

Universidad, soledad y salud mental

Dr. Ernesto Venturini

Psiquiatría Democrática italiana Psiquiatra y ex Director del Departamento de Salud Mental de Imola

Dra. Maria Stella Brandão Goulart

Profesora del Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas de la Universidad Federal de Minas Gerais

116

Resumen

Este ensayo aborda el tema de la soledad como riesgo a la salud mental en el ámbito de las relaciones y procesos universitarios, parte del tema “Por una vida menos solitaria”, que orientó la realización de la IV Semana de Salud Mental e Inclusión Social de la UFMG, promovida por la Red de Salud Mental de esa institución. También son indicados riesgos y vulnerabilidades en el campo de la salud mental aplicados a la vida académica y sus posibles vías de salida. Para tanto, se discute el significado del sufrimiento y la necesidad de esclarecimiento de los procesos que producen exclusión en la vida universitaria, en busca de un proyecto de salud mental acogedor e inclusivo. En esa dirección, se ponen de relieve las estrategias que permiten el protagonismo de los sujetos con experiencia de sufrimiento mental.

Palabras clave: Salud Mental. Universidad. Inclusión.

Introducción

Las reflexiones que compartimos se desarrollaron a partir de un conjunto de iniciativas universitarias. Aquí se destaca la realización de la IV Semana de Salud Mental e Inclusión Social, que fue organizada por la Red de Salud Mental de la UFMG (Universidad Federal de Minas Gerais), en mayo de 2016. El tema de ese evento – “Por una vida menos solitaria” – se desarrolló a partir del fuerte impacto generado por los testimonios de estudiantes con experiencias de sufrimiento mental. Por ocasión de una rueda de conversación realizada en el año anterior, en el contexto de la III Semana de Salud Mental e Inclusión Social, esas personas expresaron públicamente el mal estar vivido a lo largo de la experiencia de formación, caracterizándola, sorprendentemente, como una

situación de intensa soledad. Se asoció a esas declaraciones la información, entonces compartida, de que un grande número de servidores, técnicos administrativos y profesores se alejaban de sus actividades debido a problemas psicológicos. En aquella ocasión, en mayo de 2015, los participantes de esas actividades se tornaron profundamente conscientes de lo relevante que es la cuestión de la salud mental en la universidad y de la necesidad de construcción de respuestas.

Efectivamente, la consulta a la literatura científica indicó que los problemas relativos a la salud mental son bastante comunes dentro de las universidades ocurriendo en diversos países del mundo. Las investigaciones internacionales que tenían un enfoque, por ejemplo, en los disturbios de los estudiantes universitarios, apuntaron la alta prevalencia de trastornos mentales (Segal, 1966; Roberts *et al.*, 2001). Generalmente se destacó la predominancia de los trastornos depresivos (Rimmer *et al.*, 1982) y la mayor prevalencia de estos entre las estudiantes del género femenino, que presentaban quejas de sufrimiento mental más frecuentes, así como señalaban mayores dificultades psicosociales (Neves; Dalgarrondo, 2007). Se identificó también que los trastornos mentales son más propensos a surgir, por primera vez, principalmente en el periodo universitario (Cerchiari, 2004; Mowbray *et al.*, 2006), siendo documentada una mayor tasa de sufrimientos mental entre estudiantes universitarios, si comparados con otros jóvenes de la misma edad (Adlaf, 2001). Fue, incluso, formulada la hipótesis de que una de las causas de los trastornos puede ser atribuida al alejamiento de los estudiantes del círculo más estrecho de relacionamientos familiares y sociales (Fernandes y Rodrigues, 1993; Cechiari, 2004).

En Brasil, ya en 1958, fue realizado el primer estudio sobre la salud mental en estudiantes universitarios (Loreto, 1958; Loreto, 1972). Los estudios brasileños también confirmaron la prevalencia de un relevante “sufrimiento psíquico” (Giglio, 1976; Ribeiro, 2014) y la importancia de una convivencia con los padres para promover la salud mental de los jóvenes (Cerchiari, 2004; Facundes; Ludermir, 2005).

Naturalmente, permanece en abierto el problema de la interpretación de esos datos. Por ejemplo, ¿las diferentes tasas (incidencia) de disturbios mentales entre estudiantes universitarios y los jóvenes no universitarios podrían

ser entendidas como valores absolutos? ¿No podrían ser atribuidas, tal vez, a diferencias de concepciones acerca del mal estar psicológico, o, aún, variar en función de parámetros sociales y culturales de los dos grupos involucrados? ¿Además, qué significa una mayor incidencia de sufrimiento mental entre estudiantes universitarios que están alejados de sus familias y relaciones sociales habituales? ¿Podemos suponer que la autonomía de los jóvenes esté asociada a una mayor probabilidad de padecer? ¿O ese sufrimiento, inherente a un proceso de crecimiento personal, estaría siendo objeto de psicopatologización?

Los datos imponen, sin duda alguna, a los gestores de la universidad, la exigencia de intervenir sobre un evidente mal estar, pensando especialmente en los estudiantes que inician los cursos y que están alejados de sus casas, a través de una respuesta de acogida responsable que esté atenta a las necesidades específicas de esos jóvenes.

Esas reflexiones muestran, una vez más, la necesidad de profundizar los aspectos teóricos del problema, y también contribuir prácticamente para la salud mental, individual y colectiva, de la comunidad académica, que involucra no solo estudiantes, pero una considerable multiplicidad de sujetos. La decisión de la Red de Salud Mental de la UFMG en escoger la “soledad” como tema principal de la IV Semana de Salud Mental, fue tomada en esa dirección. No se trata, aquí, de una soledad que sea el resultado de una libre escoja personal; se indica, al contrario de eso, un tipo de sufrimiento que es generado por un proceso de exclusión social o por una significativa desventaja socioeconómica. Por ese motivo, parece adecuado hablar, primero, del peso que tales procesos desempeñan en la salud mental, de forma amplia.

Situación socioeconómica, exclusión social y psicopatologías

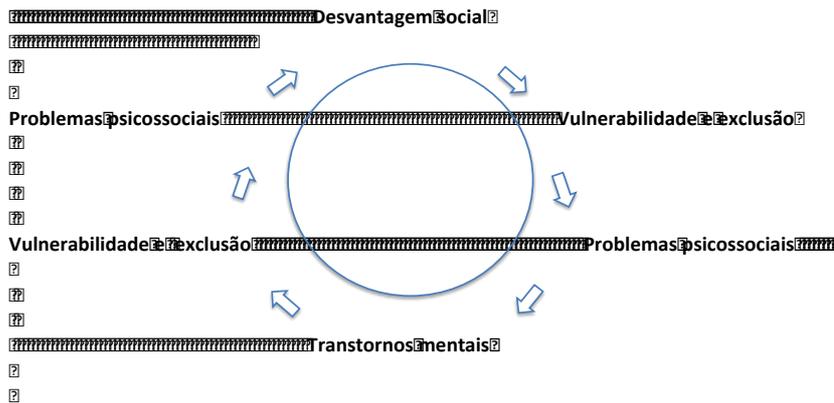
La experiencia diaria evidencia que hay una dinámica que vincula la ocurrencia de psicopatologías y de sufrimiento mental con las condiciones de desventajas socioeconómicas y de exclusión social.

Sin embargo, está claro que existen casos de padecimiento que son independientes de esas condiciones. Esos casos, no obstante, no contraponen la afirmación inicial, que conserva un valor estadístico mayoritario. El peso de la desventaja económica y de la exclusión social fue examinado y confirmado en la

literatura científica. Uno de los estudios más interesantes sobre ese tema es el que está representado por el “esquema de circularidad”, que se determina entre los trastornos mentales y la marginalización, retratado por la siguiente representación:

Figura 1.

Esquema de circularidade entre doença e marginalização



Da Dohrenwend B.P. et al (1992)

La desventaja social provoca vulnerabilidad y exclusión. Esas condiciones pueden llevar al surgimiento de problemas psicosociales, que favorecen el apareamiento de perturbaciones. Los trastornos mentales, por su vez, causan vulnerabilidad y exclusión, y esas condiciones llevan, inevitablemente, al apareamiento de problemas psicosociales, hasta reforzar la desventaja social inicial.

No obstante, hay quien interprete de manera diferente esa dinámica: las pérdidas sociales serían simplemente la consecuencia de la enfermedad y no la causa. El punto de partida de la circularidad no sería colocado arriba, como causa (*social causation*), sino en la parte inferior del esquema y sería representado por el trastorno mental (*social selection*). Para finalizar esa discusión, sin embargo, es mejor estar lejos de las controversias que acompañan el tema de la etiología del trastorno mental, también porque sobre esa cuestión hay falsas certezas. Pragmáticamente, podemos destacar el valor de ese esquema, además cualquier interpretación de las causas de una posible psicopatología. Permanece indiscutible la importancia de una intervención, que

actúe contra los efectos de la marginalización, sin excluir el valor de cualquier otra intervención médica y psicológica.

Asimismo, es bastante intuitivo creer que hay situaciones que favorecen el apareamiento del sufrimiento mental y otras que, por otro lado, lo dificultan. Se mencionan factores adversos, en el primer caso, y de factores de protección, en el segundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, esos factores afectan características individuales, circunstancias sociales y factores ambientales (figura 2).

Figura 2

**Os riscos para a saúde mental.
Uma visão geral das vulnerabilidades e dos fatores de risco**

	Fatores adversos	Fatores de proteção
Características individuais	baixa autoestima, imaturidade cognitiva/emocional, dificuldades de comunicação, doenças somáticas	autoestima, capacidade de resolver problemas e lidar com as adversidades, habilidades de comunicação, saúde física
Circunstâncias sociais	solidão, luto, negligência, conflito familiar, exposição à violência e abuso, pobreza, insucesso escolar, estresse no trabalho, desemprego	apoio social e familiar, experiência familiar positiva, sensação de segurança, segurança econômica, sucesso escolar, realização no trabalho
Fatores ambientais	falta de serviços básicos, injustiça e discriminação, desigualdade de gênero, desigualdades sociais, desastres e guerras	acesso a serviços básicos, justiça social, tolerância, integração, igualdade de gênero, equidade social, segurança física

World Health Organization (2012)

En la categoría de las características individuales, los factores adversos son representados por baja autoestima, inmadurez cognitiva/emocional, dificultades de comunicación y enfermedades somáticas. Entre aquellos factores de protección, se tornan evidentes la autoestima, la capacidad de resolver problemas y lidiar con la adversidad, las habilidades de comunicación y la salud física.

Entre los factores adversos en las circunstancias sociales, encontramos soledad, luto, negligencia, conflicto familiar, exposición a la violencia y abuso, fracaso escolar, pobreza, estrés en el trabajo y desempleo. Ya los factores de

protección son el apoyo social y familiar, experiencia familiar positiva, sensación de seguridad, éxito escolar, seguridad económica, realización en el trabajo.

Entre los factores adversos, entendidos como factores ambientales, hay la falta de servicios básicos, injusticia y discriminación, desigualdad de género, desigualdades sociales, desastres y guerras. Los factores de protección correspondientes son el acceso a los servicios básicos, a la justicia social, a la tolerancia, a la integración, a la igualdad de género, a la equidad social y a la seguridad física.

Con relación a los factores de riesgo, es necesario aclarar que ellos no llevan, automáticamente, a un sufrimiento mental. Hay otros motivos, complejos, que deberían ser considerados en esos casos. Y, de hecho, al referirse a la etiología de los trastornos mentales, hablamos, de forma genérica, de una génesis biopsicosocial. La amplitud y la indeterminación de ese paradigma confirman lo que fue afirmado anteriormente: básicamente, sabemos aún poco sobre lo que fue definido como “enfermedad mental” y sobre las variables responsables por el apareamiento y desarrollo de psicopatologías. No obstante, actuar sobre los factores de riesgo constituye una posibilidad importante de prevención y, muchas veces, de mejora real de un trastorno ya manifestado.

De acuerdo con la figura arriba, la soledad es un factor adverso para la salud mental de las personas. Su efecto negativo es atribuido, básicamente, al peso desempeñado por las circunstancias sociales en la vida del individuo. Desarrollaremos el tema sobre la soledad, limitando el análisis a algunos factores presentes en esa tabla anterior, destacando otros aspectos que no aparecen allí. Así, se debe notar que los factores de riesgo, relatados en la imagen 2, no son los únicos posibles. Son apenas los más frecuentes, estadísticamente. De hecho, hay una considerable cantidad de factores de protección y factores adversos; la elección hecha entre ellos está relacionada, sustancialmente, a los contextos con los cuales nos deparamos.

Usaremos otra imagen (Figura 3) para aclarar nuestras consideraciones.

Figura 3

Solidão, recuperação e saúde mental

	Fatores adversos	Fatores de proteção
Características individuais		Recuperação (Personal Recovery)
Circunstâncias sociais	Solidão	Autoajuda
Fatores ambientais	Universidade excludente / solitária	Universidade inclusiva / solidária

La soledad es colocada aquí como un factor de riesgo para la salud mental. El riesgo aumenta cuando el contexto de vida de la persona, potencialmente expuesta a problemas de salud mental, es excluyente o indisponible para la solidaridad. En nuestro caso, ese ambiente puede ser, lógicamente, identificado como el espacio de la universidad. Entre los factores que contrastan la soledad, identificamos la “recuperación”, como un elemento que el individuo puede descubrir y valorar. La situación de autoayuda puede ser una grande herramienta social, y también buscamos destacar la importancia de un ambiente (la universidad, en nuestro caso) inclusivo y solidario. Esquemáticamente, partimos del presupuesto de una universidad en sufrimiento y excluyente como factor adverso y de una universidad acogedora e inclusiva, como factor de protección.

La universidad: entre adversidad y protección

Primero nos gustaría llamar la atención para el papel de la universidad, que puede tornarse adverso o de protección para la salud mental de sus miembros.

En su propuesta educacional, la universidad se presenta como un conjunto de “posibilidades y obstáculos” para los estudiantes, destinados a obtener un resultado positivo. Si son respetados los criterios de una “frustración positiva”, la superación de los obstáculos puede tornarse un factor de

crecimiento. Pero cuando eso no se da, ocurre el fenómeno del “fracaso escolar” con posibles repercusiones sobre el sentimiento de autoestima de los estudiantes.

Además, como cualquier otro ambiente de trabajo, la universidad puede influenciar también la salud mental de sus trabajadores – profesores, técnicos-administrativos y funcionarios. Sus motivos pueden estar específicamente en su sistema institucional o pueden resultar de causas externas a su organización. No debemos olvidar que la universidad, de hecho, está inserida en el contexto societario. Y, hoy, en la sociedad brasileña, parece dominar la incertidumbre y el individualismo (Venturini; Goulart, 2016).

Resonando el patrón de factores adversos o de protección, podemos esquematizar lo que significa, a nuestro ver, una universidad excluyente y solitaria (en sufrimiento), en contraste con una universidad acogedora e inclusiva.

Para expresar eso, presentamos, libremente, una lista doble de propiedades y prerrogativas de la universidad, refiriéndonos a los factores que son más frecuentes identificados como positivos o negativos. Escogemos esas características de acuerdo con un criterio puramente subjetivo, basado en nuestra experiencia.

La universidad está en sufrimiento y produce exclusión (figura 4) en presencia de:

Figura 4

Universidade Excludente/Solitária

Ocorrência de:
1. espírito competitivo dominante;
2. tendência seletiva, como resultado de uma ideologia meritocrática;
3. significativo desconforto dos estudantes, evidenciado pela baixa participação, desatenção;
4. elevada evasão universitária (não realização ou falseamento das tarefas e estudos, <i>drop out</i>);
5. incapacidade geral de análise autocrítica ou obstáculo à sua manifestação;
6. pressão excessiva que visa apenas a um aumento quantitativo na produção científica;
7. desatenção aos problemas frustrantes e estressantes aos quais são submetidos professores, funcionários, estudantes;
8. "ausência de envolvimento" dos funcionários nas escolhas políticas e organizacionais da universidade;
9. incentivo exclusivo de aprendizagem individual, em detrimento da coletiva e da social;
10. incapacidade de reconhecer as situações de risco potencial (<i>sensation-seeking</i> e <i>risk-taking</i>).

Pero, por encima de todo, la universidad es excluyente cuando se coloca como insensible a los problemas sociales, de renovación cultural y de transformación de las costumbres (encastillada, como en la famosa metáfora de la torre de marfil del conocimiento elitista).

No obstante, la universidad sería, por otro lado, acogedora e inclusiva (imagen 5) cuando:

Figura 5

Universidade Acolhedora/Inclusiva

Ocorre quando:
1. existe um clima humanamente estimulante e motivador, no qual os estudantes encontram oportunidades de formação, e que lhes permite construir ativamente suas identidades;
2. há riqueza de opções, sociais, culturais, de lazer, que melhoram o horizonte humano e a autoestima do estudante;
3. é promovida a formação de professores com competência relacional, em gestão educacional e de grupo, com vista à formação ao longo da vida (<i>lifelong learning</i>);
4. existe atenção para o papel da vida emocional e para a qualidade das relações humanas;
5. as relações humanas não são desenvolvidas estritamente para a comunicação de conhecimentos, mas também para sua produção;
6. é promovida a participação, constante e ativa, dos <i>stakeholders</i> internos e externos à organização universitária;
7. é desencadeada uma ética que opera em sintonia com princípios coletivistas;
8. há atenção para a compreensão das situações de distúrbios psicológicos e para implementar ações de proteção;
9. estimula-se um <i>fortalecimento</i> da comunidade universitária, essencial para gerar a solidariedade.

La lista de las propiedades de la universidad inclusiva podría ser muy larga, pero sería interesante poner atención apenas en lo que podría ser la prioridad esencial: la necesidad de abrir, lo máximo posible, la universidad para la sociedad; abrirla a los problemas, tensiones, conocimientos tumultuosos de la sociedad, actualizando sus conocimientos, pero también acogiendo las novedades, las innovaciones. Al final, ¿qué y cuánto el mundo académico ha entendido acerca de los cambios cruciales para la democracia brasileña, como la sustentación de la reforma sanitaria y de la salud mental? ¿El conocimiento práctico, que fue acumulado a lo largo de los años, a partir de excelentes iniciativas socio sanitarias (programas y acciones), como las que ocurrieron en

Belo Horizonte, encontró su adecuada y suficiente sistematización en los currículos, en los proyectos y en las investigaciones de la universidad?

En nuestros días, la cancelación tecnológica de las distancias de tiempo espacio saca del territorio su significado y su capacidad de atribuir identidades. La disminución de los espacios públicos torna más difícil el procesamiento de los conocimientos locales y disminuye el papel de liderazgo y cooperaciones informales. Los espacios públicos son los lugares donde, privilegiadamente, es producido capital social, porque es allí que se puede desarrollar contactos, relaciones, confianza, sentimiento de reciprocidad e intercambios entre personas de diferentes grupos étnicos y situaciones sociales. La universidad se mantiene, aún hoy, como uno de los espacios públicos que puede ejecutar esa tarea fundamental, y, por lo tanto, es objeto de grande responsabilidad. Ella necesita construir y reconstruir el capital social, en la dirección de una ética de solidaridad y participación, dentro y a través de la educación universitaria. Es el lugar privilegiado para desarrollar una comunidad en que el bien común sea construido, día a día, compartiendo problemas y participando en experiencias colectivas.

En esencia, la enseñanza universitaria debería crear oportunidades de participación y debería ofrecer a los estudiantes, profesores, técnico-administrativos y funcionarios las oportunidades para un desarrollo social, aumentando la consciencia de la interdependencia entre el conocimiento y la vida política.

Recuperación y protagonismo

Hasta ahora, fue examinado el ambiente donde el individuo, en soledad, vive su experiencia de estudio o de trabajo. Vimos como la universidad puede presentarse como un factor de protección para la emergencia de trastornos mentales o, al contrario, como puede agravarlos. Examinemos, también, otros dos factores de protección indicados anteriormente: la “recuperación” (*recovery*) y la “autoayuda”.

¿Qué se quiere decir con “recuperación” y con “autoayuda”? ¿Cómo ellas desempeñan una función de protección?

Limitemos a una definición genérica de la noción de recuperación: la llamada reconstrucción del significado de la propia vida, que algunas personas

pueden *descubrir* y escoger en un determinado momento de su existencia. Es como si, en algún momento, una persona en situación de sufrimiento mental pudiera, hipotéticamente, decir:

“Ahora es el momento de dejar de pensar como si, en mí, hubiera algo de errado – como muchos entienden. Es el momento de dejar de pensarme como peligroso, como inferior. Dejar de considerar que yo sea la enfermedad que me diagnosticaron. Yo tengo un nombre propio, una identidad. A veces, hay momentos de crisis, pero no soy esas crisis, o mejor, soy también los momentos de crisis, pero no puedo considerar negativos aquellos momentos y apenas positivos aquellos en que estoy ‘normal’, de acuerdo con la opinión de los que están a mi alrededor. Yo no puedo vivir en la angustia de evitar, de cualquier manera, esos momentos, tal vez llenándome de drogas y haciéndome un tonto, un zombi. ¿Qué significa evitar la crisis, si la calidad de los momentos de “ninguna crisis” es igualmente mala? Claro que soy consciente de mis limitaciones, de mis dificultades. Soy consciente de mi sufrimiento y del que provoco en las personas que están en mi entorno. Reconozco que necesito de ayuda, pero quiero poder siempre compartir mi plan de cuidados. Quiero que las personas escuchen mi opinión y quiero que estén próximas de mí, las personas que confío. Entonces, ¿qué significa ser curado, qué significa ser normal? ‘¡De cerca nadie es normal!’ Yo quiero vivir mi vida con todas sus limitaciones, y con todo mi potencial, que ciertamente voy a descubrir – tal vez con ayuda de quien vive o vivió esa misma experiencia...”

Eso, es lo que se entiende cuando hablamos de “recuperación” (*recovery*). Cómo eso ocurre, cuándo, por qué y de qué manera la persona puede ser favorecida no son cuestiones sencillas y se refieren a discusiones mucho más complejas. Pero lo fundamental es que esas discusiones involucren, como protagonistas corresponsables, las personas que tienen la experiencia y la vivencia con relación al tema, pues no se trata de un problema estrictamente técnico.

¿Qué es, por otro lado, la “autoayuda”? El nuestro hipotético (im)paciente, persona con sufrimiento mental, concluyó sus reflexiones, arriba delineadas, expresando el deseo de encontrarse con alguien que tuviera una experiencia semejante a la suya. Si, no obstante, la persona escogida expresa pesimismo y desconfianza, tal vez sea apropiado buscar exactamente lo opuesto: intentar

salir de la obsesión de su propio sufrimiento y entrar en contacto con situaciones que lo ayudarán a distanciarse de él. Se puede hacerlo participando, por ejemplo, de las actividades psicosociales. Pero si hay la posibilidad de entrar en contacto con alguien que pueda comunicar una experiencia exitosa con el sufrimiento mental, y que tenga una actitud optimista que pueda inspirar esperanza, entonces, eso se torna el camino guía para la “recuperación”. En esa filosofía, nacieron los grupos de autoayuda.

Las primeras experiencias fueron los Alcohólicos Anónimos, que, desde los años 1940, enfrentaron, con algún éxito, la lucha contra el alcohol. No obstante, esa técnica demostró sus límites, siendo excesivamente prohibicionista y moralista. En las últimas décadas, la metodología de autoayuda encontró una renovación y un relanzamiento, con una postura más secularizada y menos ideológica. En salud mental, fueron realizados los grupos de “auto mutua ayuda” para usuarios y/o familiares. Los grupos pueden ser constituidos apenas por personas que comparten el mismo problema o pueden prever su presencia, constante o intermitente, y de especialistas. El grupo asumió un valor terapéutico más significativo, cuando tomó como principio básico la reciprocidad. Grupos de autoayuda se convirtieron en grupos de “auto mutua ayuda”.

Por otro lado, ¿los grupos de autoconsciencia, aquellos de género o mismo estar entre amigos, no son, de alguna manera, extraordinarios momentos de autoayuda? Hablar de sí con personas que pueden entenderlo, escuchar sus comentarios y consejos y aprender con experiencias prácticas, tiene, sin duda, un elevado valor curativo y protector.

La soledad

La soledad es, sin duda, una condición social muy desfavorable. Puede llevar a un sufrimiento mental intenso y significativo. En el mecanismo circular, descrito anteriormente, el trastorno mental agrava la condición de soledad y esta, por su vez, irá aumentar el sufrimiento psíquico.

Concentremos la atención apenas en un tipo partículas de soledad: aquella que acompaña la presencia de un grave sufrimiento físico y psíquico. La escoja de ese caso extremo permite una mayor evidencia de los mecanismos psicológicos que acompañan la soledad. Las reflexiones desarrolladas por el filósofo italiano Salvatore Natoli (1986) guiarán la discusión a ser aquí delineada.

Nosotros siempre intentamos conectar nuestros deseos con nuestras posibilidades. La felicidad consiste en percibir que el mundo está en armonía, no en oposición, en referencia a nuestros deseos. Cuando el dolor interviene en nuestra vida, se determina una interrupción de nuestras posibilidades. Sufrimos no apenas por causa de la intensidad del dolor, pero también por la pérdida que ese evento produce, o sea, sufrimos por la pérdida de la relación con el mundo.

Cuando el dolor es muy fuerte, estamos tan presionados (perdemos el aliento y la razón), que no estamos a la par de lo que se rompe en aquel momento. Más tarde, no obstante, percibimos el impedimento: no podemos hacer más lo que estábamos haciendo y que otros, sin embargo, continúan haciéndolo. Aun en el dolor mental, en la psicosis o en la depresión que acompaña el luto, hay una barrera en las relaciones con los otros. Toda dimensión de las posibilidades, que tuvimos delante de nosotros, está perturbada. Hay una incapacidad de expresar nuestros sentimientos y hacer uso de símbolos compartidos. Cuando la crisis es aguda, estamos oprimidos por la angustia y, cuando el dolor es crónico, domina la soledad.

El dolor físico y psíquico se manifiesta como una experiencia radical de individualización: interrumpe relaciones, produce una distancia entre el deseo y las posibilidades, crea un alejamiento entre nosotros y los demás. La soledad es acentuada cuando la persona que sufre es confinada en instituciones de asistencia o servicios (hospital general, hospicio, hospital psiquiátrico) que configuran una especie de “mundo paralelo”. Con la disolución de las comunidades tradicionales del pasado, nació la “sociedad de servicios”, que resuelve los déficits de humanidad, especialmente a través del uso del dinero. Para las instituciones de servicio se requiere competencia, profesionalismo, por medio de compensación directa o indirecta, a través del Estado, pero no se puede reivindicar también a *pietas* (piedad), que es bastante típica de la relación de parentesco o de amistad, y que, en muchos casos, sería la necesidad real del enfermo. A veces, se cree que la relación técnica, componente de un tratamiento psicofarmacológico o mismo de un psicoterapéutico, pueda substituir la fundamental exigencia de empatía que evocamos en el término *pietas*. Ciertamente, la empatía que emerge de una relación paternalística que frecuentemente caracteriza las relaciones asistenciales entre usuarios y profesional (o técnico) de salud mental, no es necesariamente real. Hay en esas

relaciones un recurrente ejercicio bastante desequilibrado y desigual de poder, como ocurre con la práctica clínica, de manera general. La respuesta de la sociedad de servicios depara con los desafíos de la institucionalización, de la psiquiatrización, de la medicalización y de la psicologización (Freitas; Amarante, 2015).

Hay en esas relaciones un recurrente ejercicio bastante desequilibrado y desigual de poder, como ocurre con la práctica clínica, de manera general. La respuesta de la sociedad de servicio está frente a los desafíos de la institucionalización, de la psiquiatrización, de la medicalización y de la psicologización (Freitas; Amarante, 2015).

No obstante, el dolor es un teste que nos da la medida de nosotros mismos. El sufrimiento que acompaña el dolor físico o la condición de sufrimiento psicológico, puede ser visto, paradójicamente, como una inversión en sí mismo. En el dolor, están impedidos los caminos normales, pero no necesariamente están impedidas todas las posibilidades de salida. Podemos “descubrir” una parte de nosotros mismos que era hasta entonces desconocida, que revela un potencial y que incluso podría enriquecernos... ¡Ciertamente, esperamos no sufrir! Pero, en realidad, podemos concordar que el dolor, más temprano o más tarde, será un hecho de nuestra vida. Es inevitable. Debemos reconocer, entonces, que el sufrimiento expresa, paradójicamente, un flujo de vida: sufrimos porque estamos vivos. Pero si tenemos la voluntad de vivir, hay una energía que puede ser reinvertida. En la condición de salud, vivimos, con cierta indiferencia (anonimato) en la rutina de nuestras amistades, de nuestro trabajo, de nuestra vida diaria. Muchas veces estamos poco vigilantes a un umbral de atención a la vida: no hay denominación.

El dolor, al contrario, nos sustrae de la indiferencia, del anonimato. Es una experiencia que, en todo su drama, nos personaliza, nombra. Él estimula nuestra percepción de la vida. El dolor físico, el dolor psicológico, la ansiedad, impulsan para el diálogo con el “cuidar de sí mismo”. A veces, eso ocurre de manera desordenada y descompuesta, pero la comodidad con el sufrimiento puede también auxiliar el sujeto a encontrar un recogimiento, aun olvidado o hasta desconocido. Acontece, paradójicamente, que cuanto más cerca estamos de la muerte, más estamos direccionados para la vida.

Consideremos, entonces, dos actitudes fundamentales que pueden desarrollarse en el sufrimiento.

La primera es una sensación de cierre, que lleva a la depresión. El dolor puede resultar en egocentrismo: “¿Qué significa el mundo si él es un universo cerrado de posibilidades para mí?” Hay, por parte de las personas que sufren, una dimensión legítima de “envidia” relativa al bienestar de los demás. Además, el sujeto dolorido identifica que la persona que no sufre no sabe realmente qué decir o hacer, además de palabras circunstanciales o de amenidades. ¡Es difícil penetrar en la intimidad del dolor! El sufridor parece condenado a quedarse solo. En una bella película argentina/española, dirigida por Cesc Gay, intitolado “Truman” (2014), el personaje principal, representado por el actor argentino Ricardo Darín, tiene un cáncer terminal. Cuando encuentra amigos y conocidos, ellos fingen no reconocerlo, porque no saben qué decirle. Darín, viviendo el personaje de Julián, rompe la regla implícita del silencio, desenmascara la hipocresía y les declara que se siente ofendido. Es interesante notar como, delante de la soledad y del sufrimiento, reaccionamos imponiendo otra soledad: la indiferencia. Operamos muchas veces por ese proceso mental, que nos torna ciegos para el sufrimiento, para las injusticias, cerrándonos en nosotros mismos, empobreciéndonos.

La segunda actitud que puede desarrollarse en el sufrimiento es una lógica de total reversión. Es la capacidad de tomar distancia de su sufrimiento con una atención para las preocupaciones de los otros: “Hay otros que están sufriendo y yo puedo colocar mis cualidades a servicio de ellos”. Esa capacidad de distanciarse de sus sentimientos, de su narcisismo con una sensación de empatía para los demás, abre la posibilidad de introspección: la posibilidad de conocer a sí mismo.

Se puede tolerar más o mejor el propio sufrimiento, ¡en la medida que él es compartido o cuanto más él es interpretado como un segmento del dolor universal! El principio de la lógica de inversión permite pasar de una situación de impotencia a una lógica activa de relación. Es el mismo proceso que identificamos anteriormente en las terapias de autoayuda y auto mutua ayuda.

¡Cuidado, no obstante: no se quiere aquí celebrar la mística de la valentía! Al contrario, es importante que la persona dolorida tenga la fuerza para

demostrar su fragilidad, su propio miedo; tenga valentía para superar su orgullo y su vergüenza y sepa pedir ayuda.

Ese comportamiento, no obstante, no es fácil, y ocurre solamente cuando la persona ya está acostumbrada a estar en el control de sí misma, cuando es capaz de renovarse. Esa capacidad de retomar su vida en sus propias manos, de tener esperanza – que llamamos de recuperación o *recovery* – se refiere a la manera con que, anteriormente, en nuestras vidas, tenemos intentado estructurar nuestro carácter, cuidar de nosotros mismos. Deberíamos, siempre, cuidarnos; ser competente sobre lo qué se puede o no hacer, estar consciente de nuestros límites y saber como administrarlos. Pero raramente, en nuestras vidas, encontramos alguien que nos ayudara, nos “educara” en la dirección de nuestra capacidad de autogobierno. Al contrario: somos proyectados en el mundo de los servicios a través de una lógica de exclusión.

En el sufrimiento mental, tal vez sea exactamente esa dificultad de autogobierno que padece profundamente. El sujeto, y ciertamente no por su culpa, no fue ayudado a “doblar” suavemente sobre sí mismo, la mirada para dentro de sí, para reconocer su potencial y sus fragilidades. No fue posible – o mejor, no fue aún posible – tornarse un punto de resistencia a la adversidad personal y humana. El sujeto todavía no se tornó valioso para sí mismo. No fue ayudado – y eso es tal vez el elemento más importante – a invertir en su propio sufrimiento, vinculándolo con el dolor de los otros, saliendo de su aislamiento, de la soledad.

Estamos acostumbrados a sistemas de ayuda asimétricos: quien está en situaciones de deficiencia espera recibir ayuda de otro, pero la relación es, muchas veces, paternalista o técnica y, en una situación asimétrica, no se puede desarrollar una lógica de reversión.

En el proceso de desinstitucionalización ocurrido en Imola (Venturini, 2016), era fundamentalmente el principio de reciprocidad que motivaba las escojas, en vez de operar apenas a partir de las necesidades de los usuarios como carencias. Cuando, por ejemplo, estaba siendo construida una casa para las personas que recibían alta del hospital psiquiátrico, se buscaba fornecer también lo que faltaba al barrio: una cancha de fútbol, de básquet, un jardín abierto al público. Pensar en términos de reciprocidad no es apenas

“terapéutico”: es también, y sobre todo, el ejercicio de un derecho. ¡La reciprocidad es ciudadanía!

Así, ¿cómo sería la práctica de recuperación en una situación de sufrimiento, sobrepasando las respuestas más comunes de encaminamiento para el mundo o a la sociedad de los servicios?

Una entre las respuestas es la creación informal y formal de momentos de auto mutua ayuda: colectivos capaces de reciprocidad. Ellos son factores de protección de comprobada eficacia. Son configuraciones germinativas, que, además de los efectos positivos para sus participantes, indican también a los “otros no doloridos” lo que se puede hacer para mejorar la vida. Ellos muestran que, siempre, podemos compartir y auto valorarnos, aun en situaciones difíciles. Y, si la recuperación del individuo se asocia a un movimiento, a un grupo, a una colectividad, ella se torna un elemento a través del cual el sujeto, enfermo o no, se presenta como una nueva identidad colectiva: reconocerse como ciudadano. Se desarrolla, así, una red social, que es productora de bienestar y de salud para todos. Participar de movimientos de recuperación, ser activo en momentos de auto mutua ayuda, pero, también, comprometerse con los grandes problemas sociales y políticos de la sociedad en que vivimos, todo eso nos lleva a una dimensión social, en que nuestro dolor puede tornarse decible. Él puede tornarse algo en que, aun aquellos que no sufren, pueden reflejarse, porque somos todos potencialmente vulnerables, expuestos al sufrimiento físico y mental. Si entendemos que el sufrimiento es un momento de existencia y que no puede ser eliminado, si percibimos que el dolor y la enfermedad, física y mental, pertenecen a la vida y que la vida es tejida de alegrías y tristezas, entonces podemos tornarnos responsables por nosotros mismos, mientras sufrimos, y decir sí a la vida, a pesar de todo.

Concluimos poniendo énfasis en un concepto ya expresado anteriormente. Una persona en situación de sufrimiento establecerá su condición de recuperación, abriéndose a una posibilidad de reciprocidad, solamente si, previamente, ha experimentado el cuidado consigo misma. Aquí se colocan algunos elementos clave. Para alcanzar el objetivo de su recuperación, sería necesario conquistar el hábito de lucha, mantener en fuerte sentimiento de dignidad y de belleza, tener determinación y buscar un objetivo, en todos los días

de la vida. Es lo que constata Ribeiro, en estudio sobre los estudiantes de medicina de UFMG:

El autocuidado e interés por la propia vida son factores de imprescindible inversión por la comunidad académica, sobre todo al considerar que diversas investigaciones apuntan que, en la práctica profesional, ocurre la reproducción de las vivencias del periodo de graduación. (Ribeiro, 2014, p. 148)

El hábito de lucha y la atención solidaria y diaria al sufrimiento de los otros son aún más necesarios, porque vivimos en una sociedad centrada en la indiferencia, poco cuidadosa con relación al dolor y la soledad, y que busca cínicamente infundir un sentimiento de impotencia: *“No vale la pena luchar contra las injusticias que nos afectan y que están en nuestro entorno. Es muy poderoso el sistema que las implementa, es inútil luchar contra él”*. Al contrario de eso, tenemos que luchar, siempre, por lo que creemos y consideramos justo, con la voluntad de no ceder, con la capacidad de ser tenaz en las decisiones, aun frente a las derrotas. Es necesaria una fuerte determinación para buscar un camino para actuar y entregarse a una tarea (claro que positiva). A veces, estamos deprimidos porque nos sentimos inútiles. Pero nosotros existimos porque somos una entidad dotada de potencia. Por el hecho de existir, somos energía, somos oportunidades, ocurrencia de efectos: somos, hasta el último momento de nuestras vidas, entidades que se transforman, sin parar.

Deberíamos cultivar, en último análisis, un sentido de dignidad y de respeto para nosotros mismos y todas las personas. Afirmar, como fue dicho, el sentido de la belleza – la nuestra, la de otros, la de la naturaleza exuberante, la de las cosas que están en nuestro entorno. Infelizmente, estamos condicionados a ver, casi siempre, lo malo y lo feo a nuestro alrededor... Incluso en lo imposible de la academia y de la universidad. Estamos en un tiempo en que el sueño de la responsabilidad y el alejamiento de la política producen monstruos. Estamos en un momento en que estamos amenazando nuestro capital social y humano.

Retomemos la misión de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG), tal como descrito en el Plan de Desarrollo Institucional de 2013: “Generar y difundir conocimientos científicos, tecnológicos y culturales, destacándose como institución de referencia nacional, formando individuos críticos y éticos, con una sólida base científica y humanística, comprometidos con intervenciones transformadoras en la sociedad y con el desarrollo socio económico regional y nacional.” (UFMG, 2013)

Sería, entonces, misión de la academia dialogar con el sufrimiento, como un recurso potencializador. Desvelar los sujetos doloridos es promover su protagonismo y fortalecer, a través del principio de la reciprocidad, su base institucional y normativa. Traspasar la frialdad de la indiferencia y encontrar en las situaciones emocionales los recursos de la generación y difusión de conocimientos: incluso existenciales.

Se trata de vencer el desánimo inicial y realzar, apreciar, saborear la alegría de la belleza de los sentimientos, la alegría de la belleza de las pequeñas cosas que tornan valiosa, día tras día, nuestra vida. Se trata de construir la universidad acogedora, inclusiva y solidaria: un efectivo espacio de vida, con todos los desafíos que la constituyen.

Abstract

This essay addresses the loneliness theme as risk to mental health in relations and university processes, part of the theme "For a less solitary life", that guided the realization of the Fourth Week of Mental Health and Social Inclusion of UFMG, which was sponsored by the Mental Health Network of the institution. In this article, risks and vulnerabilities are listed in the mental health field applied to the academic life and its possible exit routes. Therefore, the meaning of suffering is discussed and the need for disclosure of the processes that produce exclusion in university life, in search of a welcoming and inclusive mental health project. In this direction, strategies are emphasized allowing that subjects with mental suffering experience be protagonists.

Keywords Mental Health. University. Inclusion.

Referencias bibliográficas:

ADLAF, E. M.; GLIKSMAN, L; DEMERS, A; NEWTON-TAYLOR, B. The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. **Journal of American College Health**. 50(2):67-72, 2001.

CERCHIARI, E. A. N. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários**. Campinas, 2004. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, 2004.

DE SANTI, A; GUERRA, R; MOROSINI, P. (Ed.). **La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni**. Roma: Superiore di Sanità; 2008.

DOHRENWEND, B. P.; LEVAV, I.; SHUROUT, P. E.; SCHWARTZ, S.; NAVEH, G.; LINK, B. G.; SKODOL, A. E.; STUEVE, A. Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. **Science**, New series, v. 255, n.5047, 1992.

FACUNDES, V. L. D.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Rev Bras Psiquiatr**. 27(3):194, 2005.

Freitas, F.; Amarante, P. *Medicalização em psiquiatria*. RJ: FIOCRUZ, 2015.

GIGLIO, J. S. **Bem-estar emocional em estudantes universitários**. [tese de doutorado]. São Paulo, Campinas: FCM/UNICAMP, 1976.

LA ROS, S. (a cura di). **La qualità delle relazioni umane nell'Università**. Ires (Istituto di Studi e Ricerche Economiche). Milano: Franco Angeli, 2010

LORETO, G. Sobre problemas de higiene mental. **Neurobiologia**. 21(3-4):274-83, 1958.

LORETO, G. Saúde mental do universitário. **Neurobiologia**. 35:253-76, 1972.
MENDONZA, M. R.; MEDINA-MORA, M. E. Validez de uma versão del Cuestionario General de Salud, para detectar psicopatologia em estudantes universitários. **Salud Mental**. 10(3):90-7, 1987.

MOWBRAY, C. T.; MEGIVERN, D.; MANDIBERG, J. M.; STRAUSS, S.; STEIN, C. H.; COLLINS, K.; KOPELS, S.; CURLIN, C.; LETT, R. Campus mental health services: recommendations for change. **Am J Orthopsychiatry**. 76(2): 226-37, 2006.

NATOLI S. **L'esperienza del dolore**. Le forme del patire nella cultura occidentale. Milano: Feltrinelli, 1986.

NEVES, M. C. C.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. **J. bras. psiquiatr**. vol.56, no.4, Rio de Janeiro, 2007.

REIS, H. T.; Collins, W; Berscheid, E. The Relationship Context of Human Behavior and Development. **Psychological Bulletin**, 2000 Vol. 126, No. 6, nov 2000.

RIBEIRO, M. G. S. **Sofrimento psíquico entre estudantes de medicina da UFMG: uma contribuição da Assessoria de Escuta Acadêmica**. [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, UFMG, 2014.

RIMMER, J.; HALIKAS, J. A.; SCHUCKIT, M. A. Prevalence and incidence of psychiatric illness in college students: a four year prospective study. **JACH**. 30(4):207-11, 1982.

ROBERTS, L. W.; WARNER, T. D.; LYKETSOS, C.; FRANK, E.; GANZINI, L.; CARTER, D. Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1,027 students at nine medical schools. **Comprehensive Psychiatry**. 42(1):1-15, 2001.

SEGAL, B. E. Epidemiology of emotional disturbance among college undergraduates: a review and analysis. **J. Nerv. Ment. Dis.** 143:348-62, 1966. Universidade Federal de Minas Gerais. *Plano de Desenvolvimento Institucional 2013-2017*. Belo Horizonte: UFMG, 2013. Disponível em <https://www.ufmg.br/conheca/pdi_ufmg.pdf> acesso em 25 setembro de 2016.

VENTURINI, E.; GOULART, M.S. B. L'insicurezza sociale in Brasile. **Aut aut**, no. 370, giugno 2016, il Saggiatore, Milano, 2016.

VENTURINI E. **A linha curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Risks to mental health**: An overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by Who secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan, 2012.