a la casa, a los amigos, al barrio, al rédito, a la calidad de vida, etc., como “setting” de trabajo “terapéutico”

- el énfasis sobre el debido respeto a la diversidad como sea que se declinen que no reduce ni niega la necesidad de la “cura”, sino que le confiere límites y cautelas necesarias, y puntos de encuentro “positivos” entre los recursos singulares del sujeto
- el énfasis sobre el valor emancipador general situado en una relación más consciente, dialéctica y culto con la “locura”, a través de un cambio radical de las instituciones, cambio visto como laboratorio para las “políticas” más generales (sociales, de la vida, “tout-court” políticas).

Basta releer estos principios para aclarar que la nueva psiquiatría italiana no fue ni será si no una gran obra rehabilitativa. Al contrario: el haber querido separar “rehabilitación” de “cura” ha constituido la verdadera matriz cultural de la guerra que muchos han actuado contra la ley 180 y contra la nueva psiquiatría. Y por otro lado, ¿cómo hablar de rehabilitación sin actuar la ley 180?

En los quince años desde la ley 180 han publicado proclamas de ministros (Altissimo, Degan, De Lorenzo, Garavaglia) decenas de comisiones ministeriales, infinita cantidad de papel imprimido. En contra, a favor, pero sobre todo ¿cómo? ¿Qué hacer por la psiquiatría?

Elementales las respuestas, la obvia banalidad de las cosas sensatas que deberían haberse hecho objeto realizado en vez de estéril materia de infinitas controversias, debates, congresos y proclamas.

Debates televisivos guiados por periodistas absolutamente indiferentes a la verdadera materia, definitivamente indiferentes cuando el juego de las contraposiciones ha cansado definitivamente a los contendientes y los familiares largamente instrumentalizados han comenzado a ver un poco más claro.

¿Qué significa actuar la ley 180? Hacer cuatro cosas elementales, necesarias:

- centros de salud mental abiertos el mayor tiempo posible (24 horas, 7 días a la semana ¿les parece demasiado?)
- grupos apartamento lo más pequeños y numerosos posible
- cooperativas sociales lo más diversificadas y numerosas posible
- hospitales, lo menos posible (¿les parece mucho, nada?).

Por lo tanto: al menos el 5% del gasto sanitario, formación permanente, indisolubilidad socio/sanitaria, una única responsabilidad de un único equipo sobre un

único territorio dado, ampliar a los no profesionales en todas las formas posibles la participación a la acción. Trieste lo ha hecho; otra cosa no serviría. Mucho menos seguir discutiendo. ¿Y qué se necesita para hacerlo?

Tal vez, para hacerlo sea necesario finalmente establecer algo que a muchos les parece todavía imposible: que la locura está dentro de la normalidad, le pertenece, no es en absoluto su negación.

Pero sólo si nuestras "habilidades" y las de los demás en vez de reducirse continuamente, se acrecientan, vivirán y se multiplicarán.