

Entrevista com Benedetto Saraceno por Domingos Sávio Alves

Interview with Benedetto Saraceno
by Domingos Sávio Alves

Benedetto Saraceno é médico psiquiatra, psicofarmacologista e sanitaria, trabalhou com Franco Basaglia e posteriormente no Instituto Mario Negri, importante instituição de pesquisa de Milão. Em 1990 organizou junto com Itzhak Levav, então Diretor do Departamento de Saúde Mental da OPAS, a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, que ao final resultou na Declaração de Caracas, documento que norteou a política de saúde mental no Brasil e em outros países das Américas. É um generoso colaborador do Ministério da Saúde do Brasil desde 1992, participante destacado das IIª e IIIª Conferências Nacionais de Saúde Mental e ex-Diretor do Departamento de Saúde Mental Álcool e Drogas da OMS. Concedeu-nos a honra de ser organizador deste número temático da Revista e brindou-nos com esta entrevista.

Alves Nos 11 anos em que o Sr. dirigiu o Departamento de Saúde Mental da OMS, quais os principais avanços a destacar:

Saraceno Cuando empecé mi experiencia en la OMS (en 1996) comprendí rápidamente que, a parte de algunas importantes excepciones (la reforma de Brasil y de Chile, la experiencia de Rio Negro en Argentina, la reforma de Italia, los cambios radicales de la experiencia de Leganés en Madrid y en algunas provincias de España como Asturias y Galicia, las reformas, a veces radicales, ocurridas en algunas ciudades importantes del Reino Unido como Londres y Birmingham, en Irlanda y en algunas provincias de Australia), la realidad de la atención psiquiátrica en el mundo era muy “homogénea”. A pesar de las obvias diferencias entre los sistemas de atención psiquiátrica en los distintos países debidas a las diferencias del nivel de desarrollo de los sistemas sanitarios nacionales, la situación global parecía presentaba muchos elementos comunes.

Efectivamente, detrás de las enormes diferencias de recursos humanos y de calidad de las infraestructuras se veían en transparencia elementos comunes que dependían esencialmente de una identidad global de la psiquiatría:

- . Una asistencia psiquiátrica centrada sobre el rol hegemónico del hospital psiquiátrico
- . Una cultura asistencial separada del sistema de salud, opresiva y a veces violenta

- . Una hegemonía de modelos terapéuticos exclusivamente biomédicos
- . Una influencia capilar y perversa de la industria farmacéutica
- . Una separación dramática entre el discurso humanista de los profesionales a orientación psicodinámica y su misma práctica que, de hecho, permanecía alineada con las prácticas tradicionales de la psiquiatría institucional biomédica
- . Una resistencia sistemática de los psiquiatras al cambio, o sea una defensa corporativa (gremial) del statu quo.
- . La ausencia de todo rol protagónico de los usuarios
- . Algunas experiencias de renovación de los sistemas de salud mental comunitarios pero ningún cuestionamiento del manicomio.

Cabe destacar que la OMS tenía a su vez alguna responsabilidad en esta situación de conservación de lo status quo y defensa gremial de los psiquiatras. Las acciones promovidas por la OMS (con la excepción de las actividades de la oficina Panamericana de la Salud que gracias a su líder progresista Itzhak Levav propició la histórica Conferencia de Caracas en 1990) durante años habían sido exclusivamente inspiradas por una visión clínica, biomédica y conservadora.

A partir del programa Naciones para la Salud Mental en 1996 (en parte inspirado por el análisis de la salud mental global brindada por Desjarlais, Eisenberg, Good y Kleinman de Harvard en su texto *Salud Mental en el Mundo*, 1995) la OMS empezó a orientar su acción global en salud mental hacia un cambio del paradigma asistencial con énfasis en los derechos humanos y en la descentralización de la atención psiquiátrica.

La llegada al vértice de la OMS de la ex primera ministra noruega Gro Harlem Brundtland hizo esta transición desde un modelo clínico y biomédico hacia un modelo salubrista y social aun más evidente. A partir del 1999 la OMS abandona la visión clínica y biomédica para empezar un intenso apoyo técnico a los países con el afán de mudar paradigmas, terminar con la cultura del manicomio, promover la salud mental comunitaria y los derechos de los usuarios. El departamento de salud mental y abuso de substancia comienza una política de descentralización y fortalecimiento de las oficinas regionales, crea una unidad para brindar asistencia técnica en políticas y organización de servicios, desarrolla planes para documentar y valorar los sistemas de salud mental de los países, colabora con los ministerios de salud en las áreas de alcohol y drogas, promueve campañas de prevención del suicidio,

apoya las experiencias innovadoras y promueve actividades de renovación de las legislaciones nacionales en defensa de los derechos de los enfermos mentales.

Mientras tanto el Departamento de la OMS suspende todos los financiamientos de la parte de industria farmacéutica basando sus recursos económicos exclusivamente en el apoyo de los gobiernos. Lo que cambió en la cultura de salud mental de la OMS entre 2000 y 2010 fue la decidida transición de la psiquiatría conservadora hacia la salud mental pública, de la hegemonía del hospital psiquiátrico hacia la promoción de los servicios de salud mental comunitaria, de la tolerancia frente al *establishment* psiquiátrico connivente con las violaciones de los derechos humanos hacia un decidido compromiso con la denuncia de tales violaciones y con la creación de alianzas con los movimientos de los usuarios y de los militantes por los derechos.

Alves Cuáles fueron los avances generados por esta “revolución”?

Saraceno Yo veo por lo menos 10 grandes logros:

1. Un cambio substancial del debate internacional sobre salud mental es decir un cambio histórico del paradigma de referencia: desde el modelo biomédico de la psiquiatría hacia un modelo de salud pública, social y participativo. Hoy las prioridades son los derechos de los usuarios, la equidad en el acceso a la asistencia, el abandono del modelo centrado en el hospital psiquiátrico en favor de un modelo centrado en los servicios de salud mental comunitaria y en el sistema de atención primaria. Ya el tiempo de los debates sobre clasificación de trastornos mentales no representa más una preocupación central de la salud mental pública internacional!

2. Una mayor autoridad científica y cultural reconocida a las experiencias innovadoras (por ejemplo, el reconocimiento internacional como “modelo de referencia” de experiencias como la de Brasil y de Italia). Experiencias de alta calidad que no tenían la visibilidad y el reconocimiento internacional que merecían ahora son “referencia” para los salubristas de todo el mundo.

3. Además del apoyo a las experiencias innovadoras existentes en los países de medio y bajo ingreso (como Brasil o Chile), la OMS ha venido promoviendo y apoyando técnicamente nuevas experiencias innovadoras como ha sido el caso por ejemplo de Belice, Panamá, Ghana, Palestina, Jordania, Albania, Sri Lanka y las Islas del Pacífico.

4. La extensión a todo el mundo de una campaña importante e muy eficaz para el reconocimiento,

la de-estigmatización y el tratamiento apropiado de la epilepsia (campaña que ha sido retomada por el gobierno de China que ha podido multiplicar en escala gigantesca las iniciativas pilotos promovidas por la OMS).

5. La extensión a muchísimos países de la campaña para la prevención del suicidio y la difusión en los países donde el suicidio se realiza con la ingestión de pesticidas (China, Viet Nam, India, Sri Lanka, Centro América) del modelo de control de los pesticidas a nivel de las comunidades rurales.

6. El reconocimiento de la metadona como tratamiento substitutivo en caso de dependencia de los opiáceos. La resistencia histórica de muchos países al uso de la metadona ha sido a veces un motivo de tensión entre algunos gobiernos y la OMS (por ejemplo, Rusia sigue considerando el uso de la metadona como un crimen!).

Ha sido una grande victoria la inclusión de la metadona dentro de la lista básica de medicamentos de la OMS que representa una lista de referencia internacional.

7. La adopción por parte de los países miembros de la OMS de la estrategia global para reducir el uso nocivo del alcohol. Ha sido una batalla de más de cinco años debido a la fuerte presión de la industria del alcohol sobre muchos países y la connivencia de algunos países con las posiciones y los intereses de la industria. La progresiva conversión de los 194 gobiernos que constituyen la Asamblea de la OMS hacia una visión orientada a la salud pública y no al business ha sido un proceso largo con implicaciones técnicas, políticas y diplomáticas muy complejas. La estrategia global ha sido finalmente aprobada en 2010.

8. El cambio substancial de paradigma con respecto a la noción de Estrés Post Traumático considerado por los psiquiatras como “la prioridad” de salud mental después de desastres naturales, guerras u otros fenómenos de traumatismo colectivo. Ha sido una batalla cultural importante la de superar esta visión reducida y exclusivamente clínica para crear un instrumento común a todas las agencias de Naciones Unidas y a todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que actúan en áreas que han sido expuestas a emergencias. Las líneas guías que han sido producidas para las intervenciones psicosociales y de salud mental representan ahora un avance conceptual y practico importante que ha llevado más rigor y sobre todo ha permitido mejor coordinación entre agencias que operan en el terreno.

9. La generación y difusión a nivel global de instrumentos para mejorar las leyes de salud men-

tal y para monitorear las violaciones de los derechos humanos. Los documentos normativos producidos en estos años por la OMS en el área de los derechos humanos de las personas con problemas de discapacidad mental han sido fundamentales para hacer avanzar en muchos países los procesos de revisión de las leyes.

10. La producción y difusión a nivel global de instrumentos de monitoreo y evaluación de los sistemas de salud mental (WHO-AIMS) y de guías practicas para intervenciones racionales, sencillas, basadas en evidencias y atentas a la defensa y promoción de los derechos de ciudadanía de los usuarios (mhGAP), constituyen una contribución importante de la OMS a la construcción de una psiquiatría capaz de brindar respuestas efectivas y justas a los usuarios.

En conclusión la OMS ha sido en muchas ocasiones más que explícita: la esencia de la asistencia psiquiátrica no es el hospital, porque las personas que sufren por una enfermedad mental no necesitan camas sino, más bien, una amplia selección de oportunidades terapéuticas, de vivienda, laborales, asistenciales que van mucho más allá de la simple asistencia médico-psiquiátrica ofrecida en un sistema médico. Si una situación particularmente aguda requiere un ingreso hospitalario, este deberá hacerse, en todo caso, en un hospital general y no en un hospital «especial». En otras palabras, ya nadie cree que las camas psiquiátricas sean la respuesta al problema de la enfermedad mental. Ya nadie cree que el sufrimiento psiquiátrico se pueda afrontar solo con un modelo médico y farmacológico: apoyo psicológico, apoyo a la familia, apoyo social, inclusión social, vivienda, inclusión laboral ya no son opcionales sino componentes decisivos y fundamentales en una buena asistencia psiquiátrica.

Alves Poderia, resumidamente, dar um panorama de cada continente na atenção em saúde mental?

Saraceno El panorama mundial de los sistemas de salud mental y de la salud mental en general es caracterizado por impresionantes brechas en el área de atención.

La primera gran brecha es la que se produce entre el número de personas aquejadas de un problema de salud mental y el número de los que reciben algún tipo de intervención. Se calcula que hasta el 16% de la carga global de morbilidad puede atribuirse a los trastornos neuropsiquiátricos. En contraste con estos datos que calculan en más de 300 millones las personas con problemas de salud mental en el mundo, observamos que más del 30% de las personas con esquizofre-

nia no reciben ningún tipo de tratamiento y este número aumenta dramáticamente en el caso de la depresión (más del 55% sin tratamiento alguno) o de los desórdenes ligados al consumo de alcohol (más del 75%). Obviamente tales datos son especialmente dramáticos en los países de renta baja, pero también en los de renta alta las tasas de personas enfermas que no reciben tratamiento son muy elevadas.

Las razones que explican esta dramática brecha son múltiples y, ciertamente, el estigma asociado a la enfermedad mental no es ajeno a la escasez de tratamientos. Sin embargo, no hay duda de que el motivo principal de esta brecha se encuentra en la falta de recursos humanos y económicos invertidos en la salud mental, por tanto una brecha entre recursos existentes y recursos necesarios: la media del número de psiquiatras por cada 100 mil habitantes varía de 0.004 en África a 9.8 en Europa; en el Sudeste asiático hay 0.20 psiquiatras por 100 mil habitantes y 0.32 en Extremo Oriente. Datos similares se encuentran cuando se observa el personal de enfermería: 0.2 enfermeras psiquiátricas por cada 100 mil en África, 0.5 en Extremo Oriente y 0.1 en el Sudeste asiático.

Este estado de cosas se explica con la brecha de los recursos financieros invertidos: en los países de renta baja, la parte del gasto sanitario empleada en salud mental asciende a 1.54%, mientras que en los países de renta alta esta parte asciende al 6.89%. Con todo, la media mundial es del 2% respecto al gasto en sanidad.

Por tanto, numerosas brechas.

No obstante, no debemos olvidar una paradoja exclusiva del área de salud mental. Para otras patologías físicas (enfermedades infecciosas y enfermedades no transmisibles) existe también una brecha ligada a la falta de adecuados recursos económicos, humanos y estructurales, pero cada disminución porcentual de esa brecha se ve como un éxito, como un pequeño o gran paso adelante en el camino de la mejora de la salud de la población. La paradoja exclusiva de las enfermedades psiquiátricas es que en este terreno no siempre la disminución de la brecha significa automáticamente una «mejoría» y esto plantea un delicado y dramático problema ético y técnico. Si sujetos enfermos que necesitan tratamiento psiquiátrico y no lo reciben son tratados en instituciones psiquiátricas decrepitas, miserables, violentas y que violan sistemáticamente los derechos humanos de los ingresados... ¿Debemos considerar que la disminución de la brecha significa automáticamente una mejora?

Como ya se mencionó en la respuesta a la primera pregunta de esta entrevista, las experiencias de

transformación y mejora de la asistencia psiquiátrica son bastante pocas. En general la realidad de los sistemas de salud mental está caracterizada por una asistencia psiquiátrica opresiva y a veces violenta, una resistencia sistemática de los psiquiatras al cambio y por la constatación que las experiencias de renovación de los sistemas de salud mental comunitarios nunca (o casi nunca) cuestionan al manicomio, lo que quiere decir que todo se puede cambiar pero el manicomio se mantiene como eje hegemónico de la asistencia. En general donde ocurren procesos de reforma aunque parciales se observa la presencia de uno o más de los siguientes factores:

- a) un líder carismático proveniente del sector psiquiátrico.
- b) una voluntad política de cambio no generada por el sector psiquiátrico sino por dirigentes locales o nacionales de la sanidad pública.
- c) un movimiento por los derechos humanos originado por el sector jurídico o por asociaciones de base de familiares o, in general, por militantes de los derechos humanos.

Estos factores son determinantes para empezar los procesos de reforma que sin embargo mucho dependen también de los recursos disponibles para el sistema de salud mental. La dramática ausencia en los países de renta baja y media de personal especializado es compensada por la presencia de personal de salud básica, o sea del nivel primario, presente y arraigado en las comunidades. Esta disparidad entre países ricos y países pobres (la falta de recursos especializados) constituye probablemente el elemento diferenciador más significativo y también representa el punto de partida para organizar la asistencia psiquiátrica en contextos de bajos recursos especializados. La escasez de infraestructuras psiquiátricas (hospitales) y de especialistas puede transformarse en «riqueza» cuando los recursos humanos comunitarios se entrenan para intervenciones en las comunidades sin recurso de hospitalización. En otras palabras la escasez puede transformarse en una ventaja cuando exista la voluntad de iniciar procesos de reformas de la salud mental porque los sistemas de salud comunitaria «naturales» basados en el sistema de atención primaria pueden representar los elementos innovadores de la creación de un sistema de salud mental moderno.

Alves Quais os principais desafios hoje desse campo?

Saraceno La intuición-acción de Basaglia para quien el escándalo del manicomio no era tanto

una cuestión de inhumanidad y miseria de un lugar específico (el manicomio precisamente) sino una cuestión de poder y mistificación de una disciplina, la psiquiatría, sigue siendo el principal desafío del campo de la psiquiatría.

El análisis crítico de la psiquiatría como institución mistificada y mistificadora y la comprensión de los procesos pseudocientíficos y, en realidad, ideológicos que suponen el fundamento epistemológico de la psiquiatría sigue siendo el gran desafío teórico.

El psiquiatra Angelo Barbato en un breve e inteligentísimo artículo publicado por *SouQuaderni* el 2 de noviembre de 2010 ha captado perfectamente el estado de fragilidad epistemológica de la psiquiatría: *...es bastante dudoso que los psiquiatras, sin una reflexión profunda sobre la situación actual de su disciplina y una reubicación decidida en el ámbito de la sanidad pública, puedan mantener durante mucho tiempo un liderazgo en los servicios de salud mental, a no ser de manera formal y burocrática. Porque, en el fondo, qué es lo que caracteriza un área profesional como la psiquiátrica (y volvemos aquí, cuarenta años después, a la pregunta de Basaglia): un conjunto de competencias, una identidad dentro del área sanitaria y un poder institucional. Si las primeras se reducen y la segunda se debilita, queda solo el tercer ámbito.*

El segundo desafío que me parece importante es representado por el cambio de paradigma que implican las enfermedades crónicas (y las enfermedades mentales entre ellas). Hoy sabemos que todas las enfermedades crónicas (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, SIDA, tuberculosis, hipertensión, obesidad y enfermedades mentales) tienen una característica común: se tratan afuera de los hospitales. Más del 95% de la vida de los que padecen de enfermedades crónicas se pasa afuera de los hospitales, en sus propias comunidades. Cada día es más evidente como hasta las intervenciones de cirugía más sofisticadas requieren una estancia hospitalaria muy breve y los enfermos transcurren años viviendo como enfermos más o menos compensados pero en sus propias comunidades. Este fenómeno representa una revolución copernicana de la dinámica salud-enfermedad; una revolución temporal y espacial al mismo tiempo: el tiempo de la enfermedad se transcurre afuera de los espacios de la enfermedad, ó sea los hospitales. Esta revolución ocurre a pesar de la resistencia de la medicina. Y los psiquiatras son entre los médicos los que resisten más. Pero el movimiento para una enfermedad vivida en la comunidad (y tratada en la comunidad) es implacable no solo por la presión

de parte de los usuarios que abogan por sus derechos sino también por el costo de los tratamientos hospitalarios que son cada día más caros comparados con los extra hospitalarios. Entonces, la de hospitalización de las enfermedades es y será uno de los grandes desafíos del futuro.

El tercer desafío tiene que ver con la capacidad de documentar con formas más rigurosas y menos narrativas y anecdóticas los procesos de desinstitutionalización y las prácticas innovadoras de salud mental comunitaria. El lenguaje del movimiento de la reforma es muy ideológico y hostil a cualquier posible contaminación por parte de los lenguajes cuantitativos de la epidemiología y de la sanidad pública. Los procesos de transformación tienen que documentarse, que describirse con métodos fiables, tienen que evaluarse. Es necesario superar la hostilidad hacia el uso de métodos científicos cuantitativos que se consideran como reduccionistas, incapaces de captar la complejidad y la vitalidad de los cambios, falsificadores y arbitrarios. Hay que superar la extendida hostilidad frente a la introducción de métodos evaluativos o, en todo caso, de cualquier intento de basar las intervenciones y las estrategias en la evidencia científica.

Es indudable que los llamados métodos cuantitativos, utilizados por la epidemiología, se revelan a menudo insuficientes para aprehender la complejidad de los fenómenos, pero también estoy convencido de que la complejidad de los fenómenos no puede provocar una impunidad-inmunidad en la evaluación de las prácticas de la psiquiatría (y en general de todas las prácticas sanitarias que implican sistemas públicos y ciudadanos). Es interesante anotar que el argumento «la complejidad de la psiquiatría es tal que no permite el uso de métodos cuantitativos y de evaluación estandarizados» se alega tanto por los profesionales progresistas, que quizá temen que la complejidad de la práctica se simplifique en exceso por la mirada de la epidemiología, pero también por los clínicos más conservadores que rechazan la evidencia científica de los estudios farmacológicos cuando estos ponen en tela de juicio sus prácticas prescriptivas irracionales y caprichosas (o dictadas con frecuencia por la presión de la industria farmacológica). Se trata de una curiosa connivencia entre psiquiatras progresistas y psiquiatras conservadores. Los psicoanalistas, por último, no toleran ni siquiera la idea de estudios de eficacia aplicados a su práctica clínica. Y al final, todas estas prácticas permanecen, ay, sin evaluar pero siguen contando con la financiación del dinero público.

A lo largo de estos treinta años, he encontrado las mismas resistencias, las mismas ambigüedades en todas partes y en todas partes he comprobado la arrogancia de la medicina basada en la evidencia por un lado y por el otro, el deseo de impunidad de la psiquiatría clínica. Como el gato con el ratón: un gato arrogante llamado “método científico” y un ratón a la defensiva e fugitivo llamado “clínica psiquiátrica”.

Alves Qual a avaliação que o Sr. faz do processo da Reforma no Brasil?

Saraceno No es fácil evaluar el proceso de la reforma de Brasil sin correr el riesgo de simplificaciones porque en realidad la reforma psiquiátrica de Brasil es un fenómeno muy complejo y de larga duración. Me voy a limitar a destacar 4 elementos muy positivos 3 problemas que necesitan de ser enfrentados urgentemente.

1. La Reforma ha sido y sigue siendo un proyecto “nacional” lo que es un fenómeno único en el mundo: no se ha tratado ni se trata de experiencias innovadoras dentro un país sino de una política innovadora nacional aplicada sistemáticamente en todo el país (y un país con el tamaño de Brasil)

2. La Reforma ha combinado aspectos éticos e ideales con decisiones administrativas de importancia capital (y una vez más únicas en el mundo) como la progresiva inversión de la financiación a los hospitales hacia los centros de atención psicosocial. O sea el presupuesto de salud mental es un presupuesto que favorece realmente el modelo comunitario

3. La centralidad de la superación del hospital psiquiátrico ha permitido a la reforma de Brasil de no ser una reforma parcial (como en muchos otros países del mundo) o, lo que sería aun peor, una reforma cosmética. La impresionante progresiva disminución de camas psiquiátricas remplazadas por servicios de salud mental comunitaria ha sido un proceso gigantesco y difícil también debido al hecho que la mayoría de los hospitales psiquiátricos en Brasil son privados y siguen una lógica de intereses privados.

4. La participación de los profesionales de la salud mental y de los usuarios ha sido masiva y ha representado y sigue representando el mayor recurso de la reforma. No se ha tratado de una reforma basada en decretos y “ingenierías” institucionales sino en personas que han radicalmente innovado su visión y su práctica como profesionales y como ciudadanos

Los problemas que todavía siguen siendo presentes y que necesitan ser enfrentados por las autoridades de salud y los profesionales que desean mantener la alta calidad de la reforma son los siguientes:

1. Se necesita una mayor coordinación entre los nuevos servicios de salud mental comunitaria y el resto del sistema de salud incluso el nivel de la atención primaria. No se puede pensar que un país del tamaño de Brasil pueda ofrecer atención psiquiátrica a toda la población sin el aporte sostenido de los profesionales de la atención primaria que necesitan de ser entrenados a intervenciones innovadoras.

2. Se necesita mayor capacitación de evaluación de la calidad de los servicios y de documentación rigurosa de las prácticas asistenciales innovadoras. Una mayor cultura epidemiológica es necesaria para que las prácticas de la reforma sean transformadas en modelos transmisibles a las generaciones futuras de profesionales y que sean útiles a los países que quieren recibir apoyo técnico de Brasil para iniciar reformas similares.

3. Hay que evitar el fenómeno (muy común durante los procesos de reformas) de las “guerras fratricidas” o sea de conflictos entre profesionales que, a pesar de ser todos actores del mismo proceso de reforma, crean y mantiene conflictos dentro del campo de los progresistas; a veces se trata de conflictos entre opciones más radicales y opciones más moderadas; a veces se trata de conflictos entre radicales por estar afuera de la práctica diaria y moderados por estar dentro de la realidad diaria de la transformación que, por definición, siempre es imperfecta; a veces simplemente se trata de conflictos de personalidad y de protagonismo. Sin embargo estos conflictos fortalecen al campo de los que están en contra de la reforma. Estos fenómenos “sectarios” (desafortunadamente bien conocidos internacionalmente por la izquierda) tiene consecuencias nefastas para la evolución de la reforma y crean espacios culturales regresivos y conservadores.

En conclusión, yo estoy convencido que, a pesar de los problemas antes mencionados, en general la reforma de Brasil haya sido y siga siendo mucho más que un ejemplo positivo entre otros sino el ejemplo de reforma de la salud mental más importante, sólido y entusiasmante que haya ocurrido en la historia de la psiquiatría: el ejemplo donde el pensamiento de Franco Basaglia se ha encarnado no en una realidad-laboratorio sino en el laboratorio de la realidad.