





Carlos Alberto Arestivo Bellasai  
Ángel Sauá Llanes

# DEL MANICOMIO A LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

*Hacia una psiquiatría más participativa*



**Colaboradores:**

**Dr. Alfredo H. Cía**, Psiquiatra.

**Lic. Genaro Riera Hunter**, Psicólogo-Psicoanalista.

**Lic. Ramón Corvalán**, Psicólogo.

**Prof. Dr. Martín Moreno**, Psiquiatra-Psiodramatista.

**Dr. Carlos Portillo**, Psiquiatra.

**Sra. Doris Olivia Patricia Cano Godoy**.

**Lic. Melquiades Alonso**, Psicólogo-Educador.

**Lic. Heve Otero**, Psicóloga-Psicoterapeuta.

**Lic. Claudelina Segovia**, Enfermera.

**Dr. José Vera Gómez**, Psiquiatra Clínico y Forense.

**Dr. Hernán Codas**, Médico.

**Lic. Fernando Robles**, Abogado.

**Piero Gabriel Arestivo Martínez**, Diseñador Gráfico

**Giovanni Alberto Arestivo Martínez**, Diseñador Gráfico

© Carlos Alberto Arestivo Bellasai

© Ángel Sauá Llanes

**Del manicomio a la Comunidad Terapéutica.**

*Hacia una psiquiatría más participativa*

Colaboración y Edición: Ramón Corvalán

Corrección de Estilo: Ramón Corvalán

Diseño de tapa: Piero Gabriel Arestivo

© Editorial Arandurã

Tte. Fariña 1028

Asunción-Paraguay

Tel.: (595 21) 214 295

e-mail: arandura@hotmail.com

www.arandura.com.py

Agosto 2018

ISBN: 978-99925-820-3-9

Dedicatoria:

*A los “Locos” que han sido mis verdaderos maestros.*

*Al Dr. Giandomenico Montinari, quien confió en mí al darme la coordinación del “Centro di Socioterapia Daily di Genova”, y a todos los profesionales que trabajaron en la Institución.*

*Al Prof. Dr. Isaac Cegla(†), que me autorizó a desarrollar la primera Comunidad terapéutica del Paraguay en el Hospital Psiquiátrico.*

*Al Dr. Ángel Sauá Llanes, gran amigo, con quien elaboramos este libro.*

*A mi esposa y a mis hijos que me acompañaron en este proyecto.*

Carlos Alberto Arestivo



Dedicatoria:

*Al Prof. Dr. Carlos Álvarez, de feliz memoria, de quien aprendí las primeras nociones de psiquiatría.*

*Al Dr. Andrés Rivarola Queirolo(†), arquetipo, generoso y noble, de generaciones y generaciones de psiquiatras paraguayos.*

*Al Dr. Agustín Carrizosa Alfaro(†), amigo y pionero de la Psicoterapia Analítica en el Paraguay.*

*A mis colegas médicos, psiquiatras y psicoterapeutas, con quienes comparto, desde los albores de mi juventud, la ardua batalla por el mejoramiento de la salud física y mental de nuestros hermanos los hombres.*

Dr. Ángel Sauá Llanes



## Acerca de este libro...

El encierro en instituciones totales, asilos o “manicomios”, implantado desde principios del siglo XIX, era la práctica más frecuente de atención a aquellas personas cuyos comportamientos podían ser vividos como peligrosos; pretendía evitar la supuesta amenaza para la sociedad que portaban. Esta supuesta “peligrosidad” era la razón para el ingreso en manicomios por encima de los efectos terapéuticos que habría de esperar del paciente. La degradación de la persona y la pérdida de sus derechos ciudadanos eran la consecuencia directa de las barreras que las instituciones totales establecían entre su interior y el exterior.

Las instituciones asilares, al perpetuar esta condición del afectado, aislado de su entorno familiar y social, lo mantenía intramuros, marcado por el estigma social, y lo que es aún peor, por el autoestigma percibido, que menoscaba su valía personal e identidad.

A partir de mediados del siglo veinte, y especialmente por la obra señera de Franco Basaglia y las exitosas experiencias surgidas en Italia a partir de ella entre sus discípulos, así como los aportes de Maxwell Jones en varias comunidades terapéuticas surgidas en los años 1960-70, a quien tuve el gusto de conocer cuando era residente en el Hospital José T. Borda de Buenos Aires, significaron la implantación de estas experiencias comunitarias en salud mental en Europa y en diversos países de Sudamérica, entre ellos, Argentina, Bolivia, Brasil, Paraguay, Perú y Uruguay.

La filosofía general de la Comunidad Terapéutica postula una intervención de carácter socioterapéutico, que aporta los elementos y experiencias dirigidos a lograr la reinserción social del paciente en condiciones óptimas de autonomía personal e interacción positiva con su medio social. Su carácter alternativo e innovador es definido por la participación activa del mismo y el cambio de la relación

convencional médico-enfermo. La persona objeto de atención pasa a denominarse residente usuario, para subrayar su carácter de colaborador activo y partícipe de su propia recuperación.

Mediante un relato ágil y precisión cronológica e histórica, la obra nos va adentrando, a través de sus capítulos, en el cambio revolucionario de paradigma que significó el rescatar a quienes padecen enfermedades mentales severas del rol degradante en que se encontraban sumidos.

Mención especial en la obra merecen los capítulos destinados al querido país hermano del Paraguay, en los que los diversos coautores de la obra describen vivencialmente las experiencias profesionales vividas por cada uno en distintos ámbitos, integrados en la transversalidad que aporta el trabajar en equipo interdisciplinario de salud. La primera década del siglo XXI se ha caracterizado por cambios significativos y rápidos, lo cual nos ha situado ante contextos dinámicos que comportan la necesidad de afrontar nuevas exigencias y desafíos en nuestra actividad, y trae aparejado un cambio de paradigma que deja de entender a las personas con enfermedad mental o adicciones como objeto de asistencia para pasar a considerarlas sujetos de derecho. Y promueve el abordaje multidisciplinario, incluyendo aspectos históricos, sociales, culturales y económicos. La salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que alrededor de ella se instalan los diferentes sistemas de cuidado encargados de cuidar y promover la salud de las personas.

Legislaciones sobre Salud Mental que se van implantando en países del Cono Sur, como la Argentina, plantean el derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada gratuita, igualitaria y equitativa con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de la salud; derecho a conocer y preservar su identidad, grupos de pertenencia, genealogía e historia; derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; derecho a ser informado de manera adecuada

y comprensible de los derechos que lo asisten y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención; derecho a tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades. Promueven la internación como último recurso de carácter excepcional y en hospitales generales; la promoción de nuevos dispositivos de atención en la comunidad: hospitales de día, casas de medio camino; derechos de las personas con padecimientos mentales, tales como el derecho a recibir o rechazar asistencia y al consentimiento informado; el principio de presunción de capacidad de todas las personas; el abordaje interdisciplinario para abarcar los distintos aspectos del padecimiento psíquico; la estrategia intersectorial de trabajo, para dar respuestas también desde lo social, cultural, educativo, deportivo, laboral; la reformulación de los procedimientos de declaración de incapacidad.

Nos espera una ardua tarea como profesionales de la salud integrados en equipos interdisciplinarios, que será llevar a la práctica en los próximos años estos principios planteados en nuestro trabajo cotidiano.

**Dr. Alfredo H. Cía**

Representante Regional de la Zona 5 de la WPA

Ex Presidente de APSA y de APAL

Director de la Biblioteca Iberoamericana de Psiquiatría de la WPA

[www.psicobibliowpa.org](http://www.psicobibliowpa.org)

Mayo 2018



## Entre la locura y la cordura...

El vaivén de la controversia, entre la “locura” y la cordura, hace que aquella sea interpelante. Se la teme por eso y se la reprime, controla, sujeta, sin mirar que quienes son portavoces y encarnan la “locura” son personas.

Se busca evolucionar e incorporar la dimensión humana, a través de expresiones del lenguaje, tales como “personas con discapacidad psicosocial”. Esto contiene una propuesta que debe ser plasmada, aplicada en realidades concretas, tales como los modelos de comunidades terapéuticas.

La vida y los seres humanos, como parte del universo que integramos, nos movemos en esa dinámica de fuerzas antinómicas. Es el transcurso de la evolución. No siempre ésta es lineal, la historia y el relato son pruebas de que hay momentos de estancamiento y franco retroceso.

Mientras sepamos percibir y contar, como este escrito lo hace, con frescura y alegría, el valor inherente a la condición humana de la libertad y la dignidad, se hace posible perseverar en el esfuerzo de crear condiciones humanas a personas a quienes se les han arrebatado las mismas. Es la perspectiva del abordaje terapéutico comunitario y psico-social.

Las obras escritas tienen un alto contenido biográfico, del autor y sus vínculos, relaciones, vivencias humanas. En esa búsqueda de rescate de la memoria de lo vivido y aprendido es que nos introducimos en el esfuerzo compilatorio, dando destaque a lo que marcó, dejando huellas indelebles.

En ese ejercicio de la memoria es que podemos construir nuestro presente y proyectar nuestro futuro, a través de propuestas optadas en base a nuestras convicciones, producto a su vez de nuestros re-

cuerdos, pensamientos, ideas, frustraciones. No hay fracasos, si se logra perseverar, persistir y sobreponerse ante las adversidades.

Este libro representa y explicita eso, la perseverancia en demostrar que es posible un modelo más humano. Ilustra, ejemplifica y plantea la controversia de dos modelos contrapuestos. Desnuda las contradicciones de la arcaica respuesta del encierro asilar de las instituciones totales, tal como es el manicomio. Defiende la diversidad de experiencias históricas humanizantes.

La obra, al ser una construcción presente, se erige como una propuesta que nos compele a seguir reflexionando sobre cómo implementar, aplicar a realidades concretas y avanzar en logros. Las tratativas que surgen de las propuestas contenidas y las que derivan de ellas se proyectan hacia un futuro promisorio.

**Carlos Portillo Esquivel**

## La libertad es terapéutica

Cuenta Agostino Pirella en un escrito presentado en el IX Coloquio de la Sociedad Internacional de Historia de la Psiquiatría y el Psicoanálisis, realizado en Francia en 1991, que había encontrado en la biblioteca de Franco Basaglia un pequeño libro de Binswanger, que en su edición francesa tenía un prólogo escrito por Michel Foucault. Dicho libro estaba muy subrayado por Basaglia, y uno de los pasajes del mencionado prólogo hablaba del sueño: “Al romper con esta objetividad que fascina a la conciencia de vigilia, y al restituirle al sujeto humano su libertad radical, el sueño revela paradójicamente el movimiento de la libertad hacia el mundo, el punto originario a partir del cual la libertad se hace mundo”. Precisamente esta idea de la libertad radical estará en las formulaciones de la reforma psiquiátrica desarrollada por Basaglia, que centra la mirada y el accionar en un núcleo fundamental: la defensa de los derechos de las personas, desvinculándose así de la concepción de enfermedad de la psiquiatría arcaica. El libro *Del manicomio a la comunidad terapéutica* recupera el proceso que da cuenta de la incorporación de dicha propuesta en una experiencia concreta en el país.

Personalmente me tocó vivir parte de esa experiencia cuando cursaba la carrera de Psicología en la Universidad Católica, y el Dr. Carlos Alberto Arestivo conformaba el equipo de docentes junto con otros que también son nombrados o colaboran en este libro (Lic. Genaro Riera Hunter, Dr. José Vera, Lic. Heve Otero, entre otros). De la experiencia me guardo escenas, momentos, situaciones compartidas junto a compañeros y compañeros del énfasis en Psicología Clínica. Recuerdo una escena con la que nos inauguramos el primer día de clase: nos dirigíamos al sector donde se llevaba adelante el modelo de Comunidad Terapéutica cuando escuchamos un cruce de gritos y de órdenes. Hacia un costado, un personal encargado de los pa-

cientes intentaba hacer entrar a uno de ellos a una pieza. El paciente se resistía, aferrándose al marco de la puerta y en un determinado momento, como estrategia para lograr su objetivo, el personal encargado comienza a cerrar repetidamente la puerta por los nudillos del paciente. Seguro que ese fue el instante preciso en que todo lo que hasta ese momento habíamos leído, conversado, reflexionado en clases con Secundino Núñez, con quien teníamos Antropología Filosófica, o con Adriano Irala Burgos, profesor de la cátedra de Fenomenología Existencial, se estrelló contra esa escena y se tornó en lo que en código de cultura popular se conoce como *ñe'ẽ reí* y que en la tradición filosófica medieval se formula como *flatus vocis*: cosas sin sentido pero que se defienden como si lo tuvieran.

Recomponer las ideas acerca de la libertad, la dignidad, la persona como centro, fue justamente un trabajo desarrollado desde el interior de la experiencia de la Comunidad Terapéutica: las reuniones semanales en las que progresivamente los denominados pacientes iban descubriendo sus voces, ensayando sus denuncias, planteando sus necesidades, tomando decisiones, conformaron el marco en el que se intentaba realizar cotidianamente esa idea de libertad radical, subrayada por Basaglia en el texto de Foucault.

Años después de la experiencia, me encuentro en el libro con la anécdota del reloj parado que comenzó de nuevo a marcar el tiempo y quizás en ese gesto se dibuja lo que se echó a andar con la Comunidad Terapéutica: descongelar esa temporalidad paralizada en la que la vida activa había sido suprimida. A propósito, Robert Levine en su *Geografía del tiempo*, señala: “En el aburrimiento, se deprime el tiempo de la experiencia interior. El tiempo pasa con lentitud, tanto en el mundo interno como en el externo. Desde el punto de vista afectivo, esa lentificación se vive por lo menos como desagradable; a menudo resulta dolorosa en extremo”. La Comunidad Terapéutica reintroduce la esperanza como vivencia humana al multiplicar las trayectorias intencionales; se volvió posible de nuevo disponer de un marco en el que cada persona podía explorar metas.

Recuerdo también un texto de Maud Mannoni titulado *Infancia administrada*, y que ella presentó en un coloquio en el año 1973 donde se planteaban interrogantes acerca de los cruces entre psicoanálisis y política. En el texto, la autora dice: "...lograr de alguna manera que se pueda inventar todo continuamente a partir del mismo niño. Es el desorden del niño el que surge como la más segura guía. Lo inesperado, lo imprevisto, otorgan privilegio a los momentos de la apertura; esos momentos no se dejan codificar por reglas institucionales establecidas de una vez por todas". Y estas fueron las apuestas de la Comunidad Terapéutica: otorgar lugar a la voz del paciente, a sus fantasías.

En una de las reuniones plenarias uno de los pacientes le pregunta a Arestivo qué es lo que le diferenciaba a él de nosotros. A la pregunta de Arestivo del por qué la interrogante, el paciente señaló si era muy grande la diferencia para que ellos no pudieran disfrutar un día sábado de unas ricas empanadas o un asadito. Estos eran los momentos en que era posible constatar la importancia de crear y sostener instituciones para liberar la palabra y no para conservar la locura; experiencias que faciliten encontrar una razón de vida y de entusiasmo. De nuevo aquí algo anotado por Robert Levine a propósito de la vivencia del tiempo congelado: "En el extremo patológico del aburrimiento se presenta una sensación de desesperanza". Y para ello fue importante hacer andar el reloj; no para marcar horarios de llegadas y salidas, sino para comenzar a distinguir el tiempo de los acontecimientos que se viven sobre, al costado o delante del tiempo cronológico.

La libertad es terapéutica, entonces. Y este libro recurre a un doble registro –el histórico y el conceptual– para intentar dar cuenta de la trama compleja de una experiencia desarrollada desde ese eje en un contexto manicomial... pero que apostó a desmontar dicho contexto. La escritura no se regocija sólo con los logros; vacila en algunos tramos cuando busca dar cuenta de cómo la pobreza o la riqueza de una red social puede afectar a la salud; reubica en un

marco más concreto aquello que Camus planteaba acerca del problema filosófico verdaderamente serio: aquí no se reflexiona acerca del suicidio, se relata el suicidio de un paciente que se tensiona con esos otros pacientes-estatuas o pacientes-sombras que retoman la danza de la vida.

Del *Manicomio a la Comunidad Terapéutica* precisamente apunta a remarcar algo que Basaglia compartió en Brasil con sus conferencias en el año 1979: “Lo importante que hemos demostrado es que lo imposible se ha vuelto posible. Diez, quince, veinte años atrás, era impensable que un manicomio pudiera ser destruido. Tal vez los manicomios vuelvan a ser cerrados, incluso más cerrados que antes, yo no lo sé, pero de todas maneras nosotros hemos demostrado que se puede asistir a la persona loca de otra manera, y el testimonio es fundamental. No creo que el hecho de que una acción logre generalizarse quiera decir que se ha vencido. El punto importante es otro, es que ahora se sabe qué se puede hacer”.

**Ramón Corvalán**

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de este libro es ofrecer al mundo médico y al público en general un panorama ilustrativo de la transición en acto en todo el mundo en el tratamiento y en la rehabilitación de pacientes afectados de un trastorno psíquico particularmente grave llamado comúnmente “la locura”.

En el pasado “el loco” era considerado un peligroso desecho social y por tanto encerrado, las más de las veces por toda la vida, en instituciones totalizantes llamadas “manicomios”. En tales instituciones el paciente no venía curado sino más bien custodiado con métodos incluso violentos, sin ningún respeto por su sufrimiento ni su dignidad de persona humana.

En los últimos tiempos, con el advenimiento del psicoanálisis, de las filosofías existencialistas y el descubrimiento de los psicofármacos, los manicomios fueron transformándose gradualmente en Comunidades Terapéuticas curativas y rehabilitativas, donde el paciente viene aceptado, escuchado y solicitado a participar gradualmente, en una serie de actividades creativas, con la ayuda de profesionales especializados, convirtiéndose así ellos mismos en protagonistas de su propia mejoría.

Después de presentar al Manicomio Tradicional con sus herramientas y su modo inhumano de operar, nos proponemos en este trabajo tratar de comprender los alcances de la modalidad de tratamiento que se dio en llamar “Comunidad terapéutica”, describir los aspectos terapéuticos que en ella se logran, y conceptualizarlos en un intento de teorizar los distintos mecanismos que allí se utilizan.

La Comunidad terapéutica fue creada por los trabajos pioneros de Maxwell Jones, psiquiatra sudafricano. Por su parte, Franco Basaglia, psiquiatra italiano, visitó la experiencia de Maxwell Jones en Inglaterra, y cuando fue nombrado Director del Hospital Gorizia,

en Italia, introdujo en el mismo cambios en la atención a los pacientes en Goritzia, basados en su experiencia en Inglaterra y de los aprendizajes desarrollados durante el proceso en el Goritzia. Sobre su experiencia, Basaglia expresó:

***“Para nosotros primero está la práctica y después la teoría. No hemos desarrollado primero la teoría y luego la práctica porque este sería un camino mucho más reaccionario de cuanto Uds. puedan pensar, la teoría es a priori científica: del viejo pensamiento científico. Esta actitud ha sido reprendida. No me he defendido, he aceptado el riesgo de la empiria. Si no hubiese aceptado este riesgo, habría reciclado inevitablemente la teoría antigua, aquella de los textos y manuales de dónde vengo...”***

Pero Basaglia sí tenía conocimientos científicos y filosóficos amplios y gracias a los mismos él pudo darse cuenta que las crueldades que se cometían en el Hospital Goritzia (Italia), donde fue su primera experiencia, no eran precisamente terapéuticas como debería ser en un hospital. Pudo comprender también cómo se podía proceder y humanizar la asistencia a la persona con trastorno mental. Sus conocimientos le permitieron establecer estrategias simples, capaces de devolver al paciente su dignidad.

Creemos oportuno, para comprender nuestro propósito, que es necesario analizar el proceso histórico de la evolución de la psiquiatría clásica custodialística hacia una psiquiatría más humana; este análisis se realiza desde una mirada de las relaciones humanas que se dan dentro de ella (médico-paciente, médico-enfermera, enfermera-paciente), y sobre todo de los derechos humanos de los internos.

Aun cuando se han constatado avances importantes en la recuperación del paciente, y conscientes de que no siempre esta modalidad resulta para todos los enfermos mentales, no tiene sentido sin embargo negar que el trato humano de los mismos no sólo sea necesario sino obligatorio.

Es importante comprender a la persona enferma.

Entendemos por ***enfermedad*** un conjunto de síntomas y signos que expresan un sufrimiento del organismo tanto físico como men-

tal (también social), reunidos en cuadros clínicos que se estudian en psicopatología; por su parte, éstos son productos de estudios estadísticos que permiten acercarnos a conocer más profundamente las causas y también plantear pronósticos y por supuesto tratamientos que han demostrado ser eficaces, entiéndase psicofármacos - psicoterapias - psicoanálisis - otros.

Cuando esta instancia se instala en una persona, hablamos de **“enfermo”**. Si el profesional “trata” supuestamente a una persona (enferma) sólo desde el punto de vista de la “Enfermedad” (síntomas o signos), sin interesarse de los otros aspectos humanos que están ligados a esa persona y tal vez a esa dolencia, como las dificultades laborales, las dificultades económicas, las dificultades de prejuicios sociales y muchas otras cosas más, que no figuran en los manuales de clasificación (CIE; DSM), el profesional está deshumanizando su profesión.

**El enfermo** es pues una persona portadora de una **enfermedad** (síntomas y signos que se clasifican como enfermedad).

El hombre, como unidad integra lo físico, psíquico o mental (emocional), social y espiritual.

Desde lo manicomial, se mira y se busca un signo o síntoma y se lo ubica en el clasificador (DSM o CIE), para ponerle un nombre a la enfermedad y tratar los efectos de ésta; es decir, se tratan los síntomas sin tener en cuenta los otros aspectos de su persona, que son sus derechos inherentes a ella, y que él no los puede defender y que depende única y exclusivamente del médico tratante o de la institución.

En la antigua Grecia, Hipócrates (460 aC) ya expresaba que “no existen enfermedades sino enfermos”, significa esto, que cualquier tratado de psiquiatría o clasificaciones como las DSM y los CIE son meras clasificaciones y descripciones teóricas de síntomas, signos y síndromes, basados en estadísticas y teorizaciones, donde se valora solamente la mayoría y se desprecia a la minoría, si bien es cierto que nos sirven para ubicarnos desde el punto de vista del diagnóstico, pero lo que realmente debe interesar al profesional que asiste a una

persona que sufre es que se está frente a un ser humano, que tiene problemas existenciales, que se encuentra a veces discapacitado y que es portador de una serie de síntomas y signos que se manifiestan en su sufrimiento.

Como profesionales, intentamos analizar el contexto de la problemática del paciente, esto significa que entendemos que el síntoma o signo son expresiones de un profundo sufrimiento del ser humano en su totalidad, investigamos las causas, en su relación con su entorno, consigo mismo, con sus creencias y por supuesto investigamos posibles déficits o trastorno biológico, investigamos al ser humano en su integridad. Es en ese sentido que asistimos al paciente, no a la enfermedad.

En las Instituciones totales<sup>1</sup>, es propio que se olvide de la persona y se trate de atender a la enfermedad, a eliminar o disminuir el síntoma, no interesa del sufrimiento de la persona, en el sentido de su angustia por estar enfermo, por no saber qué le acontece, no importa que ella sufra por estar lejos de su entorno familiar y social, no importa su alimentación, su higiene, no importa si hace frío o calor, no importa que sufra por su incomunicación, por su soledad. Esa angustia existencial no tiene cabida, no es importante, no forma parte de las clasificaciones y este aspecto existencial no se lo trata. Se trata a la enfermedad, si hay medicamentos bien, si no hay... no importa o tal vez el electroshock lo resuelve.

En la Institución total no se tiene en cuenta que el factor humano, el factor social, el factor espiritual, afectivo y las relaciones con su entorno son necesarios y fundamentales para su subsistencia.

El internarlo a un paciente por mucho tiempo trae consecuencias serias, a veces irreparables... pero eso es el factor humano, no es de la enfermedad.

Cuando se interna a un paciente, no se tiene en cuenta dónde vive, si sus familiares vendrán a visitarlo y si están muy lejos, ese no

---

<sup>1</sup> Concepto desarrollado por el sociólogo Erving Goffman para designar un *“lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”*.

es problema de la institución. Ese paciente se cronifica y está por muchos años sin poder regresar a su familia. Tal vez no tenga medios económicos para su traslado o la misma familia ya se habituó a excluirlo. Entonces decimos que es culpa de los familiares que abandonan al paciente. Nada tiene que ver la institución. Me pregunto... que si esto es una constante, qué hacemos para subsanar esta situación, qué estrategias debemos utilizar para que esto no ocurra. Pero esto no es un problema de la institución, porque no es la enfermedad sino *el enfermo*.

Tratando la enfermedad solamente se está generando otra y cristalizando las consecuencias que se manifiestan por la alienación social, por el alejamiento de la familia que implica olvido y soledad.

Esta persona cuando esté “bien” de salud (sin síntomas ni signos), no tendrá dónde ir, no tendrá quien lo acoja, a eso se le suma su incapacidad de hacer frente a sus necesidades, porque su trastorno y su convivencia en el manicomio desestructuraron sus roles sociales y su capacidad laboral. Esta persona ya no puede abandonar en consecuencia su internación, aunque esté aparentemente sin síntomas, se le ha liberado de su “enfermedad”, pero se lo ha destruido como persona.

En el paciente, en el modelo manicomial, se produce un blindaje de su trastorno e impide toda propuesta de rehabilitación.

La psiquiatría clásica pierde su estatus de ciencia cuando justifica la enfermedad y se olvida del enfermo.

La antítesis de la salud mental no es la enfermedad mental, porque antes que nada el enfermo es una persona que sufre un trastorno. La antítesis de la salud mental es en realidad lo manicomial.

La modalidad custodialística exige el uso exagerado de los neurolépticos que sólo buscan tranquilizar al paciente, sólo para resolver los síntomas clamorosos. No se tiene en cuenta la persona sino a la enfermedad.

Los hospitales psiquiátricos con modalidad manicomial siguen existiendo. El proceso de desmanicomialización continúa, los

manicomios custodialísticos existen disfrazados de “Hospital psiquiátrico”.

Franco Basaglia expresaba (1961) “Una persona con una enfermedad mental entra en el manicomio como ‘persona’ para convertirse allí en una “cosa”. El paciente, en primer lugar, es una ‘persona’ y como tal debe ser considerado y atendido. Y nosotros estamos aquí para olvidarnos de que somos psiquiatras y para recordar que somos personas”.

La formación fenomenológica de Franco Basaglia (X) le permitía enfrentar no sólo a la institución por su violencia sino también por su posición frente al “otro”, el ser humano, la persona que hay que respetar en cualquier nivel de desgracia en vez de embrutecerla. “Me interesa la persona más que la enfermedad” y su diagnóstico. (F. Basaglia)

Sigue diciendo Basaglia: “Habíamos comprendido que un individuo enfermo no sólo necesita la cura de la enfermedad: necesita una relación humana con quien lo atiende, necesita respuestas reales para su ser, necesita dinero, una familia; necesita todo aquello que también nosotros, los que lo atendemos, necesitamos. Este fue nuestro descubrimiento. El enfermo no es solamente un enfermo, sino un hombre con todas sus necesidades”.

Debemos expresar que la Comunidad Terapéutica no es la panacea de la psiquiatría, tal vez muchos pacientes se recuperen totalmente, otros mejoran y algunos requieren tal vez más tiempo, no porque ya no se pueden curar sino porque nosotros no hemos encontrado algo mejor.

**Carlos Alberto Arestivo**  
**Ángel Sauá Llanes**

**1ra. PARTE**

**EL MANICOMIO  
TRADICIONAL**



## Capítulo I

# Un poco de historia

### Los locos en el siglo XVIII

La Comunidad terapéutica surge como resultado de un largo proceso que se inicia con un cambio de la actitud de los profesionales e instituciones de custodia de los “locos”, en principio llamada asilo y luego manicomio, en consonancia con los “leprocomios”.

En un principio, una persona, “el loco”, junto con los mendigos y malvivientes, eran considerados como un desecho de la sociedad, un verdadero problema, por creerse un peligro para ella, motivo por el cual fueron encerrados y muchos de ellos encadenados.

Los “locos” eran tenidos como peligrosos y no eran en ese entonces competencia de la medicina.

Estas instituciones, llamadas asilos, eran de custodia y se asemejaban a los leprosarios, donde la persona quedaba a veces de por vida.

En el siglo XVIII, con la influencia de la Revolución Francesa, donde se inicia la promulgación de los derechos humanos, se puso fin a los privilegios de los nobles y los desprecios, maltratos, esclavitud a los plebeyos, cuyos derechos eran totalmente ignorados, como si no fueran seres humanos.

Los “locos” se fueron diferenciando y fueron encerrados en instituciones asilares, que más adelante se llamaron Manicomio. Si bien eran ya en ese entonces, instituciones ligadas a la medicina, en cuanto a la atención y cuidado, pero sin descartar los encadenamientos o encierros, dado que no se disponía ni de conocimientos ni de medios para tratarlos, sólo la custodia y la contención.

El manicomio era una cárcel donde la persona perdía su libertad, su identidad, sus pertenencias, su ciudadanía; estaba a veces encadenada o encerrada, muchas veces desnuda o con harapos, por

supuesto mal alimentada y sin ninguna comunicación con el exterior; era considerada “peligrosa”, motivo por el cual estaba custodiada.

A fines del siglo XVIII y a pocos años de la Revolución Francesa, donde surgió como base la figura de los Derechos humanos, aparecen varias figuras propulsoras de grandes cambios en la psiquiatría del momento.

### **William Tuke (1732-1822)**

Fue un comerciante y filántropo inglés, conocido principalmente por sus aportes al desarrollo de métodos de tratamiento y cuidados más humanos de los pacientes internados en manicomios e instituciones psiquiátricas. El enfoque que Tuke ayudó a establecer en la práctica médica lo que la historia de la psiquiatría denominó tratamiento moral.

El 29 de abril de 1790 murió Hannah Mills, también miembro de la Sociedad Religiosa de los Amigos, en el manicomio de York (York Lunatic Asylum, hoy denominado Bootham Park Hospital), tras la negativa reiterada de la dirección del asilo para que pudiese recibir *visitas*.

Mills murió probablemente a consecuencia de los malos tratos recibidos en ese manicomio, asunto que originó cierto revuelo, preocupación y atención pública.

Tuke encabezó los esfuerzos de los cuáqueros para establecer condiciones más humanas para los enfermos. Fundó y dirigió un grupo de trabajo entre los cuáqueros, quienes durante algunos años reunieron fondos y desarrollaron, en conjunto con médicos y líderes religiosos, nuevos planes de tratamiento, describiendo los principios bajo los cuales debía funcionar una nueva institución «más humana» de atención psiquiátrica. Incluso diseñaron espacios y jardines que favorecieran el tratamiento, siendo la primera vez en la historia que se asigna un fin terapéutico al entorno y al paisaje.

La semilla innovadora fructificó y tanto su hijo Henry, que fue cofundador del Retreat, como asimismo, su nieto Samuel Tuke y sus

bisnietos James Hack Tuke (1819-1896) y Daniel Hack Tuke (1827-1895) dieron continuidad a su obra, hoy reconocida mundialmente como experiencia pionera de lo que la historia de la psiquiatría y de la psicopatología recogen bajo el concepto de «tratamiento moral», mientras que la antipsiquiatría señala como un “hito inicial y demarcador de sus principios”.

### **Jean Baptiste Pussin (1746-1811)**

En 1784 alcanzó el cargo de superintendente de la sala mental. Pussin defendía un tratamiento relativamente humano, comprometido en el trabajo basado psicológicamente con los pacientes, y mantenía registros con respecto a sus observaciones empíricas y propuestas terapéuticas. En 1793 fue visitado en el Bicêtre por el médico Philippe Pinel (1745-1826), que acababa de comenzar el trabajo en el hospital. Pinel fue impresionado por el enfoque de Pussin y los resultados positivos que había logrado. Pussin instituyó una reforma que permanentemente prohibía el uso de las cadenas para inmovilizar a los pacientes. Camisas de fuerza se siguieron utilizando, sin embargo.

Es importante señalar que ya en esa época se propugnaba el tratamiento moral de los locos, recurriendo con fines terapéuticos a la parte de su razón que no estuviese perturbada. Pussin era una persona caritativa y benévola para con los enfermos, de voluntad enérgica y un excelente observador.

### **Philippe Pinel (1745-1826)**

Fue un médico francés dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. Pertenece al grupo de pensadores que constituyeron la clínica médica como observación y análisis sistemático de los fenómenos perceptibles de la enfermedad. Es a partir de esta rigurosidad en el plano del método que establece la primera clasificación de enfermedades mentales, teniendo sus ideas gran repercusión posterior. En el campo institucional, propugnaba la humanización del trato que se daba por entonces a las personas por ellas

aquejadas, eliminando, como primera medida, su encadenamiento a las paredes. Consideraba posible la recuperación de un amplio grupo de los “alienados” (tal la denominación social de la época a los “locos”), “a partir del tratamiento moral”.

Philippe Pinel en principio político activo de la Revolución Francesa, que luego abandona su militancia política, trabajó como médico en el hospital de Bicêtre con el Dr. Pussin. En 1801 Pinel publicó su *Tratado sobre la locura*, que describe su trabajo; es considerado uno de los principales propulsores de la humanización de la asistencia psiquiátrica, aunque les quitó las cadenas, los “locos” seguían internados en asilos.

### **Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840)**

“Esquirol estudió en Toulouse y completó su educación en Montpellier. Marchó a París en 1799 donde trabajó en el Hôpital de la Salpêtrière, allí se convirtió en el alumno favorito de Philippe Pinel. Pinel le permitió que estudiara profundamente la locura y estableció una Maison de Santé (manicomio) para realizar las investigaciones con seguridad en 1801.

La Maison de Esquirol fue un éxito, siendo calificada en 1810, “como una de las diez mejores instituciones de París”.

En Italia, 1798, se inicia un movimiento de reforma de las estructuras para la recuperación mental, con los “Reglamentos del Hospital San Bonifacio” de Florencia.

El método de “Tratamiento Moral”, adoptado en estas estructuras, planteaba una consideración humana para los pacientes, una atmósfera familiar en los hospitales y el reconocimiento de los efectos terapéuticos de la actividad práctica, valores éstos vueltos a tomar de lleno en la teoría y la praxis de la Comunidad terapéutica de nuestro tiempo.

Todo este movimiento de humanización fue pronto dejado de lado para dar cabida a los grandes hospitales que albergaban a cientos de pacientes y que hacía imposible el manejo que propugnaba el

“tratamiento moral”. La filosofía asistencial, fundamentalmente segregaba, y con mucha custodia.

Así nacieron los manicomios, como instituciones totalitarias y como lugares anti terapéuticos por excelencia, donde “el paciente vivía fuera del espacio y del tiempo”, en condiciones degradantes de sobrevivencia, privado de iniciativas y de identidad, apartado del mundo externo y de los cambios sociales, sometándose así a los fenómenos de la enfermedad mental y a los cuales se agregaba una patología debida a la misma institución en aquellos casos de internaciones prolongadas.

## Capítulo II

# Las herramientas del manicomio

En tanto es una institución de custodia, en el manicomio no existen programas terapéuticos ni reuniones de supervisión, sino todo aquello que pueda servir para custodiar a los pacientes. Los enfermeros controlan que todo esté tranquilo, los psiquiatras indican los psicofármacos para disminuir los síntomas. En algunos hospitales se hace ergoterapia sin un objetivo específico, pero en general los pacientes están inactivos, solos, aislados en su mundo.

Las “herramientas” que se utilizan en el hospital psiquiátrico para lograr su objetivo de custodia y mantener tranquilos a los pacientes son el electroshock, la camisa de fuerza, los psicofármacos y las celdas de seguridad.

### **El electroshock**

“A pesar de los efectos adversos, especialmente la pérdida de memoria, el uso del electroshock (también llamado terapia electroconvulsiva o TEC) es administrado en el mundo para diversos trastornos mentales. Unos 200.000 pacientes son tratados con TEC al año. Sin embargo, según el activista de salud Vernon Coleman, la práctica se encuentra ahora más limitada. “En los Estados Unidos, el 92% de los psiquiatras no usan el TEC, y la ‘terapia’ es usada por una minoría de psiquiatras en otros países”. Coleman es uno entre un número creciente de críticos que creen que la TEC es “una desgracia en psiquiatría y para la profesión médica en general” (Ibíd.). Max Fink, un psiquiatra, declaró en el número de enero/febrero de 1978, de *Comprehensive Psychiatry*, que “las principales complicaciones del TEC son la muerte, el daño cerebral y de memoria y las convulsiones temporales”, aunque también cree que “ha salvado muchas vidas”.

En el número de marzo de 1983 de *Clinical Psychiatric News*, el doctor Sidney Samant declaró: “La terapia electro convulsiva puede, en efecto, ser definida como una manera controlada de daño cerebral producido por medios eléctricos”. Sin embargo, en 2003 una revisión sistemática concluyó que, a pesar de sus riesgos, la TEC “es efectiva a corto plazo en el tratamiento de la depresión”<sup>1</sup>, aunque esta interpretación no siempre es compartida.

### **La camisa o chaleco de fuerza**

La camisa de fuerza es una camisa especial hecha con tela resistente y se utiliza para inmovilizar a una persona agitada o agresiva, sobre todo en los hospitales psiquiátricos, manteniendo de esta manera el control sobre la persona. Ya se usaba desde el inicio del siglo XIX. No se conocían sus indicaciones ni el tiempo que un paciente debía tenerla; muchas veces se la utilizaba como castigo.

### **Los psicofármacos**

Desde la mitad del siglo pasado aparecen los psicofármacos para su uso en diferentes síntomas mentales como la depresión, la ansiedad, el insomnio y los síntomas psicóticos. Hoy en día el psiquiatra dispone de una amplia gama de psicofármacos que son muy útiles si son usados racionalmente. El manicomio los ha usado como “chaleco químico”, es decir para tenerlo controlado al paciente y mantenerlo tranquilo, sin tener en cuenta sus efectos colaterales ni para producir un bienestar al mismo.

### **Celdas de seguridad o aislamiento**

A los pacientes que por alguna razón se vuelven agresivos y peligrosos para sí mismos o para los demás, estando internados en un hospital psiquiátrico, se los encierra en celda de seguridad, se los aísla completamente en una celda generalmente sucia, donde a veces hasta está desnudo el paciente, hasta que los medicamentos hagan su efecto. A veces se la utiliza como castigo.

---

1 Antipsiquiatría. Wikipedia.

## Capítulo III

# La iatrogenia institucional

Se debe definitivamente aceptar que no son suficientes la indicación psicofarmacológica y/o la internación en el tratamiento de los pacientes con trastornos psiquiátricos. Es más, se estará favoreciendo la cronificación de la enfermedad y el consiguiente hospitalismo iatrogénico, a veces irreversible, si no se amplía el espectro terapéutico.

Ya es tiempo de comprender que la enfermedad mental, que en la casi totalidad de los casos, reconoce un trastorno biológico, también compromete el equilibrio psicológico que desarticula los elementos que conforman su mundo interno, generando una suerte de confusiones en el reconocimiento de las pautas sociales aprendidas, creando de esta manera una visión de mundo diferente, extraña, no conocida para el sujeto.

El paciente vive y actúa en función de esta situación caótica, generando tensiones y malestar en su entorno. Obviamente se hace evidente la dificultad en la comunicación y la incomprensión de su conducta delirante o alucinatoria.

El aislamiento del mismo paciente y la marginación de parte de sus allegados, facilita la cristalización de estas pautas de conductas anormales.

Generalmente la familia con un integrante portador de un trastorno mental, vive una situación dramática, desesperante; busca afanosamente ayudarlo y de ayudarse a sí misma y lo interna en una institución custodialística.

Esa internación con el pretexto de ayudarlo, es en realidad un sacarse un peso de encima mediante la estrategia de depositar el problema en la institución. Pero la institución sólo busca disminuir sus síntomas, tampoco lo contiene, ni lo comprende, apenas trata los



síntomas, no a la persona que sufre. Y aquí cabe preguntarse: ¿qué hace el médico con esa persona que sufre?

En una institución estructurada para custodiar y tratar la “enfermedad” sólo puede medicar y esperar que el fármaco haga el efecto. Entendemos entonces que esta institución está por sobre todo para “proteger” a la familia y custodiar al paciente. Esto es lo que llamamos una estructura manicomial.

“F. Basaglia con sus ideas intentó humanizar al hospital psiquiátrico de Gorizia (1961-70), abandonando toda medida de restricción física y eliminando los tratamientos electroconvulsivantes, considerándolos como torturas y la ergoterapia como explotación, y desarrollando el sistema de puertas abiertas, según los principios de la comunidad terapéutica de Maxwell Jones. Volver a dar voces y poder a las personas dentro del hospital, pacientes y enfermeros reunidos conjuntamente en asambleas abiertas a todo el mundo, cada día, para decidir juntos cómo reorganizar la institución hospitalaria en sus partes inadecuadas, cómo estructurar el tiempo,



cómo dividir funciones con reglas claras, reconstruyendo relaciones significativas. Tender a un clima de participación afectivo y un nivel de responsabilidades cada vez mayor, que permita la mejoría de cada internado”.

En el capítulo anterior hemos planteado las herramientas del manicomio, aquí queremos plantear cómo la vida en un manicomio no sólo agrava el trastorno psicopatológico sino que agrega otros, a veces irreversibles, como la despersonalización, el hospitalismo, pérdida de su mundo social como:

### **La comunicación**

Los trastornos psicóticos se caracterizan por estados de confusiones de ideas, de palabras, de conceptos con las consecuentes dificultades en la comunicación, dificultades que generan en las personas de su entorno, reacciones a veces agresivas o de malos tratos.

Creemos que el aislamiento del paciente se debe a que él mismo no sabe, no entiende cómo acercarse, tiene miedo a las reacciones, por ello se refugia en su interior.

En otros términos el aislamiento es una reacción del mismo paciente ante el estado caótico de su mente y la falta de comprensión de su entorno.

Esta situación sentó las bases teóricas de que el paciente sufre de lo que se ha dado en llamar “molestia en la comunicación” –sin negar por supuesto las determinantes biológicas de los síntomas y sus repercusiones en su entorno–, ésta genera en el interior del paciente mayor retraimiento, mayor aislamiento.

Desde el momento que uno de los problemas del paciente es la incapacidad a comunicarse, de que le entiendan y por el otro lado a los “curantes” no le interesa hacerlo, y además en esa institución la comunicación es vertical, el médico sólo se ocupa de sus síntomas, el enfermero/a generalmente lo ignora o lo trata mal, sólo puede comunicarse con otro paciente que también tiene problemas, esta situación lo vuelve más marginal; más ensimismado y refugiado en sus fantasías y/o delirios, que lo separan cada vez más de la realidad.

### **El relacionamiento**

La comunicación sólo puede darse a través del relacionamiento. El ser humano es un ser social por naturaleza, es un ser afectivo y necesita para subsistir relacionarse con otros, crear vínculos, adquirir conocimientos para adaptarse a su entorno.

El aislamiento es de por sí negativo, al punto que constituyó una de las torturas más duras de las dictaduras. La falta de relacionamiento genera de por sí confusión, y deterioro mental.

Los pacientes en el hospital son abandonados en su aislamiento, en su marginación, nadie les ayuda en su drama existencial, en su incomunicación, en su soledad, en su confusión.

El paciente tiene dificultad con su propia identidad, lo maltratan, lo ignoran y hasta son despojados de sus pertenencias. Ellos, en la internación, no tienen posibilidad de ser contenidos en su angustia,

no tienen la oportunidad para establecer relaciones válidas y afectivas que les sirvan de referencia.

Toda persona para estar en su equilibrio mental se adapta como puede a su entorno. El paciente en un manicomio, con un clima de locura, de miedo, de soledad, hostilidad, ignorado como persona y afectivamente anestesiado se va adaptando a esta situación, generando una aparente mejoría que en realidad es una manera de ser totalmente dependiente de la institución; esta forma es conocida como “hospitalismo” y puede cronificarse si no se interrumpe el proceso.

### **El autoritarismo**

En el hospital psiquiátrico (manicomio), el paciente al no ser considerado persona no tiene ningún derecho, no se le escucha, no se le tiene en cuenta. La comunicación es vertical. Los médicos, y sobre todo el director, son los que imponen las normas, las actividades; y las enfermeras son las que cumplen las órdenes. El paciente está internado contra su voluntad, la mayoría de las veces incumpliendo las normas jurídicas para el efecto; generalmente a pedido de los familiares, con el consentimiento del psiquiatra, se lo reduce químicamente y se lo lleva al hospital, donde es dejado a su suerte.

El autoritarismo médico va contra todo intento de rehabilitar al paciente, porque éste no es escuchado, porque no se tiene en cuenta el sufrimiento del paciente, que debe soportar el flagelo de los síntomas y el desprecio de su familia que se cristaliza en su nueva situación: el manicomio.

### **El alejamiento de su entorno social**

La persona que sufre un trastorno mental genera una situación de conflicto grave en su familia, sobre todo en el interior del país donde no hay atención a la salud mental o si la hay simplemente hay consultorio de psiquiatra o psicólogo. Si la situación es grave y se la debe contener, sólo es posible llevarla al hospital psiquiátrico, a muchos kilómetros de su familia, lo que significa que ésta no podrá visitarla, lo cual implica un abandono y pérdida de su contacto con



su entorno social y probablemente se inicia su cronificación por un lado y la pérdida definitiva de sus contactos familiares.

Esta situación no es de “incumbencia” del hospital, porque sólo atenderá a sus síntomas, y cuando éstos se alivien o desaparezcan, ya se perdió el contacto con la familia, porque seguramente han pasado varios años. Ese es el destino que plantea el manicomio.

### **La vulneración de los DDHH**

Todos los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos internados en un hospital psiquiátrico han sido vulnerados. Justamente porque no son consideradas personas y por tanto no son escuchados, no se los tiene en cuenta, y todo sentimiento interior es totalmente ignorado.

Así como se utilizan los DDHH como acción terapéutica, la vulneración de los mismos cristalizan los trastornos que trae el paciente y los mismos se vuelven crónicos. Para un análisis actual de la situa-

ción de los DDHH en el contexto del Hospital Psiquiátrico de Asunción, puede consultarse el anexo donde se reproduce un informe de investigación elaborado por el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y que fue presentado en junio del 2017.

## Capítulo IV

# Desde adentro

*Doris Olivia Patricia Cano Godoy*

### Ensayo autoetnográfico de una paciente internada en el Hospital Psiquiátrico de Asunción<sup>2</sup>



Mirá bien esta imagen  
Mirá fijamente

<sup>2</sup> Observación: “Este artículo será publicado próximamente en un libro colectivo sobre salud mental en América Latina”.

Sacale la litera de madera (eso no había ni nada que cumpliera  
su función)  
Mirá las paredes  
Mirá de vuelta, están estampadas con heces humanas  
Trató de oler  
Cerrá tus ojos y trató de oler de vuelta  
Abrí los ojos  
Tenés sed, nadie te pasa un vaso de agua  
Tenés hambre, nadie te pasa nada de comer  
Tenés calor y ganas de bañarte, no hay ni una canilla  
Empezás a tener sueño  
Y mirás hacia todos los lados (acordate que no está la litera)  
Y pensás dónde podés recostarte  
Las paredes no  
Piso menos  
Empezás a caminar dando vueltas, obvio, a dónde te vas a ir,  
el sueño te va venciendo  
seguís caminando  
seguís caminando  
seguís  
y te vas durmiendo  
despacito  
y  
¡¡¡¡¡BAM!!!!  
La pared  
Te despertás adolorido  
Y seguís caminando  
Y vuelve el sueño  
Caminando  
Y  
¡¡¡¡¡BAM!!!  
CALABOZO

CALABOZO al que te llevaron los enfermeros porque no quisiste tomar tus medicamentos por lo que tuvieron que inyectártelos, a la fuerza, obvio, agarrándote a través de una de las rejas entre dos enfermeros, tenías mucha fuerza.

Sabías que los medicamentos no te iban a curar,  
Que nada te iba a curar,  
Nada allí ADENTRO.  
ADENTRO  
Maldito lugar  
Siempre será adentro  
¿Hasta cuándo?  
No es una cárcel  
No tenés una sentencia que cumplir  
Por eso, siempre será adentro  
No tenés diagnóstico  
Pero seguís adentro  
Te dan de alta  
Nadie viene a buscarte  
Por eso siempre es: adentro  
Pasa un familiar que vive cerca  
Una enfermera le dice: ella está adentro pero puede salir  
Te sacan  
Un pequeño tiempo de libertad y...  
De vuelta: adentro  
Y así  
a lo largo de 4 años  
4 años de infierno  
4 años de pesadillas  
4 años de pastillas  
4 años sin dignidad  
4 años siendo un trapo de piso  
Y esos 4 años te perseguirán toda la vida  
El estigma de estar adentro  
De haber estado adentro

De donde nunca debiste haber salido  
Porque vos siempre serás de **ADENTRO**.

La idea de esta autoetnografía en retrospectiva es analizar desde una perspectiva antropológica los años (1986-1989) de mi internación en el Hospital Psiquiátrico de Asunción, conocido como Neuropsiquiátrico, Neuro o Manicomio. (Una ventaja de este ensayo es poder obviar aquí todo el protocolo ético que hay que establecer para entrevistar a pacientes psiquiátricos).

En este ensayo no expondré las razones que llevaron a mi familia a internarme en el hospital. Lo que pretendo es dar cuenta de lo vivido, sentido y pensado como paciente internada en dicha institución, en la que entré por primera vez a la edad de quince años.

Estuve internada en el Neuropsiquiátrico desde mediados de 1986 hasta mediados de 1989, en los últimos años de dictadura y en los primeros meses de la transición democrática. Específicamente estaba en el área denominada en aquella época “Comunidad”, era una de las zonas diferenciadas para las mujeres internadas.

Recuerdo que además de pacientes psiquiátricas, las llamadas “locas”, entre las que yo me encontraba, había adolescentes con problemas de adicción a drogas y adolescentes autistas. Además en algunas ocasiones reclusas del penal de mujeres eran enviadas al neuropsiquiátrico cuando intentaban suicidarse, por ejemplo haciéndose incisiones en los brazos. Estábamos allí las locas, las raras, las diferentes.

Decir Hospital Psiquiátrico o Neuropsiquiátrico es muy suave para ese lugar. La palabra que mejor le queda es Manicomio. Quiero compartir el aporte de Sacristán (2009, p. 166) sobre este espacio de locura, el manicomio. Según la etimología de la palabra, proviene del latín “manía” y del griego “cuidar”, la manía es una “especie de locura, caracterizada por delirio general, agitación y tendencia al furor” (Diccionario de la Real Academia Española). En su significado literal, el manicomio sería ese territorio destinado a cuidar, tanto en el sentido de atender como en el de vigilar, a *peligrosos y diferentes*”.

Otro aporte interesante para que pensemos el espacio de la locura es el de García Canal (2006, p. 46), quien reflexiona sobre ello a través de la obra de Foucault:

“La experiencia occidental buscó excluir la locura, producir el gesto de rechazo para evitar contagios y confusiones, y este gesto de exclusión no fue más que para recluirla, confinarla en el encierro. Sometida al encierro, cercada en el asilo será más tarde localizada en el hospital psiquiátrico, ubicada, por fin, en el orden de las cosas”.

Y allí estaba yo, encerrada en ese espacio destinado a lo diferente, a lo anormal, a la locura. La expresión enajenada aunque sea peyorativa y caída en desuso es la más adecuada a la situación en la que me encontraba dentro del Neuro; enajenada, ajena a mi casa, ajena a mi familia, ajena a mi barrio, ajena a mi colegio, ajena a todo y a todos y cerca, muy cerca de la locura total e irreversible.

Con varias internaciones encima, altas y “recaídas” me fui acostumbrando lentamente a la vida en el hospital. Esto me vino a la mente cuando leí el trabajo de Mantilla (2008, p. 94), que describe así su experiencia en un hospital psiquiátrico:

“Me impactó encontrarme con que muchos pacientes tenían una larga trayectoria de internaciones en su haber, las historias clínicas hacían mención en algunos casos de ocho o diez internaciones a lo largo de unos pocos años. A veces el periodo en el que los pacientes permanecían sin estar internados era llamativamente breve. En la jerga hospitalaria se denominaba a este fenómeno como “puerta giratoria”, es decir, la entrada y salida recurrente de los pacientes por las salas de internación. Me sorprendía la reacción que presentaban algunos pacientes frente a una internación. En vez de considerarla perjudicial o coercitiva, la creían necesaria y hasta aliviadora”.

Creo que ese no fue mi caso, nunca me pareció un alivio volver al Neuro, al manicomio. Aunque ya conocía a otras pacientes, a las enfermeras, a los enfermeros (que acudían en algunas ocasiones), a los médicos y médicas. También iba aprendiendo cómo convivir con las otras internadas. Con el tiempo una va captando lo que se puede hacer y lo que no se debe hacer allí adentro. Una va adoptando técni-

cas de sobrevivencia, donde el sentido del humor a pesar de todo es como el último hilo que te conecta a la cordura. Por lo tanto, podría decir que ya conocía la cultura de la población internada, la cultura del hospital. Con respecto a esta cultura Prieto (2016, ps. 47-48) dice que:

“Con frecuencia se le ha otorgado un cierto nivel de singularidad a los grupos que forman el conjunto de personas que comparten un espacio cerrado. Se podría, de forma arriesgada, casi comparar con una “etnia” (forjada por imperativo de un grupo social) en la que el grupo de personas comparte una tradición “cultural” basada en una historia, en formas de comportamiento y en unos espacios comunes”.

Este acostumbrarse era ya más efecto de una resignación en la que caí debido a las continuas internaciones, donde una termina convencida de que una es de ahí adentro, que ahí es su lugar, que adentro es su lugar; en jerga médica se le llama a esto, institucionalizarse. Me fui convenciendo, a pesar de que existía un médico que me cuestionaba, cada vez que me internaban de vuelta: “¿te trajeron ya otra vez acá?!”

Lo que pasa es que una pierde todo al ser internada allí. Se empieza perdiendo la libertad, se pierde la dignidad, se pierde el sentido, se pierde la razón y entre todo lo que se pierde, se pierden los derechos. Derechos que la mayoría de los pacientes desconocemos totalmente. La pérdida de derechos es algo que me di cuenta hace poco luego de leer el informe sobre derechos humanos y salud mental en la Argentina elaborado por el Centro de Estudios Legales y Sociales y la *Mental Disability Rights International* (2008, p. 95), que dice que:

“La internación psiquiátrica involuntaria constituye una grave privación de la libertad individual, al aislar a la persona de su familia y amigos, oportunidades laborales y demás aspectos de la vida en la comunidad. Por este motivo, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos protege a las personas contra la detención arbitraria

o inadecuada en centros psiquiátricos”. Había sido que como paciente psiquiátrica tenía derechos, había sido.

Y así esta paciente que ignora que tiene derechos, de tantos ingresos al Neuro se constituye en una paciente institucionalizada. Y a pesar de ese acostumbramiento a la institución, una no deja de darse cuenta que se está viviendo en el infierno. No me refiero al sentido religioso de lugar de castigo para los pecados, sino simplemente un infierno por el sufrimiento que se pasa y que una observa que pasan las demás internas.

Si el hospital era ya de por sí el infierno, es difícil de calificar lo que constituía la celda de aislamiento, eufemismo para el calabozo. Sería como tener una pesadilla dentro del infierno. Creo que ya está suficientemente descrita mi vivencia en el calabozo en la parte que precede al título de este ensayo, por lo cual no creo que sea necesario que la repita.

Lo que sí creo importante es lo que dice el informe sobre derechos humanos y salud mental de *Mental Disability Rights International* (2008, p. 70): “El uso inadecuado y prolongado de celdas de aislamiento sin supervisión suficiente constituye una violación al derecho de las personas a no ser sometidas a un trato cruel, inhumano o degradante”.

Este informe de derechos humanos de Centro de Estudios Legales y Sociales y la *Mental Disability Rights International* (2008, pp. 70-71) se explaya sobre las consecuencias de recluir a un paciente en las celdas de aislamiento:

“...puede exacerbar síntomas psiquiátricos o inducir daño psiquiátrico severo, incluyendo una agitación profunda, ansiedad extrema, ataques de pánico, depresión, pensamientos desorganizados y un desorden de personalidad antisocial... puede resultar en una discapacidad psiquiátrica prolongada o permanente, incluyendo deterioros que pueden reducir seriamente la capacidad (de la persona) a reintegrarse a la comunidad después de que haya sido puesta en libertad”.

Y justamente ese reintegrarse a la comunidad es un dilema para todo paciente psiquiátrico. Por lo cual al estudiar las secuelas de la internación o sucesivas internaciones debe tenerse en cuenta el estigma. Sobre esto habla Sacristán (2009, p. 170): “Actualmente, la Organización Mundial de la Salud recomienda la sustitución de los grandes hospitales psiquiátricos por centros de atención comunitaria con el apoyo de camas psiquiátricas en los hospitales generales y asistencia domiciliaria a fin de limitar la estigmatización aparejada al hecho de recibir tratamiento”.

También explica Rodríguez (2013) que estigmatizar a alguien que sufre una patología mental: “Consiste en un trato injusto que anula el reconocimiento de su igualdad y que restringe sus derechos. El estigma tiene tres componentes: uno relacionado con las creencias (“son violentos”, “no valen para trabajar”, “no te puedes fiar de ellos”); otro vinculado a los sentimientos (“me dan miedo”, “me da aversión estar cerca de una persona que padece una enfermedad mental”); y otro asociado a las acciones (“no le daré trabajo”, “no quiero que se acerque a mis hijos”, “no le dirigiré la palabra”). Pero peor que el estigma es el “autoestigma”. El paciente interioriza el rechazo y decide no luchar por sus deseos ni por sus objetivos. Entonces, se retrae y se aísla de la sociedad mucho más”.

Este estigma persigue al paciente prácticamente toda su vida, es difícil sacarse el mote de loca o de loco. Uno tiene miedo de contar que estuvo allí “adentro”. De repente una va recuperando de a poco su autoestima y ni bien toma confianza con alguna persona y le cuenta que estuvo internada allí, cambia la expresión del que escucha y una siente que cometió el error de contar esa dura verdad, esa verdad incomprensible. Aparece de vuelta el estigma, como un fantasma que se niega a desaparecer y que persigue constantemente al paciente.

Creo que el desconocimiento sobre la salud mental en gran parte de la población alimenta este estigma. Y para luchar contra esta estigmatización es importante, además de la educación, la aprobación

de una ley sobre salud mental en Paraguay que dé participación a los pacientes psiquiátricos.

Para entender un poco qué es salud mental comparto lo dicho por Cancrini y Malagoli (1988, pp. 102-103): “La salud mental no debe ser considerada en ningún caso en términos de liberación de un estado de “enfermedad” sino en términos de realización del hombre como ser social: su tutela plantea pues de por sí problemas que se refieren a la estructura de las relaciones entre las personas dentro de una sociedad dividida en clases, correctamente entendido en términos de psicología marxista, el concepto de salud mental, es pues, un concepto que presupone, para realizarse concretamente, una modificación profunda de las estructuras de la sociedad en que vivimos y de las relaciones entre las personas que constituyen una simple consecuencia de ellas”.

Para finalizar cito una frase popular que mi abuelo materno decía que debía estar en un cartel en la entrada del Neuropsiquiátrico:

*“NI SON TODOS LOS QUE ESTÁN,  
NI ESTÁN TODOS LOS QUE SON”*

### **Bibliografía consultada**

- CANCINI, Luigi y MALAGOLI TOGLIATTI, Marisa. 1988. *Psiquiatría y relaciones sociales*. (2da. ed.) México DF: Editorial Nueva Imagen. 116 p.
- CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES Y MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL. 2008. *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina. 160 p.
- GARCÍA CANAL, María Inés. 2006. *Espacio y poder: el espacio en la reflexión de Michel Foucault*. México DF: UAM-X, CSH, Depto. de Política y Cultura. 146 p. Disponible en: [http://bidi.xoc.uam.mx/ta-bla\\_contenido\\_libro.php?id\\_libro=1](http://bidi.xoc.uam.mx/ta-bla_contenido_libro.php?id_libro=1)

- MANTILLA, María Jimena. 2008. Hacia la construcción de una etnografía en un hospital psiquiátrico. (con) textos. revista d'antropología i investigació social. N° 2. Desembre de 2008. pp. 93-102. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/contextos/article/download/123149/170930>.
- PRIETO OREJA, José. 2016. Un estudio etnográfico sobre el reingreso de pacientes con patología mental en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en Extremadura. Tesis doctoral. Universidad de Extremadura. 542 p. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=47623>
- RODRÍGUEZ, José A. 2013. Enfermedades mentales y estigma social. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2013/03/03/215956.php>
- SACRISTÁN, Cristina. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco* [online]. 2009, vol.16, n.45 [citado 2016-11-02], pp. 163-188. Disponible en: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592009000100008&lng=es&nrn=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100008&lng=es&nrn=iso)>. ISSN 0185-1659.

**Observación:** La imagen cuyo autor se identifica como d3d que es utilizada al inicio de este trabajo fue obtenida de la página web 3DPODER y está disponible en el siguiente enlace: <http://www.foro3d.com/f27/calabozo-79941.html>

## El fin próximo del modelo manicomial

*Genaro Riera Hunter*

El fin próximo del modelo manicomial no pasa por la extinción de los hospitales ni de los psiquiatras. La desmanicomialización es un tema de ruptura con un cierto tipo de discurso. Es la crisis del discurso de-subjetivante de la ciencia (que lamentablemente hoy en día ha poseído a la psiquiatría), la que tiene que ser superada.

El loco tiene que ser liberado de la tendencia, actualmente en todo su esplendor, a ser un objeto. Un objeto insano a ser conocido por la omnisapiencia del “psiquiatra científico”.

El loco, la psiquiatría y la salud mental en general pierden cuando los modelos científicos aprisionan las subjetividades. En los modelos científicos, nueva manicomialización, lo que es seguro que falta es el escuchar al sujeto.

Hoy casi no nos damos cuenta que lo que Freud descubrió fue una etiología no sólo sexual sino una etiología temporal, el pasado infantil, el pasado como causa. Y con eso descubrió un método de tratamiento, el psicoanálisis, que se puede llamar “el tiempo para comprender”. Y justamente esos modelos científicos objetalizantes son los que vienen anulando cada vez más en nuestros días al tiempo y su vinculación con el síntoma. Así la consecuencia inmediata es hablar y escuchar cada vez más lo mínimo posible. Se trata de no perder el tiempo, mientras que la causalidad freudiana es justamente escuchar y hablar por un muy largo tiempo.

Cuando emerge un loco no queda otra cosa, según parece, que depositar a otros el control. Otro que responde, que a la tendencia actual, con el saber científico y así casi termina diciendo: “yo no puedo hacer nada, todo depende del psicofármaco”, se excluye a sí mismo y limita al mismo tiempo en la medicación toda solución y

no porque el psicofármaco no sirva, sería ingenuo sostener algo así, sino que se espera de la anulación subjetiva una solución.

Hoy más que nunca se aplicaría lo que dijera alguna vez E. Pichon-Rivière: “El pronóstico depende del vínculo”; es decir, la solución es una variable dependiente de la relación y por eso la tendencia a la objetivación ataca, paradójicamente, la solución que se pretende buscar.

La ciencia no necesita contar con ninguna historia subjetiva y mucho menos con el sentido inconsciente.

En última instancia, el problema no es de la ciencia en si misma sino el que se busque en ella un saber acabado, que se fuerce un saber todo-objetivo para lograr una adecuación al aparato científico, al modelo y a la manera del mirar, encarar lo insensato que se presenta en la locura.

La experiencia de la locura es presencia de un límite radical de la condición humana, es la presencia de lo inhumano dentro de lo humano a la que no se le puede responder con la ciencia objetalizante.

¿Qué alternativa queda ante este empuje por todo saber-objetalizante a lo que nos lleva nuestra contemporaneidad? ¿Qué otra mirada podemos tener más allá de la objetalizante? Tal vez hay que aprender que la diferencia es algo in-anulable y que la locura en su radical presencia nos muestra justamente que un saber, por más científico que pretenda ser, no podrá eliminar la existencia de lo imposible.

### **El manicomio, llamado hospital. Intimidación a los Derechos Humanos**

El manicomio, llamado hospital, con su maquinaria generadora de vínculos cosificantes, se constituye en una usina que atenta contra los DDHH históricamente afín al juramento hipocrático.

Los DDHH y el juramento hipocrático clásico, renovado en Ginebra, tienen un sentido común que consiste en la sentencia “Primum non nocere”, primero no dañar.

En la institución manicomial está ausente el juramento hipocrático que eleva como actividad consagrada el acto médico.

En las relaciones manicomiales se evidencia un vacío de los DDHH, vacío en el cual el enfermo es aspirado y solamente flota la enfermedad que es clasificada. En ello la pareja DDHH y Juramento hipocrático sucumben juntos.

El enfermo no es un animal que puede ser condicionado al modo Skinneriano, pues es un sujeto de deseo y este no es acomodable o adaptable al medio, es resistente a la adaptación. De-subjetivar al enfermo es un acto de dominio y control.

La estabilización del loco, quizás no su curación, pasa por que éste pueda mantener relaciones. La experiencia de Basaglia precisamente muestra las transformaciones que se producen cuando es concebido como un sujeto al que se le reconocen las dimensiones de sus diversas necesidades.... cuando se les permite escuchar al viento y puedan abrir sus alas. El psicoanálisis está del lado de este tipo de movimiento, porque sin la libertad de los vuelos de las palabras ninguna operación puede realizarse que conduzca a pacificar los ánimos exaltados. El psicoanálisis apunta a la vida deseante y al espacio del decir.

La internación de un enfermo no significa internar su libertad, encerrar sus decisiones. La enfermedad no significa que el sujeto, el enfermo, no viva situaciones críticas vitales... las crisis pertenecen a las subjetividades.

El que entra en un manicomio, llamado hospital, no es tratado como un enfermo. ¿Qué es un enfermo? Es un sujeto que busca estabilizarse las 24 horas por la vía delirante... que trata su crisis por el camino del delirio y sin embargo es este el que es tratado como un culpable y merece una condena, con el agravante que no conoce ni la causa de su supuesta culpa ni el tiempo de duración de su condena. El manicomio, llamado hospital, es una isla de segregaciones.

La alternativa al manicomio, llamado hospital, no son las reestructuraciones o las reparaciones del manicomio, llamado hospital; deberían ser eliminaciones conjuntamente con formaciones de es-

estructuras locales comunitarias, barriales, de atención. Es decir, pasar del ámbito Institucional al ámbito Comunitario. Estructuras en las cuales se afirma la voluntad terapéutica que consiste en promover la participación del enfermo en los procesos de resolución de las crisis, situacionales vitales.

2a PARTE

LA COMUNIDAD  
TERAPÉUTICA



## Capítulo VI

# Raíces recientes de la Comunidad Terapéutica

Varios son los factores, ya más científicos, que retoman la humanización de la asistencia psiquiátrica:

- El advenimiento del psicoanálisis a principio del siglo XX posibilita el establecimiento de una relación altamente personalizada con el paciente neurótico.
- El descubrimiento de los psicofármacos neurolépticos en los años 50 permite reaccionar eficazmente sobre los síntomas más clamorosos de los pacientes psicóticos.
- La práctica de los tratamientos grupales ofrece la oportunidad tanto a los pacientes neuróticos como a los pacientes psicóticos, para convertirse ellos mismos en “protagonistas” de su propia mejoría.

Estos tres eventos que han revolucionado profundamente la praxis terapéutica de la psiquiatría contemporánea, puestos juntos y de un modo armónico y combinados en una estructura o “setting ambiental”, tendencialmente óptimo, pueden considerarse como las raíces recientes del movimiento de las Comunidades Terapéuticas, que se difundió desde los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial.

### Las primeras experiencias

Surgen en Inglaterra, a poco de terminada la guerra, y con el propósito de recuperar a soldados que padecían las llamadas “neurosis de guerra”.

Maxwell Jones (04-01/1907-1990), fue un psiquiatra sudafricano radicado en el Reino Unido, considerado como el creador del concepto de Comunidad terapéutica.

A pesar de que dicha denominación fue utilizada por primera vez por Thomas Main, en 1946, se reconoce a Maxwell Jones como

el que desarrolló el modelo innovador del tratamiento psiquiátrico que sustituyó al antiguo conjunto de normas terapéuticas rígidas, de electrochoques, encierros etc., por psicodramas, discusiones sociales, filmes educacionales y opiniones sobre la vida comunitaria. Jones pensaba que así se creaba “Un ambiente terapéutico” ideal para beneficiar a la recuperación del individuo impulsando un proceso continuo de reinserción y reeducación social.

Este modelo fue particularmente eficaz en el tratamiento y recuperación de la dependencia química (alcoholismo) y abuso de drogas. El término de enfermedad fue substituido por el de “control”, el dependiente de drogas o alcohol dejó de ser enfermo para ser una persona que carecía de control de sus impulsos ante el uso de sustancias.

La base del trabajo de Jones es el llamado “aprendizaje social” (“Social learning”), término que describe el poco comprendido cambio que se inicia en la persona como resultado de la interacción interpersonal después de un análisis realizado en los grupos”.

Maxwell Jones, junto con Bion, Main y otros transformaron algunos pabellones de Hospitales psiquiátricos (Henderson Hospital, Melosa), quienes vivieron juntos el drama de la guerra.

David G. Cooper (Ciudad del Cabo, 1931 - París, 1986)(5). Fue un psiquiatra sudafricano, teórico y líder de la antipsiquiatría, junto con R. D. Laing, Thomas Szasz y Michel Foucault, acuñó el término “antipsiquiatría”, situándose en contra de los métodos ortodoxos de la psiquiatría de su tiempo.

Se graduó en la Universidad de Ciudad del Cabo en 1955. Se trasladó a Londres, donde trabajó en varios hospitales, dirigió una unidad especial para jóvenes esquizofrénicos llamada Villa 21. Fue director del Instituto de Estudios Fenomenológicos, y coordinador del Congreso de la Dialéctica de la Liberación, celebrado en Londres. Este congreso reunió a connotados intelectuales críticos de la época, como R. D. Laing, Paul Goodman, Allen Ginsberg, Herbert Marcuse.

Sus principales obras: “Psiquiatría y antipsiquiatría” (1967), “La muerte de la familia” (1971), “El lenguaje de la locura” (1978).

La novedad de su forma de operar consistía en la superación de las estructuras verticalistas a favor de una organización más horizontal, con el propósito de establecer una comunicación o contactos más elásticos y más fluidos entre todos los componentes del pabellón (pacientes, enfermeros, médicos).

El fundamento ideológico de tales experiencias era la teoría del “social learning” (aprendizaje social), según la cual una comunicación a dos vías en un grupo formado por los terapeutas, enfermeros y pacientes podía ayudar a todos, y mayormente a los pacientes a adquirir un grado de introspección, a tal punto que el paciente podía manejar mejor su sintomatología y afrontar de manera diferente las dificultades normales de la vida.

Los terapeutas podían conocer mejor la conducta del paciente, a veces hasta los motivos del síntoma y comprender al paciente como persona. Aquí se trata al paciente y no a la enfermedad.

En tal ambiente terapéutico el paciente era considerado como una persona, portadora de una entidad propia, y esto requería una organización para establecer las estrategias adecuadas. El paciente debía colaborar con los operadores y con los otros pacientes en las situaciones de compromiso de las acciones que se acuerdan en el pabellón. El personal del pabellón y los operadores debían ser lo más estables posibles a fin de crear un continuum relacional, además debían conocer al paciente como persona y no sólo la sintomatología y el comportamiento patológico. En situaciones de crisis el paciente no era encerrado ni atado, era aceptado, tratado y contenido si fuera posible con la ayuda de otros pacientes.

En Italia, en la década del 60 aparece “Franco Basaglia (Venecia, 11 de marzo de 1924-1980).

Fue un psiquiatra italiano conocido por su denuncia pública de las condiciones deplorables e inhumanas de los manicomios. Se le cuenta entre los psiquiatras más influyentes del siglo XX en Italia, tras haber liderado un movimiento intelectual y político en salud

mental y propugnar la paulatina clausura de hospitales psiquiátricos italianos en 1978.

Fue el promotor e iniciador de la promulgación de la Ley 180, que prohíbe en Italia la internación de personas en contra de su voluntad y fundó el movimiento “Psiquiatría democrática”. Además, y aunque él mismo no usaba ese término de “antipsiquiatría”, se le considera el máximo representante del movimiento antipsiquiátrico de su país.

Franco Basaglia ya desde joven fue muy activo en su lucha contra el fascismo de Mussolini, fue encarcelado en 1944 sin derecho al debido proceso, permaneció preso hasta el fin de la guerra. Este encierro según su relato influyó tempranamente en su postura sobre la ilegitimidad de la reclusión obligatoria y la privación de la libertad como formas del tratamiento psiquiátrico.

### **Basaglia como preso en la cárcel**

“La primera vez que entré en una cárcel era yo estudiante de medicina y entré como prisionero político, o sea como recluso. Era la hora en la que se vaciaban las bacinillas de las celdas y mi primera impresión fue la de entrar en una enorme sala anatómica en donde la vida tenía el aspecto y el olor de la muerte.

La cárcel se me aparecía como un estercolero impregnado de un hedor infernal en donde unos hombres con bidones sobre los hombros desfilaban para verter su contenido en las alcantarillas. El equipo que cumplía con esta tarea estaba compuesto por detenidos privilegiados que podían salir de las celdas, lo cual ponía en evidencia cómo en las cárceles existía una estratificación social sobre la que se fundamentaba un tipo de vida completamente autónomo: la vida de la segregación.

El hombre y la cárcel eran, en realidad, el carcelero y el encarcelado, y uno y otro habían perdido toda cualidad humana, adquiriendo el sello que imponía la institución”.

## **Basaglia como director del manicomio**

“Después de algunos años entré en otra institución cerrada: el manicomio. Esta vez no como internado, sino como director. Estaba en el grupo de los carceleros, pero la realidad que vi no era distinta: también aquí el hombre había perdido toda su dignidad humana; también el manicomio era un enorme estercolero. Pero había una diferencia: el que entra en esa institución, definida como hospitalaria, no asume el papel de enfermo, sino el de internado que debe expiar una culpa de la que no conoce las características, ni la condena, ni la duración de su expiación.

“Hay médicos, batas blancas, enfermeros, enfermeras, como si se tratase de un hospital, pero en realidad se trata solamente de un lugar de custodia, donde la ideología médica es una coartada para la legalización de una violencia que ningún organismo está destinado a controlar, ya que la delegación hecha al psiquiatra es total en el sentido de que el técnico encarna concretamente la ciencia, la moral y los valores del grupo social del cual es –en la institución– el representante delegado”.

Aunque desde diversos sectores de la psiquiatría institucional y académica se lo criticaba por la supuesta “utopía” o impracticabilidad de sus planteamientos, lo cierto es que esa crítica se debilitaba sola, puesto que el aporte de Basaglia estaba muy lejos de ser puramente teórico. Su crítica a la psiquiatría era más radical y consistía en una lucha tenaz por poner en práctica sus propuestas de desinstitucionalización y democratización de la atención psiquiátrica.

*“A lo mejor, por esta absurda obstinación, he sido etiquetado por los colegas franceses de «politiquiatra» y como «inmaduro afectivo». Sin embargo mi «politiquiatría» o mi inmadurez afectiva no me impiden actuar, aunque sí con enormes dificultades, en el plano práctico. Estoy dirigiendo una institución hospitalaria que sirve a un área de 300.000 habitantes. No me retiro al mundo de las ideas o de las abstracciones, sino que trato en lo posible —entre realidad e ideología— de individualizar las necesidades de la población que debería asistir. La lucha y las dificultades que en-*

*cuentro en esta acción son la única confirmación de la validez de lo que vengo sosteniendo: las fuerzas más retrógradas y moderadas nos impiden prácticamente actuar y no pueden comprender cómo y por qué tantos jóvenes, provenientes de diversos países europeos, vienen a trabajar a Trieste, con el intento de transformar la realidad institucional y su función dentro del sistema social. La defensa habitual es sostener que quizás en Italia las cosas están peor que en otras partes. Pero he visto manicomios suizos, franceses, alemanes e ingleses y todos tienen la misma cara porque cumplen toda la misma función social.*

*Le agradezco por haberme dado la oportunidad de aclarar algunos puntos de lo que sostengo y que han sido muchas veces mal entendidos. Considere cuanto he precisado aquí, un poco concisamente, como mi respuesta a su formulario, teniendo en cuenta al mismo tiempo el programa para el área de Trieste donde estoy tratando de actuar, con la conciencia constante de los límites sociales y políticos que cada acción técnica inserta en un país occidental europeo o americano, implica”.*

“En 1961 se traslada al Goritzia donde asumió la dirección del hospital psiquiátrico local. Al descubrir el tratamiento carcelario que recibían los pacientes internos y los dolorosos procedimientos de muy dudosa eficacia a los que eran sometidos, afianzó su compromiso con la democratización de la psiquiatría, la humanización de sus métodos y procedimientos”.

Los desarrollos de Maxwell Jones acerca de las comunidades terapéuticas tuvieron influencia en su concepción de la locura, que para Basaglia era una enfermedad resultante de la marginación económica. La psiquiatría académica, sus progresivos avances teóricos en psicopatología e incluso la práctica en las clínicas universitarias en Italia se encontraban completamente divorciadas de la realidad de los manicomios, los asilos para alienados y otras instituciones de encierro similares. Además, estas instituciones generalmente estaban a cargo de médicos de menor prestigio y bajo nivel de espe-

cialización. Al llegar a Gorizia pronunció un discurso, muy famoso, dirigido al personal del hospital.

El movimiento surgido en esa época y llamado “antipsiquiatría” se refería fundamentalmente a los procedimientos de los psiquiatras, en su relación con el paciente, en los manicomios y abogaba por los DDHH del paciente y la ruptura del maltrato donde el psiquiatra y la psiquiatría del momento utilizaban en el interior del hospital psiquiátrico que era nada más una fachada del manicomio. A pesar de todo esto, Basaglia nunca estuvo de acuerdo con la denominación de “antipsiquiatría”.

Los distintos movimientos que apuntaban a un cambio en la atención psiquiátrica como: la “psiquiatría moral”, “aprendizaje social” (“Social learning”), “antipsiquiatría”, “psiquiatría democrática”, fueron movimientos que tenían muchos aspectos en común: la humanización en el relacionamiento y la preservación de los DDHH con el paciente; y todos han contribuido para establecer los fundamentos teóricos de la Comunidad Terapéutica por un lado y las estructuras intermedias relacionadas directamente a ella.

### **Difusión de la Comunidad Terapéutica**

Estos profesionales emblemáticos de los principales países de Europa llevaron adelante los grandes cambios de la asistencia psiquiátrica que se difundió rápidamente en los EEUU. El mismo Maxwell Jones fue contratado como “visiting profesor” (Profesor visitante) de la Universidad de Stanford de California, en el año 1959, permaneciendo por un año, Pasó además tres años en el Hospital estatal de Oregón como Director de Investigaciones, y como profesor de la Universidad de la Facultad de Medicina del mismo estado.

En 1963, bajo la administración de John Kennedy, se promovió la creación en todo el territorio nacional de Centros de Salud Mental Comunitarios (Community Mental Health Center) con el fin de substituir las instituciones psiquiátricas de tipo custodialístico dando inicio a aquellas que Ballach llamara “la fase heroica de la psiquiatría americana”.

El hospital psiquiátrico se reorganizaba bajo la ideología del énfasis en el relacionamiento, la responsabilidad del cuidado, la atención y la realidad en la cual se vivía, sobre todo en relación con el exterior.

Sin embargo se puso en evidencia la gran dificultad surgida con los pacientes crónicos, no sólo en el sentido del tiempo que se inició la enfermedad sino en el tiempo que estuvo internado, que motivó que el paciente se “acostumbrara”, se adaptara a la vida manicomial. En estos casos aparece lo que se dio en llamar el hospitalismo, una patología mental adquirida en estas Instituciones después de mucho tiempo de internación, donde los pacientes se habituaron a la pasividad rutinaria de la Institución manicomial.

La modalidad que se planteaba resultaba muy eficaz en los pacientes agudos, en total ruptura con la realidad y aquellos recién ingresados al hospital, sin tener una experiencia “manicomial”. Asimismo, también fue muy eficaz con pacientes neuróticos graves, en sus variadas expresiones de los disturbios de personalidad, a las sociopatías, a los adolescentes con dificultad existencial, etc.

F. Basaglia (X) con estas ideas intentó humanizar al hospital psiquiátrico de Gorizia (1961-70), abandonando toda medida de restricción física y eliminando los tratamientos electroconvulsivantes, considerándolos como torturas y la ergoterapia como explotación, y desarrollando el sistema de puertas abiertas según los principios de la comunidad terapéutica de Maxwell Jones. Volver a dar voces y poder a las personas dentro del hospital, pacientes y enfermeros reunidos conjuntamente en asambleas abiertas a todo el mundo, cada día, para decidir juntos cómo reorganizar la institución hospitalaria en sus partes inadecuadas, cómo estructurar el tiempo, cómo dividir funciones con reglas claras, reconstruyendo relaciones significativas. Tender a un clima de participación afectiva y un nivel de responsabilidades cada vez mayor, que permita la mejoría de cada internado.

## Aspectos teóricos de la Comunidad Terapéutica

### Situaciones de las que derivan las actividades en la Comunidad

En realidad no existe una teoría de la Comunidad Terapéutica, pero sí se dispone de una construcción teórica a partir de las muchas experiencias producidas y que los resultados de estas prácticas fueron explicados como un constructo teórico.

Creo que las distintas experiencias, empíricas por cierto, pero con una lógica bien definida, no con el fin de investigar sino de crear una vida más digna a los pacientes, a partir de sus necesidades existenciales, se plantearon actividades de acuerdo a las situaciones personales de los pacientes, que permitían afrontar sus dificultades.

1. Así se vio, por ejemplo, que al paciente psicótico, que por su propio trastorno, tiende a aislarse, ensimismarse y vivir su mundo donde está poblado de ideas, figuras. etc., le ayuda mucho una reunión de grupo, cualquiera sea el motivo, y discutir sobre el tema, era una manera de sacarle al paciente de su mundo, aunque diga tonterías o incoherencias.
2. Esa confusión mental que presenta el paciente y sobre todo aquel que ha sido internado, donde su propia identidad está comprometida, hizo necesaria la tarea de fortalecer su identidad por cualquier medio como, por ej., en sus camas estaban sus nombres, tenían sus pertenencias, usaban sus propias ropas.
3. Otra situación común en la modalidad custodialística es que el paciente está en cama o caminando o sentado pero sin hacer nada, esperando que los medicamentos le disminuyan sus síntomas, que lo tranquilicen, situación ésta que no sólo no lo beneficia sino que lo anula como persona. En la Comunidad Terapéutica el paciente no debe ser un huésped, debe ser considerado un usuario, integrante y miembro de la Comunidad, por eso debe

colaborar con las diferentes actividades que allí se realizan como la limpieza, la cocina, la portería, en fin, roles simples que poco a poco el paciente los va aprendiendo y se registra una verdadera satisfacción cuando logran hacerlo bien.

En otros términos, en función a las dificultades existenciales que presentan en general las personas con trastornos psicóticos y que requieren una internación, se fueron creando actividades que permiten ayudarla a manejar mejor su persona. Estas actividades no fueron programadas como terapéuticas porque no se sostienen en una corriente teórica, pero se ha comprobado que la ayudaban a un cambio en su persona.

4. Siempre había una reunión de supervisión entre los operadores, donde se discutían los logros y fracasos y se buscaban las explicaciones teóricas. Así se fue construyendo más que una teoría, un conjunto de conceptos e ideas que encajaban con los efectos deseados.

Como se dijo anteriormente, se buscó crear una serie de actividades en un ambiente protegido, una comunidad, donde los pacientes se sientan seguros, se sientan personas.

A pesar de estas dificultades, comprensibles y propias de todos los fenómenos nuevos, de la literatura que ha sido consultada por nosotros y por la experiencia de muchos años trabajando en Comunidades Terapéuticas tanto de Milán, Génova (Dr. Arestivo) y Roma (Dr. Sauá), en Italia, como la experiencia de la Comunidad terapéutica instalada en dos pabellones del Hospital Psiquiátrico del Paraguay (Dr. Arestivo y equipo), han sido conceptualizadas y pueden servir para delinear en este contexto, un primer esbozo teórico de la Comunidad Terapéutica. Y es importante señalar que a partir de esos conceptos pudimos elaborar, con las adecuaciones pertinentes, proyectos para usuarios no psicóticos y para adolescentes en situación de calle (Ñemity), como existe en Paraguay, y para adolescentes infractores de la ley (Centro Educativo de Itauguá). Es importante comprender lo que le pasa al sujeto con trastorno mental, en ese sentido debemos entender que el enfermo mental, es antes que nada

una persona y que sufre porque no comprende lo que le pasa, porque no es comprendido y porque él no comprende a los otros. Este es el sujeto que debemos asistir y cuidar, es decir asistir como paciente y cuidar como persona.

Indudablemente, al estar en estas condiciones, su familia no lo contiene y por el contrario lo margina, o hasta se puede decir que lo rechaza. Esto significa un mayor ensimismamiento, una mayor auto marginación, agravando no sólo su cuadro psicopatológico sino su mayor sufrimiento como persona.

Cuando atendemos a una persona con trastorno mental, tenemos ante nosotros un cuadro psicopatológico propio de la enfermedad, y a esto hay que sumarle los agravantes aportados por su entorno social. Lo psicopatológico “puro” se ve alimentado, enriquecido por un entorno social hostil.

No es que acusamos a la familia de intolerante o agresiva, es que tener en la familia una persona a quien no la comprendemos, que tiene conductas raras, que perturba la armonía familiar y no sabemos qué hacer, indudablemente porque no entendemos lo que pasa y queremos ayudarla y no podemos; ese espacio del hogar, en esas condiciones, ya no es saludable para el sujeto ni para la familia.

Cuando hablamos de desmanicomialización, estamos hablando de plantear un paradigma diferente. Un concepto diferente de salud mental y enfermedad mental, una actitud diferente en el manejo de la persona con trastorno mental, un concepto diferente del proceso de cambio, una actitud diferente en la manera de pensar del profesional y cómo proceder en el objetivo de aliviar el sufrimiento, que en última instancia es el gran objetivo del psiquiatra, del psicólogo, de la enfermera y cualquier profesional de la salud.

Esta problemática plantea que este sujeto debe estar contenido por sobre todas las cosas, y esto significa implementar un ambiente para el efecto, con esto disminuiríamos considerablemente los factores sociales que agravan su trastorno psicopatológico. Desde luego, se le deben indicar racionalmente aquellos psicofármacos que dis-

minuyan la sintomatología, es por eso que hablamos de que a este sujeto se lo debe tratar y cuidar.

Lo ideal es que esta persona en algún momento vuelva a su hogar, en ese sentido, la familia debe ser “capacitada” y preparada para el retorno. Este retorno debe ser progresivo, y es por este motivo que la internación no debe estar lejos de su entorno social.

El proceso de cambio lleva su tiempo, aun cuando los síntomas hayan disminuido o desaparecido, no significa que el paciente esté curado. El paciente debe recuperar su equilibrio psicológico y social. Esto es, debe reestructurar su mundo interno, debe reacomodarlo, debe incorporar la experiencia del trastorno sufrido y aceptarse como persona.

La internación que en un momento fue de tiempo completo, debe pasar a una internación de tiempo parcial, de tal manera que también pase horas en su casa, para que la familia también lo vaya aceptando de a poco. Es por eso que la familia debe ser orientada.

El alta apresurada pone al sujeto en la misma situación en la cual se enfermó, y de esta manera se facilita a que se inicie de nuevo su trastorno.

Los elementos que hemos conceptualizado son:

### **El valor terapéutico del ambiente**

En base a todos los autores consultados por nosotros y nuestra propia experiencia, otorgamos al ambiente un valor terapéutico de primerísima importancia. En algún momento se le llamó también como socioterapia o ambientoterapia.

Rapaport, conocido estudioso de estas innovaciones, expresaba, refiriéndose a esta modalidad, que toda la organización social del hospital en su totalidad, y no sólo la intervención del médico en su especialidad, determinaba de este modo un resultado terapéutico.

Se creaba así un ambiente particular (“Milieu therapeutique”) que favorecía la recuperación de la salud mental en un modo más activo y personalizado, respecto a los métodos rutinarios y despersonalizados de un Hospital psiquiátrico tradicional.

Es el “ambiente relacional nuevo” constituido por todos los protagonistas de la comunidad terapéutica: operador, pacientes o llamados también usuarios, y familiares que se convierten en el primero y principal agente de cambio de una Comunidad terapéutica (CT).

En una CT según Alan Kraf, reconocido estudioso de las CT americanas, todas las estructuras sociales de la sede del tratamiento están implicadas en el proceso terapéutico.

Ella está organizada y desarrollada de tal manera, para que sea posible realizar un fin terapéutico, en lo que se refiere a todas las relaciones y todas las actividades de la vida en la CT.

La CT opera en base al principio de que todos los procesos sociales e interpersonales que en ella se desarrollan son importantes para lograr un cambio en el sujeto.

Por lo tanto, se tomó muy en cuenta esta situación y se planteó como respuesta una red de comunicaciones como un factor terapéutico importante. En esta red se incluyen comunicaciones de todo tipo: manifiestas y latentes, verbales y no verbales, conscientes e inconscientes, y en todos los niveles entre los pacientes, entre éstos y los operadores, y entre los operadores entre sí. Se examinan las deformaciones perceptivas y afectivas de la comunicación en todas las relaciones, no sólo fenómenos de transferencias y contra transferencias sino la relación médico-paciente. Para tener un efecto terapéutico la comunicación debe ser abierta, honesta, hábil, en tiempo y con un fin.

La atención de la cual es objeto la comunicación tiene dos fines:

- Todos los pacientes tienen dificultad en la comunicación, tienen sentimientos, pensamientos e impulsos que no saben cómo manejarlos, cómo expresarlos, por otro lado tienen a su vez dificultad en comprender la comunicación de los otros, situación ésta que implica un aislamiento producido por las dos vías. En este ambiente comunicacional se les induce a identificar y a expresar verbalmente lo que sienten, y a disminuir las deformaciones perceptivas de las comunicaciones provenientes de los otros.
- Los fines de la comunicación abierta se dirigen a las necesidades organizativas y clínicas de la CT.

Tal tipo de comunicación ayuda al personal y a los pacientes a conocer sus propios roles, limitaciones, responsabilidades y autoridad, lo que posibilitará un mejor manejo de sus actividades; de esta manera se aumentan las eficiencias en el dar el máximo de informaciones sobre lo que hace, cómo lo hace y por qué lo hace, ejerciendo un rol determinado. Esto ayuda a comprender mejor al paciente y a que él comprenda mejor la situación, situación ésta que permitirá tomar mejor las decisiones.

Este nuevo tipo de relación no es otra cosa que un cambio de actitud del operador con el paciente, donde se analizan todos aquellos aspectos que permiten la mejoría y rehabilitación del paciente, que es visto y tratado como persona.

El cuidado del mismo significaba un acercamiento humano importante, tanto para el paciente como para el operador; este sentirse comprendido, sentirse que existe, que es escuchado, que es reconocido como persona, significó no sólo la mejoría de la patología sino que ellos mismos se convirtieron en protagonistas de su propia evolución.

Esta intervención Socioterapéutica nos demuestra también, que no toda la amplitud de la sintomatología es expresión biológica, sino también tiene una incidencia psicosocial, es decir, a veces el síntoma no es sino una reacción a una situación que está pasando el paciente, ese plus se agrega al síntoma de base.

Es pues necesario decirlo aquí, que los tratamientos psicofarmacológicos usados racionalmente, deben acompañarse de “tratamiento” humano o psicosocial. Este tratamiento integral es el que va a permitir que el paciente ingrese al ámbito social, porque re-aprendió roles y conductas que no van a ser rechazadas, así mismo el esquema socioterapéutico puede proveer conocimientos y destrezas que le permitan desarrollarlas en la vida social.

Según Schoenferf, la CT es un tentativo de construir un ambiente relacional, diferente, un verdadero laboratorio de relaciones humanas tendencialmente más sanas y más maduras que el ambiente psicosocial donde los disturbios mentales tuvieron su origen.

Contradicciones, exclusiones, deformaciones, y otros mecanismos que hicieron difícil la comunicación con los otros, resultan aquí sistemáticamente aclarados y corregidos, permitiendo “una relación nueva basada en la verdad y en la fe”, donde se reduzcan los miedos de hacer conocer los propios sentimientos y las situaciones vividas, y se potencialice una relación nueva y diferente con el otro.

Muchas veces se plantea ponerle palabra a un acto, lo que permite un mayor control de los impulsos. También el staff participa de este continuo proceso de desarrollo y aprendizaje y de las comunicaciones cada vez más humanizadas.

Todo este sistema relacional no constituye una determinada actividad, forma parte del sistema de vida, es un sistema de comunicación continua, casi se puede decir se crea una cultura de la CT. Este ambiente donde se desarrollan la comunicación y las relaciones humanas permite un ejercicio de la libertad.

### **El valor terapéutico de los DDHH**

Indudablemente, la modalidad manicomial, custodialística, vulneraba los derechos fundamentales de las personas allí internadas. Situación ésta que a los trastornos mentales, objeto de su internación, se agregaba en forma casi irreversible una desestructuración de la personalidad, totalmente iatrogénica.

En efecto, varios factores patológicos y totalmente dependientes del “ambiente manicomial” constituyen entre otros los siguientes:

- Pérdida de la identidad, Uno de los derechos humanos más importantes es el derecho a tener una identidad.

Los pacientes internados que han perdido su individualidad y su libertad por su trastorno, sufren inexorablemente la pérdida de sí mismo en el manicomio.

El trastorno psiquiátrico que sufre un sujeto de por sí produce una desestructuración de su “yo”, generando angustia y desolación; su gran dificultad a comunicarse y por ende a relacionarse, en la cual no se hace entender ni entiende al otro, lo aleja, lo aísla, experiencia que se amplifica si a esta dramática situación le agregamos un tra-

to inhumano, donde ni siquiera puede acceder a sus pertenencias, no accede a contactar con sus seres conocidos, sólo tiene a su lado otro sujeto como él. Los enfermeros, lejos de querer comunicarse, lo agreden, y el médico sólo atina a tratar el síntoma. Su identidad, que estaba confusa al inicio, termina por perderla en esa Institución. El tipo de comunicación en la modalidad manicomial es la verticalista.

En la CT se plantea un trabajo que apunta a recuperar su identidad, en un proceso de aprender a comunicarse y a relacionarse con libertad. El entorno ejerce una gran influencia en la conformación de la especificidad de cada sujeto. Es en este sentido que uno de los cambios radicales que plantea la Comunidad terapéutica es la horizontalidad en la comunicación.

- La libertad es una condición del ser humano, que si bien se nace con dependencia a la madre, indefectiblemente sufre un proceso de ir asumiendo su libertad, la imposibilidad de ser libre se torna indefectiblemente patológica.

El enfermo mental está atrapado; sus ideas, sus pensamientos están en estado caótico impidiéndole tomar decisiones asertivas, sólo actuar en función a sus impulsos. La supuesta Institución terapéutica le restringe aún más, encerrándolo, o utilizando camisas de fuerza o neurolépticos, y de esta forma le privan aún más su libertad. Ante esto y entendiendo que la asunción de la libertad es un proceso necesario para lograr que el paciente se sienta una persona digna, la Comunidad Terapéutica enfoca esta situación creando un ambiente de aceptación al paciente a través de la tolerancia, del intento de establecer relaciones, de comprender de alguna manera lo que nos quiere decir y de que él también comprenda; todo esto genera una reacción favorable, el paciente se siente contenido, se siente aceptado y poco a poco se va sintiendo persona, su proceso de libertad avanza mejorando ostensiblemente.

- La educación es un derecho básico que al paciente le ha sido negado, porque su trastorno imposibilita el ingreso a la educación oficial y en las Instituciones custodialísticas directamente no se ocupan de este tema, lo ignoran.

El sujeto en esta situación no puede acceder a conocimientos básicos, lo que denota más aislamiento, y esto vuelve más difícil la comprensión de los fenómenos naturales de su entorno.

La Comunidad Terapéutica se plantea la educación como un proceso de cambio: cuando el sujeto logra adaptarse al ambiente comunitario se inicia el proceso educativo, como se verá más adelante, y que permitirá una mayor comprensión de lo que ocurre en su entorno.

- La salud es otro de los Derechos humanos básicos que está bastante olvidado en los manicomios. No existe una alimentación sana, no existe un control de la salud de cada paciente, no se sabe si sufre de diabetes, de presión alta, de obesidad, etc., sólo se atienden las urgencias.
- En la Comunidad terapéutica, como se verá más adelante, cada paciente es controlado a su ingreso, además se le enseña al cuidado de su salud y se realizan actividades físicas saludables.

Los DDHH, en la CT, no sólo se aplican porque es una obligación, se ha demostrado que su aplicación también es terapéutica desde el punto de vista mental, utilizándolo como una actividad.

### **La importancia de sentirse persona**

Si bien es un DDHH de cada sujeto, el sentirse persona es fundamental, es sentirse que uno existe, que uno es persona, esto lógicamente hace referencia a la comunicación, a las relaciones con otros. Una persona sin trastorno puede enloquecer si lo privamos de relaciones humanas, como sucedieron en las prácticas de torturas llevadas a cabo en los campos de concentración alemanes durante la Segunda Guerra Mundial. El paciente muchas veces por su mismo trastorno tiene dificultad en reconocerse como persona, y en la internación manicomial esta situación se acentúa, por el hecho de su propio aislamiento, por su dificultad a comunicarse; a veces pasan años sin mirarse al espejo, pierde las rutinas básicas de comportamientos cotidianos y todo esto hace a que no sepa quién es, que no se sienta un ser humano, que no tenga conciencia de su existencia.

Este otro aspecto existencial del paciente es manejado en la CT porque constituirá una de las metas. Siempre el ambiente democrático, relacional y comunicativo de una CT colabora eficazmente a rehabilitar al sujeto. Estos detalles como otros se estudian y se buscan las respuestas que son evaluadas.

### **La integración entre democratización, permisividad y autoridad**

Según Rappaport, estudioso de las primeras experiencias comunitarias inglesas, la integración en un ambiente democrático y paritario, un clima permisivo y tolerante, y una autoridad sin autoritarismo, es uno de los aspectos distintivos y más delicados de una CT. Integrar estos aspectos no es simple y requiere una gran madurez de parte de los operadores.

#### **A) Democratización**

Se refiere a la idea según la cual cada miembro de la Comunidad debe participar de cualquier modo en las deliberaciones, iniciativas, actividades y responsabilidades que se realizan en la CT. Toda esta debe ser reglamentada y en su elaboración deben participar los pacientes.

Lógicamente que en un principio, los pacientes, sobre todo los que recién ingresan y no conocen cómo se desempeña en la CT, los operadores deberán ir ayudándolos a participar, a hacerse cargo de sus derechos, a discutir lo que crean injusto y a cambiar las reglas si es necesario. Esta participación no debe ser coercitiva, no obligada, para evitar ponerse de nuevo a una modalidad anómala en las relaciones vividas por el paciente en el pasado con las propias figuras parentales, debe ser voluntaria, pero los operadores deben persuadir y ayudarlos a participar, no obligarlos.

Los modelos concretos de una democratización de una CT son las cambiantes reuniones con un fin organizativo, para realizar las asambleas, realizar los trabajos de la comunidad, en fin las actividades programadas o a programar, a las cuales los pacientes vienen estimulados a participar activamente según las diversas posibilida-

des de socialización. La participación voluntaria en las actividades es en sí muy importante en los miembros de la comunidad, porque participar es relacionarse, es interesarse, es pensar, es sentirse importante.

### **B) Permisividad**

Se entiende por esto al clima que debe reinar en la comunidad, clima de tolerancia y elaboración en cada situación, con una gama de comportamientos que en otros ámbitos sociales pueden parecer desviados o generar angustias en las normas comunes de convivencia humana. Esto debería permitir a los pacientes atrasados expresar libremente sus propios pensamientos, sus propias dificultades tanto a través de un lenguaje a veces incomprensible o lenguajes no verbales, como a veces conductas que emiten mensajes.

Una situación relativamente poco estructurada, con pocas reglas y prescripciones simples y claras favorece la libre manifestación de los síntomas y la comunicación de los contenidos inconscientes, cuyo análisis e interpretación serán considerados y estudiados en las reuniones técnicas o de supervisión. Las reglas deben ir estableciéndose cuando sean necesarias y en lo posible con la participación de todos.

Atenuar la tensión intra e interpersonal puede dar lugar a un movimiento significativo para las estructuras de la personalidad del paciente.

Así como en el análisis individual, la interpretación de la raíz inconsciente del comportamiento, hecha en un clima tranquilizante, puede ayudar al paciente a comprender, elaborar y superar los propios mecanismos patológicos, en modo análogo en las CT se tiende a enseñar a los pacientes una mejor gestión de las propias pulsaciones y una mayor tolerancia hacia sí mismo y hacia los demás.

En tal modo el paciente aprende gradualmente nuevos modelos de comportamiento, más gratificantes y con mayor satisfacción de aquellos antiguos.

### **C) Autoridad**

Es evidente que la gestión terapéutica sea la de “democratización” o aquella de la “permisividad”, son bastante complejas pero más aún lo es el ejercer la autoridad, formalmente responsable. Es el equipo de operadores el que debe definir vuelta a vuelta los límites de un comportamiento tolerable. Si tales límites llegan a ser trazados junto con los pacientes mismos, pueden ser evitados comportamientos drásticos y autoritarios que podrían incidir negativamente sobre los objetivos de cambio.

La autoridad en última instancia la ejercen los encargados de llevar adelante el cumplimiento de los reglamentos, y estos encargados deben ser pacientes y operadores.

De este modo la CT puede dar a sus miembros una experiencia emotiva correctiva. Si tal experiencia es vivida en un clima de aceptación, de calor, de intimidad, los efectos serán indudablemente benéficos y se podrá romper el circuito patológico en la base del cual está el hecho que al niño le fue negado el derecho a expresar su rabia porque sería juzgado como una insurrección hacia la figura de los padres y por lo tanto castigado como malo.

La dificultad en reconocer la necesidad de dar espacio a la agresividad infantil y contenerla con afecto, en forma tranquila, suave y estructurante, que es el deber de una verdadera educación con madurez, constituye la base psicodinámica de las diversas patologías psíquicas, entre las cuales en primer lugar están las personas que sufren de esquizofrenia.

### **La política de la horizontalidad policéntrica e interdisciplinaria**

Ya desde el inicio de la transformación de algunos pabellones de un Hospital Psiquiátrico clásico, cuya política funcional es la estructura vertical, se fue implementando el factor que hace y define a la Comunidad Terapéutica, la horizontalidad en las relaciones y comunicaciones.

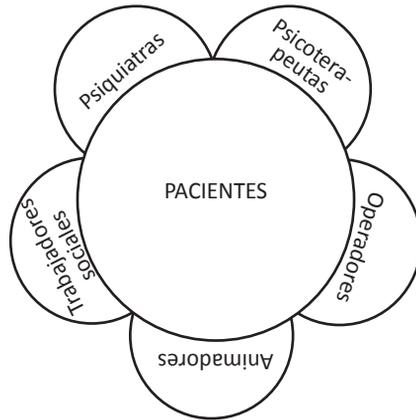
El objeto de esta transformación era permitir una comunicación más fluida entre todos los componentes del pabellón, y en particular

con los pacientes al servicio de los cuales se colocaba el equipo de operadores y permitía la creación de vínculos adecuados, que posibilita al paciente ampliar la estructura de su mundo interno, y acceder a nuevas experiencias y conocimientos.

Así pues, el objetivo principal estaba centralizado en los pacientes, y los operadores estaban al servicio de los internos dentro de una estructura horizontal, cada uno con sus roles específicos e integrados al plan terapéutico de la Institución.



***Clínica Psiquiátrica***



***Comunidad Terapéutica***

Los roles en la Comunidad terapéutica son específicos e integrados, con sus fines y métodos y relacionados unos a otros conformando un equipo interdisciplinario.

Los psiquiatras, los psicólogos, los trabajadores sociales, educadores, etc., que forman parte del equipo, todos deben reaccionar armónica y coordinadamente, y la responsabilidad del tratamiento integral es asumida entre todos.

Los instrumentos operativos del equipo son los encuentros o reuniones de presentación del paciente, de programaciones del proyecto, de supervisión del proceso de cambio. Estas reuniones son dirigidas generalmente por el jefe del pabellón o por rotación de los componentes del equipo.

El liderazgo en la Comunidad terapéutica se refiere más bien a la especificidad del rol y no como autoridad del pabellón, por lo que el liderazgo puede ser rotativo. Desde luego, en un Hospital psiquiátrico donde algunos pabellones incorporan esta modalidad, el jefe del Pabellón es nombrado por el Director del hospital, pero dentro del pabellón de Comunidad Terapéutica todos son responsables del proceso, aunque sea el jefe del pabellón que debe dar cuenta al Director del Hospital.

Este proceso de democratización es también novedoso para los operadores, ellos también, acostumbrados a la verticalidad no solamente del Hospital psiquiátrico sino en general en las Instituciones o empresas. Esto significa que los operadores a la par de los pacientes deben también habituarse y aprender esta forma de autoridad sin autoritarismo, esencial para conformar un equipo de operadores inteligentes capaz de razonar aun en disidencia con los otros operadores. Este es un verdadero problema en la continuidad de la Comunidad terapéutica, porque se depende de la aceptación o no de las autoridades hospitalarias.

Como es lógico pensar, una estructura horizontal es más difícil manejarla, porque se pone en juego el “poder” que cada uno ostenta y se pone resistencia a la rotación.

### **Criterios unificados de los operadores**

Los que conforman un equipo terapéutico en una Comunidad, deben tener bases conceptuales homogéneas en la concepción de la salud, la enfermedad y los criterios de abordajes.

Sería problemático plantear discusiones teóricas referentes a escuelas diferentes, dado que no es el espacio para ello. Así pues, en la selección del equipo se deben tener en cuenta esos aspectos. El aspecto a tener en cuenta es que no son las corrientes terapéuticas los factores importantes, en la Comunidad opera como factor terapéutico el ambiente creado, con una estrategia bien estructurada y razonada, todo lo que se haga en ella debe tener un sentido terapéu-

tico, por ello hablamos de operadores que integran sus actividades en un todo armónico.

Las terapias psicofarmacológicas, psicoterapéuticas, personales, grupales, y cualquier actividad cultural, deportiva o artística, deben estar integradas y tiene que haber un por qué y un para qué hacerlas.

## Capítulo VIII

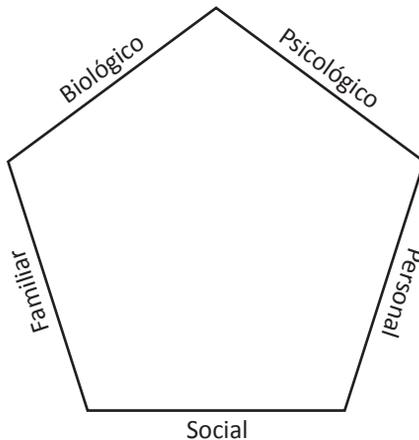
# Aspectos metodológicos de la Comunidad Terapéutica

### Premisa

Todos los autores que fueron revisados por nosotros sostienen que, desde el punto de vista metodológico, la originalidad de la C.T. para psicóticos consiste en la posibilidad de actuar en un programa de intervención simultánea, armónica, y combinada, sobre todos los aspectos de la personalidad comprometida en el disturbo del paciente psicótico.

Tal originalidad se basa en la convicción ya vivida por toda la cultura psiquiátrica contemporánea, de la hipótesis multifactorial de los pacientes psicóticos y en especial la esquizofrenia.

La esquizofrenia, en efecto, es considerada hoy, como un trastorno mental complejo que plantea estado de desequilibrio biológico, psicológico, familiar, social, y contribuyen –cada uno con su propio peso específico– a la variada estructuración de su etiología.



## **Etiología multifactorial de la esquizofrenia**

Por ser la esquizofrenia un trastorno que involucra muchos aspectos de la persona, analizaremos en este capítulo, brevemente, cada uno de estos factores y expondremos esquemáticamente el tipo de intervención específica que se actúa en comunidad, para corregirlos de algún modo.

## **El factor biológico y las intervenciones farmacológicas**

El factor biológico es lo que mejor se ha estudiado en la moderna neurociencia y del rebusque psicofarmacológico.

Fruto de estos estudios es la certeza, cada vez más aceptada por los investigadores, que el sistema de funcionamiento cerebral más comprometido en la enfermedad de los pacientes portadores de psicosis es el “sistema dopaminérgico”.

Tal sistema está compuesto por un complejo de núcleos subcorticales que están íntimamente ligados y sometidos a una hiperactividad intensa, especialmente en los periodos agudos de la enfermedad.

La “re conductibilidad” de tal sistema a sus límites fisiológicos de funcionamiento, es el efecto más vistoso de los fármacos neurolépticos, con la benéfica consecuencia terapéutica de la gradual reducción de los síntomas más clamorosos como la angustia, los delirios y las alucinaciones, la agitación entre otros que conforman el cuadro clínico.

Por estos motivos, la intervención farmacológica es una dimensión central de la C.T. para psicóticos, como en cualquier otra estructura psiquiátrica destinada al tratamiento de este tipo de pacientes. El abordaje biológico con psicofármacos constituye uno de los trabajos principales –no el único– del psiquiatra comunitario, que es la figura profesional competente destinada a tal fin.

Se da mucha importancia a los trastornos del sueño, la angustia que a veces se transforma en crisis y por supuesto los grandes síntomas como los delirios, las alucinaciones.

La farmacopea actual es muy amplia y los psiquiatras la utilizan de acuerdo a su propia experiencia. Es importante el uso racional de

los mismos, esto es indicarle lo mínimo necesario que tenga efecto terapéutico; el paciente, en lo posible, no debe estar “dopado”, porque debe activar, debe trabajar, debe intervenir en las reuniones. En los hospitales psiquiátricos fue muy frecuente su uso con fines de contención, de control más que terapéutico.

Los efectos colaterales de estos fármacos son menores y los principales son el aumento de peso y en menor grado los trastornos extrapiramidales.

Con bastante eficacia en el control y evaluación psiquiátrica lo hemos realizado en forma grupal, donde cada paciente era evaluado, al mismo tiempo se le explicaba y definía sus síntomas, y los trastornos neurobioquímicos que lo producían y los fármacos que debían consumir para normalizarlos. Esto significó que los pacientes se interesaran en la indicación médica, comunicaban si disminuían o aumentaban sus “voces” por ejemplo, pero sin la angustia ni el temor porque se fueron dando cuenta que esos fenómenos alucinatorios o delirantes no son del exterior sino de su propia mente.

Este factor psicoeducativo en explicarles a los pacientes para qué se le indicaba tal o cual medicamento resultó muy importante, porque se permitió a que el paciente sea consciente de que está enfermo y se le está ayudando a sentirse mejor.

### **El factor psicológico en el abordaje psico-terapéutico**

El descubrimiento de la existencia en el paciente psicótico de una particular estructura psíquica, que lo lleva gradualmente al alejamiento de la realidad y a encerrarse en sí mismo, se remonta a los estudios de Freud sobre la naturaleza del “narcisismo”.

Más tarde, numerosos investigadores pertenecientes a diversas corrientes psico-analíticas, pero en particular los que pertenecían a la escuela Kleiniana, descubrieron los mecanismos defensivos intrapsíquicos fundamentalmente que están en la base del “comportamiento psicótico”.

Tales mecanismos son: Proyección, introyección, identificación proyectiva, etc. El paciente se comporta y los utiliza en la comunidad y en los ámbitos donde actúa. Los operadores entrenados deberán

reconocerlos, porque estas conductas se analizan minuciosamente en las reuniones de supervisión y la gestión de los mismos es de fundamental importancia en el operar comunitario. Se debe tener en cuenta que los síntomas constituyen una manera de expresarse y de comunicar. El tratamiento psicoterapéutico debe ser coherente con los criterios teóricos que se siguen en la Comunidad terapéutica.

El terapeuta buscará gradualmente, junto con el paciente, reorganizar todos los aspectos desarticulados de su mundo interno, conteniendo y redimensionando las partes más destructivas y potenciando paralelamente aquellos núcleos que eventualmente todavía no han sido afectados por la enfermedad.

Se descubre así, casi siempre, cómo los disturbios del comportamiento de un determinado paciente, son las manifestaciones “simbólicas” distorsionadas enormes, tal vez monstruosas, de arcaicas necesidades infantiles mal satisfechas, que deben finalmente ser reconocidas, aceptadas y, en algún modo, gratificadas en un clima emocional nuevo, más integrativo, correctivo y estructurante.

La psicoterapia individual, junto a las otras intervenciones comunitarias, tiende a favorecer tal proceso.

### **La Psicoterapia de Grupo**

El psicodrama entre las psicoterapias de grupo es muy beneficioso. A veces es más fácil al paciente representar algo, mostrar con su cuerpo o con gestos (lenguaje no verbal), lo que le pasa en un momento dado y a través de la técnica propiamente dicha se logra ponerle palabra al gesto, lo que significa una recuperación consciente de algo que no comprendía.

Estos son aspectos terapéuticos propiamente dichos que se plantean en una Comunidad o fuera de ella. Pero lo importante de la modalidad Comunitaria son aquellos aspectos que la identifican y que se describen a continuación.

## **Abordajes en la Comunidad**

Como se ha dicho, el aspecto que hace a la intervención farmacológica es disminuir los síntomas psicóticos, lo que permite iniciar un proceso relacional.

El aspecto fundamental que identifica a una Comunidad terapéutica es el ambiente terapéutico; a la Comunidad terapéutica también se le ha dado en llamar “Ambientoterapia”, ambiente que se crea y que permite un abordaje integral en su interior.

El paciente que ingresa en una Comunidad Terapéutica se debe adaptar al modo de vida comunitario, debe ingresar a otra cultura, que le va a posibilitar un cambio. Hay que resaltar que la adaptación al nuevo sistema debe entenderse como un rescate de su individualidad, rescate que le permitirá participar, expresar, sentirse persona, darse cuenta que hay otro con quien puede comunicarse, relacionarse y sentirse capaz de darle un sentido a su vida.

Dentro de ese ambiente, se plantean abordajes específicos que apuntan a lograr una respuesta a las situaciones que van presentando.

Si tenemos en cuenta que el mundo interno del sujeto se conformó y estructuró en función a las relaciones humanas, con personas significativas, iniciadas en la niñez, dentro de una cultura de convivencia familiar determinada, y por desconocidas razones de índole biológico, psicológico o social (familiar) generaron una ruptura del equilibrio mental. La situación del sujeto cambia totalmente, un proceso se ha interrumpido y situaciones nuevas, desconocidas afloran en su mundo causándole miedo, angustia y pérdida de su capacidad de relacionarse, de comprender y de ser comprendido, generando su propio aislamiento y marginación.

En la Comunidad se crea un ambiente que permite que este sujeto con miedo y mucha angustia, inicie un proceso terapéutico. Él se sentirá de repente protegido, comprendido, y donde se posibilitan relaciones que le permitan comunicarse de alguna manera, de relacionarse con otros, que puede hasta sentirse útil.

Todo esto apunta a un re-aprendizaje a partir de la experiencia, en el sentido de redimensionar y poner en conflicto aquellas ideas y conceptos que le perturban. Este re-estructurar su mundo interno a través de nuevos y adecuados vínculos, eso es lo que pretende una Comunidad Terapéutica.

El ambiente terapéutico que se crea para el efecto diseña distintos abordajes para facilitar el proceso de adaptación necesario, a fin de que se sienta que está realmente contenido y asistido en su complejidad.

En un clima cálido, de respeto, de cuidado de los sujetos, se programa un abordaje personal, un abordaje grupal y un abordaje comunitario o social.

### **Abordaje personal**

Toda persona y en especial un paciente que se ve alejado de su hogar, que no comprende muy bien qué le está pasando y que tampoco lo entienden, genera una situación de angustia existencial muy profunda.

El abordaje personalizado es ponerle a su disposición un “tutor”, es un operador que constituye un referente que se ocupa de él. Es quien lo escucha, que aunque en principio no lo entiende, la propia disposición de atención personal permite al paciente comprender que está siendo cuidado y no solamente asistido, nociones que no son idénticas. No es en realidad una psicoterapia, es más bien un acompañamiento terapéutico, léase con efectos terapéuticos.

El rol del tutor es estar con él, es el referente a quien acude cuando tiene que decir algo o comunicarle, el tutor es una persona que debe estar cerca del paciente pero sin involucrarse emocionalmente, pero no debe estar lejos como para verlo desde la teoría.

El tutor debe tener encuentros frecuentes, el paciente se debe sentir contenido y apoyado. El tutor debe conocer a su familia y todas sus cosas, al plantearlo en las reuniones de supervisión el tutor debe ir armando el “rompecabezas”, debe escribir la historia no sólo clínica sino de la persona, esto lo conseguirá luego de un tiempo.

En su relación con el paciente, en el acompañamiento de su proceso de cambio, se irá definiendo hacia dónde quiere o puede ir el paciente, y junto con él debe ir elaborando un Proyecto de vida, no debe ser impuesto, sino el tutor lo debe ir descubriendo, qué es lo que el paciente quiere y puede hacer.

En ese Proyecto se deben establecer metas fáciles de cumplir y a corto plazo, de tal manera de ir escalando con los logros. Lógicamente el proyecto puede ser cambiado cuando sea necesario.

Es en función a este Proyecto que el paciente debe orientar sus actividades, sean estas educacionales o laborales; es bueno que el paciente quiera hacerlo, tal vez sea un estímulo importante en su proceso, es plausible que los familiares estén al corriente de todos esto y lo puedan estimular y ayudar. Es el tutor el que lo ayuda a no desviarse de su proyecto, a superar el impasse que surge frente a su proyecto.

El Proyecto de vida es muy importante para el paciente, porque si lo logra puede significar mucho para él.

Con esto planteamos que el proceso de cambio no termina con la disminución o desaparición de los síntomas. Debemos entender que desde allí se inicia realmente el proceso de cambio y el Proyecto de vida debe constituir como una brújula que debe seguir. En ese sentido, el tutor apoya un proceso que el sujeto va elaborando acercándose o rechazando muchas veces de manera repetitiva. Apoyo no es una palabra cualquiera en la CT, apoyo es permitir que el sujeto no caiga, que se mantenga de frente, gracias a un proyecto y al proceso mismo, eso es lo que el tutor apoya.

Aquí es fundamental también el involucramiento de la familia, porque ella requerirá también un acompañamiento de lo que está viviendo el paciente y se deberá orientarla para ir organizando el futuro del sujeto.

El tutor en las supervisiones, no sólo debe plantear la situación del paciente sino también cómo está su relación con él, cómo logra mantener la distancia correcta. Cómo está emocionalmente en esta relación. Él necesita a su vez una contención psicológica.

## **Abordaje grupal**

El abordaje grupal significa que el sujeto debe formar parte de un grupo de no más de 10 a 12 personas, se lo conoce como grupos pequeños y con modalidad operativa.

En la Comunidad que nosotros planteamos, por el tipo de pacientes que tenía el pabellón del que nos hicimos cargo –había pacientes recién ingresados, agudos pero sin tener una historia de internación, otros pacientes medicados ya, compensados de poco tiempo de internación y otros pacientes de varios años de internación, crónicos, pareciendo muy deteriorados–, era imposible generar grupos mezclados; entonces creamos una modalidad que le llamamos Flujograma. Creamos tres tipos de grupos de acuerdo a niveles de estado.

Un primer nivel eran los pacientes más crónicos, con bastante deterioro, si bien eran tranquilos deambulaban sin sentido, no se los entendía, el objetivo era cambiar a una situación psíquica más comprensible, lograr un poco de comunicación, y darle un sentido de protección y de contención. Siempre en el primer nivel.

En principio la adaptación señalada se debe realizar a través de actividades grupales, en otros términos, esa adaptación significa lograr que el paciente participe, se sienta en su “casa”; para lograr este objetivo se dispone de grupos diferenciados por niveles de adaptación. A esto lo llamamos “Flujograma”, que tiene por objetivo que el paciente integre un grupo en un nivel donde se incluyen los nuevos, y a medida que se van adaptando, pasan de un nivel a otro. Se establecen así grupos no más de 10 personas que son los “nuevos”, los que recién ingresan, que no tienen idea de las normas, de lo qué es lo que hay que hacer; generalmente son pacientes que se están compensando con su tratamiento farmacológico, con residuos de síntomas.

Se crea entonces un grupo con un primer nivel, allí un operador, siempre el mismo, también los pacientes deben ser los mismos, se reúnen una vez al día y se desarrollan actividades muy simples, desde conocerse, conocer el lugar, conocer su cuerpo a través de ejercicios y expresión corporal, en enseñarles el horario y las normas

más simples e importantes; lo importante es que estén siempre en actividad.

El paciente a su ingreso ya debe tener un tutor que lo oriente. Cuando el paciente después de algunas semanas se va habituando, se va familiarizando, pasa a un segundo nivel, donde las actividades van siendo más complejas, se inicia a trabajar sobre sus responsabilidades, se le otorga un rol determinado y se le explica cómo lo deben hacer, luego en el grupo se evalúan los logros y las dificultades y se buscan practicar las correcciones.

Esto generalmente dura dos o tres meses, de ahí pasa al otro nivel si es que se determinan que sean tres. Este sería el grupo de pre alta, donde se inicia la planificación de su alta, en el sentido del abandono de la internación para pasar a un Centro Día, es decir una Comunidad donde opera en horas diurnas (de 08 a 18 hs. por ej.) y pasa las noches en su casa.

En estos grupos el paciente debe ser estimulado no sólo a cumplir las actividades o tareas, en las reuniones debe ser estimulado a expresarse, a decir lo que siente, a contar su historia, y contar de su Proyecto de vida, es importante que los compañeros se involucren y también se interesen por las cosas del otro.

Estas reuniones deben ser planificadas, es decir con un cierto orden, pero debe permitir fundamentalmente la participación del paciente.

Generalmente se utiliza la técnica de los grupos operativos adaptados a estos miembros.

### **Abordaje Comunitario**

Se supone que cada paciente tiene una asistencia personal con un tutor que lo escucha, lo orienta, lo contiene, que forma parte a su vez de un determinado grupo de niveles, donde él puede expresarse, participando activamente y planteando situaciones que le interesan a él y al grupo.

Pero como vimos la Comunidad es el ambiente donde vive, donde se desenvuelve, donde es miembro y se relaciona con otros, por lo

que debe haber reglas de convivencia, horarios que cumplir, tareas que realizar, etc.

Todo esto no puede ser analizado en un grupo si no están todos.

Uno de los espacios que identifican a la Comunidad es la “Asamblea” o “Reunión General”, ésta se realiza una vez a la semana y participan todos los miembros, operadores, profesionales y pacientes, en principio lo maneja un operador y poco a poco se hace ayudar por pacientes del último nivel, allí hay una agenda que cumplir con temas que cualquiera puede sugerir. Allí se deciden los puntos del reglamento que pueden ser revisado como ser horarios, menú, actividades etc. También se plantean los conflictos entre los miembros, salidas, paseos, altas.

Este es un espacio democrático, donde se pueden elegir a representantes de los grupos o de los pabellones.

## Capítulo IX

# Las herramientas de la Comunidad Terapéutica

Debemos expresar que cada Comunidad Terapéutica es diferente a otra, varían en las actividades, en la manera que encaran la conducción de la misma, pero todas tienen en común de que el paciente es la razón de ser de la Institución, de la preservación de los DDHH, de la democratización de la Institución y donde los pacientes deben ser protagonistas de su propia mejoría.

### **El ambiente Terapéutico**

La Comunidad Terapéutica se vale de factores múltiples que impulsan un cambio en la estructura del mundo interno del paciente, mediante la creación de un ambiente propicio por un lado y una actitud con el paciente por el otro. Asimismo se plantea su situación actual y se apunta a un proyecto de vida para su futuro.

El ambiente que se crea es por naturaleza terapéutico, porque el paciente más que un internado es un miembro activo, que participa, que coopera con el proceso de cambio, en un clima de respeto, de un orden que se rige por reglamentos no represivos, de actividades que apuntan a pensar, a hablar, a relacionarse y crear vínculos y adecuar su mente a la realidad. El paciente está, en lo posible, en constante actividad, donde se priorizan los grupos de actividades de diversa índole.

En la Comunidad no hay gente de blanco, no hay discriminación, todos son iguales con diferentes roles, el trato es amable y siempre conciliador. La comunicación es horizontal, el paciente tiene las puertas abiertas para dirigirse a cualquiera de los operadores y autoridades de la Institución.

## **El tutor o atención individualizada**

Como se verá más adelante, todos los residentes tienen un operador que funge de tutor, que sin ser terapeuta lo escucha, lo cuida en el sentido de atender sus necesidades, sus angustias y con él se elabora un proyecto de vida y es quien se comunica y orienta a sus padres.

## **Atención grupal... el grupo**

Los grupos pequeños de 8 a 12 personas constituyen el espacio ideal para un aprendizaje de vida. Hay grupos que se conforman espontáneamente en función a situaciones que se presentan y que despierta interés de los pacientes. Estos grupos son informales y pueden tener o no continuidad; hay otros grupos que son más formales en el sentido que son las mismas personas que lo conforman, que siempre tienen el mismo coordinador, sus reuniones son pautadas y tienen objetivos a largo plazo. No son grupos de terapia propiamente dicho, aunque de por sí apuntan a estimular las relaciones entre sí y permiten crear un clima propicio a participar sin miedo, con seguridad, donde se facilita la comunicación, el relacionamiento y con el tiempo se genera un vínculo, que significa reconocer a otro con afecto, con criterio diferente al mío. A este grupo se lo denomina Grupo Operativo siguiendo el esquema de Pichon-Rivière, donde el tema surge de los integrantes, se discute entre todos, el coordinador facilita las intervenciones y en un momento dado explica lo que está sucediendo no sólo en el sentido de lo expresado sino también de la actitud de los miembros. Esto a su vez es tema para continuar participando.

En este espacio, el paciente, por las reacciones a su intervención siente que existe, que lo reconocen, que tiene una identidad que estaba bloqueada, se va conociendo un poco más a sí mismo. Este interactuar hace que salga de su ensimismamiento y se involucre más en la realidad.

## **La Asamblea o Reunión General**

La Asamblea constituye el sello de la Comunidad terapéutica, no se concibe una Comunidad Terapéutica donde no haya Asamblea o Reunión General; ella representa el espacio democrático, el espacio de participación, de expresar lo que siente, lo que le gusta o lo que disiente. Es un espacio donde asisten todos, los operadores y pacientes sin distinción; quizás al principio dirige un operador y se hace ayudar por un paciente, para que más tarde lo pueda dirigir él. Hay una agenda a seguir y se debe respetar el uso de palabra. En este espacio desaparecen las jerarquías, los roles de terapeutas, funcionarios administrativos y pacientes desaparecen, todos son considerados personas. Este importante espacio se realiza generalmente una vez a la semana, pero cada Comunidad debe establecer como sea conveniente.

Se llama “Comunidad Terapéutica” porque todo lo que se hace en ella tiene por fin ayudar al paciente a recuperar su salud mental. Es importante señalar que todas las corrientes terapéuticas que tienen por principio el asistir a la persona y no solamente calmar el síntoma son factibles en una Comunidad, siempre que todos los operadores estén de acuerdo en el modo de operar, evitando que surjan diferencias conceptuales.

## **Reunión con los padres**

Periódicamente es necesario reunir a los padres e involucrarlos en el proceso de rehabilitación de sus hijos, a fin de informarles acerca de la situación general de los mismos, orientarles en el relacionamiento y establecer con ellos un programa de retorno a su hogar.

Este es un espacio fundamental en una Comunidad terapéutica, aquí es importante analizar y evaluar entre todos el proceso de cada actividad, el manejo que cada operador realiza a fin de tener una idea global del funcionamiento y sobre todo corregir o mejorar la atención.

## **Preparando el retorno**

El retorno o alta definitiva es un largo proceso, el paciente puede ser dado de alta de la Comunidad Terapéutica e iniciar un programa de retorno gradual, que ya se inició en la Comunidad, al regresar los fines de semanas a su casa, etc., pero debe continuar su proceso de recuperación. Existen estructuras intermedias necesarias (un Centro Día u Hospital Día) en las que el paciente, ya disminuido de sus síntomas o sin ellos, pero que aún no está preparado para asumir un rol en su familia o en la sociedad, puede continuar con su proyecto de vida iniciado en la Comunidad, para lo cual deberá intentar capacitarse a fin de realizar actividades laborales. Estas estructuras intermedias son derivaciones del esquema terapéutico de las Comunidades.

## **Notas conceptuales acerca de la Rehabilitación**

Todas estas herramientas forman una trama en la que la idea de rehabilitación resulta clave, porque define una posición ante la situación planteada por el paciente. En este sentido, pueden destacarse algunas líneas básicas sobre dicha idea.

1. Rehabilitación es un proceso, no una actividad. Rehabilitar psicosocialmente es reconstruir o ajustar aquello que por diversas circunstancias se ha fragmentado. Si hablamos de personas con trastorno mental, ello supone deterioro del mundo interno y eso en consecuencia genera malestar en sus entornos; igualmente sucede en los adolescentes infractores que generalmente provienen de una cultura de calle. La calle detenta sus propios valores, su propio sentido de realidad y genera muchas veces transgresiones a leyes que derivan en que sean condenados a una penitenciaría.
2. Para comprender el concepto de rehabilitación debemos comprender cómo nos hemos habilitado primero. Habilitado significa que hubo un proceso previo de aprendizaje, de conocer nuestros roles sociales, los valores, los principios, los criterios y conceptos de las cosas y las conductas que nos permiten satisfacer nuestras necesidades y que nos otorgan la competencia de

hacer frente a nuestra vida en forma moderadamente satisfactoria. Esto se da desde el mismo momento en que nacemos, y en la convivencia en la familia aprendemos todo lo necesario para que estemos “habilitados socialmente”; la familia es el ambiente querido para esta circunstancia. Se entiende entonces habilitación a partir de identificaciones.

3. Si queremos plantear una rehabilitación a los jóvenes infractores, como lo exige la ley, o a las personas con trastorno mental como lo exigen la psiquiatría moderna y la psicología, debemos crear un “ambiente” en este caso artificial (la familia era un ambiente “natural”), donde se generen en todo momento situaciones de aprendizaje social (social learning), y esto se va a dar manejando adecuadamente las comunicaciones, los vínculos, las relaciones, generando situaciones donde los derechos humanos sean los fundamentos de la convivencia. Este ambiente, que podemos llamarle “terapéutico” o psicoeducativo, va a posibilitar al usuario ir aprendiendo pautas de convivencia activas, a través de normas y conductas que permitan estar bien, reconstruir su identidad, sobre todo admitir y valorar la existencia de un Otro.
4. La rehabilitación no es una actividad, es un proceso, pues es en donde se fomentan la participación como el despliegue de roles; permite expresiones, interacciones que emergen de la actividad y cumplen funciones rehabilitatorias. Las actividades no son rehabilitatorias de por sí, son los procesos que surgen de ella los que posibilitan la satisfacción de las interacciones. Las interacciones, si son insatisfactorias, significa que existe una falla en el desenvolvimiento de la actividad; la insatisfacción debe llevar a reconsiderar la conducción de la actividad y no considerar que la insatisfacción es propia y natural de la interacción.
5. Tanto la penitenciaría como los hospitales psiquiátricos asumen la rehabilitación y la difunden como el resultado de un trabajo de manualidades, ya sea artesanías, agricultura, horticultura, escultura, pintura y otros. Esta concepción divulgada busca tranquilizar a la sociedad transmitiendo un mensaje encubridor. Se

encubre que la rehabilitación no puede ser producto sino de las interacciones. La rehabilitación sin interacción no existe en materia de conducta humana.

6. Las instituciones hospitalarias y penitenciarias, al no concebir la rehabilitación como interacción resultado de una actividad, cumplen funciones no rehabilitatorias sino de custodia. Cumplir funciones de custodia genera, entre una de las consecuencias más importantes, la de cerrar toda puerta de salida; cumple una función “iatrogenizante” es decir por extensión podemos aplicar este concepto al mal que se produce a los internos hospitalarios o penitenciarios. Pues iatrogenizar es inhibir o impedir la posibilidad y el deseo a salir de un estado de malestar. Es cierto que iatrogenia es un concepto del ámbito médico, pero lo usamos acá para describir mecanismos iatrogenizantes en las instituciones.

7. Aparte de los conceptos emitidos sobre la rehabilitación, es necesario comprender lo que pasa con una persona con trastorno mental o un adolescente infractor.

Esa persona se encuentra sola, tal vez confundida y angustiada, por no comprender qué le está pasando. Además, en el caso de los adolescentes infractores, ellos sufren maltrato, son rechazados por todos, la sociedad es hostil y dura con ellos. Ese sentimiento que tal vez lo sufre él solo, en su intimidad, constituye una barrera grande para lograr su estar bien. Es por ello, que en ese “ambiente” donde debe vivir, sea en la penitenciaría o el Hospital psiquiátrico, que realmente se propone rehabilitar, debe antes que nada organizar un ambiente como el que señalamos anteriormente, y la persona debe tener un referente psicólogo o educador a quien él pueda acudir, un “tutor” que lo pueda contener; no es una psicoterapia, es una especie de maternaje que le permitirá a la persona en cuestión sentirse más segura. porque sabe que puede contar con alguien.

8. El tutor, una vez que ha alcanzado cierta confianza y teniendo datos de la personalidad del sujeto, conociendo sus talentos, sus inclinaciones, podrá ir poco a poco elaborando un plan de vida.

Plan que tendrá metas posibles a corto, mediano y largo plazo, en las cuales se podrán establecer actividades que lo capaciten, que lo acerquen a su proyecto. Aquí sí hablamos de actividades que le acercan a la rehabilitación, porque éstas estarán incluidas en su proyecto. Su Proyecto de vida debe incluir aspectos de su educación, de sus afectos, aspectos laborales y relacionales. En todo momento se deberá pensar en la sustentación del mismo.

9. Solamente la custodia, sea del adolescente en la penitenciaría o el sujeto con trastorno mental en el hospital Psiquiátrico, sin ningún tipo de cuidado como persona a sus derechos humanos, terminará con graves consecuencias; el adolescente sin un norte, abandonado a sí mismo, a su suerte, sólo podrá relacionarse con otro igual con quien intercambiará experiencias, vínculos que no le permiten crecer emocionalmente. Cada día el adolescente infractor habrá aprendido nuevas técnicas de delinquir, con un sentimiento negativo hacia lo social, y su conducta será anti social, agresiva, y aquí delinquirá no solamente para sobrevivir sino como reacción por sentirse anulado, rechazado y discriminado. La penitenciaría de custodia, mal llamada “Centro Educativo”, deformará la personalidad y producirá daños irreparables, no solamente en el adolescente sino a la sociedad misma.
10. En lo que hace referencia a las personas con trastornos mentales, en las Instituciones de custodia, sin un programa personal de rehabilitación, sólo se conseguirá cronificación del paciente y ello llevará al llamado “Hospitalismo”, en el cual el paciente se adapta a la vida hospitalaria, sin preocuparle quién es, sin tener el pensamiento de una vida futura diferente, donde pueda trabajar y conformar una familia. El sistema custodialístico, manicomial, sólo sirve para destruir la personalidad del individuo.

3era. PARTE

LA REFORMA  
PSIQUIÁTRICA EN ITALIA



## Capítulo X

# La reforma psiquiátrica italiana Franco Basaglia (1924-1980)



### **Protagonista**

Es el principal protagonista de la Reforma Psiquiátrica Italiana. Graduado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Padua en 1949, se especializó posteriormente en Psiquiatría y Neurología en esa misma institución.

En 1958 obtiene la docencia libre en Psiquiatría, a la cual renuncia, a causa de sus ideas profesionales de inspiración fenomenológica y existencial (Jaspers, Minkowsky, Binswanger, Foucault y otros),

incompatibles con la psiquiatría de orientación prevalentemente organicista de aquel tiempo.

En 1961 se transfiere a Goritzia para dirigir el Hospital Psiquiátrico de esa ciudad, sufriendo un fuerte impacto emocional al contacto con la brutal realidad manicomial de esa institución.

En 1962 visita la Comunidad Terapéutica de Maxwell Jones en Inglaterra, y decide transferir tal modelo al hospital de Goritzia: se eliminan los electroshock y la contención física, se usa sólo la terapia farmacológica, se abren los pabellones y se renueva el trato del personal con los pacientes considerados ya no como “enfermos mentales” sino como personas humanas afectas de “disturbios psíquicos”, particularmente graves.

En 1968 publica su libro *La Institución Negada* –con gran éxito editorial–, en el cual describe su experiencia goritziana.

En 1971 es nombrado director del manicomio de Trieste, donde reporta tal experiencia y la amplía con la inclusión de laboratorios de creatividad artística (pintura, teatro, artesanía) hasta la organización de cooperativas de trabajo de pacientes que comienzan a producir objetos retribuidos, ayudados por los Operadores. Tales iniciativas comienzan a cambiar gradualmente el ambiente interno del hospital, que se cierra en 1977 y es sustituido por una red de “servicios territoriales externos” que se ocupan de la atención y del seguimiento de personas afectas de “disturbios psíquicos” de diversa natura.

El 13 de mayo de 1978, el Parlamento Italiano aprueba la Ley 180 de la Reforma Psiquiátrica conocida como “Ley Basaglia”, en honor a su principal protagonista. Tal ley prevé la gradual sustitución de los manicomios por una serie de “estructuras territoriales intermedias destinadas a la detección y al tratamiento de personas sufrientes de diversos tipos de disturbios psíquicos. Tales estructuras son:

- las salas psiquiátricas incluidas en hospitales generales,
- los hospitales diurnos,
- las comunidades terapéuticas,
- los centros diurnos, las casas de familias,
- los laboratorios protegidos,

- la asistencia domiciliar, etc., al servicio de los pacientes según el grado de gravedad y evolución de su disturbo”.

En 1979, un año después de la promulgación de la ley que lleva su nombre, Franco Basaglia visita el Brasil, donde dicta una serie de conferencias que sintéticamente contiene sus principales ideas, que son las siguientes:

- El manicomio debe transformarse de un lugar de marginación, a un lugar de cura, finalizada a dar dignidad al enfermo sufriendo de un “disturbo psíquico” y no de una “enfermedad mental”.
- Tal objetivo se obtiene estableciendo con el paciente una relación humana que dé respuestas a todo su “ser“. La locura no es una enfermedad sino una “crisis existencial” vital, personal, familiar, social, que escapa a cualquier “diagnóstico”, útil sólo para cristalizar la situación institucional.
- Es necesario salvar la “subjetividad” del paciente frente a la violencia del saber psiquiátrico tradicional, y redescubrir la dimensión misteriosa y particular del ser humano.
- El terapeuta debe ser un “escuchador” atento del otro, despojado de toda su certeza ideológica profesional, para dar importancia y seguridad al paciente afecto no de una enfermedad, sino de una “crisis” particularmente grave.

## **Aplicación**

Sucesivamente a la promulgación de la ley 180, considerada una verdadera “revolución copernicana” en el campo de la asistencia psiquiátrica nacional, las diversas Regiones Italianas emanaron diversas leyes locales destinadas a la aplicación de la ley recientemente aprobada. Tales leyes describían sumariamente las “estructuras intermedias Territoriales” en ella enunciadas.

Tales estructuras son fundamentalmente las siguientes:

- a) El Centro de Salud Mental (CSM), organización administrativa regional destinada a la coordinación operativa de las estructuras psiquiátricas territoriales.

- b) El Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Cura, anexo a un Hospital General, en donde se visitan y se internan los pacientes para ser tratados en su fase aguda, por el tiempo máximo de dos meses.
- c) El *Day Hospital*, siempre anexo a un Hospital General, frecuentado por pacientes en convalecencia que han superado su fase aguda y que ya no necesitan de una internación a tiempo pleno.
- d) Las Comunidades Terapéuticas, que son estructuras territoriales polivalentes, donde los pacientes conviven por un par de años, en número limitado de 18 a 20 personas, prosiguiendo su terapia farmacológica, acompañada de psicoterapia y de actividades creativas de diversa naturaleza (dibujo, pintura, artesanía, danza, música, teatro, etc.) y de rehabilitadores sociales para su reinserción en el ambiente familiar y laborativo.
- e) El Centro Diurno, estructura semi-residencial que funciona 8 a 10 horas al día, frecuentados por pacientes en convalecencia, con posibilidad de realizar actividades similares a las que se ejecutan en el ambiente más arriba descrito.
- f) El Laboratorio Protegido, destinado a pacientes en buen estado de rehabilitación con buenas perspectivas de ingresar en un trabajo productivo.
- g) Las Casas Familias, estructuras residenciales de larga duración, destinados a pacientes residuales, incapaces de vivir en modo autónomo, con reinserción familiar y laborativo problemático, con seguimiento estrecho de 24 hs. al día.

Estas diversas estructuras intermedias previstas por la nueva ley, diseminadas a lo largo y a lo ancho de todo el territorio nacional, llamadas en Italia la “rete” (red), ofrecían al paciente psiquiátrico la posibilidad de ser seguido en las diversas fases de su “crisis”, del mejor modo posible, sin el riesgo de ser internado en una estructura definitiva y totalizante como eran los viejos manicomios del pasado.

## Resultados

Después de 40 años de la promulgación y aplicación de la ley 180 que decretó la abolición de los manicomios en todo el territorio na-

cional y su sustitución por las “estructuras intermedias” para el seguimiento de los pacientes psiquiátricos, los resultados varían según las diversas regiones, como sucede en otros aspectos de la vida italiana.

En ese sentido, tales resultados pueden ser considerados positivos en las regiones nórdicas, parcialmente positivos en las regiones centrales y parcialmente negativos en las regiones meridionales y en las islas mayores, donde aún subsisten las viejas estructuras manicomiales sólo parcialmente modificadas.

Tales resultados son condicionados por la mentalidad prevalentemente conservadora de estas regiones, donde el 63 % de la población son favorables a la permanencia de los manicomios considerados estructuras de seguridad protectora de la comunidad, por la supuesta peligrosidad del enfermo mental. Idea absurda totalmente desmentida por recientes investigaciones sociológicas que demuestran fehacientemente que los índices de riesgo social entre las personas supuestamente “locas” y las personas supuestamente “normales” son absolutamente paritarias.

Otro factor incidente en la escasez de resultados positivos en las regiones meridionales es la carencia de estructuras intermedias alternativas, como también la carencia de personal especializado para su gestión, y asimismo la escasez de recursos económicos indispensables para que la reforma funcione.

No obstante estas dificultades, la Reforma Psiquiátrica Italiana va adelante y las imágenes del ex-manicomio “San Giovanni” de Trieste y del ex-manicomio “Santa Maria della Pietà” de Roma, con sus ex-pabellones convertidos en modernos servicios de rehabilitación psiquiátrica y las amplias avenidas de su parque interno convertidas en zonas de descanso y de recreación para la comunidad vecina, son hoy sólo mudos y elocuentes testimonios de que la llamada “enfermedad mental” puede ser tratada de un modo más humano y eficiente que en el pasado, y que tales estructuras totalizantes son sólo capítulos penosos de una superada historia de la segregación humana.

## Las experiencias comunitarias en Italia

### 1. COMUNIDAD OMEGA DE MILÁN

#### *(Experiencia del Dr. Arestivo)*

En el año 1972, fui aceptado como médico voluntario en la Comunidad Omega de Milán, Italia, dirigida por un discípulo del Dr. Franco Basaglia, Dr. Diego Napolitani, psiquiatra renombrado y psicoanalista.

La Comunidad terapéutica en Italia era todavía reciente, tenía más o menos 10 años en que el Dr. Basaglia fue nombrado en Gorizia. En toda Italia no había más de 8 Comunidades Terapéuticas dirigidas por Psiquiatras que hicieron su pasantía por los Hospitales dirigidos por el Dr. Basaglia.

En ese año el Dr. Basaglia era nombrado como Director del hospital Psiquiátrico de Trieste, ciudad vecina a Venecia.

Allí estuve viviendo y compartiendo con los pacientes durante 6 meses. Más que aprender psicopatología, que lo hacía en mi curso de especialización en Génova, que en ese periodo estaba con permiso, aprendí que el proceso de cambio de un paciente tiene que ver con el ambiente que se había creado, con el trato que recibían y las motivaciones que los operadores brindaban a los pacientes para interactuar, relacionarse, realizar trabajos propios de un hogar como el mantener aseada la casa, el colaborar en el servir el almuerzo, el encargarse de la portería, etc., como así también de su participación en las reuniones denominadas Asambleas y otras reuniones operativas.

Allí encontré un ambiente diferente al del Hospital donde estudiaba. Me llamó la atención de que los médicos y enfermeras no usaban uniformes que los distinguieran de los pacientes. Luego me explicaron que el uniforme significaba poder y autoridad, la Comunidad se entendía como un espacio democrático (Basaglia llamó a

su movimiento “Psiquiatría democrática”). Observaba que las enfermeras, médicos, psicólogos, siempre se relacionaban con los pacientes, sea en forma interpersonal como en grupo; aunque esto no sea una “terapia”, los pacientes tenían posibilidad de hablar y expresarse, también me extrañó que en el almuerzo, todos nos sentábamos en la mesa, pacientes y terapeutas y los pacientes más antiguos, que ya conocían las normas de la Comunidad, eran los que servían y otros estaban en la cocina ayudando a la cocinera, todos formaban equipos de limpiezas, en fin, ellos no se sentían huéspedes, eran como los dueños de casa, la interacción era fluida y sin protocolos ni burocracias.

El control de la medicación, las reuniones de supervisión donde se analizaban semanalmente los avances o retrocesos de los pacientes. Se tenía una reunión semanal con todas las personas de la Institución, médicos, enfermeras, psicólogos y le llamaban Asamblea, allí cada uno podía opinar sobre la vida en la Comunidad y decidir algunas cosas de la Comunidad, era una especie de entrenamiento a ser participativos. Los pacientes eran tratados como personas, cada uno tenía sobre su cama su nombre, tenían sus pertenencias, sus ropas, totalmente diferente al hospital psiquiátrico donde nadie tenía pertenencias, no tenían ropas propias ni sus cosas u objetos propios, me dí cuenta que esto era importante, porque significaba su propia identidad y el respeto a sus derechos.

Me dí cuenta también que los “locos” no eran peligrosos y lo importante era comprender lo que les pasa, para eso hay que saber escucharlos, hay que saber estar con ellos. El ambiente que se creaba era agradable, los pacientes tenían una persona que les orientaba, ellos se comprometían a realizar cosas, actividades y tenían que cumplir, en la Asamblea se rendían cuentas de los acuerdos a que se habían llegado. Los médicos no ejercían autoridad, era el grupo que los presionaba a cumplir con los acuerdos. Asistían a otros tipos de reuniones, y actividades tipo arte, deportes, etc., me daba cuenta que el paciente se recuperaba, se usaban también medicamentos, pero no para contenerlos sino en forma racional, para controlar sus sín-

tomas, no para embotarlos, de tal manera que puedan participar sin el obstáculo de los efectos colaterales de la medicación.

Las reuniones clínicas diarias y reuniones de supervisión eran realmente importantes, porque se teorizaba desde la práctica, es decir se trataba de dar un sentido a una conducta determinada, se planteaban metas en el tratamiento. Estos conceptos nuevos los aprendí, por la pasantía de más de 8 meses, ya que no pude acceder a teorías al respecto. Estos conocimientos y aprendizajes vividos cambiaron totalmente mi concepto de la psiquiatría, me distinguió de mis compañeros y me propuse utilizarlos en mis prácticas.

Toda esto era novedad para mí, había visto anteriormente en un Hospital de Génova, llamado Cogoletto, una situación realmente desagradable, por la dejadez, por la incomunicación entre enfermeros y pacientes y mucho menos con el médico.

El nuevo paradigma que se planteaba con esta “psiquiatría” me hizo cambiar totalmente mi concepto de la psiquiatría. Yo concebía como único tratamiento válido los psicofármacos, ahora pude darme cuenta que los psicofármacos son útiles en la medida que permitían realizar los otros abordajes terapéuticos que tienen que ver con lo social y lo psicológico.

Nunca voy a olvidar una conferencia magistral en la que el Dr. Diego Napolitani, Director de la Comunidad Terapéutica Omega, expresaba a los médicos una idea que, en un principio, me fue difícil de comprender: “Lo primero que tienen que hacer en una Comunidad es olvidarse de que son médicos”. Yo no lo entendí, no quise tampoco preguntar, pero a medida que pasaban los días en la Comunidad comprendí qué era, que debíamos olvidar ese poder que detentamos los médicos, poder que tal vez sea útil en la medicina general, pero en la psiquiatría se requiere ser simplemente una persona que está frente a otra que es el paciente. También por eso entendí que allí los médicos, enfermeras, no usaban el famoso delantal blanco propios del hospital que diferenciaba a quienes tienen el poder.

Estos conceptos que fui adquiriendo y que se fueron haciendo una actitud mía frente a los pacientes, me hicieron sentir la verdadera vocación que yo había abrazado.

Luego de más de seis meses, llegó el tiempo que debía reincorporarme de nuevo a la especialidad, que por ese tiempo me alejé con permiso especial del Director y retomar las clases finales y prepararme para los exámenes de neurología en la Universidad de Génova.

## **2. CENTRO DE SOCIOTERAPIA DAILY DE GÉNOVA** ***(Experiencia del Dr. Arestivo)***

Iniciando el año 1973, un grupo de psiquiatras jóvenes de Génova me invitó a participar de un nuevo centro de asistencia a pacientes psiquiátricos. La Comunidad Terapéutica era la novedad en Génova y en toda Italia, pero no se contaba con profesionales expertos en esa modalidad, y por eso me invitaron a que dirija el manejo terapéutico de esa modalidad. El Director, Dr. Giandomenico Montinari, psiquiatra joven y psicoanalista, muy emprendedor, fue el de la idea de crear la primera Comunidad terapéutica en Génova y la décima en toda Italia en el año 1973. Yo no era aún psiquiatra, cursaba el tercer año de la especialidad. El sueldo que recibiría era 10 veces más que la mensualidad de la Beca que disfrutaba.

Desde luego los tratamientos psiquiátricos estaban a cargo de psiquiatras especializados, yo manejaría el esquema Comunitario, la vida dentro de la Institución. Lo acepté luego de hablar con mis colegas de Milán a quienes solicité ayuda. Ellos muy contentos porque se iba ampliando la corriente nueva. Ellos venían semanalmente a Génova a supervisar y orientar el trabajo. Allí abrimos la nueva Comunidad con modalidad de centro día, es decir de lunes a viernes de 09 a 18:00 hs y sábados 09 a 13:00 hs.

Algunos meses después conseguimos que el Dr. Salomón Resnik, un renombrado psicoanalista argentino que vivía en Venecia y especializado en psicosis, viniera a supervisarnos una vez al mes. El Dr. Salomón Resnik era amigo y colaborador de Basaglia en su estada en Inglaterra; se había analizado con Melanie Klein y trabajado con

Thomas Main quien a su criterio era el fundador de la Comunidad Terapéutica. Esta experiencia fue muy valiosa para nosotros.

Durante 2 años y medio estuve en la coordinación de los aspectos terapéuticos propios de una comunidad.

Esta experiencia me permitió no sólo ratificar que la Comunidad terapéutica se basa en el ambiente terapéutico creado para que los pacientes encuentren el “clima” necesario para poder comprender sus limitaciones y aceptar la oportunidad de ir creciendo y plantearse un Proyecto de vida para su futuro.

Además, habiendo vivido la comunidad terapéutica en Milán de tiempo completo, esta modalidad de tiempo parcial me permitió tener experiencia en esta modalidad que constituye otra de las fases intermedias de tratamiento.

Después de dos años y medio de trabajar en el Centro de Socioterapia Daily, regresé al Paraguay, por haber terminado mi especialidad donde presenté mi tesis sobre la Experiencia Comunitaria; regresé al Paraguay en el año 1975.

### 3. LA COMUNIDAD MAIEUSIS DE ROMA (Experiencia del Dr. Sauá Llanes)

**MAIEUSIS**  
COMUNITÀ PSICOTERAPEUTICA



#### 1) Antecedentes

Apenas llegado a Roma, a inicios de los años 70, en búsqueda de condiciones existenciales alternativas a las tinieblas del stonismo, entonces imperantes en el Paraguay, trabajé como “psiquiatra volun-

tario, precario” en la Clínica Colle Cesarano, ubicada a unos veinte kilómetros fuera de la ciudad, en las vecindades de la Ciudad Tivoli.

Con la Reforma Psiquiátrica aún en pañales, la Clínica se manejaba todavía con modalidad semi-manicomial: psicofarmacología masiva, terapia electroconvulsivante frecuente, custodialismo galopante. Con el pasar del tiempo, en tal ambiente, traté de establecer una relación más personalizada con algunos pacientes del pabellón masculino, jugando con ellos a las cartas o invitándolos a un partidito de fútbol en el área verde circundante, durante las horas de reposo.

El Director de la Institución toleraba buenamente esas extrañezas del psiquiatra sudamericano.

Años después, ingresé en el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Roma, como colaborador extranjero, iniciando las prácticas del reconocimiento oficial de mis títulos universitarios. Tales reconocimientos implicaron un programa de estudios de un año para la obtención del título Medicina y Cirugía italiana y un programa de cuatro años para la obtención de la Especialidad en Psiquiatría.

Concomitantemente dictaba lecciones de Psiquiatría Dinámica en un Instituto de Psicoterapia Analítica (IPA) recientemente fundado por algunos colegas, y fue precisamente en ese ambiente, con los primeros egresados del IPA, que nació la idea de organizar una Comunidad Terapéutica, en las vecindades de Roma.

## 2) Creación

Así las cosas, alquilamos y remodelamos una Antigua “granja” (establecimiento agrario) en las cercanías de Capena, a unos treinta kilómetros de la ciudad, aledañas al río Tíber. Los primeros pacientes fueron un grupo de pacientes privados nuestros, que pasaban un par de días a la semana, dando una mano a los estructuradores del edificio, sostenidos por algunos operadores. Durante las horas de descanso los operadores conversaban con los pacientes, paseando “*maieuticamente*” por los alrededores, sobre sus problemas y sobre su experiencia laborativa. Observamos así –con no poca sorpresa–

que tales pacientes mejoraban más aceleradamente que los demás, de sus diversos disturbios psíquicos.

Con el pasar de los años, la Comunidad *Maieusis* se organizó oficialmente como espacio terapéutico y de rehabilitación de jóvenes de ambos sexos, de 18 a 30 años, afectos de disturbios psíquicos de diversa naturaleza, excluyéndose la tóxica dependencia, las enfermedades neurológicas y la insuficiencia mental profunda

La Comunidad fue estructurada como un único gran *setting* terapéutico que implicaba intervenciones farmacológicas, psicológicas, y de rehabilitación y relacionales armónicamente integrados entre ellos, a cargo de psiquiatras, psicólogos y operadores sociales, que ayudaban a los pacientes a ser ellos mismos los “principales protagonistas” de su propio mejoramiento. Todas las actividades tales como la cura de la propia persona, los trabajos de autogestión, los grupos de expresión, los grupos de discusión, etc., venían realizados con la participación activa y primaria del asistido, ayudado por el propio operador de referencia

El “operador de referencia” o “tutor” es el personaje central de la asistencia comunitaria. Sostiene y sustituye –sobre todo en los primeros tiempos– las carencias funcionales del Yo del asistido. Lo estimula a la reactivación de capacidades perdidas o inhibidas por el disturbo psíquico. Lo ayuda a valorizar una imagen del propio Sí mismo y esta ayuda es posiblemente más positiva de la negativa provocada por el disturbo.

### 3) Actividades

Las principales actividades comunitarias son las siguientes:

- a) La Asamblea Semanal en la cual se debaten las iniciativas, los reglamentos y los horarios de la convivencia comunitaria.
- b) Los Grupos de Autogestión de espacios residenciales, personales, culinarios, de lavandería, etc.
- c) Los Grupos de Discusión sobre temas que conciernen el disturbo psíquico para una mejor gestión de los mismos.

- d) Los Grupos Expresivos de escritura, pintura y movimientos, utilizando la comunicación no verbal con el fin de solicitar una relación más emocional entre los asistidos.
- e) Los Grupos de Supervisión manejados por especialistas ajenos a la institución.
- f) Los Grupos Recreativos de gimnasia libre, vóleybol, ping-pong, etc.
- g) El Camping estivo a orillas del Lago de Bolsena, durante los meses estivos.

#### **4) Resultados**

La experiencia comunitaria no resuelve mágicamente todos los problemas psíquicos del paciente que la frecuenta. En la mayor parte de los casos los mejora visiblemente. En otros casos, después de dos o tres años de frecuencia el paciente debe ser dado de alta para evitar la institucionalización. Por tal motivo, la *Maieusis* mantiene una relación estrecha con otras estructuras territoriales previstas por la Reforma Psiquiátrica, tales como Casas Familias, Centros Diurnos, Laboratorios Protegidos, etc., a las cuales deriva los pacientes, en mejoramiento, a fin de proseguir el tratamiento iniciado en comunidad, sostener a la familia y evitar el riesgo de las recaídas, siempre posibles en los diversos tipos de disturbios psíquicos de diversa naturaleza tratados comunitariamente.

### **4. EL LABORATORIO PROTEGIDO COLIBRÍ**

*(Experiencia del Dr. Sauá Llanes)*

#### **a) Presentación**

Desde hace una docena de años funciona en Roma un Laboratorio Protegido finalizado el seguimiento de pacientes crónicos de crisis agudas vividas en el pasado.

Laboratorio se presenta como uno de los “nódulos” en la red de estructuras intermedias territoriales, previstos por la Reforma Psiquiátrica de Italia, para el tratamiento y rehabilitación de pacientes

afectos de trastornos psiquiátricos, alternativos al manicomio tradicional.

El Laboratorio se llama “Picaflor” –pajarillo que se nutre de flores–, expresando simbólicamente que las mentes de los pacientes crónicos pueden conservar núcleos de pensamiento potencialmente sanos, sepultados bajo los escombros de la crisis, que delicadamente estimulados podrían reorganizarse positivamente, como flores reflorecidas en un jardín semi destruido.

## **b) Finalidad**

La delicada estimulación del Laboratorio consiste en la elaboración manual de pequeños objetos de artesanía tales como: dibujo,



*Laboratorio de carpintería.*

pintura, cerámica, collage, *decupage*, etc., con el fin de la reunificación objetual externa mínimamente organizada del mundo emocional interno, devastado por la tormenta de la crisis.

El “focus” de la intervención laboratorial no consiste por tanto en el aprendizaje de actividades ergoterápicas, sino en el ofrecimiento hecho a los pacientes con bajo índice de Emoción Expresa (EE), de un ambiente particularmente tranquilizante que facilite la externalización de partes de su caótico mundo interno, que encuentra en el producto realizado su primera expresión mínimamente organizada, sensorialmente apreciable y mentalmente inteligible.

Se ha constatado así, con no poca sorpresa, que la observación y el reconocimiento de estos pequeños trabajos artesanales elaborados con sus propias manos, colocados en el espacio y durables en el



*Laboratorio de tejido a mano.*

tiempo, constituía para estos pacientes una ocasión de autopercepción positiva de ellos mismos, así como también de válido instrumento de contención de sus momentos de miedo, de angustia, de depresión y de disociación ideativas.

### **c) Método**

El método utilizado en el Laboratorio es el de “trabajar juntos” entre paciente y operador. En esta óptica, la producción del “objeto artístico” quiere significar la realización de un diálogo estrecho entre paciente y terapeuta. El objeto estético adquiere así, al mismo tiempo, el valor simbólico de mediador de tal relación, una suerte de puente de tránsito entre paciente y operador, un lugar de encuentro donde se establece y se desarrolla una comunicación madura y creativa para ambos.

A más del diálogo personal entre paciente y operador, se favorece la discusión común sobre los trabajos realizados, para balancear así aquello que podría ser considerado una expresión excesivamente individual con el aspecto social del arte, que requiere que la manifestación subjetiva conviva con formas relacionales comprensibles, exactamente como sucede en el lenguaje verbal.

Se retiene fundamental que, a más de la frecuencia al laboratorio, el paciente sea seguido farmacológica, psicológica y familiarmente, en otras sedes de la red territorial.

El Laboratorio quiere ser así, como más arriba decíamos, sólo un “nódulo” en red de intervenciones creadas al servicio del paciente.

### **d) Relaciones sociales**

El Laboratorio ofrece también a sus usuarios, algunas ocasiones de socialización grupal, a través de exposiciones periódicas de sus objetos, visitas culturales, vacaciones de verano, etc., finalizadas a la reinserción social de los mismos.

**Las muestras Natalicias y de Primavera, por ejemplo, organizadas en el local del Laboratorio, son momentos importantes de recuperación de competencias sociales por mucho tiempo des-**

activadas. En tales ocasiones, los pacientes desempeñan el rol de “dueños de casa” suministrando a los visitantes las explicaciones de los métodos y de las técnicas por ellos usados en la elaboración de sus trabajos, cuyas ventas las manejan ellos mismos en primera persona. En el mes de julio de cada año, el Laboratorio organiza un pequeño Veraneo Estivo, de ocho días de duración, en el ámbito de un camping ubicado a orillas del Lago de Braciano, en los alrededores de Roma. En esa ocasión, los pacientes experimentan importantes momentos de autonomía comportamental en el manejo de la propia persona, de su dinero, de su participación en los juegos acuáticos y de la relación con otros veraneantes.



*Laboratorio de artesanía.*

Durante esos días se realizan también excursiones culturales en los alrededores, durante las cuales los pacientes manifiestan interés y entusiasmo, demostrando poseer buenas posibilidades de adaptación a situaciones variables e inesperadas.

### e) Resultados

Después de diversos años de trabajo con 10 pacientes, de ambos sexos, de edad variable entre 20 y 50 años, afectos de trastorno Esquizofrénico Residual (DM III), seguidos en un Laboratorio Protegido de actividades creativas prevalentemente manuales, con un staff constituido por cinco operadores (1 psiquiatra, 3 psicólogos y 1 consultor técnico o artístico), todos con una formación psicoanalítica individual y grupal de tipo bioniano, con el método de “trabajar juntos”, con adecuado sostén psico-pedagógico a la familia y espacios de recreación y socialización externa, hemos observado los siguientes resultados:

1. Una gradual salida del aislamiento y de la pasividad.
2. Un mejoramiento de su mundo afectivo y emotivo.
3. Una superación de la pobreza ideativa y del consiguiente mutismo con reapropiación de un lenguaje verbal adecuado y coherente.
4. El mejoramiento de calidad de la vida personal y familiar.  
Todo lo cual nos permite hipotetizar que:
5. El trastorno disociativo, no obstante su enorme fuerza desgastante, no tiene el poder de destruir totalmente una persona.
6. Que también en el paciente crónico existen “núcleos del sé” potencialmente sanos, inhibidos y prisioneros en el propio sufrimiento.
7. Es posible descubrir e inventar nuevos e inéditos canales de comunicación no sólo verbales, sino también emotivos, perceptivos y relacionales, para entrar en contacto con el mundo interno de tales pacientes.
8. Tales mundos internos pueden ser reubicados al externo en objetos, gestos, comportamientos y aún en palabras más organizadas,

coherentes y comprensibles de cuanto comúnmente se puede esperar.

Tal hipótesis crea nuevas posibilidades perceptivas no sólo para el paciente, que se experimenta a sí mismo de un modo nuevo, sino también para el terapeuta que percibe la existencia de un campo operativo inédito, un “setting todavía todo por explorar” potencialmente rico en perspectivas psico dinámicas para el tratamiento y la rehabilitación de pacientes psicóticos.

Controles psicométricos (MMPI) realizados en algunos de ellos confirman lo que expresamos más arriba, revelando el substancial mejoramiento de sus personalidades.



*Laboratorio de expresividad corpórea.*



**4ta. PARTE**

**LA REFORMA  
PSIQUIÁTRICA PARAGUAYA**



## Capítulo XII

# Acercamiento a la historia de la psiquiatría paraguaya<sup>1</sup>

*Hernán Codas*

“Entrando en temas de Psiquiatría, en el año 1895, el Gobierno de la Nación tenía proyectada la fundación del Manicomio en el Paraguay, y en conocimiento de este proyecto se formó una Comisión de Damas de Beneficencia, que gestionó el 4-Nov-1896 ante el Ministerio del Interior, que fuese la Sociedad de Beneficencia del Paraguay legalmente constituida, la que tomase a su cargo la fundación y dirección de la referida institución. Se formó así la comisión constructora para que desarrollase diversas actividades con propósitos para recaudar fondos.

El 30-Oct-1898 fue inaugurado el Asilo de Enfermos y Mendigos (posiblemente estos últimos ya fueron enfermos mentales), por el Presidente de la República Juan B. Egusquiza y su esposa Casiana de Egusquiza; una placa recordatoria da fe de ese hecho. Una Comisión de Damas de Beneficencia logró crear el asilo de Huérfanos (el hoy Hogar de Niños), que era en realidad, un lugar para recluir a los pacientes agitados, a quienes se los encadenaba y eran asistidos por el mismo médico que atendía al Asilo de Huérfanos, pues aún no se contaba con especialistas en Psiquiatría. Existen en el Asilo de Huérfanos datos a partir de 1892 en adelante, figurando algunos nombres como el Dr. Juan B. VALLORY, médico español Decano de la FCM-UNA y catedrático, enseñaba anatomía descriptiva del primer año.

---

<sup>1</sup> Extraído del libro del Prof. Dr. Hernán Codas: 101 hitos...

En el año 1917 contaba con una población de 150 pacientes y recién en esa época, fueron separados los enfermos mentales de los mendigos; se constituía así el Manicomio Nacional, con un pabellón de mujeres y un cobertizo para varones. Su primer director fue el Dr. Cándido Augusto Vasconcellos López, hasta 1930. Fue profesor de Psiquiatría y Neuropatología y debemos considerarlo como el PINEL y pionero de la Psiquiatría en el Paraguay. Se había recibido de médico en 1920 en Roma y fue uno de los principales organizadores de la Sanidad en Campaña durante la Guerra del Chaco. El 05-Jul-1935, fue nombrado Pte. Honorario del Primer Congreso Interamericano de Higiene Mental, realizado en Rio de Janeiro y fue delegado oficial del congreso. Tanto el Orfanatorio como el hospital eran mantenidos por una comisión de las aludidas damas de beneficencia, pero a partir del año 1915 perteneció al Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, que dependía a su vez del Ministerio del Interior y así pasaron a ser dependencia del Estado.

En 1927, el Manicomio, ubicado en la calle Luna, hoy Venezuela, pasó a depender de la FCM-UNA, la que a su vez dependía del Ministerio de Justicia e Instrucción Pública. En 1936 por un decreto ley durante el gobierno del Cnel. Rafael Franco, el Departamento de Higiene y Asistencia Pública se convirtió en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. En los años siguientes, al único y antiguo Pabellón, le fueron agregadas numerosas dependencias y así aumentó el número de enfermos y de personal.

En cuanto al personal, algunos profesionales prestaron su colaboración en forma voluntaria; así los Doctores Felipe MOLAS LÓPEZ, Marcial GONZÁLEZ DURAND, Fernando VALLEJOS, Cornelio PAREDES, Juan SARBU, Celia TORRES CRISTALDO, Andrés RIVAROLA QUEIROLO, Ramón ZUBIZARRETA, Isaac CEGLA, Manuel GILL MORLIS, Eligio SOSA COSTANTINI, Elías ARDITI, Rubén ROLÓN y Guillermo VIDAL. Luego lo hicieron, los Doctores Antonio RÉ, Hugo Dejesús ARAÚJO, Roque VALLEJOS, Sebastián ASERETTO, Luis J. CABRERA CARDO, Carlos A. ARESTIVO, entre otros. Contaba con un Laboratorio de análisis que durante más

de 20 años estuvo a cargo de la Dra. Elvira CALDEROLI. Muchas y abnegadas religiosas prestaron allí sus servicios, entre ellas la Hna. Margarita ADORNO, así como Capellanes como el Rvdo. Padre Pedro A. MAIDANA, Odontólogos, como la Dra. Elba COLUNGA DE FÚSTER, Adolfo PAGANO, Guido CIOTTI, Aníbal ECHEGUREN, Isaac SCHWARTZMAN (posteriormente médico psiquiatra) y la Comisión de Damas.

Por esa época se había inaugurado una chacra que proveía vegetales frescos para la alimentación de los pacientes, con el aporte desde su inicio de los agricultores menonitas y la colaboración de los pacientes aptos. Los menonitas solían mandar 2 jóvenes para colaborar y aprender trabajos de enfermería; además de la contribución personal, siempre con aprovisionamiento de ropas y alimentos, así como la construcción de la actual cocina moderna.

Otras instituciones de beneficencia hicieron llegar numerosas donaciones, como medicamentos, ropas, camas, colchones; a partir de 1954, por ej.: para la inauguración del primer pabellón, el embajador argentino, Dr. Jiménez hizo entrega en nombre de la Fundación EVA PERÓN, las camas para aquel pabellón.

El predio del Manicomio Nacional se halla situado sobre la antigua calle Luna, hoy Avenida Venezuela. En el Registro General de la Propiedad a fojas 527, la Sra. Francisca H. de THOMPSON transfiere a favor de la Sociedad de Beneficencia en el año 1887 y en los archivos de los tribunales figura el 10-Jul-1898 (Escribanía Ezequiel Jiménez), una escritura aclaratoria entre la Sra. Thompson y la Sociedad de Beneficencia. Como se había dicho antes en 1915 todo el predio pasó a poder del Estado.

Entre 1927 y 1997, ese hospital estuvo a cargo de la Cátedra de Psiquiatría de la FCM-UNA. Mientras las ancianitas y los huérfanos fueron quedando a cargo de la Congregación de San Vicente de Paul, los enfermos mentales fueron de a poco quedando en el encierro de la urbanización y con la prohibición de deambular. Por mucho tiempo, el modelo prevalente fue el de control y sometimiento, ya que recién comenzaron a existir enfermeras de la década del 60. An-

tes, los enfermos eran manejados por cuidadores, que curiosamente eran llamados “capataces”, como los de las estancias.

Los enfermos castigados eran colgados de unos ganchos para ser azotados con “guachas”, hasta el silencio o hasta ser “domados”. Este “modelo terapéutico”, no descrito en ninguna literatura médica, fue usado en otros manicomios de Sudamérica.

En cuanto a la psicosis de guerra, hay muy poca referencia de la literatura nacional, que con seguridad, como en todo conflicto bélico, deben haber ocurrido en el Chaco. En la memoria que la FCM-UNA elevó al Rectorado de la UNA en 1934, se informa que al Manicomio Nacional: “han ingresado durante los años 34, 61 varones y 65 mujeres, lo cual constituye una paradoja explicable por la guerra, pues en tiempos de paz el número de mujeres ha superado siempre al de varones. Desde los comienzos de la contienda, se han recibido en el Manicomio 52 enfermos de guerra, de los cuales 30 han sido dados de alta y el resto, en su mayoría, se encontraba en vías de restablecimiento” (Fuente: Anales de la UNA. 1936).

El psiquiatra Dr. Carlos ÁLVAREZ, hizo alguna referencia a los efectos del estallido de granadas de mortero y artillería en las cercanías de nuestras tropas. “Refiere que muchos de estos combatientes afectados por el llamado “golpe de bomba”, presentaban secuelas que se manifestaban bastante tiempo después con síntomas neuróticos o cuadros más serios de alteración mental y otros signos neurológicos. Y continúa, algunos de esos casos fueron tratados en el Manicomio Nacional, en donde muchos de ellos permanecieron por muchos años en ese lugar.

Los casos de psicosis pos-traumática de la guerra y según los Archivos de la junta de Reconocimiento Médicos de las FFAA y del Servicio de Clínica del Hospital Militar Central, a cargo del Prof. Gustavo GONZÁLEZ, era constante observar un “síndrome sensorial”, caracterizado por cefalalgias obtusas o agudas, con alumbramientos de la cabeza, brillazones u obscurecimientos de la vista, zumbidos de oídos e inyección conjuntival. Este síndrome sensorial parece relacionado con trastornos vasomotores pasajeros y ha sido

denominado por los psiquiatras franceses después de la I Guerra Mundial: “Síndrome Sub-activo de los pos traumatizados de cráneo”. Del temor a estas dolencias deriva un cuadro de psicosis ansiosas o depresivas que impactan más aún. También se advierte en ellos irascibilidad exagerada y estados subconjuntivales transitorios. Este estado puede prolongarse durante muchos años, y a veces puede por lapsos más o menos largos, conducir a la epilepsia jacksoniana.

El curso 1935-1936 fue dictado por el médico argentino Ernesto Daniel ANDIA, quien además de médico, era un prolífico escritor de ensayos y poesía; había venido contratado por el gobierno nacional a pedido de la FCM-UNA con el objeto de organizar la creación de un Instituto Neuropsiquiátrico y preparar el personal necesario para su funcionamiento. A su partida fue nombrado Doctor Honoris Causa de la UNA, su colaborador fue el Dr. Carlos ÁLVAREZ, quien luego sería Prof. de Cátedra hasta 1975.

En la revista de Sanidad Militar N° 103/106, año X, de Jul-Oct-1938, se encuentra una página entera de publicidad del Sanatorio “Las Mercedes”, cuyos directores eran los doctores ANDIA y ÁLVAREZ, informando del establecimiento especialmente instalado para la asistencia de enfermos afectos del sistema nervioso, como ser: Curas de reposo, Neurastenia, Morfinomanía, Alcoholismo, Sífilis nerviosa, Epilepsia, Paralíticos, Niños retardados, etc., ubicada entonces en la Av. Colombia 1381/99; Tel. 7.796.

En la década del 40, el Dr. Guillermo VIDAL sostiene uno de los hitos antimanicomiales, fue considerado un hecho pionero y llevado a cabo por el Prof. Andrés RIVAROLA QUEIROLO, quien prohibió que en las salas existieran pacientes engrillados y castigos físicos. Esta experiencia fue considerada como el primer abordaje de Psiquiatría Comunitaria en Sudamérica por el Dr. Renato ALARCÓN, autor de un libro sobre el estado del arte en el continente. Los médicos atendían a familias de la periferia del Hospital y, a cambio, estas debían alojar a los pacientes en proceso de alta. El intento, demasiado avanzado para su época, fue abortado por las autoridades académicas.

En 1941 fue inaugurado el edificio de la dirección y el aula de la cátedra. Con el advenimiento de la revolución de 1947, tanto RIVAROLA como VIDAL debieron abandonar sus puestos en el Manicomio.

Al Prof. Carlos ÁLVAREZ le sucedió en 1975, el Prof. Isaac CEGLA, propulsor del cambio del nombre de Manicomio por el de Clínica Neuropsiquiátrica, convirtiéndose en el único hospital estatal especializado en el país, con prestación de atención a pacientes del Instituto de Previsión Social, Hospital Militar y del Policial.

Con el paso del tiempo, se estableció una diferenciación de los espacios internos del manicomio. En la década del 50 existían unos alambrados que lindaban con la calle y se fueron gestando los límites entre lo que corresponde a las Vicentinas y al Manicomio Nacional. Existía una zona donde las comodidades eran mayores, destinadas a los pacientes que tenían familiares que podían pagarlas, a las que llamaban pensión, otra zona de crónicos y crónicas y un pozo, llamado corralón, con un pequeño techito de zinc, en los que unos 80 pacientes de distintas características eran depositados, esperando una mejor evolución natural de su enfermedad o la muerte, como cura final. El corralón fue cerrado recién a fines de los 70.

Aunque el uso de la Clorpromazina se había iniciado hacia 1935 a nivel mundial, es probable que se haya utilizado en Paraguay sólo mucho tiempo después. Se recurrió más tarde al uso del Haloperidol (descubierto en 1958) y el triperidol en gotas. Los esquemas terapéuticos de mediados del siglo pasado muestran grandes dosis de vitaminas y gotitas de Haloperidol como una constante farmacopea. En la década del 60, a nivel local, se fue imponiendo una marcada tendencia biologista, con uso de fármacos y un modelo médico reduccionista y como se estilaba en la época, el electroshock era usado en casos agudos.

El hospital en los años 70 contaba con unas 70 camas, cuyo presupuesto entraba en competencia con el del Hospital de Clínicas. El lugar era suficientemente inhóspito como para que los funcionarios

con mal comportamiento en Clínicas sean amenazados con ser trasladados al Neuropsiquiátrico, como castigo.

La Sociedad Paraguaya de Neuropsiquiatría fue fundada en 1962 y su primer presidente fue el Prof. Andrés RIVAROLA QUEIROLO. En 1983, el Dr. Julio César MORÍNIGO ESCALANTE presidió una efímera Sociedad Paraguaya de Psiquiatría Biológica y ese año fue fundada la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría, cuyo primer presidente fue el Dr. Isaac CEGLA.

Con la inauguración del nuevo pabellón de hombres en 1976, se instaló una nueva modalidad de terapia institucional, la “COMUNIDAD TERAPÉUTICA”, que tiene por objeto crear un ambiente dentro del pabellón que estimule la interacción recíproca entre los que conforman la comunidad (pacientes, médicos, enfermeras). Este ambiente debe ser suficientemente tolerante como para permitir entender el delirio del paciente y poder contenerlo, pero al mismo tiempo tener límites para que el paciente pueda orientarse y ser contenido. El nivel de comunicaciones se realiza dentro del pabellón en un sistema horizontal, a través de una delegación de responsabilidades entre los miembros de la comunidad, incluyendo a los pacientes, cuidando que la persona esté capacitada para la tarea. Hay una asamblea deliberativa donde no se toman decisiones, sino que se discuten y se hacen propuestas.

Hay una reunión de equipo donde se estudian los problemas del pabellón, las propuestas de la situación del paciente sea desde el punto de vista clínico, como su relación con sus familiares.

En 1982 se inauguró el pabellón de mujeres y se estableció un sistema similar al de los hombres, pero con la ayuda de estudiantes de psicología y con todo profesional o estudiante universitario que se comprometa a cumplir un horario. Los resultados son satisfactorios en cuanto que el paciente se va de alta más rápido, hay menos ingresos, menos cronicidad y se estimula más la atención por consultorio externo, lo cual previene las recaídas. El encargado del programa de comunidad terapéutica fue el Dr. Carlos Alberto ARESTIVO BELLASSAI, quien se especializó en Milán-Italia.

Las iniciativas privadas de atención Neuropsiquiátrica no se sostuvieron en el tiempo; entre ellas las Clínicas San Agustín, INPRO, DENIDE, Santa Catalina, el IMESI (Instituto Médico Sicológico) y el Centro de Estudios de Psicoterapia y Psicología.

### **Observación:**

**Los profesionales que trabajaron en el Instituto Médico Sicológico (IMESI) 1972 -1986, fueron: Prof. Dr. Andrés Rivarola Queirolo(†), Dr. Agustín Carrizosa(†), Lic. Julio Ayala, Dr. Juan Carlos Amarilla(†), Dr. Héctor Escribá, Lic. Mario Torres, Lic. Nilda Díaz, Dr. Agustín Carrizosa (H), Dr. Manuel Fresco, Dr. Antonio Arias, Dra. María T. Cañete, Dr. Eduardo Franco, Dra. Rosmary Gómez, Dr. Charles Rodas.**

**Los profesionales que trabajaron en el Centro de Estudios de Psicoterapia y Psicología (1976-1984) fueron: Dr. Carlos Alberto Arestivo, Lic. Yolanda Cubells, Lic. Luz Teresa Benítez, Lic. Hugo Barboza, Dr. Emilio Bado, Lic. Genaro Riera Hunter, Dr. José Vera Gómez, Prof. Dr. José Brítez Cantero, Prof. Dr. Andrés Arce, Prof. Dr. Víctor Godoy, Dra. María del Carmen Martínez, Dra. Judith Dávalos, Lic. Carlos Noguera, Lic. Carlos Cabral, Lic. Jesús María Locio(†), Lic. Myrian Llanes, Lic. Lilian Giardina, Dr. Carlos Adorno, Dr. Teodoro Villalba.**

## **CENTRO ESTUDIO DE PSICOTERAPIA Y PSICOLOGÍA<sup>2</sup>**

En el año 1977, en Asunción, con un grupo de psicólogos jóvenes abrimos una institución de psicología, psiquiatría y neurología con 5 consultorios externos, un servicio de internación psiquiátrica con modalidad de Comunidad Terapéutica y un servicio Diurno siempre con la misma modalidad. En la misma se admitían pacientes psicóticos graves incluyendo a los trastornos derivados de las torturas del Gobierno dictatorial de ese entonces. Esta Institución la

---

<sup>2</sup> La inclusión en esta obra de la experiencia del Dr. Carlos Alberto Arestivo, del Lic. Genaro Riera Hunter, del Dr. José Vera Gómez, de las estudiantes hoy Lic. Heve Otero, Cristina Arrón, en las distintas Comunidades terapéuticas que les tocó vivir, es al sólo efecto de que gran parte de sus experiencias se han volcado en este libro y que permitieron desarrollar un esbozo de conceptualización.

conformamos con psicólogos jóvenes como: Hugo Barboza Oddone, Yolanda Kubells, Luz Teresa Benítez, Genaro Riera Hunter, Jesús María Locio, Carlos Cabral y más tarde se incluyeron psiquiatras jóvenes como: Dr. José Brítez Cantero, Dr. Teófilo Villalba, Dra. María del Carmen Martínez, Mirta Mendoza, Andrés Arce, Carlos Adorno, Víctor Godoy y otros. Varias enfermeras del Hospital también nos acompañaron. Todos estos profesionales, médicos y psicólogos hicieron sus primeras experiencias en esta Institución, muchos de ellos luego hicieron sus cursos de especialización en Europa.

En Asunción existía una institución con esa modalidad, el IMESI (Instituto Médico Psicológico), creado por los psiquiatras más exponentes de esa época, los Dres. Andrés Rivarola Queirolo(†), Agustín Carrizosa (Padre)(†), Juan Carlos Amarilla(†) y los Psicólogos Julio Ayala, Mario Torres y otros. La modalidad de Comunidad terapéutica fue impulsada por el Dr. Juan Carlos Amarilla, quien se había especializado en el Brasil.

## Experiencias comunitarias en Paraguay

### 1. La Comunidad Terapéutica en Pabellones de Hombres y Mujeres del Hospital Psiquiátrico (*Experiencia del Dr. Arestivo*)

En el año 1976 el Profesor Isaac Cegla asumió el cargo de Director del Manicomio Nacional, que así se llamaba la Institución que se hacía cargo de los “locos”. Casi a fines de ese año me admitió como profesional, siempre estaré agradecido a él porque buscó sacar el “jugo” de lo que yo había aprendido en Italia. Es importante otorgarle a él el mérito de que su primera acción como Director en ese mismo año fue el cambio del nombre de Manicomio Nacional y pasó a llamarse Hospital Psiquiátrico. Pareciera que no tiene importancia, pero este cambio de nombre implicaba la responsabilidad de un cambio en la atención al enfermo mental.

Me pidió que recorra el hospital para que tenga una visión general del mismo, yo lo hice y empleé más de un mes en darme cuenta de la vida caótica y calamitosa que se vivía allí.

Había una sala de Crónicos de mujeres, que estaban entre 10 a 20 años de internación, un tinglado abierto, sólo techo que le llamaban “Corralón” donde estaban los crónicos, una sala de pensión donde la internación era pagada.

No había una jefa de enfermeras, dependía del Hospital de Clínicas. Las enfermeras no tenían un lugar, comían sin cubiertos y paradas. Había una pieza cerrada con llaves donde estaban las frazadas para el invierno, éstas nunca fueron usadas, el antiguo Director decía que los pacientes las rompían o las vendían. Cuando pedimos que se les distribuya porque ya empezaba a hacer frío, las frazadas estaban todas humedecidas, carcomidas y se hacían pedazos, no servían. Otra pieza también con llave, estaba llena de medicamentos

muy buenos y muy caros, que nunca fueron distribuidos, todos estaban ya vencidos y tuvimos que tirarlos.

El electroshock era utilizado como castigo y para resolver cualquier crisis, ya que a pesar de que antes disponían de algunos medicamentos nunca fueron utilizados.

No había guardia médica, los médicos se retiraban al medio día y las enfermeras estaban hasta las 18.00 hs, luego ya los pacientes se quedaban en manos de los llamados “capataces” que eran uno por cada pabellón. No en todos los pabellones había luz, por lo que si sucedía algo de noche, nadie se animaba a entrar.

Los pacientes de corralón, muchos estaban desnudos y para higienizarlos se los “manguereaba” aun en invierno, como si fueran animales.

Un médico famoso tenía un gusto muy especial en hacer electroshock, y se molestaba cuando no tenía a nadie en su lista.

Los médicos veían a los pacientes que el capataz o enfermera les traían; lógicamente escuchaban más al capataz o enfermera. Este informaba al médico sobre la evolución y en función a eso le medicaba o le indicaba el electroshock. Mensualmente llegaban insumos para la alimentación de los pacientes, entre estos se incluían cortes de carne bastante buenos, también queso y leche. La carne más buena (carnaza, lomo, etc.) ya no llegaba a los pacientes, se repartían entre algunos capataces y empleados de confianza del Director, lo mismo el queso y la leche.

Los pacientes comían loco con hueso o restos de carne, guiso de fideos todo pegajoso, el cocido sin azúcar, porque también se lo llevaban, realmente era un panorama desagradable ver todo esto.

En cuanto a los pacientes, éstos estaban con harapos, descalzos, sucios, sin saber ni ellos mismos quiénes eran; mal nutridos, sin hacer nada. Los que estaban tranquilos podían pasearse por el patio, los que estaban un tanto agitados ya estaban en celdas de seguridad, celdas donde estaban varios pacientes, generalmente desnudos, hacían sus necesidades allí nomás y allí se les daba una lata de comida. Se los *manguereaba* para limpiarles a ellos y al lugar.

Los pacientes salían a la calle y eran el terror del vecindario, les tenían miedo, no porque eran agresivos sino porque creían que eran agresivos; iban a algunas despensas y los dueños no les cobraban por temor.

Este era el infierno que yo encontré y le informé al Prof. Dr. Isaac Cegla, e hice algunas propuestas que incluyeron: la creación de una sala de enfermería donde manejar los medicamentos, confección de una lista de los mismos para la urgencia –en ese tiempo usábamos los famosos cócteles (Haloperidol + levomepromazina y cloropromazina, inyectables)–, creación de un Departamento de Enfermería, de una sala comedor para las enfermeras, de una enfermería central con medicamentos de urgencia y equipo de jeringas, tensiómetros, termómetros, pinzas y equipo de cirugía menor para casos de heridas pequeñas que se podían resolver allí (estos elementos o no existían o había que solicitarle al Director para que los compre).

Como no había guardia médica, a la tarde si había alguna situación de crisis, era la enfermera la que decidía inyectarle el “cóctel”.

Había un reloj grande en la entrada que estaba siempre parado, parecía algo simbólico. Solicité que lo hicieran funcionar o lo sacaran de allí.

Si bien es cierto que el Prof. Isaac Cegla ya trabajaba allí, el Director de entonces Prof. Carlos Álvarez, nunca le dejó hacer otra cosa que atender a pacientes.

Era todo un desafío organizar una Comunidad Terapéutica en un Hospital psiquiátrico de modalidad manicomial, el contexto era totalmente diferente, me propuse ir desarrollando de a poco y viendo los efectos, corrigiendo y agregando cosas. Lo primero que hicimos con las personas, psicólogas, enfermeras y psiquiatras fue ponernos de acuerdo en lo que queríamos hacer.

El Director nos dio la oportunidad de seleccionar a los pacientes, elegimos a los que no estaban todavía crónicos, que estaban medicados y compensados, iniciamos con 20 pacientes, eran pocos en relación a la capacidad del pabellón, pero queríamos hacernos un

poco la experiencia. Nos planteamos como objetivo devolverles su derecho a ser personas, a ser ellos mismos.

La Comunidad terapéutica puede realizarse de manera diferente, según la situación y los factores que permiten lograr los objetivos que se propone. No hay protocolo determinante, el protocolo se debe ir haciendo en función a como se presentan las cosas, partiendo de la base de crear un ambiente en sí terapéutico, iniciamos una capacitación básica, empezando por cambiar nuestra actitud frente a ellos, empezar a llamarlos por sus nombres, hablar, escuchar, atender sus necesidades. Si bien no suspendimos del todo las celdas de seguridad, se creó un grupo de pacientes de la Comunidad, ellos acompañaban por turno al otro lado de las rejas, para que el paciente no se encuentre solo, esto lo hacíamos sólo al inicio, luego también se suspendió porque usamos otros métodos, por ejemplo cuando había un paciente en crisis, agresivo, un grupo de pacientes capacitados para contenerlo, entre todos lo rodeaban y los abrazaba a modo de contención.

Hicimos una Reunión General y la llamamos Asamblea, allí con mucha paciencia les explicamos cómo sería de ahora en adelante la vida en la Comunidad, les fuimos explicando que nosotros estábamos para ayudarles a estar bien. Para ellos fue muy importante, que los que estaban mejor podían ayudar a los otros que la necesitaban, se sintieron importantes con los roles que se les atribuyó.

Ellos participaban de la Asamblea y algunos hablaban con poco sentido, pero les escuchábamos lo mismo; otros planteaban cosas muy interesantes. Por ejemplo, uno pidió tener un espejo, nos pareció importantísimo este pedido tan simple. Y otro pidió que los baños tengan un sistema de privacidad, ya que no tenían puertas. Pidieron también que no se aplique electroshock, porque les generaba mucho temor.

Consideramos que era necesario cumplir con sus pedidos, no eran caros y los pagamos nosotros. Trajimos un espejo de regular tamaño y en los baños las enfermeras colocaron una especie de cortina con sábanas. Ellos estuvieron tan contentos que se pasaban horas

mirándose al espejo, hacía años que no veían sus rostros. De entrada el electroshock fue suprimido para los pacientes de la Comunidad.

Fuimos observando lo que hacíamos y las respuestas de ellos y en función a los resultados íbamos ideando actividades. Luego de algunas semanas y aun con ese poco entrenamiento, nos animamos a completar nuestra sala, que ya estaba siendo objeto de protestas por parte de los médicos y enfermeras de otras salas. Tuvimos que recibir pacientes más crónicos y más deteriorados, con los que resultaba muy difícil trabajar. Para intentar resolver esto, dispuse que los cuarenta pacientes fueran seleccionados según su estado, y creamos tres niveles de acuerdo a su estado, porque nos dimos cuenta que era necesario iniciar un proceso de aprendizaje, tanto para los pacientes como para nosotros.

Nuestro mensaje a los operadores que se iniciaban es que se debía tener, por sobre todas las cosas, un irrestricto respeto a sus derechos; el médico debía hablar directamente con el paciente en un intento de generar un vínculo. Cada operador tenía un rol determinado, y todos los días al iniciar la jornada se tenía una reunión con los profesionales para supervisar cada situación. Los médicos debían tener una entrevista periódica de control. Así iniciamos nuestro trabajo.

Como todos los pacientes eran nuevos en la Comunidad, debíamos ir capacitándolos sobre la vida dentro de la Comunidad. Se elaboraron algunas normas y horarios. La consigna era que los pacientes debían estar en actividad y no acostados o tirados en el piso. Con el grupo de profesionales decidimos crear grupos de 10 a 12 pacientes en niveles. Pensamos en tres niveles, uno para iniciar y crear un ambiente de participación, mostrarles las normas, y crear actividades que promuevan los objetivos que nos trazamos para ese nivel. Es por eso que todos comenzaron con el primer nivel. Un primer nivel de los que recién ingresaban a la comunidad y los crónicos, el objetivo era enseñarles una manera diferente a vivir en la Comunidad, que se den cuenta cuán importante era la participación en las actividades para que se les escuche y para que se sientan personas importantes para lograr su recuperación. Este era un nivel clave, muy difícil de

manejar. Los pacientes de este nivel duraban entre uno a dos meses. Aquí se hicieron actividades que apuntaban a aceptar su trastorno, a conocer su propio cuerpo, se les enseñaba modales sociales como el aseo, la alimentación, etc.

A medida que los pacientes lograban el objetivo se iba formando un segundo nivel, que se creó cuando los pacientes del primer nivel habían alcanzado los requisitos para pasar de nivel, lo que significa haber comprendido la importancia de ser protagonista de su propio cambio, que los síntomas no impidieran el trabajo comunitario, el cuidar y enseñar al otro de las normas creadas para una convivencia. En este nivel las actividades eran:

Incorporarse a grupos de discusión como, por ejemplo, hablar de fútbol, de la familia, aspectos resaltantes de acontecimientos en el afuera. Los mencionados grupos eran espontáneos y se formaban de acuerdo a algún emergente.

Cuando este grupo comprendía su rol en la Comunidad, se los nombraba para desarrollar algún rol ya más comprometido. Algunos debían ayudar en la cocina. En nuestro pabellón teníamos una cocina, una heladera, y enseres. Si bien el desayuno, almuerzo y cena se elaboraban a nivel hospitalario, en nuestro pabellón, gracias a las donaciones de un grupo de familiares de las psicólogas, se contaba de insumos para comer algo a la media mañana. Los pacientes más adelantados trabajaban para elaborar algunas comidas. También ayudaban a la limpiadora en la limpieza y aseo del Pabellón, formar equipos de Contención de pacientes agitados. En este grupo se encontraban pacientes más tranquilos, los que fácilmente entendían nuestro proceder.

La familia de estos pacientes era invitada a recibir orientaciones sobre su familiar internado. A aquellos pacientes que se encontraban mejor, en forma notable, aun con medicamentos pero ya disminuidos los síntomas y se reconocían como personas.

El tercer nivel era también llamado de pre-alta y en él ya se iniciaba su alta progresiva. Insistimos a los familiares cuyos miembros estaban en el tercer nivel, que los pacientes como un premio vayan

a pasar un fin de semana a sus casas; al inicio, pasar algunas horas, aumentándose paulatinamente.

Este grupo cuidaba de los pacientes nuevos del primer nivel, colaboraba con los operadores, en otros términos eran cuasi operadores.

El alta se producía progresivamente, hasta que se sientan bien en el interior de su familia. Ellos debían venir a un control con el que fue su tutor y control de sus medicamentos. A esto lo llamamos Flujograma.

En esos dos primeros meses teníamos los dos primeros niveles. Cada nivel tenía un psicólogo a cargo, y entre todos estructuramos las actividades para cada nivel, esto lo evaluamos todos los días y así podíamos apreciar los logros y los fracasos y poder proceder a continuar o cambiar.

Los más difíciles eran los crónicos, con ellos debíamos tener mucha paciencia y mucha creatividad.

Vimos que era importante que la encargada de la limpieza formara un grupo con estos pacientes y les enseñara a limpiar los baños y los pisos. También les enseñaban a bañarse y al hacerlo jugaban explicándoles que se estaban lavando un brazo o la pierna, como para que vayan recuperando el control de sus cuerpos. Debían hacer movimientos con ellos, por ej. abrir y cerrar los ojos, alzar el brazo derecho, etc. Luego los reunía y trataban que los pacientes les digan cómo les fue, si se sintieron bien, si les fue difícil. La tarea era recuperar la palabra a partir de la acción. Además pusimos sus nombres en sus camas y en la puerta del pabellón el nombre de todos los que allí dormían, se les enseñaba a dejar en orden su cama, cuidar el aseo del pabellón y tenían la obligación de cumplir con los horarios.

Cada pabellón tenía un responsable, un paciente que debía “hacer cumplir” las normas y horarios, él se encargaba de despertar a la hora indicada. Tratábamos que no permanecieran acostados, siempre haciendo algo en la Comunidad. Poco a poco muchos mejoraban, otros con más dificultad, los que mejoraban y ya podían comprender lo que queríamos pasaban al nivel siguiente.

Los del segundo nivel, fueron más rápidos. Estos eran los primeros pacientes, era su primera experiencia en el hospital, asimilaban más fácilmente el criterio que planteábamos y se manejaban bien. Ellos tenían actividades más relevantes, estaban como ayudantes de la cocina, limpiaban los corredores y patio, ordenaban las cosas, y hasta empezaron a ayudar en los grupos del primer nivel. Se formó un grupo de contención; entre este grupo se elegían a los que podían ser los responsables de cada pabellón.

Por la experiencia de otros pabellones del Hospital, la cronificación, el hospitalismo era más difícil manejar. Cuando ingresaba un paciente a nuestra Comunidad, se intentaba por todos los medios posibles contactar a su familia, porque los pacientes algún día debían volver a su casa.

Empezamos a tener relaciones con los familiares y ellos al venir a visitarlos veían sus progresos, con ellos los psicólogos iniciaron un proceso de educación u orientación, es decir les informaban qué tenían sus pacientes, no en el sentido de un diagnóstico sino explicarlos cómo la enfermedad les dificultaba la vida, les dificultaba comunicarse y tampoco entendían cómo no eran entendidos. Los familiares lograban comprender y comenzaban a aceptarlos.

Se fue creando el tercer nivel con los pacientes cuyos síntomas fueron irrelevantes, que ellos mismos comprendían que las voces que escuchaban, no venían de afuera sino de su propia mente y así disminuía su angustia, su miedo y se hacían más responsables en el manejo de sus medicamentos; era interesante ver cómo ellos mismos pedían a la enfermera los medicamentos que les correspondía a cada uno. Los psicofármacos se manejaban muy prudentemente, ellos debían estar compensados para poder trabajar, esto se le enseñó y ya no temían a los tratamientos biológicos.

Ellos se hicieron cargo de algunos roles como el servir la mesa, mantener un cierto orden, se hicieron cargo de la portería y hasta fuimos creando un equipo de contención. Cuando un paciente, sobre todo nuevo, entraba en crisis, les enseñamos una técnica que

consistía que entre 4 o 5 pacientes, rodeaban al que estaba en crisis para atajarle, hablarle hasta lograr, poco a poco, calmarle.

Al principio, cuando no había otra cosa que mantenerlo en una celda de seguridad, ellos hacían una especie de guardia y siempre lo acompañaban. Esta estrategia nueva, surgida por la necesidad, se constituyó en una actividad permanente, sólo cambiaban las acciones que se hacían con ellos.

Cuando los pacientes estaban ya en el tercer nivel, les llamamos “pre alta” para que ellos mismos pusieran su entusiasmo para lograr estar mejor. Se nombró un tutor para cada paciente (claro que un tutor podía tener varios pacientes a su cargo), ellos fueron planteando un proyecto de vida, ya que estábamos en la fase de pre alta. Esto lo conversamos con los familiares que apoyaban plenamente. Nosotros sabíamos que el alta no podíamos darle solamente porque sus síntomas habían desaparecido o disminuidos. Nos preguntamos cuando les damos de alta qué harán y estábamos seguros que su enfermedad volvería a reproducirse. Nuestro objetivo entonces fue elaborar una estrategia para no reincidir, y esto lo hicimos con la ayuda de los familiares. La creación de la figura del tutor también fue muy acertada. Fue por eso que esta figura después la planteamos ya desde el primer nivel.

Los pacientes del tercer nivel se constituyeron en valiosos colaboradores de los operadores, ellos se comunicaban más fácilmente con los pacientes y facilitaban enormemente el trabajo.

Debo decir que incorporamos un profesor de Educación física, que también era Psicólogo, el Lic. Carlos Noguera Winkler que todos los días, al iniciar la jornada, les hacía hacer ejercicios y más tarde se habilitaron canchas de vóleibol y fútbol.

Otro aspecto importante: conseguimos que los alumnos del Colegio Dante Alighieri vinieran a hacer actividades con ellos, como deportes. A partir de los 8 meses de haber comenzado esta modalidad, se iniciaron las altas y se constituyó en el pabellón que casi no registraba recaídas. Los pacientes de Alta debían venir no al consultorio externo del Hospital con otros psiquiatras, sino debían venir

a nuestro pabellón, venían como de visita y de paso se controlaban con su médico.

Hemos tenido en cuenta muchos detalles y tratábamos de dar una explicación cuando funcionaba o cuando fracasaba.

Cuando inauguramos la Comunidad Terapéutica en el Pabellón nuevo de mujeres, tuvimos la idea de traer a las estudiantes del último año de psicología para que hagan una pasantía, lo que significaba que ellas no eran simples observadores sino que tenían responsabilidades y actividades a su cargo.

Estas actividades fueron ingenradas por ellas, que nos presentaban lo que querían hacer con sus motivos. Esto fue algo muy interesante porque el aporte fue de inmenso valor terapéutico. Además las 20 estudiantes que vinieron, tuvieron la vivencia de que el trato humano al paciente, impulsar sus Derechos Humanos, tenían efectos realmente terapéuticos y la profesión también cobraba un perfil más humano.

Pero todo esto que parecía un logro, no solamente para los pacientes del pabellón, sino un cambio de un paradigma que podía evolucionar la historia de la psiquiatría, porque aquí no era el planteamiento de algo teórico sino de una vivencia real y comprobada. Lógicamente que hubieron algunos problemas, como alguna fuga o agresiones, cosas que siempre hubieron en el hospital, pero como venía de la Comunidad era imperdonable.

Los colegas psiquiatras que no aceptaban los tratamientos no biológicos se oponían tenazmente. Conste que nosotros usábamos también medicamentos, pero ellos no concebían que el Hospital tenga una modalidad no aceptada internacionalmente y sólo la psiquiatría clásica debía imponerse en el hospital.

Esta controversia fue agravándose hasta que se planteaba que los de la Comunidad estábamos impulsando el Comunismo, situación está que era grave porque la dictadura de Stroessner no permitía eso y primó esto y fui de nuevo despedido del hospital y toda la experiencia terminó.

Como se puede apreciar, fuimos creando y adecuando la metodología a partir de conceptos básicos de la Comunidad Terapéutica. Cada Comunidad terapéutica tiene actividades de acuerdo a las situaciones que se presentan.

## 2. Experiencias de profesionales y estudiantes que trabajaron en la Comunidad Terapéutica del Hospital Psiquiátrico

### *Mi experiencia en el “Neuro” y en la comunidad terapéutica*

**Dr. José Vera Gómez**

*Psiquiatra. 1978*

Cuando empecé mi experiencia en psiquiatría, hablé antes que nada con el Prof. Dr. Isaac Cegla, quien me autorizó a iniciar mi práctica en el pabellón que llamaban Comunidad Terapéutica (se le agregó más tarde “de hombres” para diferenciarlo de la “de mujeres”). A la primera persona que conocí allí fue a la psicóloga Lic. Laura Sánchez, y luego al Dr. Andrés Arce, actual Profesor Titular de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (qué largo).

En ese momento ese pabellón no tenía nada que ver en su funcionamiento con una comunidad terapéutica. El nombre quedó como vestigios de un intento previo dirigido por el Dr. Carlos Arestivo, que en ese momento no estaba trabajando en el hospital.

La Comunidad Terapéutica de Hombres (CTH) tenía anexo el famoso **corralón**, recinto amurallado en donde los pacientes más deteriorados vivían casi sin ropa o desnudos y la comida se les arrojaba como a animales. Muchas veces los pacientes amanecían muertos. Era realmente una imagen surrealista ese lugar, propia de manicomios de dos siglos atrás. Una de las paredes del corralón era la CTH, de manera que se tenía acceso al primero a través de las ventanas de la última. Por las mañanas, al llegar, solíamos abrir una de esas ventanas a fin de ver si había alguna novedad en el corralón.

Recuerdo dos historias: uno de los pacientes que había estado internado mucho tiempo, casi desnudo, incoherente y con toda la sintomatología psicótica, un día amaneció diciendo que estaba bien y que se quería ir. Le examinamos y realmente estaba bien y le dimos el alta. Solía venir de visita luego cada cierto tiempo. No recuerdo su nombre, pero a veces hay curas espontáneas inexplicables.

En otra oportunidad, al mirar el corralón veo un joven rubio alto, con anteojos de sol *Ray Ban*, que contrastaba totalmente con el resto de los pacientes. Le llamo, y me cuenta que acudió esa mañana temprano a consultar por un problema de pareja y le encerraron allí (por orden del Dr. Sarbu), sin saber el motivo. Por supuesto, rápidamente le liberé, conversé un rato y se fue a casa.

Una de las cosas más terribles del *Neuro* eran las sesiones de electroshock por las mañanas, practicadas por el Dr. Sarbu. Si no había pacientes con indicación, igual ordenaba a las enfermeras o enfermeros que fueran a buscar y trajeran. La sala de “electro” era una pieza normal dividida por una reja. Tras la cual estaban los pacientes que iban a ser sometidos al tratamiento. Los pacientes por supuesto observaban mientras se hacían las aplicaciones, esperando su turno. Era realmente una situación terrible. Al aplicar electricidad en las sienes de los pacientes, éstos hacen una convulsión que cuenta de una fase en la que se ponen rígidos y luego le sigue una fase con contracturas. En el procedimiento hay pérdida de la conciencia. El viejo aparato de electro shock se guardaba sobre un armario en la secretaría. Generalmente el médico que quería utilizarlo, enviaba a un paciente a buscarlo. En una oportunidad un paciente fue a retirar el aparato y lo tiró a un pozo. Como todo en nuestro sistema es muy lento, el hospital no contó con dicho tratamiento cerca de un año.

La experiencia en la comunidad terapéutica la iniciamos cuando se habilitó un nuevo pabellón de mujeres. A la inauguración asistió el “Excelentísimo Señor Presidente de la República y Comandante en Jefe de las Fuerzas Armadas de la Nación General de Ejército Don Alfredo Stroessner”. El acto fue transmitido por “Radio Nacional del Paraguay y la Cadena Paraguaya de Radiodifusión” y por supuesto

una banda de músicos ejecutó la marcha presidencial y se entonó el Himno Nacional. Hubieron discursos e invitados especiales, etc.

En la comunidad terapéutica trabajamos con grupo de estudiantes de psicología de la Universidad Católica. Y también asistían para su práctica estudiantes de enfermería del Instituto Andrés Barbero. Entre ellas encontré a mi actual esposa.

En la comunidad una de las primeras cosas que me enseñó el Dr. Carlos Arestivo es que no debíamos utilizar la chaqueta blanca de médico. Se pretendía que todos allí éramos iguales, cosa que en la realidad no es cierta, pero al menos los pacientes tenían voz, podían opinar, y sus opiniones se tenían en cuenta.

Todos los días había a primera hora la “asamblea” en donde se veían las novedades y se intercambian pareceres sobre las actividades a realizar.

Yo dirigía un grupo de pacientes en donde se analizaba la medicación que recibía cada una de ellas y se discutía si le hacía bien, mal. Una de las cosas importantes era que cada paciente conocía sus indicaciones, esto lo diferencia de esa situación en donde los pacientes pueden estar tratados por décadas y no saben qué es lo que toman ni para qué. Para peor, en algunos casos no saben ni quién es su médico tratante.

La palabra “*neuro*” la puse en el título porque es una de las formas en que hasta ahora llaman al Hospital Psiquiátrico. También le llaman “el neuropsiquiátrico”.

Oficialmente nunca tuvo el nombre de Hospital Neuropsiquiátrico, ni tampoco lo constituye desde el punto de vista de la práctica que se realiza en su interior.

Para terminar, creo que los intentos de realizar comunidades terapéuticas en el Hospital Psiquiátrico, dejó una historia para recordar en dicho hospital, y también en la psiquiatría paraguaya.

## **Las experiencias del Dr. Genaro Riera Hunter**

*Psicólogo clínico, Psicoanalista, especializado en Bs. As., Argentina.*

Hace 41 años, corría el año 1977, buscando realizar mi tesis para graduarme de psicólogo, contacté con el Dr. Carlos Arestivo en el Hospital Neuro Psiquiátrico, llamado así entonces; en donde asistía con el permiso de su director Isaac Cegla a las reuniones clínicas de los jueves a las 11.00 hs. Arestivo volvía de especialización en Italia y me comentó lo de la Comunidad Terapéutica, tema que tomó mi interés, y con mi compañera Perla Pompa decidimos trabajar esta línea para la tesis. Así comenzó y en ese hospital público se abrió la primera Comunidad Terapéutica en Paraguay.

Quisiera transmitir fragmentos de mi experiencia que duró algo más de 4 años, finalmente, pues culminada mi tesis continué paralelamente mi segunda residencia en Psicología Clínica en un centro privado llamado Centro-Estudio de Psicoterapia y Psicología, el segundo Centro de formación clínica psicológica que en ese entonces nuestro país contaba.

### **Mi experiencia**

Un reloj parado, ningún espejo en el pabellón, un paciente que estaba bien y luego se suicidó, la asamblea, las clases, las lecturas, el personal de salud sin bata blanca, el aparato de electroshock terminó en el pozo, los residentes... fueron estos hechos los que hoy recuerdo.

El pabellón era una isla. Algunos no podían ya salir, otros ya no querían. El tiempo era eterno en la isla, pues ningún muerto necesita un reloj ni un espejo porque no tiene a nadie a quien presentarse, para quien arreglarse, ni necesidad de reconocerse. Todos los sentimientos estaban prisioneros en la isla; prisionero custodiado por un guardián: el electroshock. Instrumento que no avergonzaba y que servía como herramienta de goce al manicomio, llamado hospital... cátedra de psiquiatría.

En esa isla había un regocijo: hacer el mal e inventar celdas dolorosas para que los encerrados vieran la tortura a la que eran sometidos los internos con las sesiones del electroshok, y excitados se

movían apretados todos... Una vez uno de ellos decapita a mano a otro interno, al ver las convulsiones que producía el electro... otro día un interno roba decidido el aparato y lo tira en un pozo. Fue un mensaje que la comunidad supo comprender y tratar. En ese periodo que recuerde y en este sector del hospital, no existió más el tormento del electroshock.

Estos hechos que nos avergonzaban fue un motor en cada uno de los que integrábamos la experiencia de iniciar la comunidad terapéutica... un motor para descender de los conocimientos orgullosos que habíamos sacado de las aulas. Fue el principio para poner en la isla un tiempo para escucharnos y se constituyó así el espacio-asamblea del pabellón: columna vertebral que hizo girar hacia un sentido, no diría nuevo sino primario, la internación. Fue la asamblea lo que permitió parar el sinsentido de desenfreno que un manicomio contiene. La necesidad de un espejo y su reclamo apareció inmediatamente y todos sabíamos en qué hora estábamos y en qué día, mes y año, porque desde luego el almanaque acompañó al reloj en movimiento. La isla comenzó a abrirse, comenzó a tender puentes... y emergió la necesidad de estudiar más allá de la obligación del trabajo de tesis... Franco Basaglia, Maxwell Jones, Erving Goffman. Todo el equipo sin batas blancas, como un acto simbólico de horizontalidad; médicos psicólogos, enfermeras, empezamos a leer y discutir nuestras actitudes muchas veces contradictorias.

La isla no solamente era geográfica sino también mental, en cada uno de los que integrábamos esa comunidad terapéutica. Fue así que tristemente, sin calcular las consecuencias, un paciente es dado de alta y angustiado resiste hasta que su solución para quedarse fue sacarse la vida, colgándose al amanecer en el corredor, obstruyendo la puerta de salida.

Muchos internos-estatuas del llamado corralón de crónicos eran pasados a la Comunidad Terapéutica, a pedido de nosotros, y así fue que muchos que visitaron dejaron de vivir como sombras.

La Comunidad Terapéutica fue un martillo que golpeó la isla y resonó en todo el manicomio, y lo más silencioso del sufrimiento se

hizo escuchar... el martillo se quebró... paulatinamente no pudo más golpear la cárcel y todo quedó nuevamente sumido en la compulsión del silencio.

### **Las experiencias de la Lic. Ma. Heve Otero**

*Psicóloga Clínica, Psicodramatista, Pasantía como estudiante de Psicología con énfasis en Clínica, en comunidad terapéutica, año 1984.*

La experiencia de pasantía en la comunidad terapéutica instalada en el Hospital Neuropsiquiátrico de Paraguay fue algo que he tenido el privilegio de vivir, como parte de mi formación como psicóloga clínica. Ha sido un privilegio, ya que esta comunidad permaneció activa muy pocos años, debido a diferentes razones, entre ellas la dificultad en sostener un modelo que implicaba un cambio radical en la cultura de la atención de la salud mental.

He podido formar parte de este proceso desde la planeación hasta la instalación del modelo y también los diferentes periodos de ajuste. La pasantía en la comunidad terapéutica estaba asociada a la cátedra de Intervención Clínica, de la Carrera de Psicología de la Universidad Católica, cuyo profesor era el Dr. Carlos Arestivo, que también era el Jefe de Sala de la Comunidad Terapéutica del Hospital Psiquiátrico, el contenido de esta materia era nutrido y nutría a su vez la experiencia en la comunidad terapéutica. Esto le dio a la experiencia una riqueza y una complementación necesaria para llegar a una integralidad en el conocimiento.

Los participantes éramos un grupo pequeño de estudiantes, ya que los que habíamos optado por la rama de Psicología Clínica éramos un grupo reducido; esto fue un aspecto positivo, ya que significó mayor calidad en las supervisiones y un número más manejable de estudiantes para la implementación de la experiencia.

El modelo implicaba el abordaje y la concepción grupal por sobre todo en casi toda acción emprendida; es decir la comprensión de cómo se enferma y cómo se sana el ser humano es en grupos, nunca se da de forma aislada, ya que somos seres sociales básicamente. De allí que pensar el modelo de comunidad terapéutica ha significado

pensar en cómo el grupo y los grupos pequeños pueden colaborar en la mejor y mayor recuperación de la psicosis. Por otro lado, cómo el abordaje grupal es más eficiente y hasta desde el punto de vista financiero más sostenible. Por otro lado, en la medida que una comunidad terapéutica se consolida, va produciendo más resultados, algunos de ellos incluso no esperados, pero que implican un cambio sustancial para las personas con sufrimiento psíquico.

Para los estudiantes trabajar en este tipo de modelo ha sido importante, porque permitió una comprensión que los pacientes eran personas como nosotros y el trato a ellos era con mucho respeto y cuidado; también desafía la idea de los profesionales como autoridades y que lo saben todo o lo pueden todo. En este sentido, este modelo es mucho más humanizante para los mismos profesionales y para los estudiantes un buen ejemplo de las limitaciones del rol de profesional de la salud mental, hecho muy importante de incorporar en el mismo proceso de formación de psicólogo clínico.

La experiencia significó:

- Pasar de la teoría a la práctica, en una propuesta que implicaba un trabajo conjunto teórico-clínico-metodológico, de reflexión y participación individual y grupal.
- Ser parte de la aplicación e implementación de un modelo, el de comunidad terapéutica, en un intento absolutamente novedoso e inédito en Paraguay.
- El trabajo clínico con psicóticos, en este caso agudos y la aplicación de técnicas y abordajes tales como el psicodrama. En ese sentido el trabajo grupal también se configuró como novedad, tanto en el modelo de comunidad terapéutica como el trabajo clínico en grupos pequeños.
- La experiencia de un modelo de trabajo clínico-hospitalar que implicó diversas instancias de trabajo: atención clínica de pacientes, supervisión, lecturas y ateneos clínicos. Esta combinación permitió una calidad de aprendizaje muy importante que conllevó la integración de los conocimientos con la práctica clínica.

## **La experiencia de la Lic. Claudelina Segovia**

*Enfermera Jefe del Hospital Psiquiátrico, 1978*

En cuanto a la Comunidad Terapéutica del Hospital tuvimos muchísimos obstáculos, pues era un cambio total del sistema operante de asistencia al usuario, por primera vez se le trataba como persona humana con derechos, cosa que no fue del agrado de los directores y dirigentes de la institución; fuimos muchas veces perseguidas y maltratadas por Morínigo Escalante y sus secuaces, no sé cómo aguanté aquello.

Por suerte estábamos un grupo de enfermeras muy unidas apoyándonos afectivamente, y tratábamos de hacer lo humanamente posible dentro de tantas limitaciones.

## Capítulo XIV

# Hogares Sustitutos en el Paraguay

*Dr. Martín María Moreno G.<sup>3</sup>*

### **La creación de los Hogares Sustitutos en el Paraguay**

Las medidas cautelares del 2003, puestas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) contra el Estado paraguayo, interpelaron profundamente a los modelos de atención de la salud mental y a sus prácticas manicomiales, cuyo epicentro era el Hospital Psiquiátrico de Asunción. En ese contexto, una de las acusaciones para la interdicción y puesta de las medidas cautelares, fue la de la violación de los DDHH de los pacientes internados. Los parámetros utilizados, más allá de los Derechos Humanos, se basaron en las Normativas de Atención de las personas que sufren trastornos mentales, de la declaración de las NNUU, a la cual el Estado paraguayo está adscrito.

La CIDH había dictaminado que se debían cumplir las medidas cautelares de protección de los enfermos mentales internados en el Hospital Psiquiátrico, entre ellas, la mejora de la atención de los pacientes internados, la apertura de los hogares sustitutos, la ampliación de la red de atención de la salud mental y un cuidado particular de dos adolescentes autistas internados desde la niñez en el Hospital Psiquiátrico.

En ese contexto de puesta de medidas cautelares, se debían de abrir los hogares sustitutos, para que los pacientes internados en situación de abandono vuelvan a su comunidad.

---

<sup>3</sup> Esta descripción se basa en un documento más extenso elaborado por el Dr. Martín María Moreno.

En cuanto al proyecto inicial, se tuvo en cuenta la siguiente definición:

El Proyecto Servicios Basados en la Comunidad-Hogares sustitutos en un contexto de la atención terciaria, consistió en la creación de seis viviendas ubicadas en diferentes puntos del país, que permitan a las personas hospitalizadas por largo periodo en el Hospital Psiquiátrico fueran trasladadas en forma definitiva o como paso previo a ser rehabilitados en el seno de sus familias naturales en sus comunidades. La propuesta implicó, que los mismos puedan vivir en un entorno comunitario y asistido, como componentes del proceso de rehabilitación. Los costos fueron cubiertos por fondos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y organizaciones no gubernamentales.

### **Primeros pasos para la implementación**

Al inicio del proceso, fue presentado el proyecto a diferentes comunidades en donde fuera posible establecer condiciones para la creación de estos Hogares, siendo que estaba preestablecido que estos Hogares estarían localizados en las cercanías de centros asistenciales que cuenten con una unidad de salud mental, de modo a asegurar la atención médica y el tratamiento personalizado activo, así como la provisión de medicamentos, cumpliendo con los estándares internacionales de vida en la comunidad.

En varias comunidades se encontró con el rechazo, el miedo y el estigma; que se constituyeron en desafíos para la conformación de este tipo de dispositivo.

Con excepción de algunas comunidades, entre ellas, la del Municipio de Limpio, cercano a la Ciudad de Asunción, allí existía un terreno propio del Ministerio de Salud, en el predio del Hospital Materno Infantil de Limpio.

La construcción e instalación de equipamientos inició y culminó en ese mismo periodo de tiempo (del año 2004 al 2005), financiado por la Secretaría Ejecutiva de Acción Social de la Presidencia de la República. Esta se realizó con mucha insistencia y esfuerzo desde la

Dirección del Hospital Psiquiátrico, pues en el proceso hubo cambios de autoridades de estas instituciones, abandonado inicialmente el apoyo en este proyecto (cambio del Vice-Ministro del Ministerio de Salud, del Hospital de Limpio, de autoridades en el Ministerio de Salud Pública y de la S.A.S.).

El funcionamiento y formación de estos servicios según el Proyecto inicial, refería:

“(…) estarían constituidos por pequeños hogares semi-independientes conformados por grupos de ocho personas como máximo, diferenciados por sexos (…)”.

La casa fue presentada con una capacidad para la morada de ocho personas, se pensó que no fuera diferenciado por sexo, pues en una casa normal, se comparte con personas de ambos sexos, pero se concluyó que inicialmente sería más conveniente optar por la primera propuesta del proyecto para apostar al suceso de este plan piloto.

El segundo y el tercer hogar en Luque y en San Ignacio, iniciaron la experiencia de que los hogares sean mixtos.

Estos Hogares Sustitutos fueron constituidos como pequeños hogares semi-independientes conformados por grupos de ocho personas como máximo, diferenciados por sexos, dotados de personal con rango promedio de 1 sobre 3 personas durante el día y 1 sobre 4 personas durante la noche, de manera a que los usuarios se sientan acompañados y cuidados en un ambiente limpio e higiénico. Conformando una estructura adecuada en la cual el personal interactúe continuamente en una serie de actividades cotidianas que favorezcan un desarrollo en cada uno, asegurando que estas personas se sientan libres de daños, negligencia y constreñimiento.

### **Las actividades que fueron desarrolladas en el hospital psiquiátrico:**

#### **1. Identificación del beneficiario.**

En cada sala del Hospital se solicitó que seleccionaran personas que reunieran las siguientes características:

- Deseo y consentimiento para salir del Hospital y vivir en el hogar.
  - Funcionalidad Social (conservación de las habilidades de la vida diaria).
  - De ser posible procedencia cercana a los hogares sustitutos.
  - Criterios Médicos (compensación en síntomas positivos sin trastornos cognitivos severos).
  - Ausencia de procesos legales en los pacientes.
2. Preparación al Paciente para el cambio de la vida hospitalaria a la vida del Hogar Sustituto. Se realizará de la siguiente forma:
- El consentimiento informado.
  - Abordaje individual.
  - Conformación de los grupos para los diferentes hogares de acuerdo a la zona de origen y afinidad.
  - Trabajo de proceso grupal.
  - Asistencia a entrenamiento para la convivencia en un espacio dentro del hospital donde los futuros usuarios del sistema comenzarán a vivir en pequeños grupos comunitarios.
  - Charlas.
  - Visitas a la futura casa.
  - Encuentros con futuros acompañantes.

### **Propuesta de HAVISO (Habilidades de la Vida Social)**

La necesidad de tener un diagnóstico situacional de cada paciente, fue difícil por modo de funcionamiento de la organización del Hospital Psiquiátrico, que estaba dividido en Departamentos y estos no se apropiaron de la propuesta de trabajar con modelo de rehabilitación. No se tenían todos los diagnósticos, la colaboración era escueta y la propuesta no estaba empoderada de las salas existentes.

Daba la sensación, de que esta medida cautelar impuesta por la CIDH paralizaba a algunos funcionarios, a otros les perturbaba la omnipotencia profesional de lo perfecto y otros directamente hacían de brazos caídos, por el temor a los cambios de sus zonas de confort. Pese a estos obstáculos, la necesidad emergente era la de tener no

sólo los diagnósticos médicos, sino un diagnóstico funcional de los diferentes pacientes internados.

El proyecto HAVISO (habilidades de la vida social) se formaba de esta manera como un hogar en tránsito, en el intramuros del hospital psiquiátrico, conformándose como parte integrada de un proyecto de rehabilitación en el seno del hospital psiquiátrico.

Para que HAVISO funcione (pueda seleccionar y habilitar al grupo de pacientes), se necesita:

#### *Intramuro del Hospital Psiquiátrico.*

- El equipo multidisciplinario (estable del Hospital Psiquiátrico).
- El espacio físico para el entrenamiento de usuarios (estable del Hospital Psiquiátrico).

#### *Extramuros.*

- El contrato de los cuidadores o padres sustitutos (4 contratos).
- El/la psicólogo/a y trabajador social que acompañará la propuesta (1 contrato).
- 1 casa habilitada para el proyecto.

### **Principios de los hogares sustitutos**

En el proceso de desarrollo del proyecto se fueron gestando otras ideas, otras estructuras, que posteriormente, los llamé principios. A ellos los considero como el andamiaje que soporta el proyecto. Esta propuesta, aún está en fase de validación en los espacios formativos de los recursos humanos. Abajo paso a describir a los siguientes componentes, que anudados hacen a la organización.

- La CASA (el Hogar Sustituto): La casa es un contexto en el cual la persona, se apropia de los espacios, las tareas, los encuentros y el tiempo; pudiendo en la convivencia determinar cuáles son colectivos y cuáles son los personales. En ella se desarrolla una nueva historia de vida, el arraigo y la pertenencia que conformarán a la nueva identidad, más allá de los muros.
- RESIDENTE/A USUARIO/A: Se trata del beneficiario, en él se contempla como un ser integral biopsicosocial. Se construi-

rá con él un proceso que se oriente a la máxima autonomía, en un proceso de acompañamiento individual y colectivo, desde su subjetividad y su inclusión en la comunidad.

- ACOMPAÑANTE, CUIDADOR: Es la figura responsable del cotidiano de la casa, el mismo junto con los residentes buscarán optimizar las tareas y los procesos en los hogares sustitutos. Son personas que trabajan en forma intercalada semanalmente y llevan adelante los aspectos administrativos y técnicos de cada hogar.
- COORDINADOR DE HOGARES: Es un profesional psicólogo o trabajador social, que revisa, acompaña, planifica las tareas de los usuarios y el modo a ser desarrollado por los acompañantes y usuarios. Tiene una función técnica y administrativa.
- COMUNIDAD Y RED DE APOYO: La comunidad es grupo de personas que va más allá de las fronteras de la casa; en ella se incluyen amigos, vecinos, compueblanos. Se encuentra conformada por redes primarias (no institucionalizadas) y secundarias (institucionalizadas); en ellas las personas conviven en una cultura local, participando de su cotidiano, sus festividades y rituales. Esta se constituye en la fuente primaria para la construcción social de la instalación de los hogares sustitutos.
- GRUPO DE USUARIOS/AS: El grupo de usuarios/as, es una estrategia de intervención, en ella los integrantes conviven un cotidiano de actividades individuales o colectivas. Tienen reuniones como rondas de tereré para conversar sobre ellos o sobre las tareas y propuestas que se dan en las reuniones. Esta propuesta se presenta como un compromiso personal, en la reunión, para luego ir integrándose en acciones. Se espera que los usuarios puedan identificarse con el grupo, el compromiso de pertenecer y la tarea, ésta puede ser coordinada por un acompañante de hogares o el coordinador.
- LAS FAMILIAS Y AMIGOS DE LOS USUARIOS: Se tiene en cuenta que los mismos son la fuente primaria de existencia de los

- usuarios, con los mismos se trabaja la posibilidad de re vinculación, restitución de identidad y/ o el proceso de retorno a la casa.
- EL EQUIPO DE TRABAJO: El equipo de trabajo es una instancia en la que un grupo de personas, profesionales y técnicos, realizan una tarea de seguimiento a las actividades de los hogares. Este equipo está conformado por psicólogos, trabajadores sociales y técnicos de salud. Estos, realizan acompañamiento para cada usuario/a y la posibilidad de que las actividades de hogares puedan imbricarse en la comunidad. Se comprende que estos dispositivos existentes en la comunidad, se conforman con las propuestas de APS, USF, Municipalidades, Gobernación, Justicia, Niñez, etc.
  - EL ENFOQUE DE DERECHO: El enfoque de derecho implica dar acceso y garantías a los derechos de cada usuario. En esta propuesta se busca que cada usuario conozca sus derechos, pueda contar con su cédula de identidad, a fin de acceder a los servicios públicos y ejercer su ciudadanía.

### **Resultados finales**

- 6 hogares sustitutos, dan continuidad al proyecto inicial que iniciará en el año 2006.
- 54 usuarios habitan los hogares sustitutos habilitados.

Demostración cualitativa de que se puede realizar programas con enfoque de derecho en el campo de la salud mental.

Demostración cuantitativa de costo/beneficio. Un hogar cuesta el tercio del costo de un paciente internado.

## Capítulo XVI

# La Cárcel de Emboscada

### **Emboscada... una modalidad carcelaria insólita<sup>4</sup>**

*(Experiencia del Dr. Arestivo)*

Parecerá extraño incluir una modalidad carcelaria dentro de un libro que hace referencia a la asistencia en Salud mental. Es que merece rescatarse lo que sucedió en Emboscada entre 1976 y 1979, donde se habilitó esa dependencia como Prisión a presos políticos durante el nefasto gobierno del Gral. Alfredo Stroessner; dado que las Comisarías y la Cárcel de Tacumbú estaban colmadas de presos políticos, se habilitó Emboscada que era una cárcel para adolescentes infractores.

Más de 700 presos, todos políticos que fueron atrozmente torturados en el Dpto. de Investigaciones de la Policía Nacional fueron trasladados y encerrados en esa cárcel. Entre los presos estaban hombres, mujeres, ancianos y niños, un verdadero campo de concentración al estilo nazi.

Al inicio, según manifiestan los presos que fueron trasladados en los primeros años, fue muy duro, era una tortura terrible, por el hacinamiento en las celdas que casi no había espacio para acostarse, no había ventilación, sólo una especie de mirador de 10 cm x 20 y las puertas muy gruesas siempre cerradas; sólo salían pocos minutos y ni siquiera podían ir al baño a hacer sus necesidades, lo hacían en latas y para conservar el pudor, los compañeros formaban un círculo y se ubicaban de espaldas y en el centro el compañero sentado en una lata de esas de leche Nido para hacer sus necesidades, recién

---

<sup>4</sup> Emboscada fue una especie de Campo de Concentración en la época de la dictadura stronista. He incluido este capítulo porque me pareció pertinente rescatar una experiencia carcelaria insólita que tiene que ver con una modalidad parecida a la Comunidad Terapéutica.

cuando salían podían sacar afuera sus desechos. Lógicamente olor a orín, heces y sudor era lo normal en las celdas.

La comida era escasa, incomible y a veces con insectos, el agua era muchas veces contaminada, la traía un burrito de carga y muchas veces ocasionaba diarreas.

Así estaban en las celdas de los hombres, las celdas de las mujeres con los niños. Era realmente una situación infrahumana, casi un desprecio a la vida. ¿Qué peligro constituían los ancianos, los niños y hasta mujeres embarazadas? El dictador no soportaba a las personas que tenían otro criterio; y los niños, para que aprendan qué puede pasar si uno era contestatario.

Fue un largo proceso de cambio, los políticos de izquierda y los campesinos sobre todo fueron ganando terreno y lograron organizarse, se crearon delegados de las celdas, que eran los que podían reunirse con el Director del penal, poco a poco fueron consiguiendo más espacio y cierta autonomía, se fueron creando conjuntos musicales, grupos de teatro, un consultorio médico, grupos de deportes y hasta cine. La vida interna se organizó de tal manera que cada celda por turno debía hacer actividades que beneficiaban a todos, como por ejemplo, los integrantes de una celda se encargaban de la basura y con una carretilla recorrían todas las celdas y levantaban las basuras que provenían de cada celda, las llevaban al fondo del penal, y en un pozo la tiraban; otros se encargaban de la limpieza de los baños, otros de preparar la comida y así se iban creando actividades de acuerdo a las necesidades. A la noche los conjuntos musicales integrados por presos tenían su actuación como los grupos de teatro. Los domingos eran dedicados al deporte, los varones al fútbol, las mujeres al hándbol.

Las decisiones, limitadas por cierto, se tomaban en la reunión de Delegados. Los Delegados a su vez eran representantes de los demás presos en sus celdas. Entre los presos había mucho respeto, muy poco se preguntaba qué hacían antes, los chicos jugaban todo el día y aparecían felices.

Llegué a Emboscada después de 17 días de terror en Investigaciones. Cuando llegué el lugar era ya como describía al final, yo no viví los duros momentos iniciales. Me pusieron en una celda y allí ya me esperaban los integrantes de la misma; al llegar fui recibido con un aplauso, lo que me emocionó mucho y me dio tranquilidad. El delegado me explicó las normas que se debían cumplir si uno estaba de acuerdo y que era una manera de convivir allí.

En una amplia celda estábamos 15 personas más o menos, dormíamos en cuchetas. La mayoría eran campesinos y ellos casi no recibían visitas, una de las normas era compartir lo que las visitas traían de alimentos. Se tenía que hacer artesanía para vender afuera o pagar si se podía una suma ínfima, para gastos de los compañeros. Se recibían visitas dos veces por semana.

Yo pasé tres meses allí, debo decir que realmente era una Comunidad Terapéutica, creo que allí se inició para muchos el alivio de los efectos del terror vivido.

Un consultorio médico fue iniciado aprovechando la estadía de la Dra. Sanneman, posteriormente el Dr. Jorge Canese y más adelante yo me hice cargo a pedido de los Delegados. Y debo decir que yo como experto en Comunidades Terapéuticas no hubiera tenido la capacidad de organizar una de esa naturaleza, que fue algo espontáneo y eficaz; esta experiencia vivida en Emboscada la incluyo en mi currículum como un aprendizaje y una eficaz terapia personal.

***Emboscada como una comunidad más que terapéutica, que también lo fue, como promotora y preservadora de la salud Mental***

**Lic. Melquiades Alonso<sup>5</sup>**

*Psicólogo*

Lo que recuerdo es que entre abril y setiembre de 1976 estuvimos en el Departamento de Investigaciones –yo en Vigilancia y Delitos–

---

<sup>5</sup> Compañeros, presos políticos que vivieron la experiencia de Emboscada tuvieron la gentileza de

donde, aunque nos metían entre nosotros a algunos presos comunes para controlar e incidentar, conseguimos organizarnos para sobrevivir. Por ejemplo, en una celda de unos 4 x 3 estábamos más de 50, hasta el aire que respiraba uno era aire que le sacaba a los demás; pero buscamos ser solidarios y encontrar lo que era bueno para todos; hicimos turnos para dormir; en el piso no cabíamos acostados todos, entonces unos dormían hasta las 12 de la noche y otros desde entonces hasta el control de lista.

También se tuvo que organizar para lo referente a alimentación y a salud. La comida era malísima y cuando uno recibía algo de los parientes –no había visita– compartía.

Los problemas de los golpes y moretones, de diarreas o de sarna se solucionaban con medidas “caseras” o con el conocimiento de campesinos que hacían traer *pohá ñaná*<sup>6</sup>. Y se separaba a los individualistas que buscaban su propio provecho dañando al grupo. (Hay que reconocer que algún policía ayudaba, aunque la mayoría era hostil e incluso torturara).

En Emboscada llevamos eso. Al llegar nomás, nos metieron en una celda grande donde no había nada, era de noche, pero para dormir organizamos mientras había un poco de luz, con los bultos en un rincón y como se podía, acostados cabeza con cabeza en el centro, para que entremos... Ir a Emboscada era salir del infierno.

Luego nos asignaron a las celdas (ellos decidían a cuál ir y con quiénes ir; lógicamente con sus criterios). Así, a los del PC<sup>7</sup> los reunieron en la Celda 12.

Hubo varias celdas pequeñas para las mujeres donde se encontraban niños pequeños.

Pronto se hizo una organización por celda con un delegado, luego vinieron las camas de dos pisos, que también implicaban tener

---

acompañarme en este libro escribiendo su vivencia en ese insólito lugar

6 Medicamentos hechos en base a hierbas cuyas virtudes medicinales son conocidas en el contexto de la cultura campesina.

7 Partido Comunista.

que organizarse. Al comienzo sólo se salía una hora al día (quizá más, pero era algo limitado).

En la celda se organizaba toda la actividad, desde la limpieza, por turno. Luego, por turno los miembros de cada celda entraban a la cocina, con grupos de mujeres, en la cocina se estaba todo el día “libre”, es decir no encerrado. Estar afuera más en contacto con las compañeras, más el hacer algo útil para los compañeros era muy importante.

Al principio el Coronel Grau (Director del penal) se reunía con los delegados una vez a la semana y para el tratamiento de problemas delegaba en su asistente, el Teniente Gutiérrez.

Había conflictos con algunos delegados –a quienes se pretendía excluir–, especialmente Doña Tina y el de la Celda 12

El agua, que al principio venía de un riacho, no potable, requirió de organización para su uso para el aseo, luego se tuvo el pozo, pero igual, la pileta implicaba ordenar su uso.

Cuando se decidió abrir unos espacios en las puertas para ventilación, los propios compañeros lo hicieron. Luego optaron por dejarnos libres durante el día.

Con la experiencia de los del PC en las comisarías pronto funcionaron los talleres (objetos de madera, bordados, tejidos... Wagner, que tenía experiencia en Carapeguá, fue uno de los maestros en el tejido).

El apoyo del Comité de Iglesias fue importante, no sólo por la provisión de alimentos, de herramientas y equipos para talleres, sino que la relación con ellos implicaba una cierta seguridad –ellos sacaron la primera lista de presos políticos con la vacunación que hicieron desde el Hospital Universitario.

Se organizó actividad cultural los domingos: peña con los músicos y gente de teatro, un coro; se tuvo deportes: fútbol y vóleybol.

Se organizó con las compañeras maestras la alfabetización y luego estudios de primaria y secundaria. Se tuvo una biblioteca.

Los parientes ayudaron mucho para ello. Las visitas también fueron fundamentales –una vez por semana–. Los campesinos en este

sentido estaban peor, por la distancia, pero se consiguió que sus hijos menores se quedaran a vivir en vacaciones.

Monseñor Rolón, aunque fue una sola vez, fue muy importante, al igual que el P. Gaddi, que acompañó a sus parroquianos presos de Caaguazú.

### *Todos éramos solidarios*

#### **Relato de Magdalena Galeano**

Magdalena Galeano tiene hoy 65 años, apresada en 1975, por convivir apenas 3 semanas con Benjamín Ramírez, en cuya casa la Policía encontró armas y equipos; Benjamín y su hermano junto con ella, fueron apresados.

“Estuve presa en el Departamento de Investigaciones durante seis meses, después me llevaron a la Comisaría de Fernando de la Mora. Fui torturada con golpes de látigo en la espalda, varias veces, fui amenazada, y me hicieron presenciar la tortura de otros presos políticos como la famosa bañadera; posteriormente en 1976 fui trasladada a Emboscada. Yo en realidad no entendía lo que pasaba, yo no tenía nada que ver con las actividades políticas de mi pareja, ni siquiera sabía en qué andaba.

Fuimos los primeros en llegar, éramos alrededor de 700 presos entre hombres, mujeres, ancianos y niños, entre las mujeres habían embarazadas que poco tiempo después dieron a luz a sus hijos.

Emboscada era en ese tiempo un lugar tétrico, fuimos encerradas en celdas para las mujeres y niños, muy hacinadas, en celdas sin ventilación, sólo podíamos salir dos veces al día para ir al baño, si urgía la necesidad hacíamos nuestras necesidades en una lata de leche Nido.

A partir de la intervención de la Cruz Roja Internacional y el Comité de Iglesias, las puertas de las celdas se fueron abriendo, se formaron grupos y se fueron organizando, se crearon delegados de celdas, y entre ellos empezaron a organizarse; el Comité de Iglesias proveía de insumos para preparar la comida, nosotros cocinábamos

por turno, se organizó un sistema de recolección de basuras, se crearon varios grupos de esparcimiento y hasta se creó una escuela donde muchos que no sabían leer y escribir pudieron aprender. Allí se mencionan al Lic. Melquiades Alonso, Lic. Fernando Robles entre otros. Esta escuelita fue posteriormente reconocida por el Ministerio de Educación y Cultura. Había varios grupos de teatro, entre ellos dirigidos por Emilio Barreto y Antonio Pecci, grupos de Coro, música y deportes como fútbol y vóleibol.

La vida fue ya más relajada, se podía comunicar, se podía participar y había mucho respeto por las personas, todos éramos solidarios, entre todos nos cuidábamos, no había diferencia entre los campesinos, intelectuales y obreros, todos éramos iguales y todos podíamos opinar. Todo lo contrario de lo que era al principio.

Este clima cálido y afectuoso a mí me ayudó a volver a sentirme bien y recuperar mis fuerzas. En ese tiempo Emboscada fue lo opuesto al Departamento de Investigaciones o al primer momento de Emboscada”.



## Conclusión

Hemos recorrido en este proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica institucionalizada, cuyo objetivo principalmente es demostrar que cualquier Institución que utilice modalidad de custodia opera negativamente en la salud de una persona que sufre de un trastorno mental. Hemos llegado a la Comunidad Terapéutica que en realidad es sólo un modelo diferente que apunta a que esa persona se reencuentre consigo misma.

Con la modalidad de asistencia comunitaria surgen nuevos criterios en beneficio de los pacientes y que ya se plantea en otros países.

Hay algunos puntos que se tienen que tener en cuenta:

- La atención de las personas con trastornos mentales y sobre todo si necesita internación, no debe hacerse alejada de sus familiares, para impedir que nuevas situaciones empeoren la rehabilitación,
- Las internaciones no deben ser de largo plazo.
- El Estado debe organizar estructuras intermedias a la internación, como Centro día, Actividades grupales, artísticas, etc., en la Comunidad donde vive el paciente.
- Se debe involucrar a la familia.

Estos criterios se plasmaron en el documento de las Políticas de Salud Mental (2008), que fue realizado por diferentes profesionales, pero que lastimosamente nunca se le dio importancia.

Un hospital psiquiátrico con edificio nuevo muy moderno pero con modalidad manicomial, con un alto presupuesto, como si no fuera un problema de salud mental, no está ligado a la Dirección de Salud Mental, ni tampoco está ligado a la Institución de asistencia a los adictos. Son tres instituciones completamente separadas o yo diría esquizadas.

También es importante plantear que los conceptos que hacen a la Comunidad terapéutica se pueden adecuar a otros espacios, como

lo hemos hecho con el Programa de Rehabilitación de los adolescentes infractores de la ley, que si bien el proyecto fue aprobado por el Ministerio de Justicia, sigue siendo letra muerta y se convirtió en una cárcel más. Otro proyecto aprobado por la Secretaría de la Niñez y Adolescencia fue aplicado en relación a la rehabilitación de los niños y adolescentes en situación de calle. Este Proyecto sigue funcionando en Reducto (San Lorenzo) con el nombre de “Ñemity”.

Todos ellos basados en los principios de la Comunidad Terapéutica.

El Estado debe organizar estructuras intermedias de internación como Centros Diurnos, Laboratorios Protegidos, Actividades Grupales Artísticas, etc., en la Comunidad donde vive el paciente.

Estas Estructuras Intermedias Territoriales, alternativas al Manicomio Tradicional, promulgadas por el Parlamento italiano con la famosa Ley 170 de 1970, fueron los núcleos esenciales de la Reforma Psiquiátrica, valientemente protagonizada por Franco Basaglia, hoy reconocido en todo el mundo como héroe de la psiquiatría humanista universal.

En nuestro país, después del tentativo de transformación comunitaria de algunos pabellones del Hospital Psiquiátrico en los años 1978 -- ?, prematuramente concluida por inmadurez de la psiquiatría oficial, los criterios comunitarios se propugnaron nuevamente en el documento de las Políticas de Salud Mental de 2008, realizado por diferentes profesionales, pero lastimosamente se volvió letra muerta.

## Bibliografía consultada

- “Antropologie du malade mental”. *Esprit*, XX; 1952.
- ARESTIVO C., “Acompañamiento Terapéutico”, 11º Congreso Mundial de Psiquiatría Social. Rio de Janeiro, Brasil, 1986.
- ARESTIVO C., “La autogestión como factor terapéutico”. Encuentro Internacional de Psiquiatría, Psicopatología y Salud Mental. Asunción 30-12-1989.
- ARESTIVO C., “Modelo de aprendizaje social a partir de la convivencia y educación integral”. Proyecto AMAR. Asunción, 2003.
- ARESTIVO C., “Psicodrama y Comunidad Terapéutica”. Centro de Alternativas Atyha, Asunción, 1986.
- BASAGLIA F., “Psiquiatría y antipsiquiatría”. Salvat, México, 1973.
- BASAGLIA F., “Scritti” Vols. I-II, Einaudi, Torino, 1981-82.
- BION W. R., “Experiences in groups, Human Relations”, Vols. I-IV, 1948-1951.
- BION W. R., “Intra-group tensions in therapy”, *Lancet* 2: Nov. 27, 1943.
- BION W. R., *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2003.
- BLEGER J., “Temas de Psicología (Entrevista y Grupos)”. Nueva Visión, Bs. As.
- CASERTA F., GIORDANO P. L. Ed Altri, “La Comunita terapeutica tra teoresi e pratica clinica”. *Progressi in psichiatria*, Vol. IV Parte II. Ed. Intenazionali, Roma, 1989.
- CODAS J. H., “101 Hitos Biotecnómicos”, Edit. EFA, Asunción, 2012.
- FOUCAULT, M., *Histoire EY H. de la Folie a l'age clasique*. Plon, 1961.
- FREUD S., “Introduzione alla psicoanalisi”, (1915-1917), Boringhieri, 1969.
- GOFFMAN, E., “Asylum”, New York, 1961.
- JONES M. “Ideologia e practica della psichiatria sociale”, Ed. Universale, Etas, 1981.
- KALINA, E. – RESNIK, S. – KURAS DE MAUER, “Acompañantes terapéuticos. Manual introductorio a una estrategia clínica”, Trieb, Bs. As., 1985.

- LEGGE 180 “Approvata el 13 maggio 1978, é costituita dagli articoli 33-34- 35 e 64 della legge di riforma Sanitaria 833 dello stesso ano”.
- MAIN T. “The Hospital as a therapeutic Community”. Bull Menninger Clinic, 1966.
- MOFFAT A., “Psicoterapia del oprimido”. Ed. Ecro, Bs. As., 1974.
- MONTINARI G., “Il buco nella rete”, Ed. ECIG, Genova, 1990.
- MONTINARI G., “Luoghi comuni e Comunità”, Edit. Cortocicuito, Genova, 1990.
- PICHON-RIVIÈRE E., “El Proceso creador,” Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1987.
- PICHON-RIVIÈRE E., “El proceso grupal,” Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1999.
- PICHON-RIVIÈRE E., “Teoría del vínculo”, 21ª edición, octubre de 2000. Buenos Aires.
- RAPOPORT, R., “Community as a Doctor, new perspectives on a therapeutic Community”, Tavistock Publications, London 1960.
- SAUÁ LL., A., Comunità Terapeutica per psicotici: esperienza, metodologia, causistica e risultati”. Progressi in psichiatria. Dignosi e terapia della schizofrenia, Vol. IV, Parte II, pp. 969-74, CIC. Ed. Internazionali, Roma, 1989.
- WATZLAWICK, P. BEAVIN, J. H., JACKSON D., “Pragmatica della comunicazione humana”. Astrolabio, Roma, 1971.
- WINKLER J., “El Grupo Operativo en la formación universitaria del psicólogo clínico” (Tesis doctoral). París, 1989.

## ANEXO

# INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ASUNCIÓN<sup>1</sup>

*Legislación, derechos humanos y  
su relación con la calidad de vida*

### **Introducción**

El eje clave de la perspectiva de la discapacidad con enfoque de derechos humanos es entender que la discapacidad no está en la persona, sino que se da a través de la interacción con el entorno y su vinculación con los procesos económicos y sociales de cada sociedad y cada grupo social (Maldonado, 2013). El problema de la discapacidad psicosocial no está limitado únicamente a la persona, involucra también a la familia, a la comunidad, a la sociedad y a la cultura en general.

El principio de no discriminación ayuda a que los derechos humanos en general sean aplicables en el contexto específico de la discapacidad, como es el caso en los contextos de la edad, el sexo y origen. Por consiguiente, la no discriminación y el disfrute efectivo y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos por parte de las personas con discapacidad son el tema predominante de la tan esperada reforma. Sin embargo, este proceso avanza con lentitud y de manera irregular. De los 35 países latinoamericanos y del Caribe, 16 poseen una ley específica de salud mental.

Desafortunadamente, Paraguay no es uno de ellos.

Luego de sistemáticas visitas de monitoreo a las instituciones que se encuentran en los ámbitos de intervención del Mecanismo Nacio-

---

<sup>1</sup> Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (2017). Institucionalización en el Hospital Psiquiátrico de Asunción - Legislación, derechos humanos y su relación con la calidad de vida. Asunción: MNP.

nal de Prevención de la Tortura (MNP) y de una profunda revisión de la literatura relacionada, se hizo evidente el estado crítico actual de la salud integral, y más específicamente en lo relacionado a la salud mental. Además, se cuenta con limitadas investigaciones sobre la situación de los usuarios y usuarias del Hospital Psiquiátrico de Asunción, conocida a través de casos paradigmáticos y de relatos de experiencias y denuncias de casos.

Es importante mencionar a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CPCD), aprobada en el año 2006 y en vigor desde mayo del 2008 (habiendo sido ratificada por Paraguay como Ley N° 3540/08). Dicho tratado es el instrumento jurídico que consagra el modelo social y especifica los derechos de las personas con discapacidad.

Es importante destacar que la convención no sólo refleja los cambios en el paradigma del modelo médico al social como medio de entender a la discapacidad, sino que hace especial mención a las personas que presentan una discapacidad (mental) psicosocial, a las que por primera vez un instrumento jurídico no sólo reconoce, sino que distingue y diferencia de las personas que presentan otro tipo de discapacidad.

### **Objetivos del estudio y metodología**

Por tal motivo se diseñó la presente investigación, que busca apoyar, con la producción de información y evidencia científica, acciones de incidencia en políticas públicas de los diversos organismos de atención a este colectivo, utilizando las técnicas, conocimientos acumulados y teorías de las ciencias sociales, con la finalidad de acortar la brecha existente entre lo real y lo ideal en lo que respecta al acceso a salud mental en las instituciones de encierro del Estado paraguayo. Para esto se han planteado dos objetivos generales: a) Describir la calidad de vida de una muestra de personas institucionalizadas en los Hospitales Psiquiátricos e instituciones de encierro de la República del Paraguay; y b) Formular recomendaciones y su-

gerencias pertinentes para lograr una estrategia integral con fines de mejoramiento de la salud mental de la población.

El enfoque metodológico propuesto ha sido mixto, de corte transversal y exploratorio.

Si bien la investigación provee insumos importantes y sistemáticos para conocer mejor la calidad de vida de los usuarios/as de esta institución, no pretende evaluar dichos servicios ni tampoco generalizar los resultados a otras poblaciones.

A partir de la inmersión inicial, de corte netamente cualitativo, se evidencian realidades muy diferentes que condicionan sin duda los criterios establecidos para describir la calidad de vida de los usuarios/as.

Es así que se han podido relevar datos de cuatro servicios de atención dentro del hospital psiquiátrico, basados en los criterios de internación y la guía de identificación: Urgencia, Corta Estancia, Atención a Usuarios Agudos, y atención a Usuarios Crónicos.

Las estrategias de recolección de datos han sido vinculadas a los dos enfoques del estudio, y consisten en observaciones naturalistas no participativas, entrevistas cualitativas, y análisis documental. Se ha elaborado una guía de observación basada en algunos de los estándares e indicadores del WHO Quality Rights (OMS, 2012) para medir el nivel de calidad de atención y el respeto de los derechos de los usuarios/as de los servicios del Hospital Psiquiátrico.

El formulario fue elaborado en un primer momento con miras a proveer datos de presencia o ausencia de cada indicador. Sin embargo, ante la diversidad de servicios y la riqueza de observación de los procesos, dicho listado de chequeo fue usado de forma mixta, donde se aplicaban criterios de presencia o ausencia que se valoraban con 0 y 1, o de lo contrario, eran contadas por los observadores en forma descriptiva. Respetando el enfoque cualitativo de la propuesta de investigación, se han realizado análisis cualitativos en su totalidad rescatando los testimonios y respuestas de los/as entrevistados/as.

Para cumplir con los objetivos específicos referidos al establecimiento de recomendaciones a la luz de las políticas y planes vigentes, se ha realizado un exhaustivo análisis documental.

### **¿A quiénes se ha entrevistado?**

En la categoría de autoridades nacionales se identificaron profesionales que ocupen actualmente algún cargo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en particular relacionados a la atención en salud mental y de manera específica al Hospital Psiquiátrico de Asunción.

Dentro del grupo de usuarios/as de los servicios del Hospital se han seleccionado personas que están en servicios transitorios (corta estancia y agudos) y personas residentes del Hospital Psiquiátrico.

En la tercera categoría, se han entrevistado a profesionales de apoyo y servicios del Hospital Psiquiátrico.

### **Principales resultados**

Se ha visto que el Hospital Psiquiátrico es un centro de referencia para la atención especializada, un centro de formación de profesionales en todos los ámbitos de atención a la discapacidad psicosocial, con marcadas limitaciones. Pero aun así se ha podido constatar un alto nivel de compromiso y empoderamiento del personal para con los usuarios, así como un alto sentido de pertenencia institucional.

Se ha detectado la ausencia de información estadística centrada en la persona, en el caso y no en los servicios, para poder realizar análisis de mayor alcance para la temática. Este enfoque de recolección de datos da indicios nuevamente de que el enfoque es en el servicio y no está centrado en la persona (no es una limitación sólo del Hospital Psiquiátrico, sino del sistema del MSPyBS).

Existe una gran demanda para internaciones, aspecto señalado ya por el MNP en 2015/2016, proporcional a la problemática de mayor stress en la vida cotidiana, generando más casos de “crisis”, y, en consecuencia, mayor cantidad de internaciones. Al no tener al-

ternativas en sus comunidades (sobre todo en Central y Capital), la derivación es directa al Hospital Psiquiátrico,

Según datos del MNP (2016), 70% de la población internada en el Hospital tiene característica asilar por abandono de los familiares, con el consecuente riesgo de agravamiento de su estado de salud y sobrecarga de los costos que esto significa. Al no contar con servicios de base comunitaria con equipos integrales en las localidades, se buscan modalidades institucionalizadas, que tienden a hacer crónicos casos que incluso ya han sido dados de alta en el Hospital Psiquiátrico u otros servicios.

Como ya lo señalaba el MNP en su análisis de 2015/2016 que, de mantenerse el enfoque de institucionalización, se continuaría con nuevas sanciones internacionales y sobre todo con el alto costo social y económico que significan estos modelos para el Estado.

Por otro lado se recogieron relatos sobre la presencia de adolescentes internados en corta estancia (e incluso se relatan casos en agudos) llevados por familias sin consentimiento/aprobación voluntaria del adolescente a esta internación. Todas las normativas internacionales e incluso la Guía PICU señalan que esos procedimientos no son para niños y adolescentes (menores de 18 años). Lo que gana mayor importancia al constar que no existen servicios adecuados para niños y adolescentes con cuadros (crisis) de discapacidad psicosocial (o incluso abuso de sustancias).

Vinculados al enfoque centrado en la persona, se evidencian procedimientos limitados de asegurar consentimiento informado por parte del usuario (generalmente de la familia o el médico que recibe el caso). No se retoma este procedimiento una vez que el usuario ya ha pasado la etapa de crisis.

El enfoque de atención médica, centrado en la patología y la terapia psicofarmacológica, genera cierto determinismo tanto en el usuario como en los profesionales que atienden a éstos. Las actividades en los centros de rehabilitación no son vistas como parte del tratamiento, por lo cual son tenidas como opcionales y complementarias. Gran parte de los usuarios no asisten a éstas, por cuestiones de

presupuesto, de limitados recursos humanos, o por ser el profesional psiquiatra quien decide quién va y quién no va a las actividades.

A la luz de los análisis de documentos realizados y de las entrevistas a informantes claves, se ha podido observar que la situación actual presenta más dificultades y desafíos que oportunidades para la instalación de una propuesta más inclusiva y con perspectiva de derechos humanos. En consecuencia, no se puede pensar en servicios que impliquen un alto nivel de calidad de vida, si a nivel nacional no se cuenta con un plan holístico sobre la temática.

A su vez, en entrevistas claves se pudo constatar el debilitamiento de los servicios con base comunitaria, hogares sustitutos, por falta de recursos e incentivos para los Recursos Humanos. Lo que ape- ligra la permanencia de estos servicios, mantenidos por referentes claves.

Se considera un factor importante la ausencia de la SENADIS en las acciones de articulación con el Hospital, sobre todo en aspectos que la misma ha trabajado, o incluso, la provisión de ayudas técnicas a usuarios del Hospital Psiquiátrico que lo requieran.

Se constató un alto nivel de insalubridad y la repercusión del mismo en la salud mental y física de los funcionarios y profesionales que atienden en el Hospital Psiquiátrico.

Si bien es mencionada por las diferentes autoridades, la nueva inversión en la mejora de infraestructura y equipamiento de los espacios de atención a este colectivo dentro del Hospital Psiquiátrico; es importante entender que mejorar la infraestructura (predio, camas), no lleva necesariamente a un mejoramiento de la calidad de vida en las diversas dimensiones que se han propuesto en este estudio.

Es esencial, dentro del Hospital Psiquiátrico, promover fuertemente acciones y servicios que incluyan de forma genuina la colaboración de los usuarios, sus familias, los profesionales, sus cuidadores y la misma comunidad.

Es importante resaltar que la ley de salud mental se encuentra parada en el Congreso Nacional desde el año 2014, luego de una diversidad de reuniones y grupos de trabajo. La presencia de un Plan

de Salud Mental, donde estas propuestas están plasmadas en forma específica y detallada, no ha asegurado que en la presente administración del MSPyBS se hayan podido aumentar los recursos financieros y la inversión en modelos centrados en la comunidad.

Si bien se plantea esta dificultad, se ha podido relevar que se han dado pasos importantes, aunque pequeños y con poco nivel de difusión, en lo que hace a la instalación de la temática de salud mental en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Si bien no se cuenta con aspectos conclusivos en esta investigación, considerando que la misma no ha tenido un propósito evaluativo sino más bien exploratorio, vuelven a salir indicios importantes –ya antes mencionados en otros informes regionales como de MDRI y CELS (2007)– donde pareciera ser que el deterioro que se observa en varios usuarios y usuarias no tiene necesariamente que ver con el diagnóstico o patología bajo la cual está caratulado/a, sino a la ausencia (tal vez) de una intervención integral e integrada.

Varios testimonios de profesionales del hospital reafirman que con los dispositivos comunitarios y apoyos necesarios, esas personas podrían estar teniendo una mejor calidad de vida, sobre todo en lo que hace a dimensiones tales como inclusión familiar, social y acceso a derechos.

Se considera urgente e importante realizar una profunda reflexión (y actualización) que lleve a los profesionales a apropiarse del enfoque centrado en la persona, donde se sale del modelo tradicional, clínico y rehabilitador exclusivamente orientado por el profesional psiquiatra, para moverse a alguna propuesta de intervención más integral e integrada con otros servicios que provee (en forma limitada) el mismo Hospital. En lo relacionado con los recursos humanos, es importante tener en cuenta los aspectos pensados no sólo desde la “reingeniería” de recursos para posibilitar la ampliación de servicios con enfoque comunitario, sino en la necesidad de la formación en enfoques más actuales y vinculantes con el paradigma social.



# Índice

Acerca de este libro...	
<i>Dr. Alfredo H. Cía</i> .....	9
Entre la locura y la cordura...	
<i>Carlos Portillo Esquivel</i> .....	13
La libertad es terapéutica	
<i>Ramón Corvalán</i> .....	15
Introducción.....	19

## 1ra. PARTE

### EL MANICOMIO TRADICIONAL

#### Capítulo I

##### Un poco de historia

Los locos en el siglo XVIII.....	27
William Tuke (1732-1822) .....	28
Jean Baptiste Pussin (1746-1811) .....	29
Philippe Pinel (1745-1826).....	29
Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) .....	30

#### Capítulo II

##### Las herramientas del manicomio

El electroshock .....	32
La camisa o chaleco de fuerza.....	33
Los psicofármacos .....	33
Celdas de seguridad o aislamiento .....	33

### **Capítulo III**

#### **La iatrogenia institucional**

La comunicación.....	36
El relacionamiento.....	37
El autoritarismo .....	38
El alejamiento de su entorno social.....	38
La vulneración de los DDHH .....	39

### **Capítulo IV**

#### **Desde adentro (*Doris Olivia Patricia Cano Godoy*)**

Ensayo autoetnográfico de una paciente internada en el Hospital Psiquiátrico de Asunción.....	41
Bibliografía consultada .....	49

### **Capítulo V**

#### **El fin próximo del modelo manicomial (*Genaro Riera Hunter*)**

El manicomio, llamado hospital. Intimidación a los Derechos Humanos.....	52
--	----

## **2a PARTE**

### **LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA**

### **Capítulo VI**

#### **Raíces recientes de la Comunidad Terapéutica**

Las primeras experiencias .....	57
Basaglia como preso en la cárcel.....	60
Basaglia como director del manicomio .....	60
Difusión de la Comunidad Terapéutica.....	63

### **Capítulo VII**

#### **Aspectos teóricos de la Comunidad Terapéutica**

Situaciones de las que derivan las actividades en la Comunidad.....	65
El valor terapéutico del ambiente .....	68
El valor terapéutico de los DDHH .....	71
La importancia de sentirse persona .....	74

La integración entre democratización, permisividad y autoridad .....	74
La política de la horizontalidad policéntrica e interdisciplinaria.....	77
Criterios unificados de los operadores .....	79

## **Capítulo VIII**

### **Aspectos metodológicos de la Comunidad Terapéutica**

Premisa.....	80
Etiología multifactorial de la esquizofrenia .....	81
El factor biológico y las intervenciones farmacológicas.....	81
La Psicoterapia de Grupo .....	83
Abordajes en la Comunidad.....	84
Abordaje personal.....	85
Abordaje grupal .....	87
Abordaje Comunitario.....	88

## **Capítulo IX**

### **Las herramientas de la Comunidad Terapéutica**

El ambiente Terapéutico .....	90
El tutor o atención individualizada .....	91
Atención grupal... el grupo.....	91
La Asamblea o Reunión General.....	92
Reunión con los padres.....	92
Preparando el retorno .....	93
Notas conceptuales acerca de la Rehabilitación .....	93

## **III PARTE**

### **LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ITALIA**

## **Capítulo X**

### **La reforma psiquiátrica italiana - Franco Basaglia (1924-1980)**

Protagonista.....	99
Aplicación.....	101
Resultados.....	102

## Capítulo XI

### Las experiencias comunitarias en Italia

1. COMUNIDAD OMEGA DE MILÁN  
(*Experiencia del Dr. Arestivo*) ..... 104
2. CENTRO DE SOCIOTERAPIA DAILY DE GÉNOVA  
(*Experiencia del Dr. Arestivo*) ..... 107
3. LA COMUNIDAD MAIEUSIS DE ROMA  
(*Experiencia del Dr. Sauá Llanes*) ..... 108
4. EL LABORATORIO PROTEGIDO COLIBRÍ  
(*Experiencia del Dr. Sauá Llanes*) ..... 111

## 4ta. PARTE

### LA REFORMA PSIQUIÁTRICA PARAGUAYA

## Capítulo XII

### Acercamiento a la historia de la psiquiatría paraguaya (*Hernán Codas*)

- CENTRO ESTUDIO DE PSICOTERAPIA Y PSICOLOGÍA ..... 128

## Capítulo XIII

### Experiencias comunitarias en Paraguay

1. La Comunidad Terapéutica en Pabellones de Hombres y Mujeres del Hospital Psiquiátrico  
(*Experiencia del Dr. Arestivo*) ..... 130
2. Experiencias de profesionales y estudiantes que trabajaron en la Comunidad Terapéutica del Hospital Psiquiátrico..... 140  
Mi experiencia en el “Neuro” y en la comunidad  
terapéutica Dr. José Vera Gómez ..... 140  
Las experiencias del Dr. Genaro Riera Hunter..... 143  
Las experiencias de la Lic. Ma. Heve Otero..... 145  
La experiencia de la Lic. Claudelina Segovia..... 147

## Capítulo XIV

### Hogares Sustitutos en el Paraguay

- La creación de los Hogares Sustitutos en el Paraguay..... 148  
Primeros pasos para la implementación..... 149

Propuesta de HAVISO (Habilidades de la Vida Social) .....	151
Principios de los hogares sustitutos.....	152
Resultados finales .....	154

## **Capítulo XVI**

### **La cárcel de Emboscada**

Emboscada... una modalidad carcelaria insólita <i>(Experiencia del Dr. Arestivo)</i> .....	155
Lic. Melquiades Alonso.....	157
Relato de Magdalena Galeano.....	160

<b>Conclusión</b> .....	163
-------------------------	-----

<b>Bibliografía consultada</b> .....	165
--------------------------------------	-----

### **Anexo**

#### **INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL HOSPITAL**

#### **PSIQUIÁTRICO DE ASUNCIÓN**

<i>Legislación, derechos humanos y su relación con la calidad de vida</i> .....	167
---	-----

Se terminó de imprimir en agosto de 2018.  
Arandurã Editorial  
Tte. Fariña 1028  
Asunción - Paraguay  
Teléfono: (595 21) 214 295  
e-mail: arandura@hotmail.com  
www.arandura.com