

Carlos Alberto Arestivo

Psiquiatría **sí...** pero **crítica**



COLECCIÓN PSI CRÍTICA
VOLUMEN 3

Arestivo, C. (2021).

Psiquiatría sí... pero crítica. Colección Psi Crítica. Volumen 3. Asunción: Arandurã.

1. Desmanicomialización
2. Comunidad terapéutica
3. Rehabilitación social
4. Salud mental comunitaria
5. Proyecto de Ley de Salud Mental

Coordinador en la elaboración de los textos de la colección: **Ramón Corvalán**

Corrección y supervisión general: **Ramón Corvalán**

Colaboraron: **Dr. Charles Rodas, psicoterapeuta**
Dr. Agustín Barúa
Ramón Corvalán

Diseño de tapa: (**Jorge Codas, 2020**)

Diagramación y diseño: **Editorial Arandurã**

Impresión: **Arandurã**

Tirada: 500 ejemplares.

ISBN: 978-99925-221-6-5



Copyleft.



Esta edición se realiza bajo la licencia de uso creativo compartido o Creative Commons. Está permitida la copia, distribución, exhibición y utilización de la obra bajo las siguientes condiciones:



Atribución: se debe mencionar la fuente (título de la obra, autor, editorial, año).



No comercial: se permite la utilización de esta obra con fines no comerciales.



Mantener estas condiciones para obras derivadas: Sólo está autorizado el uso parcial o alterado de esta obra para la creación de obras derivadas siempre que estas condiciones de licencia se mantengan para la obra resultante.

Otros volúmenes de la Colección Psi crítica:

VOLUMEN 1 - Agustín Barúa. *Ejedesencuadrá: Del encierro hacia el vy'a.*

VOLUMEN 2 - Charles Rodas. *Las disciplinas psi en el banquillo*

*A mis pacientes quienes me han
enseñado a comprenderlos.*

*A aquellos colegas psiquiatras que
crean en una psiquiatría que apunta
a comprender al que sufre.*

Índice

A modo de presentación.....	9
-----------------------------	---

Primera Parte Contexto clínico

1	Acerca de la Psiquiatría crítica	13
2	El Problema de los diagnósticos psiquiátricos.....	18
3	El problema de la medicina basada en la evidencia en psiquiatría (y su relación con la industria farmacéutica)	24
4	El problema de las prácticas coercitivas.....	28
5	El rol del contexto donde la psiquiatría se desarrolla y actúa.....	30
6	La base teórica y filosófica del conocimiento psiquiátrico y de sus prácticas.....	32
7	La rehabilitación como tratamiento integral	34
8	Franco Basaglia y la Comunidad terapéutica como espacio y experiencia de libertad.....	43

7

Segunda Parte La experiencia de la práctica Teoría de la práctica

1	Lo que nos dejó la experiencia de la Comunidad Terapéutica	53
2	Mi experiencia personal en Salud Mental.....	55
	a) Centro estudio de psicoterapia y psicología.....	56
	b) Comunidad terapéutica en el hospital psiquiátrico	56
	c) Proceso de reforma de la atención en salud mental	58
	d) Programa de Promoción de la Salud mental.....	59
	e) Grupo itinerante de Salud Mental.....	67
	f) Primera Unidad de Salud Mental instalada en el Hospital Regional de Pedro Juan Caballero 1997.....	71
	g) Un informe realizado en el año 2013 expresa.....	72
	h) Programas derivados de los conceptos de la Comunidad Terapéutica, realizados en otros ámbitos.....	74

Tercera Parte
Nuestro APOORTE a la SALUD MENTAL

Propuesta de ley de Salud Mental.....	81
Epilogo.....	87

Cuarta Parte
Conversaciones sobre Psí-crítica

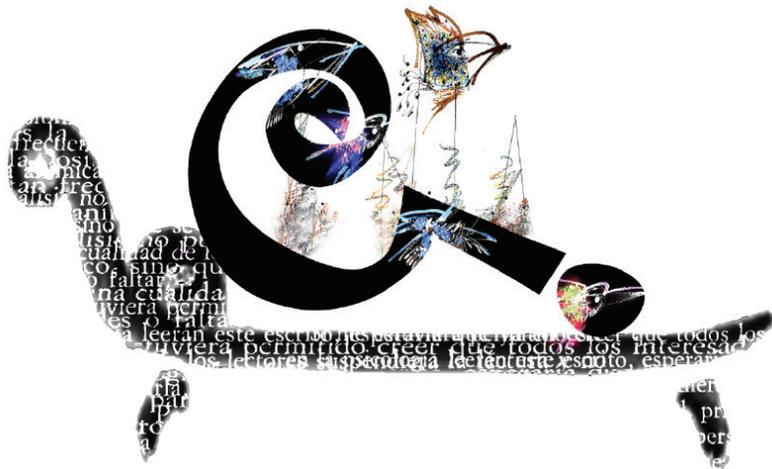
Introducción.....	91
Primera entrevista grupal, Psi crítica (Asunción, 17 de octubre de 2020).....	93
Segunda entrevista grupal (Asunción, 12 de diciembre de 2020).....	121
Referencias sugeridas.....	131

A modo de presentación

El presente trabajo surge ante muestra desazón e impotencia frente a los que sostienen una psiquiatría manicomial, nada científica y una negación de los conceptos que siempre han honrado a la medicina y que se vinculan con el cuidado del hombre que sufre. En efecto, el deseo de un grupo reducidísimo de profesionales psiquiatras de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría, de elaborar un proyecto de ley sobre la salud mental, que impulse a tratar en forma humana al que sufre y sobre todo en base a los derechos humanos, no encontró eco de parte de los que pretenden sostener al Hospital Psiquiátrico, hospital de custodia con modalidad manicomial, y estar más interesados en sostener el presupuesto (Presupuesto para salud mental 10% del PGN recibiendo el Hospital el 9% y solo el 1% para la Salud mental del país). Los textos siguientes testimonian aspectos de ese proceso y desde esa perspectiva se ofrecen como invitaciones a seguir conversando de manera crítica y creativa sobre los temas.

PRIMERA PARTE

Contexto clínico



1 Acerca de la psiquiatría crítica

Se define a la psiquiatría como “rama de la medicina que se ocupa del estudio de los trastornos mentales, su prevención, tratamiento y rehabilitación, asimismo promueve la salud mental”. Estando la psiquiatría inscrita en el marco regulatorio de la medicina, su ejercicio queda bajo las normas y leyes de su práctica.

En sus comienzos, la psiquiatría ha ido ingresando, desde los espacios en que los “locos” eran resguardados y engrillados junto con delincuentes, a un espacio médico.

En el año 1409, en Valencia, Fray Juan Gilbert Jofré habilita una Institución para pacientes con trastornos mentales, esta obra fue catalogada como la **Primera Revolución Psiquiátrica**.

13

Muchos años transcurrieron en este proceso. Apenas finalizaba la revolución francesa, el **Dr. Philippe Pinel**, médico francés quien ocupó la dirección de la Salpêtrière en París (1795) y más adelante su discípulo **Etienne Esquirol**, considerados como padres de la Psiquiatría por liberar de las cadenas a los “locos” y crear un movimiento conocido como “**La Segunda Revolución Psiquiátrica**”, posicionaron la terapia moral, al considerar a los pacientes como personas y tratarlos humanamente.

A partir de las propuestas de Pinel y Esquirol comienzan los avances en el conocimiento de la enfermedad mental.

Durante el siglo XIX, y a falta de mayores conocimientos acerca de la etiología de los trastornos psiquiátricos aparecen escuelas, fundadas en hipótesis o supuestos más teóricos que empíricos.

Las descripciones de Kraepelin significaron un salto importante en la psiquiatría, y fueron con sus escritos a principios del siglo XX que la psiquiatría ingresa a la medicina como especialidad y deja la condición de “*ciencia especial* o de *alienismo*” que había mantenido durante el siglo XIX.

Tanto a fines del siglo XIX como al inicio del XX tiene lugar la llamada **Tercera Revolución Psiquiátrica**, en que se destacan los trabajos de escucha atenta, de lo que el paciente psiquiátrico tiene que contar, y de Sigmund Freud (1856-1939) que no sólo escucha sino que intenta comprender al enfermo mental.

Pero la psiquiatría no contaba aún con conocimientos científicos y por consiguiente sus tratamientos fueron totalmente empíricos. Así resurgen los tratamientos coercitivos como la internación involuntaria en hospitales de custodia donde se realizaban espeluznantes tratamientos como la lobotomía, malario-terapia, el shock insulínico, el electroshock, la camisa de fuerza, las celdas de aislamiento, apoyados por el poder médico.

14

Allá por los años 50 del siglo pasado aparece el primer psicofármaco, antipsicótico, la clorpromazina que actuaba sobre los síntomas de la esquizofrenia, iniciándose así **la Cuarta Revolución de la Psiquiatría** donde la industria farmacéutica impulsa investigaciones sobre la patología psiquiátrica, sobre todo a partir del estudio de fármacos que actúan sobre los síntomas, pero no sobre el origen de los mismos.

En la década del 60, en Londres, se inician los cuestionamientos graves a la psiquiatría generando una crisis importante sobre las características, el manejo y las prácticas de la psiquiatría. Los psicofármacos se habían constituido en la panacea de la psiquiatría de esa década.

Un movimiento cuestionador de la psiquiatría del momento, con David Cooper, Laing, Irving Goffman, Thomas Zasz, Franco Basaglia y otros, denuncia enfáticamente a los hospitales psiquiátricos o manicomios y sus modelos de tratamiento como la internación coercitiva, el electroshock, los chalecos de fuerzas, la cirugía del cerebro como la lobotomía y la utilización de psicofármacos con fines de contención. Los integrantes de este grupo de profesionales fueron llamados **antipsiquiatras**, aunque no todos aceptaban ser parte de ese movimiento, pero estaban de acuerdo con los cuestionamientos principales.

El grupo cuestionaba, entre otras cosas, la designación de enfermedad mental, porque no llenaba los requisitos de la medicina en la que una enfermedad debe tener una etiología conocida, y hasta hoy la etiología en psiquiatría no es clara y sigue siendo desconocida en muchos casos. Laing y Cooper plantearon como alternativa al manicomio, el manejo de pacientes institucionalizados a partir del cuidado y el respeto a los derechos humanos que fueron considerados esenciales y el relacionamiento entre pacientes y médicos no tenía los protocolos que antes existían, los médicos no usaban la bata blanca del poder médico y el relacionamiento entre ellos era libre. La psiquiatría propiciada por Pinel (Tratamiento Moral) fue reivindicada y el paciente aprendía a partir de la experiencia, a partir de la convivencia y de terapias integradoras. A esto se le llamó **Comunidad terapéutica**, que en principio fue una internación total, voluntaria, permitiendo a los pacientes regresar poco a poco a sus hogares y a la creación de grupos de aprendizaje laboral en la propia comunidad.

La psiquiatría crítica acepta muchos de los cuestionamientos de la antipsiquiatría, plantea a su vez aspectos negativos de la psi-

quiatria biológica y presenta una corriente teórica que cuestiona y busca reformar las prácticas de la asistencia psiquiátrica. Entre otras cosas, pone en evidencia que la psiquiatría tradicional tiene límites fundamentales en la forma de entender y tratar el sufrimiento psíquico, lo que en concreto genera dilemas éticos en el uso de su conocimiento.

En Inglaterra al final del siglo pasado, en 1999, un grupo de profesionales de renombre realizó un profundo análisis sobre la psiquiatría hegemónica y los problemas de salud mental y cuestionó una serie de puntos básicos sobre los mismos. Estos cuestionamientos muy pronto se hicieron eco y muchos profesionales se sumaron a este nuevo movimiento, los mismos se expresaron en varias publicaciones de artículos y libros que realmente han merecido la atención del mundo psiquiátrico.

16 Desde hacía varias décadas la psiquiatría clásica venía siendo muy discutida, como hemos visto más arriba, y a partir de entonces la psiquiatría crítica ha planteado una manera diferente de analizar el problema.

Es importante señalar que no forma parte del movimiento “anti psiquiátrico” aunque, sin embargo, existen algunos puntos de convergencia constituyendo como una evolución de la misma.

La psiquiatría crítica la consideramos una psiquiatría libre, creativa, no blindada por guías, protocolos, estadísticas o clasificadores, una psiquiatría humana que nos plantea, como médicos, simplemente un encuentro con el otro que sufre en tanto médicos que somos. La psiquiatría crítica nos pone como médicos, desnudos, sin el poder de la bata blanca, frente al otro que nos mira desesperado. La psiquiatría crítica plantea eso, acercarnos al que nos mira, poder contenerlo y buscar comprender su desespera-

ción; ese acercamiento humano, nada fácil, por cierto, requiere que los conocimientos sobre la salud y enfermedad estén siempre en función de ese acercamiento humano frente al que sufre. Esta nueva concepción de la psiquiatría surge en Inglaterra (National Health Service (NHS)) hace veinte años, al final del siglo pasado.

Cinco temas fueron sintetizados por Philip Thomas, un mentor de la nueva corriente: *“El problema de los diagnósticos psiquiátricos, el problema de la medicina basada en la evidencia en psiquiatría (y su relación con la industria farmacéutica), el rol del contexto donde la psiquiatría se desarrolla y actúa, el problema de las prácticas coercitivas y la base teórica y filosófica del conocimiento psiquiátrico y de sus prácticas”*. Creo que es importante incluir también a la rehabilitación como tratamiento de la persona con trastorno mental.

2 El Problema de los diagnósticos psiquiátricos

Muchos de los aspectos planteados por Philip Thomas se relacionan estrechamente entre sí, uno de los problemas del diagnóstico es lo que hace a la relación con la validez científica y aquellos que enfrenta la medicina que se basa en evidencia. Como veremos más adelante esta situación surge de los conceptos planteados por Thomas Szasz referente al cuestionamiento de la “enfermedad mental”

18

Los problemas cuestionados en relación a los diagnósticos psiquiátricos se refieren a que los mismos no tienen en cuenta los contextos psicosociales de la persona que sufre una alteración psicológica. De todo esto surgen algunos puntos importantes para entender las limitaciones de la psiquiatría supuestamente científica como: *“la naturaleza del conocimiento y las diferentes formas de acceder a este (la epistemología), la naturaleza de la relación cuerpo y mente, y la relación entre la mente y el mundo, en particular el mundo social.” (P. Thomas).*

Otras de las situaciones que surgen son las implicancias éticas y morales que ocasiona el uso del conocimiento supuestamente científico, en lo que se refiere a aquellos aspectos que relacionan lo psicobiosocial con el diagnóstico psiquiátrico, sigue expresando Thomas.

Philip Thomas.

Psiquiatra cofundador de la Red de Psiquiatría Crítica. Entre sus libros están: La dialéctica de la esquizofrenia (1997), Voces de la razón. Voces de la locura. Estudios de alucinaciones verbales (2000) y Pos psiquiatría. La salud mental en un mundo posmoderno (2006).

La psiquiatría crítica ofrece más coherencia y claridad cuando relaciona el conocimiento psicosocial del paciente y su práctica, como veremos más adelante.

El Prof. Marino Pérez Fernández expresa: “El que haya una asociación o correlación entre actividades neuronales y actividades conductuales no quiere decir que haya una relación causal del cerebro a la conducta. En realidad, es la actividad conductual del sujeto la que activa el cerebro de determinada manera como órgano mediador; ni causador ni creador”.

19

Marino Pérez Álvarez es catedrático de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Oviedo y especialista en Psicología Clínica. Es autor de numerosas publicaciones en revistas científicas. El planteamiento de sus investigaciones se caracteriza por un enfoque multidisciplinar de la psicología.

Por su parte, la Dra. Johanna Moncrieff desafía la idea de que las drogas o medicamentos tienen efectos específicos en las enfermedades o anomalías subyacentes. Desafía la teoría de que los trastornos mentales son causados por desequilibrios químicos, algo de lo que actualmente no tenemos evidencia, incluso menos evidencia pertenece a que los productos químicos son

la mejor forma de tratamiento para los problemas mentales. Ella muestra que hay poca evidencia de anormalidades de serotonina en la depresión, o anormalidades de dopamina en la psicosis o la esquizofrenia...”; señala además que, “*sin importar cuán extensa sea la investigación científica, hasta ahora no hay evidencia convincente de que la depresión o la esquizofrenia sean producto de factores biológicos. Hemos constatado que los mismos fármacos que alivian en un momento de intensa angustia también pueden arrasar la voluntad de una persona de modo que, aunque no esté encerrada en un manicomio, lo parezca*”.

Johanna Moncrieff

Psiquiatra británica y una de las principales figuras de la Red de Psiquiatría Crítica. Es una crítica prominente del modelo “psicofarmacológico” moderno de los trastornos mentales y el tratamiento de drogas, y del papel de la industria farmacéutica. Ha escrito artículos, libros y blogs sobre el uso y el exceso de uso de tratamientos con drogas para problemas de salud mental, el mecanismo de acción de las drogas psiquiátricas, [2] sus efectos subjetivos y psicoactivos, la historia del tratamiento con drogas y la evidencia de sus beneficios y daños.

En síntesis, podemos expresar que en muchos trastornos mentales no se dispone de evidencias que tengan su base biológica en los neurotransmisores.

Por otro lado, en lo que se refiere a los clasificadores internacionales (DSM o CIE) que fueron muy criticados por su relación con las industrias farmacéuticas, en realidad funcionan como guías de diagnóstico intentando meter dentro de su sistema estadístico los síntomas y signos del paciente, planteándose como una guía segura, pero no tiene en cuenta que, si bien esta estadística está

basada en la mayoría de los estudios, la minoría, que también son pacientes, al parecer no son tenidos en cuenta; esta situación ha sido manifestada por psiquiatras críticos expresando que estas guías internacionales hacen que la anormalidad y el trastorno sean fácilmente manipulables arbitrariamente, como ocurrió con la homosexualidad que desde la segunda mitad del siglo pasado ha dejado de ser una anormalidad. Más adelante veremos el proceso histórico que llevó a los clasificadores a constituirse en una especie de biblia para los psiquiatras.

Hace unos años Thomas R. Insel, director del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), habló de la debilidad del manual refiriéndose a él como carente de credibilidad expresando: *“La debilidad del DSM reside en su falta de validez. A diferencia de las definiciones de la enfermedad isquémica del corazón, el linfoma o el sida, los diagnósticos del DSM se basan en un consenso acerca de conjuntos de síntomas clínicos y no de una medida objetiva de laboratorio. Aunque el DSM ha sido descrito como la biblia para el campo, es a lo sumo, un diccionario y no es ni siquiera un buen diccionario. **Los pacientes con trastornos mentales merecen algo mejor.**”* A partir de las declaraciones de este autor, que ha sorprendido al mundo de la investigación y al público en general, el NIMH (National Institute of mental health) agencia de investigación biomédica dependiente del gobierno de EE. UU. y considerada la mayor proveedora de fondos de investigación en salud mental de todo el mundo, ha informado que a partir de ahora dejará de hacer uso de la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y financiará de manera preferente aquellas investigaciones que no se ajusten a la clasificación DSM.

Thomas R. Insel es cofundador con Richard Klausner de una compañía de neurociencias llamada "Mindstrong", una startup del área de Bay. El papel de las drogas en la psiquiatría moderna

El paciente es único y el profesional debe investigar de acuerdo a su ciencia y su experiencia y no únicamente lo que le dicen los clasificadores. Pareciera que con los clasificadores los psiquiatras ya no necesitan investigar, ya no piensan, sólo copian el diagnóstico sugerido por los DSM o CIE y recetan los fármacos que los laboratorios presentan con sus muestras, trabajos y orientaciones y ya el psiquiatra ni siquiera investiga sobre el paciente, sino que consulta con los visitantes médicos cómo usarlos.

Es por ello que decíamos en un trabajo anterior (*"Hacia una Psiquiatría más humana"*) que el diagnóstico debe ir más allá de los síntomas y signos porque los mismos tienen que ver con la vida del paciente, su entorno, sus actividades, sus miedos, sus ambiciones, sus fracasos. En efecto, para que una situación en una persona se convierta en síntoma, debe crear un caos en la estructura del mundo interno del paciente y este se encuentre sin poder "metabolizarlo", es por eso que lo lleva a plantear una realidad diferente y a un estado de confusión, de alerta, de miedo y angustia porque nadie le entiende y ni él mismo sabe lo que le está pasando; es por eso que decimos que los síntomas nos dan la pista de nuestra investigación y somos conscientes de que los fármacos no le van a curar sino a disminuir la sintomatología y con ello mitigarán su miedo y angustia, pero el problema real estará presente.

Debemos admitir que los fármacos son sólo una parte del tratamiento, pero no es el tratamiento único.

Pareciera que la psiquiatría clásica, incluyendo a la OMS, necesita una psiquiatría simplista basada en la biología, porque necesita ser *científica*, (en tanto forma parte de la medicina), que solucione en forma rápida con los psicofármacos, no interesándose en otros elementos que van más allá del hombre y su cuerpo.

En síntesis, la psiquiatría crítica busca hacer visible en un paciente, la relación entre lo psicológico, lo social, lo espiritual y lo somático, y a partir de ahí establecer las bases para una rehabilitación.

3 El problema de la medicina basada en la evidencia en psiquiatría (y su relación con la industria farmacéutica)

La medicina basada en la evidencia es un concepto que hace referencia a la práctica médica basada en los ensayos clínicos, las estadísticas y los manuales que ofrecen información genérica sobre una condición determinada.

Esto ha sido cuestionado por la Psiquiatría Crítica, ya que las causas de los trastornos mentales son inespecíficas, y la medicina basada en la evidencia puede promover y generalizar unas prácticas también inespecíficas, pero además potencialmente dañinas en algunos sentidos, porque en psiquiatría las prácticas son por excelencia de intervención directa (farmacológica o mecánica).

Asimismo, en muchas ocasiones los diagnósticos y el tratamiento farmacéutico están fuertemente influenciados por intereses económicos de las industrias encargadas de producir y distribuir los fármacos, así como de financiar gran parte de la formación de profesionales. Esto ha sido muy debatido en las últimas décadas por un sector importante de los profesionales de la salud mental alrededor del mundo.

El Dr. Daniel Carlat conocido psiquiatra de los EEUU expresa que la psiquiatría experimentó un importante cambio en la década de los 50 con la aparición de los primeros psicofármacos y su posterior expansión en la década de los 80. En ese periodo la psiquiatría se manejaba con la concepción freudiana que planteaba que

los conflictos inconscientes desarrollados en las etapas tempranas de la vida generaban trastornos mentales y el interés en la biología como como factor etiológico no prosperaba.

Hasta esa fecha, la psiquiatría mostraba poco o escaso interés en los aspectos biológicos de la enfermedad mental. Por el contrario, se suscribía, como señalamos, a la concepción freudiana de que la enfermedad mental tiene sus raíces en conflictos inconscientes, por lo general, desarrollados en la etapa infantil.

En el momento en que se lanzaron al mercado los psicofármacos, apoyados en la idea de que el trastorno mental está causado principalmente por un desequilibrio químico en el cerebro que puede ser corregido, esta teoría empezó a ser ampliamente aceptada por los medios de comunicación, el público general y la profesión médica, como lo expresaba el Dr Carlat.

La psiquiatría estaba especialmente interesada en introducir el modelo bioquímico de la enfermedad mental, explica Carlat, ya que la medicalización de la psiquiatría que este modelo defendía, situó a esta rama de la medicina a la altura del resto de especialidades médicas, identificándola, sin lugar a dudas, como una disciplina científica.

Con la introducción de los psicofármacos, los psiquiatras comenzaron a referirse a sí mismos como “psicofarmacólogos”, mostrando menos interés en la exploración de las historias de vida de sus pacientes y centrando sus actuaciones en eliminar o reducir los síntomas mediante medicamentos capaces de alterar la función cerebral.

Es interesante conocer cómo la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP) logra cambiar todo el paradigma de la psiquiatría

que reflejaba la visión freudiana en los DSM publicados en 1952 y en 1958. De esta manera esta edición del DSM III planteaba estructuras diagnósticas a cuenta de agrupar síntomas y signos que presentan los trastornos mentales. En efecto, *“cada trastorno mental fue definido sobre la base de una lista de síntomas y se determinó un umbral numérico (por ej., 5 síntomas de una lista de 10) para asignar el diagnóstico al paciente”*

Estos cambios que ofrecía la AAP con el DSM III significó un cambio radical en el mundo psiquiátrico. La psiquiatría se convertía en ese entonces en una especialidad basada en la administración de fármacos. La industria farmacéutica no tardó en plantear una estrategia de establecer un sistema de alianza con la profesión psiquiátrica, argumenta Carlat. Las compañías farmacéuticas comenzaron a prodigar su atención y generosidad hacia este colectivo, a través de regalos, contratos como consultores y conferenciantes, invitaciones a comidas, ayudas para asistencias a congresos y conferencias.

26

Otro aspecto interesante que plantea el clasificador DSM en su tercera edición en 1980: contenía un total de 265 categorías diagnósticas. El DSM II solo contenía 162. El DSM III fue substituido por el DSMIII R en el año 1987 y el DSM IV en 1994 y la versión DSM IV RT (texto revisado) en el año 2000 cuenta con 365 diagnósticos. Aumenta el número de diagnóstico con cada edición nueva. Pensamos que hasta una conducta normal debe etiquetarse con un diagnóstico del DSM.

Como dijimos más arriba, los clasificadores DSM han caído en total descrédito a tal punto que las agencias del Gobierno americano han dejado de financiarla y el Gobierno de Bélgica ya no reconoce como válido este clasificador.

Daniel Carlat, conocido psiquiatra de EE. UU., en su obra titulada Unhinged: The Trouble with Psychiatry—A Doctor's Revelations About a Profession in Crisis (Los trastornados: El problema con la psiquiatría- las revelaciones de un médico relacionadas con una profesión en crisis), aporta un interesante punto de vista sobre las causas y consecuencias de la incorporación de los psicofármacos en la psiquiatría.

4 El problema de las prácticas coercitivas

Ya la antipsiquiatría y con más razón, la psiquiatría crítica cuestiona las instituciones custodialísticas, los manicomios y los hospitales psiquiátricos, en lo que hace referencia a los manejos que se tiene con los pacientes como el abandono, el electroshock, chalecos de fuerza, sala de aislamiento, el uso indiscriminado de psicofármacos y el uso de este como único tratamiento, pero por sobre todas las cosas la vulneración de los DD. HH. más básicos, que constituye un atentado a la ética de los profesionales que aceptan y colaboran en esta iatrogenia.

28 El Dr. Onésimo González Álvarez, de la Universidad de Huelva, España, en su libro *"Sobre Ética y Psiquiatría: una relación controvertida"*, expresa: *"Es obvio que nos estamos refiriendo a la Ética Antrópica y no a otras dimensiones de la Bioética (como la ecológica), es decir, la que trata de lo que tiene valor para el hombre, pero la Psiquiatría, como supuesta ciencia y como práctica asistencial, en nuestra cultura y desde la Edad Moderna, ha venido negando expresa o tácitamente la condición humana del enfermo mental, por lo que a tales enfermos no les conciernen ni los derechos ciudadanos ni los principios éticos, en particular los de autonomía y no maleficencia."* *"Conchas vacías", "vidas sin valor", "vidas que no merecen la pena vivirse". Así eran calificados los enfermos mentales por los psiquiatras alemanes de entreguerras (Müller-Hill, 1991), consideraciones no muy alejadas de la equiparación expresa de los enajenados con los animales*

feroces o dañinos contenida en nuestro Código Penal entre 1848 y 1983. El manicomio ha sido y sigue siendo la institución central de la Psiquiatría, el espacio de la locura y del nacimiento del discurso psicopatológico. Instrumento de defensa social, a través del encierro (muerte simbólica, a veces física) de enajenados reales o supuestos. Lo define la negación del valor de la palabra del interno, es decir, de aquello que distingue al hombre del resto de los animales. Entre enero de 1940 y septiembre de 1942, en la Alemania nazi, fueron asfixiados con gas 70.723 pacientes, la selección se hizo a partir de individuos “cuyas vidas no valían la pena ser vividas”, reclutados por nueve eminentes profesores de psiquiatría y treinta y nueve doctores del más alto prestigio (Porter, 2003). Antes, entre 1934 y 1939, 350.000 enfermos mentales reales o potenciales fueron esterilizados sin consentimiento y con la colaboración de la profesión psiquiátrica (Müller-Hill, 1991). Entre 1940 y 1944 florece la investigación anatomopatológica cerebral a expensas del asesinato de enfermos relevantes (Müller-Hill, 1991). Guillermo Rendueles (2000) cifra en 282.245 los enfermos mentales eliminados mediante diversos métodos de eutanasia, solo en Alemania, a final de 1942. La inmensa mayoría de la profesión colaboró activamente con el poder y percibió los correspondientes honorarios por el señalamiento de quiénes debían morir (“escritores de x”). Solo un catedrático, Ewald, protestó (Müller- Hill, 1991).”

5 El rol del contexto donde la psiquiatría se desarrolla y actúa

Las Instituciones custodialísticas o manicomios

Los hospitales psiquiátricos fueron llamados así para entrar en el ámbito de la medicina científica. Los manicomios llamados hospitales psiquiátricos atentan contra la salud mental de las personas. “*PRIMUM NON NOCERE*” reza el lema de la medicina, primero no dañar, pero en los hospitales psiquiátricos el paciente deja de ser persona, pierde su identidad y se vuelve un ser que de humano ya casi no le queda.

30 No podemos aceptar una psiquiatría que no respete los DD. HH. de los pacientes. No podemos entender una psiquiatría basada únicamente en los psicofármacos y en los clasificadores internacionales que se convierten en protocolos blindados y los psiquiatras convencionales lo aceptan ciegamente. No podemos aceptar una psiquiatría que deje al paciente sin la búsqueda de su rehabilitación. No podemos entender una psiquiatría que abandone al paciente a su suerte y lo convierta en un despojo humano. Esta es la crítica fundamental a la psiquiatría hegemónica.

La psiquiatría crítica apunta a ubicarla como una ciencia que forma parte de la medicina, pero con un criterio diferente en cuanto integra los elementos fundamentales que hacen al ser humano, su cuerpo, su mente, su historia, sus relaciones sociales y su cultura, elementos que deben ser integrados en la comprensión de la conducta humana. La conducta no es simplemente un juego de neurotransmisores, de neuronas y centros nerviosos, como

plantea la psiquiatría biológica; la conducta debe ser leída en su contexto, es decir, en una integración de todos esos elementos en un momento dado. El síntoma y los signos de sufrimiento mental son respuestas conductuales ante situaciones que no encajan en el mundo interno de la persona y su respuesta es una conducta que no cumple un objetivo determinado y comporta una compleja situación de confusión. Es a partir de los síntomas y signos que podemos investigar el porqué de los mismos y comprender lo que siente la persona. La psiquiatría clásica, con los signos y síntomas conforma síndromes basados en estadísticas y plantea un diagnóstico que apunta directamente a utilizar alguna herramienta como el electroshock, psicofármacos u otras acciones para disminuir o eliminar el síntoma, pero el problema que suscitó permanece. Aquí no se habla de rehabilitación, que tiene un planteo totalmente diferente como veremos más adelante

6 La base teórica y filosófica del conocimiento psiquiátrico y de sus prácticas

La psiquiatría clásica basa su estructura en el dualismo “mente-cuerpo”, idea biologicista que reduce la salud y enfermedad mental a las ciencias moleculares del cerebro, esto justifica su planteo terapéutico basado en elementos que intentan modificar la conducta (psicofármacos, electroshock, etc.)

Más arriba planteábamos que el ser humano aparte de ser mente-cuerpo, es un ser social que construye su personalidad en su relación con ella y conforme una cultura determinada, y sus acciones están planteadas de acuerdo al tipo de relaciones, por lo que su conducta debe ser leída en un contexto y en un tiempo dado porque estos son los elementos que conforman su ser persona.

32

Esta estructura de la psiquiatría clásica reduccionista fue criticada en el intento de esta de explicar los conceptos de enfermedad mental formulados principalmente por Thomas Szasz (1960), uno de los mentores del Movimiento de la Antipsiquiatría que sin lugar a dudas contribuyó a comprender más profundamente al hombre en lo que se refiere a sus experiencias psicopatológicas en psiquiatría. Por otro lado, y en relación a lo expresado por Szasz., se desarrolló un exhaustivo análisis crítico en las ciencias sociales sobre las consecuencias del tratamiento que propone la psiquiatría clásica a los pacientes psiquiátricos.

En efecto, Thomas Szasz, además de su planteo, esbozó fundamentaciones filosóficas del concepto de enfermedad mental esgri-

mido por la psiquiatría clásica, al señalar que la misma constituía una mera enfermedad de origen orgánico cuyo órgano principalmente afectado es el cerebro y en consecuencia los síntomas y signos psicopatológicos serían por un funcionamiento deficitario de alguna estructura cerebral. Este concepto esgrimido por la psiquiatría clásica indudablemente no está basado en los conceptos científicos, dado que no se ha probado que algunas estructuras del cerebro, como los neurotransmisores, son las causales de las enfermedades mentales. Para este autor, la no existencia de una relación directa de trastornos orgánicos a nivel cerebral en muchas manifestaciones psicopatológicas indica una debilidad científica. En síntesis, no pueden explicarse que las enfermedades mentales se deben a una función deficitaria del cerebro, por lo que deben existir otros aspectos de la naturaleza del hombre como causales de sus conductas inadecuadas. Szasz plantea que no basta la observación fenomenológica del síntoma para elaborar un diagnóstico, sino que se debe tener en cuenta, a partir de ellos, cómo se organizan e interpretan esas observaciones.

Indudablemente que la psiquiatría clásica no incorpora en sus interpretaciones los aspectos sociales y culturales que le provocan al paciente a tener una conducta inadecuada.

Szasz expresa, a partir de estos cuestionamientos que la “enfermedad mental” no es científica sino normativa.

7 La rehabilitación como tratamiento integral

Una institución psiquiátrica que maneja psicofármacos como tratamiento único y da de alta al paciente porque los síntomas desaparecieron, no resuelve el problema; ese paciente continuará desvalido sin poder integrarse y tendrá dificultades en comunicarse, dificultades en tener relaciones válidas y será un eterno dependiente de su familia porque no podrá ser productivo.

a) Un diagnóstico de vida para un tratamiento integral

Decíamos más arriba que no se podía aceptar una psiquiatría que plantee un diagnóstico basado sólo en los síntomas, siguiendo fielmente a los clasificadores, y mucho menos su tratamiento en función a la disminución o supresión de los mismos. Hoy en día no existe un medicamento que cure al paciente.

El trastorno psiquiátrico es aún desconocido, y los medicamentos solo actúan sobre los síntomas, no sobre las causas del trastorno.

b) La relación médico-paciente-la entrevista

El paciente necesita confiar en su terapeuta, necesita poner en manos de ese profesional todos aquellos elementos que pululan en su mente, muchas veces sin sentido, sin coherencia. El terapeuta debe escuchar con interés, sin la premura del tiempo, aceptando, en principio, y siguiendo el hilo del pensamiento sin contradecirlo, como si estuviera de acuerdo, o mejor, tratando de

entender el esquema que le plantea, como una base para establecer una relación terapéutica.

A partir de ahí podrá ir ganando su confianza y estará en grado de mostrarle la realidad con el cuidado necesario de no romper la estructura que le plantea el paciente. Un motivo de rechazo del paciente es cuando el terapeuta, de entrada, le expresa al mismo que lo que dice no es real; en otros términos, le está diciendo que es un “loco” y sólo consigue la pérdida de su confianza.

A pesar de que muchos dicen que el paciente con trastorno psicótico no desarrolla una transferencia, nuestra experiencia con ellos es que sí desarrolla una transferencia en tanto no dejan de ser personas, y esa transferencia puede ser positiva o negativa.

Esta “transferencia” positiva, al decir del psicoanálisis, será base indispensable para establecer el inicio de un tratamiento.

El terapeuta debe tener en cuenta que la aparición de síntomas en una persona implica una colisión entre su mundo interno y la realidad, es como un acontecimiento que proviene de afuera o de su interior que no logró incorporarlo y aparece una ruptura que se expresa en el síntoma. Al decir de Freud, estos síntomas constituyen un mecanismo de defensa y se convierten en su “**certeza**”, y es lo válido para él. Certeza de la cual él pende y en ella se sostiene toda su integridad. Esto es fundamental que sea comprendido por el terapeuta ya que el vínculo positivo con el paciente dependerá de cómo el terapeuta maneje esa “certeza”, su habilidad en devolver al paciente con mucho cuidado lo que acontece en la realidad.

Cuando el paciente se acople a su terapeuta dejará de temer entrar en la realidad y lograr una comunicación y por ende un

vínculo válido. Cada paciente es un mundo y por ello no puede clasificarse, cada paciente tiene una historia que es única.

Es por ello que la entrevista debe apuntar a **comprender lo que le pasa al paciente**. El diagnóstico debe reflejar la vida del paciente. Parafraseando a Kant, podríamos decir que *“los diagnósticos, sin las vidas de los pacientes son vacíos; pero que los pacientes y profesionales sin aquellas categorías son ciegos.”*

Aquí, en síntesis, es importante señalar que la relación del terapeuta con el paciente debe ser óptima para que el paciente pueda hablar sin temor y poder permitirse expresarse libremente.

El proceso de elaboración de un diagnóstico llevará varias sesiones. Indudablemente que de la entrevista al paciente y a sus familiares obtendremos los síntomas y signos que está presentando el mismo; lógicamente se necesitará controlarlos y para ello utilizaremos aquellos psicofármacos que le permitirán dormir bien, disminuir sus angustias a tal punto que nos permita una entrevista, a sabiendas de que su “tratamiento” se va a encarar de acuerdo al diagnóstico de su vida, que va más allá de conocer sus síntomas. Como vemos, aquí utilizamos el diagnóstico de vida para delinear el “tratamiento”, es decir todos aquellos procedimientos que le permitirán al paciente rehabilitarse y constituirse en persona productiva.

c) La rehabilitación como tratamiento

La rehabilitación es un **proceso** que apunta a elaborar un **proyecto de vida** que permitirá al usuario insertarse a la sociedad.

“La Declaración de Consenso WAPR/WHO Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial). OMS (Organización Mundial de la salud) considera: Rehabilitación Psicosocial como un proceso que facilita la oportunidad a individuos –que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap o desventaja, de un trastorno mental, para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible... La RP apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades y la minimización de discapacidades, deseabilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad”.

Para ello el paciente debe darse cuenta de que está “discapacitado”, que tiene aspectos de su personalidad que le impiden convivir con su entorno y que debe corregir a través de un programa de rehabilitación que integra un proyecto de vida.

Lógicamente cada paciente tiene aspectos diferentes que superar, pero en general vemos algunas dificultades comunes como la dificultad en la **comunicación**, dificultad en su **identidad** y su sentirse como **persona**. Además, se debe plantear un mayor conocimiento de cómo funciona en sus relaciones. Es por ello que su “campo de juego” debe constituirse con algunos elementos indispensables para el logro de los objetivos.

Aquí hay varias posibilidades o modalidades; en función a los terapeutas y a la situación de los pacientes. Nuestra experiencia es en la modalidad de la **Comunidad Terapéutica** de internación completa y/o de **Hospital o Centro día** que implica una experiencia de convivir varias horas al día y regresar a sus hogares a la noche. Encuentros de la familia con los profesionales es indispensable para mantener a la misma en conocimiento del proceso y

orientarla en el relacionamiento con el paciente; pero todas deben tener como principio inalterable los siguientes elementos:

d) El ambiente terapéutico (“el campo de juego”)

El **diagnóstico de vida** que lo desarrollamos más arriba se debería realizar en un ambiente especial que lo denominamos “ambiente terapéutico”

En tanto, se trabajará en grupos, cada grupo no debe superar las 15 personas, aunque varios grupos puedan convivir en un mismo local. Así se trabaja con grupos pequeños, porque de esta manera se facilita la comunicación y la generación de vínculos.

Entre los operadores y los pacientes debe existir una amplia comunicación, donde imperen los DD. HH., las normas que regirán la vida de todos; que deben ser elaboradas con el consenso de todos, no deben ser impuestas. Cada norma tiene que tener una razón de ser y se la debe explicar y las mismas deben ser suficientemente flexibles para permitir que todos se adapten a ellas; estas pueden ser cambiadas si no funcionan. Se debe apuntar a tener tolerancia y la paciencia necesaria para manejar las situaciones conflictivas, pero al mismo tiempo tener la firmeza en el cumplimiento de los reglamentos.

El paciente se debe sentir como si fuera su casa, no huésped, es por ello que todos, incluyéndolos, deben colaborar con los trabajos de la casa, además de aquellos terapéuticos propiamente dichos.

Este clima del ambiente es ya terapéutico porque le va a permitir al paciente sentirse respetado, aun con sus alucinaciones o delirios (**sus certezas**)

Este ambiente se caracteriza por un trato cálido y amable entre todas las personas involucradas, en el mismo no existe el **autoritarismo** de los profesionales, médicos, enfermeros o psicólogos; todos son iguales, sólo lo diferencian sus roles y funciones específicas. Todas las personas que conviven en ese lugar deben conocer bien las reglas, además, el paciente debe ser coautor de su propia rehabilitación.

Aquí, todos los pacientes son considerados **usuarios** activos y deben constituirse en protagonistas de su tratamiento, acompañar a las actividades comunes de la convivencia, como el orden, la limpieza de los espacios, arreglo de sus camas, ayudar en la cocina, en la secretaría de acuerdo a sus posibilidades. Todo este ambiente apunta al objetivo de aprender a considerarse él como persona, a comunicarse con los demás, respetar las normas y respetar a los demás

Como parte del ambiente terapéutico, el usuario tiene distintas actividades grupales y encuentros con su terapeuta o tutor y ser colaborador de su propio desarrollo, él tiene que lograr conocer cuáles son sus deficiencias, y cómo se está procediendo para lograr avances significativos, incluyendo además conocer qué medicamentos toma y para qué.

Una reunión general llamada también “**asamblea**” se realiza periódicamente con la presencia de todas las personas que conviven en ese lugar (médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes de limpieza, cocinera y, por supuesto, los usuarios). En esa asamblea se discuten los problemas de convivencia, y todos tienen, por igual, derecho a la participación. La participación del usuario es fundamental, porque el participar, el ser escuchado y si lo que propone se lleva a cabo significa mucho para su autoestima. El

reconocimiento de los otros influye en su proceso de rearmar su personalidad.

Otras **reuniones operativas** con temas cotidianos o de interés, como un partido de fútbol por ej., contribuyen a ir mejorando su participación y sobre todo su relacionamiento.

Otro aspecto importante en este ambiente y que se refiere al **respeto a su persona**, es tener un espacio propio, donde puede tener sus pertenencias, fotografías, libros o lo que el usuario desee tener cerca suyo. Su cama y ese lugar deben llevar su nombre, para **reconstruir su identidad**. En sus encuentros periódicos con su tutor o terapeuta se irán analizando sus logros y poco a poco se debe ir pergeñando su proyecto de vida. Esto implica también al cuidado de su persona como ser su aseo, su vestimenta, su imagen porque ello contribuye también al proceso de reconstrucción de su personalidad

40

El equipo terapéutico se reúne semanalmente para conocer el proceso del grupo, se discuten los logros y las dificultades, se dan consignas y orientaciones. Todos los operadores deben saber qué y cómo se realizan las actividades propuestas en ese ámbito. El núcleo de pacientes que conforman un grupo de trabajo no debe superar los 15 usuarios; si hay más cantidad los grupos deben dividirse y manejarse independientemente. Lo mismo en la comunidad terapéutica pueden funcionar uno o más grupos. Esta cantidad se señala porque si los grupos fueran de mayor cantidad, a las personas, y en especial al usuario le costaría muchísimo establecer vínculos válidos con el otro, de acuerdo a lo recomendado por Pichón Riviere cuando se refiere a los grupos operativos.

e) El Tutor

La figura del tutor la he introducido en base a mis experiencias en las comunidades terapéuticas que me tocó trabajar. En efecto uno de los problemas que existían en las comunidades terapéuticas es que allí se vivía en un espacio “feliz”, diferente a la realidad agresiva e intolerante que se vivía afuera. Mucho se discutió sobre este aspecto y a la conclusión que se llegó es que tanto la comunidad terapéutica como los grupos operativos son una etapa necesaria para ir componiendo los desajustes del usuario y como un “entrenamiento” para que el usuario “actúe” ese personaje que volvió a construir.

En los primeros tiempos de la comunidad terapéutica todas las actividades se realizaban en el interior de la misma, y cuando creíamos que el usuario ya podía salir, se fracasaba porque el mundo de afuera era insoportable para él. Se optó por diferenciar las etapas. En esta primera etapa, cada usuario debe contar con un tutor, por lo menos ese era el nombre que le dábamos a esa figura. El tutor se convierte en una persona que acompaña al usuario, es el que le escucha, el que le ayuda, el que lo contiene. Debemos pensar que el usuario es una persona que está sufriendo su malestar, está angustiado, no sabe por qué está allí, quiere estar con sus familiares. El tutor se convierte en su guía, él irá comprendiendo mejor lo que pasa realmente con el paciente, su relación con su familia; él también será el enlace con la familia y preparará su regreso y orientará a la misma en relación al usuario. Él recibirá, a su vez orientaciones del equipo en sus reuniones. Luego de un tiempo y en estrecha relación con el usuario, podrá ir conociendo en qué puede ayudar al usuario en la elaboración de un “proyecto de vida”. Este proyecto requiere que sea del deseo

del usuario y no del tutor. Es con el usuario con quien debe ir elaborando, y con la ayuda de su familia que es muy importante que acompañe este emprendimiento.

f) Proyecto de vida

Como vemos, este proceso es como un flujograma en el que el paciente a medida que se reconoce con problemas, por un lado, y los aspectos de su personalidad desajustados por el otro, le ayudará a su desarrollo personal, y, a partir de ahí, se elaborará un proyecto de vida y se planificará un proceso nuevo que va a consistir en el aprendizaje y adiestramiento de aquellos conocimientos que necesita, se buscará un lugar en la comunidad donde realizarlos, y de esa manera se irá estableciendo nuevos relacionamientos, que lógicamente, se presentan como una realidad diferente de la que estaba viviendo. Esto es todo un desafío, aquí se pondrá a prueba lo aprendido de la experiencia de vida en el ambiente terapéutico, aquí es donde los profesionales y los familiares deben tener cuidado porque el usuario puede fracasar en su intento. Este proceso varía en el tiempo de persona a persona, como así también varía el nivel de desarrollo que puede alcanzar. Obviamente que el Estado deberá proveer servicios de salud mental o mecanismos que faciliten este proceso.

Una vez lograda esta fase de adiestramiento se deberá, a su vez, planificar proyectos de trabajo individual o cooperativas que impliquen un trabajo remunerado. Las instancias de salud mental deben cooperar con los usuarios estableciendo controles psiquiátricos, psicosociales, como así también la correspondiente colaboración psicológica con la familia.

8 Franco Basaglia y la comunidad terapéutica como espacio y experiencia de libertad

En el prólogo de mi libro “Del Manicomio a la Comunidad Terapéutica”, recientemente editado, Ramón Corvalán expresa: “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”. Este núcleo fundamental de la práctica de Basaglia (lo suyo siempre fue más un pensar desde y con la práctica y en encuentros permanentes con diferentes grupos) se concretaba en su propuesta de *la destrucción del hospital psiquiátrico como lugar de institucionalización*. De hecho, este fue el título de un texto que presentó en 1964 en el Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Social,

desarrollado en Londres; luego vendrían sus dos obras claves: *Che cos't la psiquiatria'?*, publicado por primera vez en 1967, y en el año siguiente: *L'istituzione negata, Rapporto da un ospedale psichiatrico*. En estas obras claves, Basaglia dejaba clara la idea de que el manicomio se constituía como la contradicción del principio de libertad.

Precisamente ese fue el principio que retomamos para nuestra experiencia en Paraguay. 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 en Asunción: las reuniones de asambleas 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 intentamos realizar cotidianamente esa idea de libertad radical subrayada por Basaglia en el texto de Foucault.

Y esa fue nuestra apuesta en la comunidad terapéutica: otorgar lugar a la voz del paciente, a sus fantasías. Recordemos que Basaglia, al inicio de su ensayo de 1964, cita la carta de los surrealistas a los directores de manicomio: “mañana a la mañana, a la hora de visita, cuando sin ningún caudal de palabras tratarán de comunicarse con estos hombres, sepan ustedes recordar y reconocer que en relación a ellos ustedes tienen una sola superioridad: la fuerza”. Dejar que esa ‘fuerza’ resulte desplazada por la palabra del paciente, tiene la potencialidad de abrir espacios ausentes en el marco rígido del hospital. Recuerdo que en una de las reuniones plenarios de la comunidad terapéutica instalada en el Hospital Psiquiátrico de mi país, allá por 1977, uno de los pacientes me pregunta: ¿qué es lo que nos diferencia a nosotros de Uds? Le respondí averi-

quando sobre el porqué de la pregunta; el paciente me señaló: *si era muy grande la diferencia al punto que ellos no podrían disfrutar un día sábado de unas ricas empanadas o un asadito, como lo hacen Uds.* 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 un entusiasmo y un sentido a la vida. Y lo fundamental: que el psiquiatra no debe nunca quitar al enfermo esa difícil libertad constitutiva del ser humano. Para Basaglia –seguro que con dudas al principio acerca de cómo ir desplegando sus ideas- la destrucción del manicomio tenía como punto de partida científico y ético, el valor de la libertad de cada uno.

Recuerdo que había un reloj grande a la entrada de la internación que estaba parado y que lo hicimos funcionar cuando se inició la comunidad terapéutica, para darle un sentido simbólico a nuestro trabajo. Recordamos 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 experiencia de la libertad también dispone de una temporalidad distinta a la monotonía rutinaria del manicomio y dicha experiencia posee conexiones estrechas con la esperanza. De hecho, Basaglia nos mostró que es posible vivir sin manicomio. Recordemos que Basaglia decía que cuando una persona ingresa a un manicomio, deja de ser persona y se convierte en una cosa. En esta afirmación, además, podemos encontrar resonancias de sus experiencias como prisionero. Por sus inquietudes sociales estuvo preso y torturado en la Italia de

Mussolini, en la 2da Guerra mundial, situación ésta que lo sensibilizó en las **privaciones** de la libertad en forma arbitraria y que indudablemente influenció en su actitud liberadora.

Experiencia similar vivió cuando en 1961 se transfirió a Gorizia para dirigir el Hospital Psiquiátrico de esa ciudad, sufriendo un fuerte impacto emocional al contacto con la brutal realidad manicomial de esa institución. En busca de una respuesta más humana en la atención a los pacientes internados, en 1962, visitó la comunidad terapéutica de Maxwell Jones en Inglaterra y decidió transferir tal modelo al hospital de Gorizia: se eliminan los electroshock y la contención física, se usa solo 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.

46

Son estas experiencias personales intensas y duras las que conformaron el sustrato del modo radical en que Basaglia, posteriormente, formuló su propuesta: la destrucción del manicomio. En una conversación de 1979, él mismo lo explica: “Por mucho tiempo, (hablando del manicomio) hemos preferido usar en lugar de la palabra *transformación*, de una manera más cruda, la palabra *destrucción*. Ella logra hacer comprender nuestra aspiración a que sea eliminado lo que no debe aparecer más, el exterminio del hombre realizado en su trayectoria institucional”. Esta palabra logra también hacer comprender que “la psiquiatría debe quemar las naves”, si no quiere continuar “escondiendo la violencia con respuestas manipuladoras”, “debe destruir el manicomio pedazo por pedazo, de no ser así continuará a contaminar los servicios territoriales” y “el reflejo del manicomio seguirá construyendo la

imagen de la locura”. Basaglia trabajará toda la vida para construir en la práctica y para fundar culturalmente un servicio público que corte radicalmente con el manicomio, es decir, un sistema de instituciones en el cual no deban ser pagados con el precio de la libertad, la tutela, el amparo, el “asilo” del que una persona sufriente puede tener necesidad.

Para Basaglia, de hecho, la libertad del hombre enfermo no se afirma en la “no intervención”, en la “no interferencia” por parte del psiquiatra: este comportamiento, típico de las técnicas terapéuticas que implican de parte del paciente un consenso previo para su tratamiento, puede incluso traducirse en la ulterior violencia del abandono, del insulto al derecho a la salud.

La libertad, del enfermo y del médico, impone, para Basaglia, un drástico repensar el trabajo del médico, su rol social y su responsabilidad. Sin esta reflexión, no será posible poner fin verdaderamente a las prácticas de custodia.

Basaglia trabajará intensamente para que los principios y el cuadro jurídico de la relación médico-paciente sean redefinidos, pero está convencido de que la fuerza de la empresa que ha llevado adelante está en el haber abierto un proceso de transformación en la conformación material de esta relación, demostrando bajo qué condiciones libertad y derechos de la persona enferma pueden estar juntos.

Ahora que “hemos demostrado que se puede asistir a la persona loca de otra manera”, ahora “que se sabe qué se puede hacer” la pelota pasa, por decirlo de alguna manera, a la política, que debe proceder con su capacidad de transformar, en sentido democrático, las instituciones sanitarias y las estructuras de la vida social,

contando con el patrimonio que han construido las experiencias de transformación.

El entusiasmo de Basaglia con estas ideas fue contagiante y por los resultados obtenidos formó a una pléyade de psiquiatras de Italia y de otros países, peleó por sus ideas, llagando hasta el Parlamento, y ya en Roma defendió la situación de los derechos del paciente promulgándose el 13 de mayo 1978 la ley 180, que elimina de a poco la modalidad manicomial. En su honor se denominó Ley Basaglia Estos avances en la humanización de la psiquiatría repercutió en la OMS y en todo el mundo. En 1979, un año después de la promulgación de la ley que lleva su nombre, Franco Basaglia visitó el Brasil, donde dictó una serie de conferencias que sintéticamente contienen sus principales ideas, que son las siguientes:

- 48
- El manicomio debe transformarse de un lugar de marginación a un lugar de cura, cuyo objetivo es dar dignidad al enfermo sufriente de un “disturbio 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 solo 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 impor-

tancia y seguridad al paciente afecto, no de una enfermedad sino de una “crisis” particularmente grave.

No olvidemos que la formación fenomenológica de Franco Basaglia le permitió 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”, decía F. Basaglia.

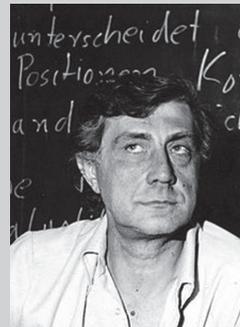
Sigue diciendo Basaglia: “Habíamos comprendido que un individuo enfermo no sólo necesita la cura de la enfermedad: necesita una relación humana con quien lo atiende, necesita respuestas reales para su ser, necesita dinero, una familia; necesita todo aquello que también nosotros, los que lo atendemos,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

49

Finalmente, y a modo de gesto que toma posta a la herencia de Basaglia, señalemos que él siempre estuvo convencido de que el cambio de estructuras sociales no es en absoluto suficiente para dejar fuera de juego las relaciones de opresión; igualmente no creía que una reforma legislativa sea suficiente para poner fuera de juego el manicomio y su lógica. Por ello, al pesimismo que se plantea que no hay salidas, él siempre contrapuso la voluntad política “optimista” de imaginar, construir, dar testimonio de nuevas posibilidades, “trabajando dentro de la ideología ya que estamos inmersos en ella” y usando el poder del propio rol social, pero tratando de transformar este rol y los resultados a través de la transformación de la práctica, es decir, del hacer y de la manera de ser. Su formación fenomenológica le permitía ver las posibilidades del ser humano y que, por tanto, las instituciones

que son también creaciones humanas pueden disponerse siempre de otras formas, y en especial en formas más cercanas a la creación de espacios para el despliegue de la libertad. Por ello, 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 porque embrutece y anula lo humano del ser. El “loco” sigue siendo persona como nosotros y desde esa perspectiva nos plantea vivir la contradicción del vínculo con él. Basaglia expresó mejor esta idea: “cuando el médico acepta el cuestionamiento del enfermo, cuando el hombre acepta a la mujer con su propia subjetividad”, puede nacer aquel “estado de tensión que crea una vida que no se conoce” y que representa “el inicio de un mundo nuevo”.

Franco Basaglia (Venecia, 11 de marzo de 1924 - ibídem, 29 de agosto de 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 desde 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, se le considera el máximo representante del movimiento antipsiquiátrico de su país.



Franco Basaglia (1979).

SEGUNDA PARTE
La experiencia de la práctica
Teoría de la práctica



1 Lo que nos dejó la experiencia de la Comunidad Terapéutica

- a) Philips Pinel (1795), no manejaba los conocimientos psicopatológicos que hoy manejamos y no disponía de herramientas terapéuticas, sólo los trataba humanamente, liberando de las cadenas y grilletes a los pacientes y se dio cuenta que los mismos mejoraban, por eso le llamó a su modalidad “terapia moral” y creo que mejoraban porque a pesar de sus trastornos mentales, que debían ser serios por lo que estaban encadenados, al ser tratados “humanamente” volvieron a sentirse personas.
- b) En la comunidad terapéutica aprendimos que el ambiente creado a partir de tratarles a los pacientes humanamente, atendiendo a sus derechos y estudiando lo que les pasa y qué nos muestra con sus síntomas, su manera de estar en el mundo se constituye en un ambiente terapéutico. A partir de ello investigamos cuáles son sus dificultades para estar con el otro y de esa forma creamos actividades focalizadas a ajustar sus falencias en un ambiente terapéutico.
- c) Los clasificadores no sirven para estos propósitos, y sólo utilizamos los psicofármacos como una herramienta válida para controlar su angustia, su sueño y su agresividad, y elaborar junto con él un proyecto de vida que le permita sentirse libre y sustentarse a sí mismo.
- d) Todo esto es posible si el Estado, desde el MSP y otras instancias comunitarias organizan un plan que apunte a rehabi-

litar a las personas con trastornos mentales, eliminando las Instituciones de custodia o manicomiales. Ese plan debe estar apoyado por una Ley de Salud Mental que contenga estos principios que planteamos y otros que apunten a beneficiar al paciente y a la salud mental.

- e) Cada actividad que se realiza en el contexto de un programa de rehabilitación debe tener un objetivo preciso que permita una evaluación posterior; son perjudiciales aquellas que se llevan a cabo sin objetivos como las llamadas “laborterapias” o “arteterapias” que de terapias nada tienen, porque a más de usar un tiempo no logran nada.

2 Mi experiencia personal en salud mental

En este capítulo quiero describir las actividades que hemos realizado desde nuestras inquietudes, tanto a nivel privado como a nivel público cuando nos tocó trabajar en instituciones gubernamentales como el Hospital Psiquiátrico, el MSP, la Secretaría de Acción Social, y la Secretaría de la Niñez y Adolescencia.

En todo momento, y con colegas y amigos que apoyaron y colaboraron, nos planteamos cómo, desde nuestros conocimientos y desde donde estábamos, podíamos empujar hacia adelante la pesada máquina de la salud mental en Paraguay.

Mi formación como psiquiatra en Génova (1970-75) se caracterizó, fundamentalmente, en plantear una psiquiatría **más humanizada, donde el paciente era el centro de la atención** y cuidando por sobre todas las cosas, sus derechos humanos.

Mi experiencia, en la pasantía de un año en una Comunidad Terapéutica de Milano en 1971-72, con un discípulo de Basaglia como director, fue la que me guio en mi profesión. Esa experiencia que contrastaba totalmente con el manejo de los pacientes de la psiquiatría clásica, planteó mis orientaciones de cómo manejar a los pacientes que se ponían en mis manos y cómo generar, en las instituciones, un proceso de humanización en la asistencia a personas con trastornos mentales.

Cuando me tocó coordinar una comunidad terapéutica en Génova en los años 1972 al 75, fue un darme cuenta, por los resultados

que obteníamos, que ese era el camino que me hacía sentir seguro de lo que estaba haciendo en mi profesión.

a) Centro estudio de psicoterapia y psicología

Ya en Paraguay, en 1976, con la necesidad, por un lado, y mucha energía por otro, de hacer algo de lo que yo conocía y me sentía seguro de lo que quería, abrí una comunidad terapéutica a nivel privado, con la ayuda de varios jóvenes como el Lic. Hugo Barboza, la Lic. Yolanda Cubells, la Lic. Luz Teresa Benítez y posteriormente el Lic. Genaro Riera Hunter, Dr. Andrés Arce, el Lic. Jesús María Locio, el Dr. José Britez Cantero, Dr. José Vera Gómez y otros que habían aceptado la modalidad que les presentaba. Creamos el “Centro Estudio de Psicoterapia y Psicología”, que funcionó, en lo que se refiere a asistencia a pacientes con trastornos mentales, con la modalidad de comunidad terapéutica, hospital día y grupos terapéuticos. Ante la presencia de psiquiatras y psicólogos se inició un programa de formación y capacitación en psiquiatría y psicología clínica y psicoanálisis. Esta experiencia se realizó durante ocho años.

b) Comunidad terapéutica en el hospital psiquiátrico

- Casi al mismo tiempo, en 1976, ingresaba como psiquiatra en el Manicomio Nacional y que fue al poco tiempo cambiado de nombre a hospital psiquiátrico. El director, Prof. Dr. Isaac Cegla aceptó mi propuesta de crear en el pabellón que estaba a mi cargo, un trabajo clínico con modalidad de la comunidad terapéutica, en contraste del resto del hospital, que en ese entonces tenía alrededor de 400 pacientes internados y se los trataba con modalidad manicomial, como era anteriormente.

- Los aspectos teóricos desarrollados más arriba sobre estos temas fueron inspirados a partir de las experiencias vividas, que en síntesis fueron: estudiar los aspectos psicopatológicos que presentaba cada paciente, se intentaba conocer problemas o situaciones que motivaban a desarrollar los síntomas, evaluar su hándicap y encarar personalmente su tratamiento a través de entrevistas, diálogos, comportamiento dentro del proceso; se trataba al paciente como humanos que son, utilizando psicofármacos para controlar la situación, cuidando sus derechos humanos, insertándolos en grupos informales, se realizaban sesiones de gimnasia y deportes; en fin, se realizaba cada actividad con sentido de recuperar aquellos aspectos de su personalidad que se encontraban en déficit. Aquí es importante señalar que las actividades siempre tenían una finalidad que inclusive eran creadas pensando en el efecto que producían; por ejemplo, se realizaban grupos de discusión sobre un partido de fútbol para estimular la participación porque eran o cerristas u olímpistas y dio resultados muy buenos. En el trato, se realizaba sin el autoritarismo propio de los médicos que trabajan en esa institución. Estas actividades se llevaban a cabo con el objetivo de ir preparando al paciente física y psicológicamente para encarar un proyecto de vida. Se creó, para su efecto, un ambiente cordial y tolerante que hemos llamado “ambiente terapéutico”, como proceso de rehabilitación.
- Todo esto pudo llevarse a cabo a partir de muchos meses de capacitación, supervisión y reuniones frecuentes entre los profesionales para estudiar y supervisar a fondo las particularidades de cada paciente. En este proyecto participaron activamente estudiantes de psicología de la Universidad Católica

donde yo ejercía como docente para su formación en Psicología Clínica.

- A partir de esta experiencia, dos años después, se consiguió integrar otro pabellón del hospital, justamente por los resultados que estábamos teniendo.
- Ocho años después, un profesional especializado en Alemania, y Prof. de la Cátedra de Psiquiatría, el Prof. Dr. Julio Morínigo Escalante, (ya fallecido), prohibió nuestra práctica porque, según manifestaba, era una propuesta “comunista” y era además sobrino del Gral. Stroessner, y toda la experiencia de ocho años de trabajo se vio frustrada por la incapacidad de colegas que no podían aceptar otra modalidad que no sea la que planteaba la psiquiatría manicomial, y así fue, que hoy, sólo podemos contar parte de una historia triste de nuestra psiquiatría.

58

c) Proceso de reforma de la atención en salud mental

El Departamento de Salud Mental, en los años 1991, dirigido por el Dr. Charles Rodas Quiñonez, me invitó a formar parte de su equipo para elaborar actividades que apunten a mejorar la salud mental del país.

En ese contexto iniciamos un proyecto muy “atrevido” para ese tiempo. Estábamos entusiasmados por los términos de la Declaración de Caracas en el año 1990.

Planteamos una serie de medidas destinadas a sacudir ese Departamento y a la salud mental misma que permanecía olvidada. En ese entonces sólo existía en el país un Servicio de Psiquiatría, en el hospital psiquiátrico, con 350 camas, con modalidad de cus-

todia y con pacientes que deben llegar de cientos de kilómetros para su internación, los cuales se convertirían en crónicos como la mayoría de los internados, totalmente olvidados por sus familiares y amigos que no podían visitarlo por la distancia y además sin ningún programa de rehabilitación. A pesar de que los pabellones se seguían llamando “comunidad terapéutica”, la experiencia muy importante realizada en la década anterior, fue totalmente anulada y hasta prohibida. Por otro lado, a nivel comunitario, no existía ningún programa de prevención o promoción de la salud mental.

Desde nuestro Departamento de Salud Mental teníamos el encargo de estudiar esta situación caótica de la salud mental del país.

Ya desde 1992, continuando lo que habíamos iniciado, el Departamento de Salud Mental propuso como estrategia la creación de un Programa de Promoción de la Salud Mental en todo el país, iniciando por crear un sistema de asistencia psiquiátrica en Pedro Juan Caballero, a instancia de un cura párroco, el Padre Silva, recientemente fallecido, realizando consultas en un consultorio improvisado, en la misma Parroquia e iniciando conversaciones y acercamientos con las autoridades del hospital.

En el año 1995, el Director de Salud Mental, Dr. Charles Rodas fue trasladado a otra Instancia del Ministerio de Salud y fui nombrado para reemplazarlo y continuar en la realización de nuestro sueño, la descentralización de la atención en salud mental.

d) Programa de Promoción de la Salud Mental

En el proceso de transición a la democracia en el Paraguay, la salud mental ha ido cobrando importancia y los jefes de departamentos que se sucedieron hasta ese entonces, hemos tenido como meta crear unidades descentralizadas de salud mental en

las Regiones Sanitarias, siguiendo los objetivos de la Declaración de Caracas, que si bien Paraguay no estuvo presente, se comprometió posteriormente a impulsar la Reestructuración de la atención en Salud Mental y la Reforma de la Asistencia psiquiátrica, asistencia que siempre estuvo centralizada en el Hospital Psiquiátrico, en ese entonces, sede de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNA, y que no acompañó los avances de esta disciplina, sumiéndose en un peligroso oscurantismo que pone en riesgo la posibilidad de rehabilitación de los sufrientes psíquicos, consumiendo sin embargo un monto importante del Presupuesto General del Estado.

Infructuosos fueron los intentos del Departamento de Salud Mental para propiciar un cambio cualitativo en la asistencia, centrada en el hospital psiquiátrico, motivo por el cual se optó por postergar el proceso de reestructuración que implicaba, ya en el año 1992, la desmanicomialización y plantear alternativas que apunten a la humanización de la atención e implementar metodologías socializantes y participativas, internaciones en los hospitales regionales de corta duración, e iniciar un proceso de rehabilitación, a través de tratamiento con modalidad de hospital día, cuyo fin es establecer un proyecto de vida del paciente..

Se planteó como objetivo la creación de unidades descentralizadas de salud mental, en todas las Regiones Sanitarias, para lo cual se impulsó un modelo piloto en la XIII Región Sanitaria de Amambay. La elección de esta región se debió a que en ese tiempo ya estábamos realizando asistencia psiquiátrica en la mencionada parroquia.

En el Paraguay, el Plan Nacional de Salud (91-93) planteaba como problema, en la situación de salud de la población paraguaya, el

impacto que tienen las llamadas enfermedades del subdesarrollo y otros daños que también afectan a los países industrializados como el alcoholismo, la farmacodependencia y los trastornos mentales entre otras enfermedades crónicas no transmisibles.

En el mismo documento se describe como causa, el deficiente saneamiento del medio, el alcance limitado de los programas de educación sanitaria, la baja disponibilidad de recursos financieros y la dispersión de los recursos disponibles por carencia de una planificación nacional y sectorial.

Si bien no existían estudios epidemiológicos o investigaciones que nos permitieran describir acabadamente la situación de la salud mental, en nuestro país, pudimos, sin embargo, caracterizar la atención psiquiátrica como una atención centrada en el Hospital Neuropsiquiátrico, único centro de asistencia situado en la Capital, con una cobertura para toda la población del país, cuenta con 350 camas y con un modelo manicomial, donde el tratamiento farmacológico constituye el medio para mantener tranquilos a los pacientes. Esta modalidad no permite recuperar al paciente, sino, más bien, lo margina de su familia y de su comunidad.

Los derechos del paciente no son atendidos, situación favorecida por la falta de una legislación que regule la atención psiquiátrica y atienda los derechos humanos del sufriente..

En el interior del país, los sufrientes mentales son atendidos deficientemente por médicos rurales no capacitados y por curanderos, llegando a la capital (Hospital Psiquiátrico), en situaciones de cronicidad graves, a veces irreversibles, acompañados de familiares desilusionados, que tienen que desplazarse muchos kilómetros, en la mayoría de los casos, con acuciantes necesidades

económicas, terminando por abandonar totalmente a su familiar enfermo en el hospital, creándose lo que se llama hospitalismo.

Una característica del enfermo mental es la situación de abandono y soledad, que le toca vivir. Al no existir otra instancia que se preocupe de la situación de estos pacientes, su destino será inexorablemente el hospital psiquiátrico.

Si deambulan por las calles, la comunidad recurre a la Policía que muchas veces los retiene en celdas para presos comunes, antes de derivarlos nuevamente al hospital. Si se queda en la casa son encerrados, o aún en la actualidad, se tiene conocimiento de casos en que se los mantienen encadenados o atados.

En estas circunstancias, el hospital psiquiátrico se convierte en el único lugar donde depositar al enfermo, que allí queda, sin medicación, sin visitas, desarraigados y aislados de su comunidad, en situaciones cada vez más alienantes. No han desarrollado un programa de atención a la salud mental, y además no se ha integrado a los programas de salud pública.

Las críticas que actualmente se hace al modelo manicomial de los Hospitales psiquiátricos del mundo, giran en torno a cuatro ejes fundamentales:

1) ético-jurídico

La violación sistemática de los derechos humanos de los pacientes es el mayor cargo en el plano ético y en el plano jurídico, por la indefensión de los mismos, por falta de un instrumento jurídico adecuado. Esta situación indiscutible y ampliamente documentada es un razonable motivo para dudar de la seriedad de la institución citada.

2) clínico

En el eje clínico se señala la ineffectividad terapéutica y el papel que la institución juega como agente patógeno, iatrogénico y cronificante. Numerosos estudios demuestran, desde diversos ángulos, el carácter decididamente antiterapéutico del hospital psiquiátrico.

3) institucional

Las críticas desde la perspectiva del eje institucional nos muestran que el hospital psiquiátrico es una institución total, en ella se establecen relaciones de sumisión y violencia física y afectiva, todas inmersas en un círculo vicioso donde quien está obligado a sufrir hace a su vez sufrir al más débil.

4) sanitarista

Desde el eje sanitarista se critica la deplorable condición de los internados y la concentración de los recursos humanos y financieros que impiden el desarrollo de programas extramanicomiales.

En síntesis, el hospital psiquiátrico es el obstáculo más serio para la organización de una asistencia psiquiátrica más justa y adecuada, integrada dentro del sistema general de asistencia en la comunidad.

Como respuestas a estas críticas, se han intentado en distintos países del mundo y en nuestra misma Latinoamérica, diversas alternativas, algunas de ellas a partir de presiones de la comunidad y desde las autoridades sanitarias, otras desde las mismas instituciones manicomiales. Las respuestas no han sido inmediatas, han debido seguir un proceso de transición; algunas de ellas sin los efectos esperados, otras con mucho éxito, pero todas han me-

orado en el proceso de humanización en la atención al paciente mental, situación esta que impulsa a seguir en el proceso.

La transformación-desinstitucionalización del hospital psiquiátrico, implica crear instancias alternativas a la asistencia hospitalaria, la incorporación de la problemática en la Atención Primaria en Salud, la adecuación de la legislación y una sensibilización a los familiares y actores sociales a fin de que las acciones sean encaradas de manera conjunta. Dicha transformación debe estar integrada a un Programa de Atención en Salud Mental, que se debe generar tanto en el interior del hospital como de las autoridades sanitarias, universitarias y de las sociedades científicas que trabajan en el tema para romper con ese enfoque totalmente obsoleto.

64

En este sentido, la OMS/OPS planteaba el fortalecimiento de los servicios de atención psiquiátrica en la comunidad y la integración de ésta con la atención primaria dentro de los SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS), reduciendo de manera implícita el papel hegemónico de los manicomios.

Entre las estrategias básicas para favorecer el desarrollo de los cambios planteados, figuraban, en primer término, un amplio programa de sensibilización y capacitación del personal profesional y auxiliar de los hospitales generales y servicios generales de salud, especialmente de quienes dispensan la atención primaria. No menos importante es el fomento de la solidaridad hacia el sufriente mental entre todos los proveedores de servicios de salud, la estimulación de los enlaces entre los servicios comunitarios y el hospital general y el fomento de un programa nacional de investigación.

Este planteamiento que surge de la Conferencia Regional Para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica que se realizó en Caracas-Venezuela en noviembre de 1990, ha servido de base para buscar formas alternativas de atención en psiquiatría en el Paraguay, diferentes al actual aislamiento y desarraigo de su entorno familiar que sufren los pacientes, con énfasis en la sensibilización de la población en general, considerando que la atención de la salud mental no debe centrarse únicamente en la atención de la enfermedad sino incorporar situaciones ligadas al bienestar de las personas, los problemas sociales que obstaculizan su concreción y que los habitantes participen activamente en la búsqueda del bienestar comunitario

Totalmente compenetrados en las definiciones y en las recomendaciones de la Declaración de Caracas, con la ayuda de la OPS, iniciamos nuestro trabajo orientado a plantear seriamente un cambio.

La Declaración de Caracas 1990

Aprobada por aclamación por la Conferencia en su última sesión de trabajo, el día 14 de noviembre de 1990.

La Declaración de Caracas fue adoptada en la misma ciudad, en noviembre de 1990, por la Conferencia, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, que convocó a 109 profesionales, técnicos, políticos, juristas, comunicadores sociales y usuarios. Fue auspiciada por varios organismos internacionales, entre ellos la OMS/OPS, con el copatrocinio de la Asociación Mundial de Psiquiatría, la Comisión de los Derechos Humanos de la OEA, la Federación Mundial de Salud Mental, entre otros.

La Conferencia comprendió secciones plenarias y grupos de trabajo, en los que se lograron los consensos necesarios para poder llevar a la práctica la reestructuración de la atención, así como los principios que la sustentan y las estrategias para implementarlas.

La Conferencia constituyó el punto de partida de una serie de acciones generadas en diversas regiones, entre ellas la subregión de América Latina.

“En líneas generales la Declaración de Caracas plantea una serie de pautas tendientes a la desmanicomialización de la atención psiquiátrica, creando alternativas de atención que posibiliten por una parte la recuperación del sufriente psíquico y su integración a su entorno social, para lo cual se recurre al cierre progresivo de los sistemas manicomiales y la puesta en marcha de asistencia en las situaciones de crisis en los Hospitales Generales, con programas de asistencia ambulatoria y de intervención en casos de crisis por corto tiempo..”

66

Los pacientes crónicos seguirán un tratamiento más humanitario, se buscará que el paciente sea internado sólo como última medida, tratando de atenderlos en la mayoría de los casos en las cercanías de su domicilio, facilitando todo lo que sea necesario para su recuperación y Reinserción social.

Por otro lado, se plantea un trabajo con el entorno social del paciente creando asociaciones de padres y familiares del suficiente psíquico, se impulsarán programas de sensibilización social y procesos de salud mental Comunitaria, apuntando a la promoción de salud en los distintos sectores sociales, para ello se realizarán investigaciones y diagnósticos sobre problemáticas sociales que ponen en riesgo la salud mental de la población. Se tratará de

impulsar la movilización de las fuerzas vivas de la sociedad por ser esta un factor importante en la promoción de la salud mental.”

Paraguay no participó de la Conferencia, pero expresó su voluntad de incorporarse al proceso.

Las bases para el inicio del proceso de la reestructuración de la atención psiquiátrica y de la atención en salud mental en Paraguay se realizaron con la asesoría del Dr. Marcelino López Alvarez de la OPS/OMS, quien conjuntamente con los técnicos nacionales analizaron la situación de la asistencia psiquiátrica, la elaboración de un programa de acción y seguimiento del proceso.

En este contexto el Departamento de Salud Mental se propuso:

- como **meta** la descentralización de la atención en salud mental
- **La estrategia** es la incorporación de la atención en salud mental en los SILOS
- **La táctica operacional:** Grupos itinerantes de salud mental

Creímos que lo esencial para lograr nuestra meta era trabajar a través de los grupos itinerantes con lo que se intentaría sensibilizar las autoridades de las regiones sanitarias.

e) Grupo itinerante de salud mental

El Grupo Itinerante de Salud Mental se definió entonces como un equipo de profesionales, multidisciplinario e interinstitucional, en la que participan organismos estatales y no gubernamentales del sector, que afecta a la salud psicosocial comunitaria, cuyo trabajo fundamental, en la primera fase, es la de contactar y sensibilizar a los distintos sectores de salud de una región sanitaria del país. En una segunda fase, es de capacitación a distintos niveles del

sector sanitario (médicos, enfermeras, auxiliares), y una tercera fase de sensibilización y facilitación de la participación activa de los líderes comunitarios en la búsqueda de su bienestar

El conjunto de actividades a ser desarrollado por el grupo itinerante debe responder a los siguientes términos de referencia:

Atención a los enfermos mentales

- Atención del sufriente psíquico en su propio hábitat, involucrando a los centros de salud del lugar.
- Capacitar a médicos y enfermeras para posibilitar la asistencia en situaciones de crisis.
- Crear alternativas asistenciales a la internación psiquiátrica prolongada y posibilitar la continuidad de tratamientos biológicos (psicofármacos) y de rehabilitación psicosocial .
- Capacitar a los actores sociales, educadores, trabajadores sociales, líderes comunitarios etc. para posibilitar la participación activa en las soluciones a los problemas de la comunidad
- Impulsar la creación de grupos de familiares y de amigos del sufriente mental para lograr involucrarlos en el proceso de rehabilitación del paciente.

Diagnostico estratégico de las enfermedades mentales de la región

- La identificación y registro de la situación de los enfermos mentales y sus familias, en las regiones para planificar modalidades de rehabilitación

La promoción de cambios conceptuales y estructurales en la atención al enfermo psiquiátrico en los servicios sanitarios.

- Promover cambios conceptuales y estructurales en la asistencia psiquiátrica básica, que apunten a su humanización y a la rehabilitación integral del paciente.

Promoción y prevención en salud mental

- Impulsar la promoción y la prevención en salud mental en la comunidad, creando espacios de participación activa con los sectores de la comunidad, a fin de atender los problemas sociales emergentes más importantes.
- Educar y sensibilizar a distintos sectores de la población a fin de disminuir los prejuicios referentes a la enfermedad mental, propiciando la consulta precoz y ante una situación de crisis.

69

Movilización de recursos

- Crear proyectos presupuestarios que permitan la seguridad de una continuidad terapéutica
- Generar en los distintos sectores de la comunidad la inquietud de organizarse, a fin capacitarse para el análisis de los problemas locales y la búsqueda de soluciones.

Hemos conformado y capacitado a grupos itinerantes que se trasladaban a distintas regiones sanitarias, iniciando por las más cercanas como Central, Cordillera, Caaguazú, Guairá, con grandes decepciones, porque no encontramos eco a nuestro propósito. Sólo encontramos eco en la XIII Región de Amambay, a 520 Km de Asunción, y por solicitud de un sacerdote y por la actitud de

gran apertura de las autoridades del Hospital Regional y de los médicos y enfermeras y con el beneplácito del ministro de Salud Dr. Vidovich Morales, quien ordenó que un sector del Hospital Regional sea destinado al Programa de Salud Mental, disponiendo un servicio de enfermería, de médicos clínicos que fueron capacitados en emergencias psiquiátricas y fue nombrada una trabajadora social, como jefe de sala de la primera Unidad de Salud Mental Regional.

Contexto donde se realiza la experiencia

XIII Región Sanitaria de Amambay

DATOS BÁSICOS

El Departamento de Amambay tiene una superficie de 12.933 Km² y la densidad poblacional es de 7,5 habitantes por Km². La capital es Pedro Juan Caballero cuya población total es de 97.158 de los cuales es 64,7 % es urbano y el 36.3 es rural.

Sus límites son: Al norte y al este la República Federativa del Brasil, separada por el Río Apa y la Cordillera del Amambay, al Sur el Departamento de Canindeyú, al Oeste los departamentos de Concepción y San Pedro.

Producción: la principal actividad del Departamento es la agricultura. Se cultivan: soja, trigo, café, caña de azúcar, yerba mate, menta y productos de subsistencia. La ganadería es un renglón importante en la economía departamental.

La explotación forestal: los valiosos recursos forestales se han empobrecido substancialmente. El sector industrial está compuesto principalmente por la industria yerbatera y los aserraderos

f) Primera Unidad de Salud Mental instalada en el Hospital Regional de Pedro Juan Caballero 1997

La estructura de la **Dirección de Salud Mental** incluyó esta figura cuando se creó la primera Unidad de Salud Mental en el **Hospital Regional de Pedro Juan Caballero**, que en ese entonces contaba con un presupuesto diferenciado.

La unidad contaba con:

- Siete camas para internación,
- Un servicio de enfermería especializada, capacitada por las enfermeras del Hospital Psiquiátrico de Asunción que viajaban con el equipo itinerante de capacitación de la Dirección de Salud Mental,
- Servicio de farmacia gratuita para los internados y pacientes ambulatoriales.
- Un servicio de asistencia ambulatorial de psiquiatría y psicología, se completaba con asistencia a domicilio cuando el paciente no acudía a controles.
- Asimismo, contaba con un Programa de prevención y promoción de la salud mental, dando cursos y charlas a Instituciones educativas.

Esta unidad no contaba con psiquiatra y se realizaron capacitaciones a médicos generales en manejo de pacientes en crisis e interconsultas telefónicas. Los pacientes se internaban con un familiar o amigo. Esta experiencia se inició en el año 1992 y funciona hasta la fecha, consideramos que es una de las primeras en América del Sur.

Es importante señalar como factor positivo, el interés de las Instituciones y profesionales involucrados en el equipo itinerante, que como dijimos más arriba, se componía por instituciones gubernamentales y no gubernamentales como: El grupo de enfermeras del hospital psiquiátrico que se ocupaba de entrenar a las enfermeras del hospital, psiquiatras de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría que capacitaban a médicos generales en asistencia a pacientes mentales en situación de crisis, psicólogos y educadores de la ONG “PREVER” que daban charlas en colegios y capacitaban a los docentes. La ONG “BECA” que capacitaba sobre manejo de grupos. El equipo itinerante viajaba una vez al mes y ya en Pedro Juan Caballero, cada grupo realizaba sus actividades con las Instituciones previamente seleccionadas.

Y fue en 1992 que el ministro de Salud aprobó nuestro proyecto de creación de la Primera Unidad de Salud Mental en Paraguay y posiblemente haya sido la pionera en América del Sur.

72

g) Un informe realizado en el año 2013 expresa

“EXPLORACIÓN DE DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN PARAGUAY” “EXPLORATION OF MENTAL HEALTH-CARE SERVICES IN PARAGUAY” Investigadora: Patricia Ayala Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción” CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica” Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción” Recibido: 25/Mayo/2016 Aceptado: 22/ Noviembre/2016

“...hospital Regional de Pedro Juan Caballero. La Unidad de Salud Mental de Pedro Juan Caballero cuenta con un equipo multi e interdisciplinario que ofrece los servicios de atención en urgencias psiquiátricas. Cuenta con disponibilidad de 7 camas para in-

ternaciones de corta estancia, que pueden variar de 1 a 30 días e incluyen servicios de asistencia ambulatoria médica y psicológica, grupos de autoayuda, provisión de medicamentos a usuarios y usuarias para asegurar la continuidad del tratamiento y actividades de capacitación de personal de salud y a la comunidad (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011). Desde su habilitación en el año 1992 hasta el 2011, la Unidad contó con un total de 4437 pacientes fichados, provenientes de localidades como Concepción, Ponta Porã (Brasil), Capitán Bado, Bella Vista, Tacuati, San Pedro, etc. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011). Estadísticas más recientes revelan que hasta el 6 de Junio de 2013, la Unidad contaba con 6.200 pacientes fichados (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2013).

Entre las actividades y servicios provistos por la Unidad, se citan a los que incluyen consultorio externo médico y psicológico, 6 camas para internaciones breves, interconsultas con servicios de otros hospitales, asistencia a la población en general, asistencia a pacientes derivados del Poder Judicial, Fiscalía, Defensoría del Pueblo, Escuela Especial N°11, Centro “Amor y Esperanza”, Centro de Asistencia Psicosocial de Ponta Porã (Brasil), Centro Municipal DIBEN (Dirección de Beneficencia y Ayuda Social), CODENI (Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente), y Mita Róga. Además de la Secretaría de la mujer y otros entes, visitas domiciliarias de seguimiento, reuniones con equipos de Salud Mental, promoción de la Salud Mental y Prevención de los trastornos mentales en la comunidad, provisión de medicamentos, atención médica y psicológica en el domicilio en los casos necesarios, entrevistas y orientación a familiares de pacientes, promoción radial en un programa dominical; “Tesape’a Tesãira” (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2013).”

Pasaron 28 años de la creación de esta primera Unidad de Salud Mental con servicio de asistencia en crisis en el interior del Hospital Regional, una de las pioneras en iniciar las reformas de la atención en Salud mental en América del Sur, llevando la asistencia en el entorno del paciente como mandan sus Derechos humanos. Fue autorizada por un gran Ministro de Salud el Dr. Andrés Vidovich Morales.

A partir de entonces el MSP no se ha ocupado de la Salud mental del Paraguay. La única Unidad de Salud Mental es la de Pedro Juan Caballero, a pesar de que existen con el nombre de Unidad de Salud mental consultorios psiquiátricos y psicológicos en decenas de lugares pero no existen Unidades con internación como la de PJC .

h) Programas derivados de los conceptos de la Comunidad Terapéutica, realizados en otros ámbitos

Programa de Convivencia Social en adolescentes infractores de la Ley

En el año 2003, siendo director nacional de un programa de cooperación de la Unión Europea con Paraguay (A.M.A.R.), luego de que el penal para menores “Panchito López”, que albergaba a adolescentes infractores de la ley fuera incendiado, se dispuso buscar un lugar adecuado, equiparlo y elaborar un plan de rehabilitación de los mencionados adolescentes.

Presenté un proyecto de convivencia entre los adolescentes citados.

Se consiguió un local bastante adecuado, que albergaba a 120 adolescentes que habían infringido la ley.

El proyecto consistía en sustituir la idea de penal por la de un espacio educativo, de aprendizaje social a partir de la experiencia. La mayoría de los adolescentes provenían de una experiencia de vivir en las calles y muy poca relación con sus familias.

Aquí también utilizamos la modalidad inspirada en la Comunidad Terapéutica: crear un ambiente “terapéutico”, es decir, evitar los malos tratos, plantear con ellos un reglamento interno de vida, dividirlos en grupos de 15 adolescentes a cargo de un educador con quienes se reunían diariamente; una vez a la semana se reunían todos los jóvenes con sus educadores, allí se planteaban las dificultades y se buscaban soluciones a partir de ese dialogo entre educadores y jóvenes. Cada educador tenía unos ocho adolescentes, que recibían el nombre de tutor que los escuchaba y orientaba en sus ideas, en sus criterios y con quien reflexionaban acerca de su futuro y elaboraban juntos un proyecto de vida, y mientras dure su condena prepararse para afrontar su vida, para lo cual se establecieron dentro de la institución, centros de educación primaria y secundaria, además el SNPP que posibilitaba aprendizaje en oficios.

Eran jóvenes de 14 a 18 años, recluidos por diversas infracciones a la ley. Ellos participaban de la limpieza del local, ayudaban en la cocina, se programaban actividades físicas, gimnasia, deportes a cargo de un educador profesional. Los guardias de la institución, armados, sólo custodiaban el perímetro que estaba protegido con vallas de tejidos de alambre. Tenían la consigna de no utilizar la fuerza si no fuera necesaria y mucho menos disparar en caso de fugas. El proyecto proporcionó al penal una panadería que estaba en desuso, y equipó con heladeras especiales, lavarropas y otros enseres necesarios

El contrato con el Estado fue que el Proyecto AMAR capacitara, supervisara, equipara, todo esto sin costo para el Ministerio de Justicia, por el término de un año. Al cabo de ese tiempo el Ministerio de Justicia, de quien dependía el penal, debía incluir en su presupuesto los salarios de los educadores y del director y mantener la institución con no más de 120 adolescentes de 14 a 18 años.

Todo funcionó muy bien con resultados excepcionales. Una abogada planteó su tesis doctoral sobre este proyecto educativo para adolescentes infractores de la ley detenidos.

Lastimosamente el Estado incumplió el acuerdo, substituyó a los educadores por guardias sin ninguna capacitación, suspendió las actividades grupales y educativas. Los adolescentes pasaron a no hacer nada, y estar sin ningún proyecto de rehabilitación. Hoy el penal alberga a más de 250 adolescentes.

76

Programa de Convivencia Social en niños adolescentes en situación de calle

En el año 2008, trabajando en la Secretaría de la niñez y adolescencia, la directora de la Institución, Lic. Liz Torres, quien trabajó por muchos años en la institución “Callescuola”, me encargó un proyecto de rehabilitación para niños y adolescentes en situación de calle, es decir niños y adolescentes que se alejaron de sus hogares y prácticamente viven en la calle. En su gestión como ministra, consiguió que la Embajada de Corea, a través de su agencia “KOICA” aceptara el proyecto y done costos y equipamiento planteados en el mismo, El Gobierno por su parte cedió 20 hectáreas de terreno en la localidad de Reducto – San Lorenzo.

La construcción del predio se realizó de acuerdo al proyecto. Debía albergar 40 niños/as y adolescentes para lo cual se planificó la construcción de cinco viviendas para alojar a ocho niños o niñas y un educador/ra en cada una, además contaban con dos dormitorios con dos camas dobles cada una. Un dormitorio-oficina del educador/a, una cocina-comedor amplia, baños, una sala de estar con televisor y un espacio para cuatro computadoras. Una cancha de fútbol, una cocina grande, un salón techado multiuso con cancha de basquetbol y volleybol, y un espacio bastante grande para huerta.

En la entrada del lugar se construyó una amplia oficina con sala de reunión, tres salas tipo aula y una sala para reuniones grupales.

Las viviendas estaban separadas por espacios para jardines. Toda la construcción con su equipamiento costó cerca de un millón de dólares. Es importante señalar que el proyecto presentado fue aceptado por los coreanos quienes integraron la comisión de construcción y equipamiento y con personal idóneo fiscalizaban también la capacitación y la puesta en marcha del mismo.

Dado que era muy difícil sacar a los niños y adolescentes de la calle, y la incorporación de los mismos al proyecto, ya que debía ser en forma voluntaria, se creó una suerte de estrategia de captación de aquellos que vivían en la calle. Muchos trabajaban como limpia vidrios de vehículos, otros eran vendedores informales, otros mendigaban, mucho de ellos se drogaban con cemento de zapato. Ellos preferían estar libres en las calles.

TERCERA PARTE
Nuestro APORTE
a la SALUD MENTAL



Propuesta de ley de salud mental

Como Presidente de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría me tocó formar parte de un equipo multidisciplinario para estudiar un Proyecto de Ley de Salud Mental presentado por las Senadoras Samaniego y Gusinsky. Trabajamos mucho con respecto a la propuesta que es copia fiel de la ley argentina de salud mental: Esta propuesta tiene aspectos interesantes pero nada tienen que ver con nuestras necesidades.

En efecto, varias instituciones han presentado también proyectos como la Dirección de Salud Mental; otro presentado por una institución que de alguna manera tiene que ver con el Ministerio de Salud, que es la Comisión de Reforma de Salud Mental, la cual está integrada por varias instituciones del Ministerio como el Hospital Psiquiátrico, la Dirección General de Bienestar Social y la Dirección de Salud Mental e instituciones privadas como la Sociedad Paraguaya de Psicología y la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría (SPP), entidad que represento por ser su presidente.

Antes del fin del año pasado terminó, una serie de reuniones entre nuestra Sociedad y la Comisión de reforma, que en realidad fue una puja entre la gente del hospital psiquiátrico y la SPP. En dicho espacio, yo fui, al final, el único representante de la misma SPP. En otros términos, el proceso fue un intento de consensuar la propuesta inicial. Lo interesante del caso fue que en casi la mayor parte estuvimos de acuerdo luego de fuertes discusiones, y nuestra ponencia es la que resumimos en este escrito.

Síntesis de nuestra propuesta

Aquí planteamos sólo aquellos aspectos de la Ley de Salud Mental que consideramos fundamentales y que hacen referencia a nuestra concepción de la salud mental, la psiquiatría y el paciente con trastorno mental.

La SPP, en resguardo de los pacientes y de la profesión misma como plantean sus estatutos, presentó su propuesta que tiene que ver principalmente con:

- La preservación de los DD. HH. de los pacientes.
- Centrar la atención psiquiátrica en la persona portadora de trastorno mental y no en la enfermedad.
- Con el proceso de desmanicomialización o sustitución de la institución con la modalidad de custodia como es nuestro Hospital Psiquiátrico.
- La creación de salas de asistencia en situación de crisis en los hospitales regionales y generales del país y otros aspectos más.

Quiero explicar algunos de los puntos de nuestra propuesta.

La preservación de todos los derechos humanos de las personas con trastorno mental

Los pacientes internados en la modalidad de custodia están abandonados, no son escuchados, no se comunican, no se relacionan, y en ese sentido están perdiendo su propia identidad, su ser persona.

Como muchos de ellos provienen de ciudades o pueblos lejanos pierden también a sus familias y su sentido de pertenencia social,

se vuelven crónicos y ya no pueden abandonar su estadía en el hospital.

Esta situación es grave para el Estado desde el punto de vista económico y para la propia sobrevivencia de los pacientes que son despojados de sus derechos humanos.

Centrar la atención psiquiátrica en la persona portadora de trastorno mental y no en la enfermedad.

Destacamos que la modalidad de “tratamiento”, sea más allá de los psicofármacos que, si bien ayudan muchísimo, no son suficientes, se basa en que el paciente requiere un reaprendizaje social, que le permita mejorar su situación.

En la institución de custodia sólo se intenta disminuir o anular los síntomas, pero el paciente no logrará recuperarse si no sabe qué le está pasando. El paciente pierde todos sus derechos como ciudadano. La psiquiatría moderna trata y cuida al paciente como persona y no solamente a los síntomas o al diagnóstico realizado.

83

Con el proceso de desmanicomialización o sustitución de la institución con la modalidad de custodia como es nuestro Hospital Psiquiátrico

Como dijimos anteriormente, el hospital psiquiátrico, fachada del manicomio, hoy tiene alrededor de 300 personas internadas, 200 de las mismas son pacientes crónicos de muchos años de internación y que ya no tienen ningún tipo de relaciones sociales ni familiares, por lo que requieren un tratamiento diferente, y el MSP tiene estructuras denominadas hogares sustitutos que son muy pocos para lo que se necesita. El hospital de custodia debe desaparecer porque no cumple ningún objetivo terapéutico, más

bien constituye una verdadera iatrogenia. Los pacientes agudos dentro de poco se convertirán en crónicos porque no existe ningún programa de rehabilitación. Además, los pacientes cuyos familiares provienen del interior, de muchos kilómetros de distancia de la capital, no tienen más posibilidad, ya que pierden totalmente contacto con su entorno social y familiar. Por lo que nuestra propuesta es que desaparezca gradualmente en un plazo de 7 a 10 años. En ese periodo deberán crearse hogares sustitutos para hospedar a esos pacientes crónicos y planificar trabajos de rehabilitación a los mismos. Con los pacientes agudos, en ese periodo, el hospital deberá suprimir totalmente la modalidad de custodia e iniciar una modalidad que apunte a rehabilitar a los pacientes a partir de la preservación de los derechos humanos, que significará tratarlos como personas que son. Esto significará un proceso de capacitación intenso. Los funcionarios, operadores de salud mental, podrán trabajar en las salas de urgencia de los hospitales generales y centros comunitarios como veremos en el párrafo siguiente.

Creación de servicios de asistencia en crisis en los hospitales regionales y generales

Es importante que la modalidad de asistencia del MSP, en relación a los pacientes con trastornos mentales, se plantee, en la reestructuración de la asistencia, la creación en los hospitales generales y regionales de salas de asistencia en crisis, de tal manera a que el paciente no pierda contacto y relaciones con su entorno social y familiar, y en esas internaciones, esté siempre acompañado de un familiar o amigo. Esta modalidad impedirá la cronicidad del paciente y favorecerá la programación de un proceso de rehabilitación.

Para el efecto, se planteó en nuestro proyecto que la internación en situación de crisis esté cercana al entorno familiar y la misma sea de corta duración.

El Paraguay, desde el año 1992, habilitó en el Hospital Regional de Pedro Juan Caballero una sala para pacientes en situación de crisis. Fue una de las primeras en Sudamérica y aún funciona. Quiere decir que tenemos la experiencia.

Crear centros de rehabilitación dependientes de la Dirección de Salud Mental en coordinación con los servicios de internación de hospitales generales o regionales

Como parte de las unidades de salud mental se deben crear redes y programas de rehabilitación donde los pacientes puedan acudir a tratamientos psicosociales que les posibiliten una reinserción en la sociedad y puedan sustentarse a sí mismos. Estos centros comunitarios podrán tener consistencia con acuerdos con los municipios, gobernaciones, iglesias y entidades privadas que permitan facilitar puestos de trabajo o crear cooperativas entre los mismos.

Prioridad a las Unidades de Salud Familiar (USF) dependientes del MSP

Las unidades constituyen equipos de salud que visitan a todas las familias del país para detectar precozmente problemas de salud. Son programas muy eficaces para prevenir y también promover a la salud; están distribuidas en todo el país.

Nuestra propuesta es capacitarlas en salud mental para detectar precozmente cualquier trastorno mental y actuar en consecuencia. Es sabido por todos que tratando precozmente al paciente, su recuperación será más fácil.

Las instituciones de custodia, como el Hospital Psiquiátrico, deben progresivamente reemplazarse por las instituciones que apunten a la rehabilitación del paciente que figura en la presente ley.

El manicomio, la psiquiatría y la salud mental

Debemos señalar que una ley de salud mental que se precie de ser antimanicomial, no va a cambiar la estructura de la psiquiatría actual. El problema no es el manicomio en sí, el problema es la psiquiatría y los psiquiatras formados por ella, que se quedan sólo con el conocimiento de los síntomas y sobre ellos establecen un diagnóstico de la enfermedad, pero no se ocupan de estudiar las cosas que ocurren en su entorno, como es su familia, su trabajo, sus estudios, sus frustraciones, sus logros, cuál es su situación económica, es decir, todas las situaciones que hacen a la vida de una persona; es la persona que sufre y es a la persona que debemos tratar, no a los síntomas para abolirlos o disminuirlos, sin cambios en la vida de la persona que sufre. El manicomio es el lugar destinado a custodiar a estas personas, mantenerlas tranquilas, pero solas en su angustia. El manicomio vulnera los derechos humanos; fuera de los medicamentos, el electroshock y la sala de seguridad, no tiene programas de rehabilitación. El manicomio con fachada de hospital psiquiátrico es el espacio privilegiado de los psiquiatras.

Me pregunto, ¿qué van a hacer los psiquiatras cuando no haya más un manicomio? ¿Cómo plantearán su saber, cómo tratarán la locura? Siempre habrá un lugar apartado de la comunidad donde tratarlos.

Creo, a veces, que ni la Comunidad Terapéutica es la respuesta y conste que es donde me he formado y vivido como experiencia por más de doce años, donde se ha creado un espacio terapéutico basado en el buen trato, en el respeto a los derechos humanos y un programa que permite reaprender relaciones y vínculos, y elaborar con el paciente un proyecto de vida, pero la comunidad terapéutica es siempre un lugar, si se quiere privilegiado, para rehabilitar a un paciente, no responde a las necesidades actuales de la salud mental comunitaria. Creo que el objetivo de la salud mental es lograr que la sociedad entienda que la persona que sufre un trastorno mental, debe ser aceptada no precisamente en instituciones especiales como las mencionadas, sino en espacios integrados con las demás personas.

Creo, sin embargo, que este es un paso posterior, un paso que ya dio la experiencia de Trieste, pero yo no he vivido esa experiencia, por lo que no puedo aportar algo que apenas conozco, sólo por lo que se ha escrito; pero debemos dar este paso y comprender que a medida que se presenten los problemas tenemos que resolverlos. Así lo ha hecho Italia desde 1978 (más de 40 años) en que se promulgó la Ley de Salud Mental, y en la misma Italia hay regiones que aún están en proceso. Trieste es la más avanzada, pero tuvo también su proceso. Hoy en día, casi no se internan pacientes psiquiátricos ni siquiera en los hospitales generales, como lo estamos pidiendo hoy. La comunidad de Trieste se ha organizado para prevenir, promover la salud mental; tal vez hay que decir que la salud mental de la sociedad es la que se ha modificado. Así entendemos que la psiquiatría poco es lo que puede aportar a la salud mental, apenas aliviar sus malestares, pero son otras instancias que van más allá de la psiquiatría las que deben intervenir en estructurar una sociedad más sana.

CUARTA PARTE
Conversaciones
sobre Psí-crítica



Introducción

Esta es la parte más conversada del libro y reproduce las dos sesiones de conversaciones que, en fechas, diferentes desarrollamos como grupo. La idea que animó estas sesiones fue la de intentar rescatar temas, problemas, cuestiones que quedaron fuera de la escritura del libro que cada uno de nosotros había escrito y que sentíamos que debíamos retomarlos, quizás no para agotarlos sino para abrirlos de vuelta y descubrir en el proceso de la conversación conexiones que se nos habían escapado.

Los textos surgieron de las transcripciones de las sesiones que posteriormente fueron revisadas para pulir cuestiones de estilo pero apuntando a mantener en lo posible el carácter oral original.

Primera entrevista grupal, Psi crítica

Asunción, 17 de octubre de 2020.

Ramón Corvalán: Quizás un primer punto de reflexión sea el considerar lo siguiente: ustedes vienen de una formación inicial dentro del llamado modelo hegemónico de medicina y en el campo de la salud mental y para escribir lo que escribieron y hacer lo que están haciendo, tuvieron que pensar contra ese modelo. Y ese modelo condensa en algunas palabras su núcleo más duro, lo que deriva en formas de intervención muy concretas: *clínica, diagnóstico y tratamiento*. De alguna manera estos tres conceptos o formas de ver cruzan sus escritos. De allí que el punto de reflexión sería: ¿cómo se sienten con respecto a esa batalla en la que tuvieron que hacer frente a esos conceptos; si sienten que queda algo, hay cosas que no pudieron poner?... ¿Hoy, qué cosas giran en torno a *clínica, diagnóstico y tratamiento*?

Charles Rodas: A mí me llamó la atención la expresión de Barúa respecto de la clínica parada y la clínica acostada. Nosotros venimos de una formación médica, y dentro de ella, la clínica general y la clínica quirúrgica son las dos grandes ramas de la medicina. Los profes recorrían la sala y el paciente estaba ahí acostado. El clínico tiene tres vertientes nomás: la mirada, la palabra y el tacto, el contacto. Y en la clínica psiquiátrica tradicional desaparece el tacto (porque nosotros no usamos tacto) y queda la mirada, muy fuertemente. Yo creo que la psiquiatría le da demasiado énfasis a la mirada. Y la palabra queda absolutamente desvirtuada, en el sentido de que es la palabra para inventariar sintomatología. Es

la palabra de la versión del sufrimiento, de la historia. Y quizás el tacto sería el tacto relacional, el tacto del *japoko*.

Carlos Arestivo: Y ahí vamos a hablar de la relación directamente...

C. Rodas: Sí, estoy de acuerdo. Lo que sería importante ahí es tener tacto en la relación, ser cuidadoso. Finalmente la otra parte también, cuando tocás también sos cuidadoso, como un tema de respeto al paciente. Pero la otra cuestión, el tema del parado, volviendo a lo que decía Agustín, el tema del parado que era como una especie de replanteamiento de esa situación aparentemente respetuosa; no sabés si era de respeto al paciente o al maestro que estaba parado ahí y te daba la clase frente al paciente.

A todo este problema de reformular las cosas que ya viene del psicoanálisis, la psicoterapia, la voz del paciente tiene una fuerza importante, como verdad. Se plantea la sabiduría del médico psiquiatra o del psicoanalista, ser estandarte de toda la sabiduría. En ese sentido sí hay una contracorriente, como en tu pregunta está. Yo creo que la parte más complicada es la estructura rígida; porque en esa manera de ver hay una manera de pensar también.

C. Arestivo: Haciendo una relación con la medicina, para mí lo que la medicina personalmente me dio, y a los otros también, quizás, es el cuidado. Él dijo, más o menos, el cómo. El cuidado como elemento, como objetivo fundamental de nuestro quehacer. El cuidado al que sufre, al que viene, al paciente. Ese inclinarse. Entonces ese es un aspecto. Eso es lo que la medicina me enseñó. Me enseñó también a observar, me enseñó también a mirar. Acá, aparte de lo que dijo el compañero, es cómo ayudarlo a pensar al paciente. La escucha. Nosotros tenemos que entender que la problemática está en el otro, no es que nosotros ya sabe-

mos de entrada. Entonces, qué es lo que nosotros tenemos que hacer para entrar a descubrir eso, es ayudarlo a pensar, a que el mismo paciente, (por eso yo hablaba de la mayéutica) que el mismo paciente a partir de la escucha y de las preguntas claves que le hacemos, no me responda a mí, sino que se responda a sí mismo y pueda encontrar esa respuesta. Eso es lo que me trae la medicina. El cuidado, fundamentalmente al paciente, tiene que primar cuando establecemos nuestro relacionamiento con el otro.

Agustín Barúa: Por un lado, con la idea de *clínica* me viene mucho la palabra sensibilidad. Cómo reconectar nuestra práctica desde lo sensible, que es la gran derrota, la gran amputación que en la psiquiatría actualmente tenemos. Lo otro es, dos metáforas: sostén y presencia. Qué uno aporta, o intenta aportar, en la construcción de una mirada clínica, para la comprensión. Y lo tercero, todo un arte muy importante que para mí es la *ensalada terapéutica*. Hay una sofisticación del mezclar, que es antipureza. Es como que toma elementos: uso elementos de psiquiatría biológica, entonces uso levomepromazina; pero tengo un paradigma de reducción de daños, me paseo en moto con mi usuario que está complicado con crack; tengo psicodrama, entonces hago *role playing* donde escenificamos cosas; pero creo mucho en el arte que me sirve en la resensibilización, entonces trabajamos la plástica como una modalidad expresiva; creo que la voz loca tiene que estar para discutir esta sociedad, entonces, tal cosa. Toda una serie de cortes que hacen a una clínica ensaladeada que me parece importante mixar.

Sobre lo del diagnóstico, me parece demasiado importante el *saber-poder*, quién nombra y quién es nombrado. Me parece un tema super naturalizado en la práctica hegemónica. Entonces dis-

cutir eso implica, por ejemplo, la multiplicidad de formas. O sea que no hay una forma normada. El psiquiatra brasilero *Roberto Tikanori* decía que lo que tenemos que hacer es que los campos de realidad se conecten. No que el loco entre a tu campo de realidad. Es decir, producir puntos de contacto.

Aparte de la multiplicidad y de la diversidad psíquica, creo también colocar el tema de lo *enfermólogos* que somos. Miramos al sujeto y no miramos la enfermedad. Y si miramos la enfermedad, miramos la falta. No miramos la complejidad, la tensión, la riqueza de eso y amputamos mucho los potenciales saludables de la persona. Y lo último, una discusión con la cuestión *basagliana*. Si la clínica *basagliana* era poner entre paréntesis la enfermedad para poder verle a la persona, yo siempre discuto en mi cabeza: ¿y hay que volver después de verle a la persona al paréntesis o no necesariamente? Lo escuché mucho en Trieste cómo nombraban con categorías DSM, categorías de muestra psiquiátrica.

C. Rodas: ¿Nombraban? O sea, usaban.

A. Barúa: Usaban. Pero claro, se movían ahí. A mí me parece interesante, pero por otro lado, me preocupa cuánto puede remanicomializar el proceso. Entonces quiero dejar la duda de si hay que hacer el movimiento del paréntesis, después ir a la enfermedad psiquiátrica o uno puede pasar por la enfermedad psiquiátrica y después volver a la persona. Pero que eso sea una instancia nomás, no el nombre, no que se quede, no que configure. Porque creo que puede reaparecer otra vez. Lo tercero, sobre el tema del tratamiento. ¿Qué es la cura? Toda esa discusión. Me gusta mucho la idea del Construccio-nismo que dice que la persona es experta en sí, o sea, parte de reconocerle una soberanía. Me gusta mucho también

para tratar, colocarnos en el lugar de acompañantes y todo lo que construye metáforas del “entre”. Las conversaciones, y lo que tiene que ver no con el fijo arriba-abajo, sino con el movimiento. No solamente la cuestión vertical que me parece tiene que ver con lo congelado psiquiátrico hegemónico. Me gusta mucho la idea esquizoanalítica de apostar a lo vitalizante como idea de salud mental. Entonces hay que trabajar la alegría y la libertad. Y también creo que: no satanizar los psicofármacos, pero sí necesariamente descentrarse de su tiranía mercantil, ideológica, química.

C. Rodas: Quiero puntualizar sobre el tema del diagnóstico, que de alguna manera va relacionado al tratamiento, y traer a colación dos cosas. Una que mencionó Agustín en algún momento: me parece bien esto de interconectar. Y esto que mencionó Agustín: ¿Es posible una psiquiatría sin diagnóstico? No sé si tu última versión está así, porque viste que va cambiando. Vos te hiciste esa pregunta en algún momento y te contestaste: yo creo que en este momento, no. En la versión que yo me estoy acordando; no sé si después ya se transformó. Y Carlos también lo mencionó en su escrito. Que el diagnóstico es un diagnóstico de vida. Y yo estoy absolutamente de acuerdo con esa visión. Nosotros, los que no estamos con esa psiquiatría oficial, rígida, ortodoxa, ni con la psicología oficial, rígida y ortodoxa no hacemos diagnóstico de DSM, hacemos diagnóstico de vida. Ubicamos el ciclo de vida, el contexto, la vida relacional, el momento, etcétera. Y por ahí si podes tener en tu cabeza algo del DSM o de la clasificación francesa o alemana, da igual. Pero nosotros, realmente nosotros, no. Yo estoy seguro de que Agustín no la usa. ¿Sabés que tengo que seguir estos pasos para el diagnóstico si no, no voy a entender el tratamiento’. Es falso. Aparte de que en psiquiatría el diagnóstico

no tiene nada que ver con el tratamiento. Y te estoy hablando de psiquiatría ortodoxa, de la burda, de la manicomial, de la bioligista. ¿En qué se relaciona el diagnóstico con el uso del fármaco si el fármaco no tiene ningún uso específico para cada patología?. Nuestros fármacos son escopetazos para diferentes patologías. Entonces, tampoco hay una correlación entre hacer un buen diagnóstico para usar un buen fármaco.

C. Arestivo: Yo quiero decir algunas cosas del diagnóstico. Resulta que es muy difícil querer elaborar un diagnóstico para todo porque cada persona es diferente. Yo por eso hablo del diagnóstico de vida, o sea que es una explicación de lo que le está pasando. No, lo que pasa es que esta persona le tiene miedo al otro, etc., etc. y actúa de esta manera. Vos podés tenerle miedo a otra cosa y entonces es otro diagnóstico. El diagnóstico que yo hago, que yo creo que hago con este paciente y es en función a ese diagnóstico que voy a realizar un tratamiento, sea con fármacos o no. Es importante comprender que las pastillas no entienden nada; en todo caso, las pastillas disminuyen, aumentan o te hacen mal directamente. Digamos que no tienen nada que ver con el diagnóstico, es cierto eso. Estoy totalmente de acuerdo con eso. El diagnóstico es lo que está detrás de los síntomas. Responden a diferentes cosas. Y en eso estoy de acuerdo con el psicoanálisis, los síntomas no son otra cosa que mecanismos de defensa del organismo. En términos pichonianos te diría en estos términos: algo acontece en mi interior o en el exterior y yo no puedo metabolizar, incorporar en mi mundo interno con los otros elementos, y entonces se produce una situación caótica en mi mundo interno, y da pie a mi inconsciente a enviar esos síntomas. Eso yo te puedo decir por experiencia personal, puntualmente a partir de una situación traumática muy fuerte que tuve

en la tortura, que de repente empecé a producir una especie de alucinaciones, que a mí me permitió dejar de sufrir en el agua y eso significó que se asuste el tipo que me sacó de manera urgente porque no quería ni mirarme, lógicamente. Y después yo me fui dando cuenta, extrañamente en un trabajo de terapia gestáltica, con alguien que trajimos de la Argentina. Tuve un sueño en el cual (yo ya había contado esta experiencia al grupo)...

A. Barúa: En una maratón con Guillermo Vidal.

C. Arestivo: Sí. Me acuerdo bien, en el sueño, que habrá sido dirigido, me encontraba sentado con mi familia y de repente entra gente con unos galgos, unos perros que me atacaban y luego los otros fueron desapareciendo como si fueran de cera y yo estaba frente al animal. Eso me hizo trabajar y salimos en conclusión que era lo mismo que yo había sentido (en la tortura). O sea que es un mecanismo de defensa. Lógicamente que detrás de ese síntoma hay toda una historia que el terapeuta debe intentar captar para ayudar a rearmar el mundo interno con eso que pasó. Por eso digo que el medicamento (yo esa vez no tomé ningún medicamento porque estaba preso)... es para disminuir los síntomas. Pero hay que tratar de entender primero. El tratamiento no va a depender tanto del diagnóstico sino de qué es lo que le está pasando al individuo. Eso es lo que tenemos que saber nosotros. Y esa es la diferencia que hay. Y esto tiene mucho que ver con la medicina, porque si yo tengo un dolor de estómago, a mí no me dan inmediatamente un remedio para disminuir el dolor de estómago, porque puede ser una apendicitis. Van a tratar de investigar qué es lo que hay adentro. Entonces, por eso yo relaciono mucho con la medicina y respeto ese aprendizaje que tuvimos. El estudio del síntoma como indicio

para ir entendiendo la trama del problema. Y eso te lleva mucho tiempo y mucho espacio también.

A. Barúa: Agrego dos cositas. Hay dos planos. El desde dónde miramos. Durante un tiempo tenía esta comparación. Cuando yo volví de La Habana mi primer trabajo fue como médico de urgencias del Hospital Psiquiátrico, guardia de los jueves, nocturna. Y si vos me preguntabas: ¿qué es lo que ustedes más ven? Yo te hubiera dicho: psicosis esquizofrénica agudizada; episodio maníaco con síntomas psicóticos; episodio depresivo con síntoma suicida importante; cuadro epiléptico con manifestaciones psicóticas, en fin. Pasaron los años y yo ya llevaba unos años en los Bañados trabajando en APS, y si vos me preguntabas: ¿qué es lo que ustedes más ven?, te hubiera dicho: desigualdad económica, adultocentrismo, machismo y segregación espacial por la identidad bañadense. Cambió mi desde dónde.

C. Rodas: Segregación...

A. Barúa: Porque sos de tal lugar, sos malo. Bañadense, ergo ladrón. Chacariteño, ladrón. Campesino, haragán. Si venís del norte, EPP, narco. A lo que voy, el desde dónde, dar cuenta. El gran problema ni siquiera es diagnosticar o no diagnosticar, sino problematizar el lugar diagnosticado como un lugar naturalizado y único. Entonces sólo se diagnostica. Si una persona me dice algo, le doy la categoría de discurso, mi discurso habla desde el diagnóstico psiquiátrico, todo bien. Pero el que me dice: la enfermedad existe, punto. Ahí se me cae todo, cuando esencializa su mirada y dice esta es la verdad. Ahí me parece que entra un discurso mucho más religioso, de verdad, de certeza indiscutible, que yo lo veo frecuentemente en la psiquiatría hegemónica.

C. Arestivo: Cuando vos hablás del “desde dónde”, vos hablás desde una posición que no tiene nada que ver con la formación médica...

A. Barúa: Subjetiva, singular.

C. Arestivo: Porque vos hablas desde tu posición de ser una persona sensible, de ser una persona en contacto con lo que pasa en el medio, que no tiene que ver con tu formación médica, sino con tu experiencia de vida. Y yo creo que vos podés tener esa mirada bañadense, a diferencia de la primera, porque tenés esa experiencia de vida, que no te dio la universidad. Esa oreja no te puso la universidad. Esa sensibilidad...

A. Barúa: Con contadas excepciones como el compañero Arestivo. Mayoritariamente la formación médica me sacó la sensibilidad e incluso combatió la que yo quise introducir luego desde la experiencia de ser militante estudiantil universitario.

100

C. Rodas: Porque yo le suelo decir a los jóvenes algo que Arestivo cuenta que le dijo su maestro: que cuando vos estás frente al paciente, olvidate de la teoría y sos vos y el paciente. Y quizás falta ahí tu experiencia de vida y tu sensibilidad. Entonces yo les suelo decir a los estudiantes, si quieren tener su paciente dejen de pensar en el diagnóstico y escúchenle. Pongan su cuerpo, pongan su experiencia de vida para tratar de situarse en la ubicación de este hombre. Y ahí recién van a poder tener alguna sintonía con la bañadense de la que contaba Agustín.

R. Corvalán: Justamente estaba pensando en esto último que dijiste, Carlos. Mi experiencia en la carrera de psicología también tiene ese momento en el que un estudiante empieza a desesperarse un poco: ¿cuál es la herramienta del psicólogo, dónde está?

Aparentemente te empezás a sentir tranquilo porque ya están las técnicas (la psicometría, por ejemplo). Hay algo que vos vas a aprender que pasa por el cómo se usan esas herramientas y eso te va a resolver el problema. Pero luego hay un proceso, principalmente los que hicimos el área de Clínica, y ahí nos comenzábamos a reunir con Arestivo y el equipo, que nos llevan a esa experiencia del cuerpo, lo que sentimos y después vendría la lectura de textos. Pero quería retomar este saber hegemónico, que tiene su modo de ver, su modo de intervenir, su modo de producir subjetividad. Esto es, para que vos puedas ejercer ese modo de ver, debes incorporar una cierta manera de ser médico. Y Charles al principio hablaba de esta rutina de los recorridos. El modelo médico tiene sus rituales, sus espacios (la cátedra, el hospital). Generalmente uno entra en un proceso ya de recorte, de vivir, por ejemplo, cierto tipo de jerarquías (residente I, II, jefe). Y dentro de ese proceso vas aprendiendo a mirar algo, y a decidir también. Y sin embargo, toda la experiencia de ustedes escapa a eso. Son como fugas de ese proceso de formación. Entonces ahí viene como un segundo núcleo que son los procesos de formación. Dentro de ese modelo es bastante complicada la ruptura. ¿Cómo plantear? En la primera discusión que tuvimos hoy sobre el tema del libro, pensaba en lo que decía Roa Bastos, que cuando uno publica un libro ya encontrará su lector. Uno a veces quiere que lo lean los psicólogos o los estudiantes. No sé. Lo puede leer un antropólogo, alguien de trabajo social. Como decía Agustín, algún joven de una organización campesina que encuentra ahí cosas que le hablen acerca de modos de ver pero que va a implicar un modo de caminar que no va a encontrar en las instituciones de formación que hoy tenemos, vinculadas a ese modelo hegemónico. Esto sería como el desafío. Además, ese espacio de formación para un

modo de ver como el que plantean cada uno de ustedes en sus trabajos no suele ser un tema habitual en las sociedades de psicología, ni de psiquiatría o de medicina. Y no pasa tampoco por la universidad. Hay ahí un problema de formación, el tema de operadores de salud mental, que implica poder convivir un poco con *la ensalada* que decía Agustín. Independientemente de que uno haga en su proceso una opción por el psicoanálisis, por el psicodrama, por la Gestalt. Pero intervenir en este espacio supone el arte de hacer algo con *la ensalada*. Y escuchar como muchas cosas: las historias de vida, la comunidad, las segregaciones. Como que cuando te sacan del hospital, de los recorridos, entrás en un universo bastante complejo.

A.Barúa: Esto del proceso de formación, primero me parece cataclísmico. Yo no sé si podemos hacer regla, pero por lo menos testimonialmente tuve una secuencia de quiebres y expulsiones gigante. Mi primer quiebre fue cuando estudiaba medicina todavía, antes de psiquiatría, y terminé en un monasterio en Argentina. El segundo quiebre fue volver y no encontrar en el área clínica de la formación médica de grado algo que me sostenga y terminar en los movimientos estudiantiles universitarios. Y el tercero, fue la expulsión de Morínigo de la residencia que me hace terminar en un espacio de formación de reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria de salud en La Habana, donde hago la residencia. Y el cuarto significativo fue el golpe de estado a Fernando Lugo cuando estábamos haciendo la política pública de APS y terminé en El Abrojo, la Ong que fue la referencia para la política de regulación del cannabis; y la SUMEFAC (Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria). Y en ellos me sostuve a través de esa transición. Después también creo que el proceso de formación son las otras formaciones: el construccionismo social,

la antropología social, el psicodrama, el esquizoanálisis, fueron como un currículum paralelo que tenía tanto o más importancia que el contenido directo. Si la gente me dice: ¿Y vos qué revista médica de habla inglesa de publicación regular lees? Ninguna. Pero toda esta otra cuestión me da una cantidad de otros insumos. Y una línea de experiencia formativa, para mí icónica, fueron los congresos de salud mental y derechos humanos de la Universidad de las Madres de Plaza de Mayo, en Buenos Aires, a los que fui regularmente por 8 años. Porque fue encontrar un hervidero de gente: entonces vos tenías gente que venía del arte, gente que venía de la cuestión de género, gente que venía trabajando territorio, gente que venía del terreno de la investigación... Y de Latinoamérica. Había una sensibilidad, una historicidad, una serie de discusiones militantes, todo el tema de memoria histórica. Creo que todo eso fue construyendo. Es difícil explicar en detalle cómo se entramó para sostener lo que el modelo médico me quebró y me expulsó en términos de esas abstenciones primeras. Siempre digo que le agradezco a Morínigo me haya expulsado porque me llevó a La Habana y me abrió un mundo. Las Antillas es un mundo, que “ni en pedo” hubiera ido *muto proprio*.

R. Corvalán: Solamente para puntualizar y que quede registrado. Me parece también que es un punto importante a tener en cuenta, aparte del espacio de formación, como el hospital o el psiquiátrico, que es que este modelo hegemónico dispone también de un aparato editorial importante donde se legitima el saber. Como que si uno no publica, no escribe en ciertas revistas o en ciertas editoriales termina en la periferia.

(): No existe...

R. Corvalán: Es un fenómeno que pasa también en el tema educativo. Hay como una trama de grandes editoriales multinacionales. Y después está la *Enciclopedia Internacional* en la que una abrumadora mayoría de los autores proviene de la investigación educativa angloamericana. Esto hace que en la enciclopedia no se encuentren otras tradiciones de investigaciones educativas. Por ejemplo, a Paulo Freire y su propuesta pedagógica es probable que no lo encuentres.

C. Arestivo: No es conocido Paulo Freire parece...

R. Corvalán: Los que hacen pedagogía crítica en Gran Bretaña, sí lo toman a Paulo Freire. Y en Estados Unidos también. Pero esos autores, por opción, tampoco publican en esas revistas donde la idea de educación es la idea de la eficiencia. Los indicadores clásicos de calidad educativa son rendimiento en matemática, en ciencias y en lectoescritura. Entonces, existe un grupo de autores que nunca vas a encontrar en determinadas editoriales multinacionales. Si no es por CLACSO u otras editoriales alternativas, en Argentina, en Uruguay y en Chile, difícilmente lo encuentres.

A. Barúa: Como un colonialismo académico...

R. Corvalán: Y que tiene conexión con las universidades, porque te vas a estudiar y en las bibliotecas vas a encontrar a esos autores. Seguramente tu profesor te va a hablar de esos autores, te va a remitir a esa literatura. Que es, como dice Agustín, para que no te quiebres. Porque lo otro te va a quebrar. En todo caso, actualmente mediante la posibilidad de acceso a revistas online, es posible disponer de opciones ante este panorama.

C. Arestivo: Quiero retomar un tema porque hay una cosa que estaba pensando cuando estaban hablando, que cuando viene

un paciente —eso me pasaba a mí antes, cuando recién comenzaba—, pareciera que era un desafío, ¿verdad?, a tu conocimiento...

A. Barúa: ¿Estaré a la altura?...

C. Arestivo: ...de que yo tenía la respuesta, tenía que resolver. Por suerte tenía conocimiento de los medicamentos. De repente, por ahí decía que no podía dormir... y entonces eso funcionaba como la gran posibilidad de intervenir.

A. Barúa: (risa) Le abrazabas... Puedo hacer algo!

C. Arestivo: “Yo me asusto mucho”, podía decir también y eso era otra puerta!

A. Barúa: ¡Ansiolítico!

C. Arestivo: O si no ya directamente pensaba en un hipnótico (risas). Después en la clase de psicología, los estudiantes decían si porqué ellos no podían estudiar farmacología y recetar. Y yo les decía: ustedes no saben lo que tienen con lo que no tienen, porque al no poder recetar, te obliga a pensar. Te obliga a buscar otra alternativa. Y ese es el problema que tienen hoy en día los psicólogos, que al no saber recetar ellos ni siquiera le escuchan al paciente, directamente tienen la opción del test. Hoy en día, todos los psicólogos, de entrada hacen test, y en función a eso trabajan. No hacen una entrevista. Entonces, como que la parte hegemónica te empuja a que estés siempre en esa posición de resolver el problema. Y yo pienso que de repente, cuando viene el paciente ya estoy medio asustado porque no tengo con qué resolver el problema, como que no sé jugar el partido. Porque la respuesta está en el otro. Y eso es lo que hay que tratar de encontrar, esa respuesta. Por eso, a veces, uno le escucha al paciente, y está hablando y vos no dijiste

ni una palabra, cuarenta minutos se pasó hablando: “Qué bien me hizo este doctor”. Y vos decís: pero ¿qué fue lo que hice? Entonces, ese es uno de los aspectos que los psiquiatras actuales tienen como una presión: “Yo tengo que resolver el problema”. Y entran de moda los diagnósticos. No sé si ustedes se dan cuenta. El diagnóstico de moda ahora es el Trastorno Límite de la Personalidad...

A. Barúa: Border...

C. Arestivo: Ahora le llaman Trastorno Límite de la Personalidad...

C. Rodas: Bipolar...

C. Arestivo: Bipolar por lo menos quiere decir que hay una... pero ese trastorno no te dice nada.

A. Barúa: El famoso “cajón de sastre”. Todo lo que no cierra en el diagnóstico...

C. Arestivo: ...Una paciente que armó un desastre en su casa y es muy agresiva: trastorno límite de la personalidad.

A. Barúa: Re límite...

C. Arestivo: ...Ella viene acá y me dice: “doctor ayúdame, ya no quiero ser así”. Y le tenés que ayudar a que ella encuentre su propio modo de salirse de eso.

C. Rodas: Pero ese es un problema serio de la formación médica. Porque la formación médica te exige el diagnóstico...

C. Arestivo: ...Asimismo.

A. Barúa: Es un disciplinamiento, un reclutamiento...

C. Rodas: Y nosotros somos médicos psiquiatras, entonces... El *furor sanandi* del médico. El médico tiene un *furor sanandi* de la

relación y allí se plantea el arte de curar de la medicina; o de curar del psiquiatra, otra vez, donde se instalan los psicofármacos como supuestos curadores. El médico tiene un *furor sanandi*. Y está esta presión que decía Carlos. Y yo creo que de alguna manera nosotros estamos pasando ese pasaje entre el *furor sanandi* y el descubrir tu relación con el paciente, que es compleja. Por ejemplo, yo creo que la mayor parte de mi crisis de vida con la medicina y con la psiquiatría fue descubrir mi condición de psicoterapeuta y despojarme de lo que contaba Arestivo en su experiencia con Basaglia: quitarse la chaqueta. Ese es un acto más simbólico: te quitás la chaqueta. Claro, si vos tenés la ideología de la igualdad o de la solidaridad te vas a quitar la chaqueta. Pero el otro es un proceso más lento porque vos tenés que dejar una identidad, que es tu identidad médica. Y el *furor sanandi*, hacé tu diagnóstico y tratá de que no sea toda una presión, que yo tengo que resolver... Y después te ponés en posición de espera. Ese que te subís en el río y el tipo que te conduce sabe por dónde se va a ir, que es un guía. Y la función del psicoterapeuta es eso: poder guiarle, poder manejar un poco los tiempos de la intervención y del silencio para que el otro pueda sanar su alma, quitar su cosa fea.

A. Barúa: Dos cosas. Una, cuando vos decías, Carlos, no medicar te permite pensar, yo creo que no medicar de la manera compulsiva en la que habitualmente se hace, permite vincularse. Pero finalmente pensar y vincularse son lo mismo. Porque el pensamiento desvinculado en realidad es manipulación, es cálculo. Es otro lugar. Carece de poesía sensible. Ahí yo creo que vínculo y pensamiento están entramados.

Y lo otro, cuánto cuestan estas cosas. Sobre lo de la bata, comparto esta escena, Carlos. Era psiquiatra en el hospital mater-

no-infantil de Fernando de la Mora, trabajaba en villas, no en el hospital y dos psicólogas se ofrecen para ir a trabajar conmigo. Una de ellas va a una villa con bata blanca; y yo cuando salimos le digo: Fulana te voy a pedir que no traigas más bata cuando trabajamos porque nosotros pensamos que, y allí le argumento la posición. Ella era amiga del ministro y me manda echar del hospital porque le hice un cuestionamiento de ese tipo. Imaginate lo intolerante que puede ser el modelo que no permite siquiera un señalamiento. Yo no tenía ningún poder sobre ella, no era su jefe ni nada. A ese nivel el poder...

R. Corvalán: Con esta cuestión del pensar, Deleuze decía que pensar era muy raro... (risas).

C. Rodas: Realmente pensar no es tan sencillo.

R. Corvalán: Claro. Entonces equivale a decir que el proceso de formación funciona como un dispositivo para evitar pensar.

C. Rodas: Toda la parte procesual de la que estábamos hablando...

R. Corvalán: Y en el caso de la medicina hay también como un empirismo ingenuo. Supongo que esto viene un poco de la historia de la medicina porque en su tratado de anatomía (1801), Bichat, que tenía ante sí esa concepción de la enfermedad asociada a las miasmas, por ejemplo, corta con ese modo de mirar y plantea que "la enfermedad es la lesión".

A. Barúa: Un cuadro...

R. Corvalán: Un cuadro... Eso implicaba que para que vos sepas de una enfermedad tenías que estudiar bien anatomía porque eso te permitía situar la enfermedad que era lesión.

A. Barúa: Te define...

R. Corvalán: Ese era el saber médico. Después de la experiencia de la Primera Guerra Mundial, en la que aún no existía la noción del shock posttraumático, surge una situación que interpela a esa definición inicial de la enfermedad propuesta por Bichat: se veían personas que venían del frente de batalla que no presentaban lesiones orgánicas, sin embargo, estaban mal. Pero ese modelo de enfermedad como lesión presiona para encontrarle un sustrato orgánico al tema. Y ahí se amplía la idea de enfermedad y ya no es sólo lesión, sino lesión y disfunción de órganos. Un malestar, una preocupación, hace que tu estómago funcione mal. Entonces, se estudia la fisiología y la neurofisiología. Este modo de definir la enfermedad necesita del dispositivo del hospital, de ese espacio acotado, cerrado, limpio, que tiene su rutina y que llamativamente resulta muy similar al templo, con su rutina, su jerarquía, su saber legitimado, donde todo el resto es peligroso, puede perturbar. Y entonces sobre ese plano del saber médico se plantea el pensar como parte de un proceso de ruptura. ¿Y qué significa hacer pensar sobre tu formación? Supongo que es a veces como enfrentarte a la experiencia del no saber. Entiendo, además, que también detrás de eso está muy fuerte este mito de lo racional: tenés que poder dar cuenta de esto, cómo puede ser que no sepas, más todavía si sos médico formado y sos especialista, cómo no vas a saber. Se supone que hay un orden lógico de explicación que es lo racional. Pero todo eso tiene que entrar en cuestión en los procesos de formación. Lo veo como un desafío el formarse en este tipo de mirada que funciona como una fuga del modo hegemónico. De hecho, como que ustedes pelean contra su propia formación. Como que se fueron armando cada uno, buscándose sus recursos. Llámese la historia

personal, la inquietud. Hay algún punto donde ustedes dicen: esto no me va, tiene que haber algo más. Entonces ahí viene el tema de la transmisión. ¿Cómo se transmite esto?

A. Barúa: ¿De nosotros para otra gente, decís?

R. Corvalán: Claro. Uno es el dispositivo del libro en el que se apuesta a escribir y a decir. En el fondo, vía la escritura, uno está como sosteniendo lo siguiente: esto que digo es posible, yo hice esta experiencia y la formulo en estos términos. Salieron cosas. Hay gente, inclusive, que se formó con cada uno de ustedes. Que es como lo que está en el prólogo de tu libro sobre la comunidad terapéutica, Carlos: Basaglia, al final, dice que pudo hacerse la experiencia, que ese modo de hacer es posible.

C. Arestivo: Lo interesante es que no importa lo que diga la denominada *ciencia*, yo sé porque lo comprobé. Que eso sirve y de eso doy cuenta.

110

R. Corvalán: Pero los espacios institucionales de formación resultan muy rígidos, muy duros. Y esto resulta así en el caso de nuestro país. Y estoy pensando, Charles en tus artículos más políticos en los que confrontas la posición de la Sociedad de Psicología, las discusiones sobre la ley, la universidad. En ellos se puede percibir que existe como un miedo a arriesgarse a escuchar otras perspectivas, porque si ellas son posibles eso se percibe como perturbadoras. Te lleva a plantear que toda esta estructura de sociedad que tenemos, de academia que tenemos, son frágiles, provisionarias, porque podrían ser de otro modo. Siento también que en nuestro caso, las instituciones y las organizaciones tienen una rigidez particular y que esto puede estar funcionando como un transversal social que impide desplegar proyectos colectivos. Algo traba el hacer redes entre nosotros a

partir de cosas diversas. Veo en los escritos de ustedes también eso, la dificultad de generar redes a partir de estas ideas. Creo que esa inquietud está. A propósito, se preguntaba Agustín, qué pasa si el libro lo comentamos con otra gente, a ver qué hacen con lo que decimos; qué hará un joven campesino cuando hablemos de que la identidad, lo que uno es, tiene que ver con la red comunitaria, con las condiciones sociales, eso que ellos ya viven luego, y eso es ya una condición que les va a impedir ser lo que son o a pesar de eso pueden apostar a luchas diversas. Siempre esto me hace recordar la novela *La Babosa* de Casaccia en la que la palabra no funciona como articuladora, no genera vínculos. Los personajes, cuando hablan es para pelearse y distanciarse. La única amistad sólida en la novela es la del pa'i Rosales y su caballo.

C. Rodas: Te referís al diálogo y a la polémica, ¿verdad? El *pólemos* y el diálogo. Diálogo como una posición de entender al otro y el *pólemos* como una posición de subirte encima del otro y decirle: esta es la verdad.

C. Arestivo: Cuando nosotros hablamos de psiquiatría crítica, estamos hablando de la clínica pero también estamos hablando de lo político y de lo social. Yo no sé si está bien dicho hablar de psiquiatría crítica, mirando ese conjunto de cosas. Es una pregunta. O tiene una connotación diferente. Si cuando vos hablás solamente de lo que estamos hablando ahora, de este lenguaje, de esta manera de hablar, estamos hablando, por ejemplo de la educación, estamos hablando de psiquiatría crítica.

R. Corvalán: Ahí el recurso es intentar darle un sentido a la palabra crítica. Qué cosas llamaríamos crítica. En ese sentido diría que toda práctica o experiencia que en algún momento se para y

pone en duda su propio caminar, su propio fundamento, asume que ese fundamento aparentemente sólido en realidad es un balbuceo, entonces allí cualquier práctica humana, cualquier práctica social, puede vivir una experiencia crítica, en el sentido de poner en duda su modo de ser. O porque lo toma como un compromiso o alguna experiencia de cruces, que atrasa, por ende, algo hace que diga, evidentemente, tenemos que empezar a pensar de vuelta esto. Algo de esto pasó en Europa con el tema del Holocausto: fue una bofetada tremenda a las humanidades. En ese sentido, hay un autor, George Steiner, profesor de letras, que sobrevivió a esa experiencia. Y Steiner comentaba su crisis con las humanidades: como, por ejemplo, seguir enseñando literatura cuando pasó el Holocausto. Porque no ocurrió en la periferia del mundo, ocurrió en una sociedad de Europa que producía en esa época la mejor música, poesía, ciencia. Y Steiner insistía en esto: algo pasa con lo que llamamos racionalidad, con lo que llamamos burocracia, que no nos dimos cuenta, que nos pasó encima.

C. Rodas: Quisiera decir unas palabritas con respecto a la crítica. En aquella ocasión que nosotros nos juntamos, antes de llamarle a Ramón, cuando empezamos a balbucear el tema del libro y tuvimos esta conversación franca entre nosotros, de contarnos cosas personales, etc., creo que ahí estaba muy claramente marcada la idea de la crítica. Nosotros hablamos, no me acuerdo si Carlos, pero Agustín y yo hablamos de la crisis de identidad, que nosotros tuvimos crisis de identidad muy fuerte, a través de nuestras vidas. Tuvimos crisis de identidad profesional. Tuvimos posiciones transgresoras o críticas con las instituciones. Este tema de los procesos que vos estás diciendo. Y la tercera era la mirada de que tu instrumento profesional sólo, no te sirve y vos tenés que empezar a mirar otras disciplinas para entender la complejidad con la que

nos confrontamos. Creo que ese trípode que ya balbuceamos allá en aquella primera reunión que tuvimos, aparece muy fuerte y tiene mucho que ver con el tema de la posición crítica.

R. Corvalán: Creo que ese momento de crisis de identidad se complica bastante porque tenemos detrás una tradición muy larga, siglo XIX para adelante, donde Occidente nos dijo: la sociología se ocupa de esto, la antropología de esto otro...

A. Barúa: fragmentado, lo disciplinar. La modernidad...

R. Corvalán: ...Los estancos y que cada uno tiene su objeto de estudio. Entonces si vos estás empezando a pensar cosas desde otro lugar, haces *une con flecha* de aquí para allá, qué es lo que vas a hacer entonces porque puede aparecer ese miedo de perderse dentro de ese paradigma de modos estancos.

A. Barúa: Hay una experiencia muy en sintonía con esta, que yo siempre tengo ganas de que la vivamos en Asunción que es que la Universidad de Montevideo tiene un espacio que se llama el Núcleo Interdisciplinario. Y está fundado en el cruce. De hecho, cuando veía eso decía: muchas veces me sentí un desclasado profesional; me voy a muchos ambientes médicos y me siento ajeno. Me gusta ir a otros ámbitos, no sé: ámbitos literarios y escuchar poemas, me encanta; conciertos, me encanta; etnografía, verle a la gente, me encanta; piki vóley, mirar; entrar y jugar futbolito en la calle, me encanta. Pero creo que el problema no es tanto lo médico *per se*, sino es la rigidez que clasifica. Es más un acto de disciplinamiento, como dice Judith Butler: los baños no son para ir a hacer tus necesidades como mear y cagar. Son para disciplinarte en género, esta puertita es de nene, esta puertita es de nena. Así también el congreso médico, esto es ser médico y no lo otro. Yo quería entrar en una cuestión. Vos usaste la palabra "transmi-

sión” y después él entró en lo de la crítica. Tengo esta línea, primero la palabra “transmisión” me es muy infectológica. Digo, cuál es la palabra que me resuena. Entonces, por un lado, me interesa el tema de la conversación...

R. Corvalán: Usaba “transmisión” en el sentido que la usan los historiadores. La trasmisión, lo decía Deleuze también, no tiene nada que ver con la información o con la comunicación, sino con procesos, flujos que pasan y que no son inclusive intencionales.

A. Barúa: ...Porque me parece que uno de los grandes problemas que tenemos, no solamente en el campo de la salud mental, sino en el campo crítico de la salud mental, son los efectos de polarización que fácilmente se nos proponen.

C. Rodas: ¿Cómo es el tema de la polarización de salud mental, para centrarnos?.

114

A. Barúa: Ayer me hicieron una entrevista sobre la construcción de la ley de salud mental y el ejemplo en ese contexto era este: una de las cosas que pasó es que el Ministerio de salud en ningún momento se hizo cargo de la construcción de la conversación de este tema. Nos sentó en una mesa y nosotros teníamos millones de rencores, millones de desconfianzas, millones de prejuicios de un sector con el otro sector y se jugó a la polarización. Y el tipo, lo máximo que hizo fue alguna medida de cortesía, ceder la palabra, tomar dos o tres determinaciones. Pero no había un trabajo activo de despolarizar la conversación. Por eso también me parece un tema cuando iniciamos la transmisión de nuestra experiencia: cómo hacemos para no reproducir más polarización.

Esa es una, la otra es: yo lo puedo practicar ya en este momento con las personas, en el contexto placero, en mi uso de red social

en Facebook, en algunos eventos académicos, en las conexiones con movimientos sociales, organizaciones o comunidades, pero en todo esto me parece importante que hay una matriz subjetiva afectiva. Creo que en términos generales somos una nación aterrorizada defensiva, y con mucho introyecto de desprecio. Y con esa matriz es muy complicado comunicar. Porque es un lugar donde hay muchas mediaciones emocionales entre lo que vos querés decir y lo que le va a llegar a la persona y cómo es eso. La otra cuestión de la transmisión, que yo discuto mucho, es si hacer libros ya no es un fallido *a priori* porque es un soporte comunicacional que no va a funcionar, más que para alguna persona. Lo conversamos nosotros. Lo otro que me di cuenta es que no pienso en clave de academia, será que por no hacer parte en este momento de la cuestión docente, sí de la investigación, pero no docente; con eso me siento distante.

C. Arestivo: Sobre el punto, ¿para quiénes escribimos los libros? Estoy pensando que tal vez lo más importante es que los escribimos para nosotros. ¿Por qué? Porque estamos desarrollando las ideas que tenemos y a lo mejor cuando escribís se va...

C. Rodas: El ovillo... y bueno, si a otro le sirve, bien. O sea que yo no tengo que hacer para el otro. Yo hago para mí. Y si te sirve, bien.

A. Barúa: Para terminar, dos cosas más. Una discusión que teníamos sobre el tema de que no hay movimientos antimanicomiales fuertes en Paraguay. Decía, no hay movimientos que se identifiquen como tales, pero hay mucha gente que está teniendo ya la experiencia performativa que adelanta ese mundo. Porque ya lo ponen en su cotidiano, ya lo viven. Recién estaba viendo una pareja adolescente bailar bajo un árbol seco en el parque

Carlos A. López. Yo decía: esta gente no tiene miedo de tocarse, no tiene miedo de bailar

C. Rodas: ¿No tiene miedo a tocarse qué quería decir? Yo no entendía si tocarse era volverse loca...está tocada. La polisemia...

A. Barúa: Me parece que un objetivo estratégico de transmisión (o como lo llamemos finalmente) tiene que ver con acercar a esas generaciones jóvenes a estas conversaciones y ver cuáles son los dispositivos que nos permiten conversar. Y lo otro es que lo crítico tiene mucho que ver con la construcción de lo ético-político, que hoy me guía mucho, que es: lo ético, como el poder preguntar y preguntarse y sus responsabilizaciones. Y lo político, como lo sensible que nos permite construir lo común. Y ahí es un poco mi referencia.

R. Corvalán: Me parece importante rescatar lo que señalaba Carlos. En una primera instancia el trabajo de escribir le sirve a uno mismo. Porque es una batalla el escribir.

C. Rodas: Para mí por lo menos...

R. Corvalán: No es algo así que fluye, sino que tenés que cabalgar entre el control y el meter las cosas que estás queriendo trabajar. Y al final, siempre sentís que quedaron cosas otra vez en el aire...(ríe).

Barúa: El desborde y el control.

R. Corvalán: ...Sí. Y lo que tiene como disfrute esta mezcla, mientras uno no se obsesione nomás con el control pero siempre algo queda. Lo otro es una experiencia que tuvimos en el Servicio Paz y Justicia de cómo comunicar las cosas que hacemos. Nos reunimos con la gente de El Surtidor que es un equipo de comunicadores jóvenes que hacen prensa alternativa, muy interesante.

A. Barúa: El Surti...

R. Corvalán: El Surti. Y ellos desarrollan unos talleres para organizaciones interesadas para pensar cómo difundir lo que uno tiene. Porejemplo, si nosotros decimos, queremos llegar a jóvenes de este contexto, entonces se buscan los dispositivos. A veces son ideas que hay en el texto, y se explora el formato, desde el color, lo que sea. Esa es una estrategia comunicacional que supone conocer los códigos, qué hacer para que uno disfrute también con eso y circule. Lo otro tiene que ver con la cuestión del libro. El libro funciona dentro de un dispositivo viejo porque necesitás de tiempo, espacio, concentración y lectura comprensiva, cuestiones que en los espacios urbanos van quedando obsoletas. Ahora todo tiene que ser rápido. Tiene que asumir el formato de los *tips*. Los tres *tips*, o los cinco *tips*, para que te funcione algo. Eso es lo que circula. Habría que preguntar un poco ahí qué es lo que lee la gente, cómo lee, y qué es lo que no están leyendo también. Porque uno tiene que estar más o menos centrado, equilibrado para entrar en el juego de la lectura.

Y, por otro lado, quizás, y esto hay que ir como trabajando todavía, todo esto que señaló Agustín que tiene que ver con nuestra historia. Carlos estuvo hablando sobre su experiencia de tortura. Toda esa historia no la hemos trabajado todavía como sociedad. En esto funciona el modo: *jaháante hese*... Es más, le fuimos agregando otras deudas. Llegó la llamada experiencia democrática y se siguió matando campesinos, haciendo desaparecer gente. Ese proceso tuvo su momento muy fuerte como fue el caso de Curuguaty, por ejemplo. Y lo más terrible es que, y de eso dan cuenta los dos Informes *Chokokué* de Codehupy, todos esos asesinatos que se produjeron después del Golpe hasta el

2017, quedaron impunes. Y esa misma trama que funcionaba en la época de Stroessner está detrás de esos asesinatos de campesinos. Algunos fueron directamente eliminados por Fuerzas Armadas o Policía. Y para prolongar la impunidad, interviene el Ministerio Público. Pero hay así como una trama naturalizada y de ese modo, esa lógica destructiva que no pudimos resolver en el poststronismo, siguió funcionando. Creo que ese es un elemento también y en este punto recuerdo los trabajos de Elizabeth Lira y Marile Lucile Pelento. Ellas hablaban de cómo en las sociedades posgobiernos militares, quedaban “bolsones tóxicos” que son los espacios llenos de lo que no se trabajó, no se resolvió y siguen irradiando procesos destructivos. Siento que en nuestro país con el covid se aceleraron los procesos de esos bolsones tóxicos. Hoy asistimos a un momento en el que la toxicidad de ese discurso autoritario, excluyente, está en un nivel muy denso. En ese sentido, podríamos tomar como un síntoma particular nuestro famoso problema de lectoescritura en la escuela. La escuela es un dispositivo donde muchísimos temas están prohibidos.

Alfredo Boccia había publicado el “Diccionario usual del Stronismo”, en el que están los vocablos claves trabajados por el Stronismo porque éste trabajó el lenguaje y fijó un sentido particular a ciertas palabras: puto, barbudo, amigo, 108, correligionario. Y nosotros no desarmamos, no construimos otros relatos sobre eso. Y eso sigue operando. Podríamos suponer que eso también está en esa dificultad de escucharnos. Esas palabras nos hablan. Y no podemos aún desplegar un trabajo de desmontar eso. No sé cuántas de estas cosas aparecen en los consultorios y por eso también el escribir no es una tarea fácil porque tenés que desglosar esas cosas autoritarias densas. Como que uno está escribiendo sobre cadáveres que siguen ahí. Y la gente que viene, o tiene

malestares, viene de territorios muy concretos donde esa lógica de muerte, sigue.

Como decía Silvia Bleichmar: La violencia no tiene que ver con que la pobreza, sino porque hemos deconstruido la noción de semejante y le agregamos ahora, en tiempos democráticos, la indiferencia. Aparecen grupos de gente, como diría Judith Butler, cuyas vidas no merecen ser lloradas. Y todo esto está latiendo cuando uno escribe sobre estas cosas. Y todo eso tiene que entrar en un proceso de formación o en las sociedades científicas a las que pertenecemos, si vamos a pensar en la cuestión de salud mental, la cuestión de intervenciones. En nuestro caso, pensar esas cosas, esas realidades, ese cúmulo de vivencias que todavía no hemos trabajado. Por eso, para mí, es importante el trabajo de ustedes porque a pesar de esas dualidades, de esas tensiones irresueltas, pudieron escribir. Muy consciente o no, pero es como prestar oído a algo que suena, que hay malestares que no son de ahora sino de larga historia. Por eso es que es tan difícil meter estos temas en las sociedades científicas a las que pertenecemos, porque funciona como invitación a pensar cosas que no son agradables, en una sociedad en donde hay que tener buena onda y la gaseosa esa nos dice que somos una sociedad muy feliz. Esa es la contracorriente, justamente por eso creo que es muy válido lo que decía Carlos: haber disfrutado la experiencia de la escritura.

C. Arestivo: Es como un parir. Parir algo. La sensación cuando escribí mi primer libro...

C. Rodas: Memorias de un padre, ¿verdad?

C. Arestivo: ...Me dije: ¿yo fui capaz de escribir esto?

R. Corvalán: Incluso hay artículos donde se siente, como diría Eduardo Galeano, la rabia.

C. Rodas: La rabia, la melancolía y el amor.

A. Barúa: Vos sabés que mi vieja, una vez le dije, hace diez años: yo no voy a tener hijos. O sea le estaba diciendo no vas a tener nietos conmigo.

C. Rodas: ¿Y qué te dijo la vieja?

A. Barúa: No me acuerdo el intercambio inmediato, pero unos meses después se lanzó el librito de *Clinitaria*, y yo llego un día a mi casa y me dice: vení, mirá... Y ella había puesto la tapa en un portarretrato al lado de sus nietos.

C. Arestivo: ...claro, su nieto.

A. Barúa: Imagínate mi vieja, que sólo acabó la secundaria pero logró, desde su sensibilidad, incluir.

Segunda Entrevista Grupal

Asunción, 12 de diciembre de 2020.

Ramón Corvalán: La idea hoy es conversar alrededor del tema grande de “Cultura e institución” porque al leer el trabajo de ustedes, en particular cuando se refieren al análisis y reflexiones sobre prácticas, uno se encuentra con prácticas fuera de lo hegemónico y con eso dan cuenta de un problema: cómo ciertas instituciones o configuraciones institucionales, llámese familia, colegio, asociaciones profesionales, son precisamente los lugares en donde hay un problema sobre cómo gestionar el malestar y mucho más cuando ese malestar está vinculado a la locura.

Eso abre una pregunta relacionada con lo que planteó Carlos: ¿qué pasa, a qué se dedicaría la psiquiatría hegemónica cuando no sea necesario ese lugar? Pero también tanto Agustín como Charles plantearon que en realidad el problema no está sólo incrustado en el modelo médico hegemónico o en el modelo que piensa la salud mental en esos términos, sino que esa manera de segregar lo irracional, la locura y la expectativa de quién puede hacerse cargo de eso, está distribuida en la sociedad (llámese familia, comunidad, espacio de formación). Ustedes en sus trabajos dan cuenta de ese problema. Cuando uno sale del estricto marco hegemónico médico, ese problema no está considerado. Pero ustedes dan cuenta de que la gente se enferma, se segrega en esos lugares que pueden ser espacios de formación, o son familia, o son comunidades que enfrentan esa dificultad de qué hacer con la locura.

Recuerdo, a propósito, un libro de Alain Touraine: ¿Podremos vivir juntos? Iguales y diferentes (1997). En los 90 fueron los procesos de cambio muy profundos en cuanto a desigualdad; empieza a desmontarse el estado de bienestar; las crisis sociales se acentúan y había una interpelación muy fuerte al modelo democrático de vivir. ¿Cómo siendo muy diferentes podemos encontrar juntos algún acuerdo para vivir juntos?. Y para mí que eso también subyace al tema que plantean: cuando uno aborda, como ustedes, el análisis de esos espacios de convivencia para pensar el tema de cómo se gestiona la salud mental y se enfrenta al núcleo duro del modelo médico que no está sólo allí, sino que está puesto, distribuido en diversos espacios, descubre que similares malestares, modos autoritarios o discriminatorios de gestionar lo diferente, se despliegan. Y uno encuentra en sus textos el esfuerzo por encontrar otros modos de gestionar esas experiencias y los obstáculos que se instalan, al mismo tiempo. Es entonces cuando surge, por ejemplo, el boicot a la comunidad terapéutica o la disputa por el tema de la ley, o posicionamientos institucionales, disputas entre colegas. Creo que eso abre el tema: cruzar salud mental, cultura e institución y así se instala una serie de preguntas.

Carlos Arestivo: Tengo una pregunta: ¿cómo se gestiona la locura, la salud mental y su relación con la cultura? ¿Cuánto la cultura, en un momento dado –porque la cultura también va evolucionando–, influye en cómo se gestiona la salud mental o la locura?.

Sucede que estoy leyendo el libro *Vivir sin manicomios*, de Franco Rotelli –que seguramente el compañero Barúa lo conoció personalmente–. Fue quien reemplazó a Basaglia cuando él se retiró. Rotelli estuvo en Trieste en el momento en el que se cerraban los hospitales psiquiátricos, o antes de cerrarse, ya estaba en el

proceso. Basaglia se había ido inclusive a Inglaterra a hacer una pasantía con Ronald Laing sobre comunidad terapéutica para poder introducir una respuesta a un manejo de la locura, o del loco, articulado con el cuidado de los derechos humanos. Entonces estaba en el periodo de la comunidad terapéutica, en el año 72 más o menos, cuando yo me estaba formando también en comunidad terapéutica, en Milán. Entonces está todo lo que suelo plantear en relación a los principios de la comunidad terapéutica como “la psiquiatría” que se debería hacer. Después podemos hablar de cómo es eso.

Ahora leyéndole a Rotelli resulta que nosotros estamos en fase de querer hacer una política de salud mental, que tiene que ver con ley de salud mental (que todavía no está) para que los lugares de asistencia estén en la cercanía, en el entorno donde vive el paciente, en las regiones. Los centros de atención estarían en los hospitales regionales para internar al paciente por unos días o unas semanas. Y si se quiere después, si no se cuenta con la comunidad terapéutica, es posible utilizar los centros-días como elemento de evolución. Ese era mi criterio. Pero después le leo a este señor y me descoloca. En Trieste ya ni en los hospitales generales se internan pacientes. Y si se interna es por uno o dos días nomás. Esto es ahora, pero no era antes, hace cincuenta años. Pienso que la cultura se habrá movido un poco. Y te digo más, no es lo mismo la salud mental como está trabajada en Trieste a cómo se la aborda en Palermo, Sicilia o en otras ciudades más pequeñas que son como Asunción, que hace poco, dos o tres años nomás, terminaron los hospitales psiquiátricos. Entonces, extrapolando la situación a Paraguay, si planteamos esas situaciones que se dieron allá hace cincuenta años, inclusive con una comunidad terapéutica, todo lo que quieras, pero, lo mismo, los

locos están ahí en la comunidad terapéutica, con todos sus derechos, pero están apartados, están en la misma situación, es otra manera de manicomio nomás, si se quiere. Cuesta nomás decir. Entonces pregunto: ¿será que tenemos que hacer así al principio y a medida que surgen los problemas ir procesando eso? ¿Será que podemos extrapolar una situación? ¿Por qué no se hizo eso en Sicilia? Esa es mi inquietud. No digo que estoy equivocado. Lo que estoy es en crisis en cómo plantear en este momento una política de salud mental. Esa es mi pregunta.

Charles Rodas: Lo más importante que trae Carlos es que retoma lo antipsiquiátrico. La antipsiquiatría fue la primera revuelta de concientización de la situación grave que pasaban no sólo la medicina con la psiquiatría y la institución psiquiátrica, sino la cultura en general en la que se insertaban esas instituciones o ese proceso formativo.

124

Pero incluso la reforma italiana que fue la más seria, que para mí es definitivamente la más seria de todas las líneas antipsiquiátricas (la americana, la inglesa y la italiana, que son las tres raíces grandes). El proceso italiano es el más serio, profundo y cuestionador. Es el que cuestiona el lugar del loco como objeto y recupera su lugar de persona. Aunque Carlos pueda relativizar ahora a la comunidad terapéutica, en ese espacio de comunidad, el loco recupera su lugar de persona. Es lo que Carlos contaba que hacía en el psiquiátrico, que él participaba en la conducción de la tarea a hacer. Ese es el lugar de persona, eso hizo la reforma italiana. Pero la reforma italiana también estaba dentro de los límites de la sociedad, no se da en el vacío. ¿Por qué la reforma italiana conserva algo del modelo médico? ¿Por qué conserva la terapéutica farmacológica? ¿Por qué conserva en su proceso de curación,

de mejoría o de sanación espiritual, como lo quieras llamar, la incorporación al trabajo? Todo eso se da dentro de los límites de la sociedad capitalista. No digo que esté mal, al contrario, porque finalmente todos vivimos del trabajo. Está espectacular que vos te incorpores al trabajo y salgas del estigma del abandono, de la segregación, y te incorpores a partir de una asociación de productores equis que pueden vincularse en el mundo social.

Yo creo que nosotros tenemos que pensar no sólo en ese esquema, sino en el otro esquema, en el tema macrosocial que produce el proceso de segregación y en las instituciones que fortifican el proceso de segregación. Nosotros pensamos en la marginalidad del loco, pero la sociedad en su conjunto produce marginales constantemente. El proceso de enajenación global está en nuestras sociedades cada vez más fuerte. Enajenación en el trabajo, enajenación en el producto producido cualquiera sea la posición del trabajador, pérdida de las raíces culturales que todo el proceso social produce. Cada día somos más extranjeros dentro de nuestro propio país: perdemos nuestras raíces culturales, perdemos nuestra lengua. Y como correlato de todo eso, el proceso de desestructuración de la identidad. Y ese es un proceso global que se da por fuera del loco también. Nosotros, "los normales" ,también estamos dentro de ese otro proceso de marginación y segregación. Y después eso se institucionaliza y entra a cada órgano institucional desde la familia, la escuela, el hospital, las asociaciones científicas, a través del proceso de burocratización. Porque el buró es entrar dentro de la secuencia procesal administrativa donde no cuentan las personas, sino los números y las estadísticas. Y también se secuestra el saber y se dogmatiza. El concepto se transforma en precepto y luego en dogma, como las iglesias. Ese proceso pasa en las diferentes instituciones y ahí

sí es una cosa compleja. Y Carlos decía: Pero la psiquiatría no puede dar cuenta porque el proceso de producción de esto no es de la psiquiatría, sino de la sociedad total. Y estoy de acuerdo. Tampoco la salud mental. Por eso a la salud mental se le piden cosas que no puede tampoco.

Agustín Barúa: Primero sentí incomodidad con cómo construimos la conversación anterior y esta, en el sentido de cómo nombrarla. Porque se nos instala de nuevo esta cosa de lo clínico por un lado y lo social por el otro. Que para mí es un artificio conservador porque niega que en realidad, “freudianamente” y “pichonianamente”, lo social es intrínsecamente parte de lo psicológico, no hay una psicología “social”, porque todas lo son. Entonces, es todo un desafío cómo desfragmentar esa cuestión. Pero la línea de corte la ponemos otra vez ahí... Esa inercia que viene. Creo que esa es una fragmentación políticamente intencionada que nos sigue atravesando porque habilita una serie de legitimaciones. Siempre me acuerdo (expresión que yo nunca llegué a escuchar) el clásico “sociatra”, de Julio César Morínigo Escalante. Lo escuché por vos, Carlos, muchas veces, alguna vez por José Arias. Personalmente no lo escuché pero sí escuché por ejemplo, en una reunión clínica, en el año 2007, que un psiquiatra diga: “vino una residente de pediatría a decirme que se siente mal porque ella era siempre muy estudiosa y ahora no puede ni pedir estudios diagnósticos, ni indicar tratamientos porque nadie tiene plata para pagar y a ella nunca le dijeron que eso era así”. O sea, ¿en qué medicina se formó? En una medicina “ahistórica”, “acontextual”, “asocial”, obviamente “aconflictiva”, donde ella está “libro-persona-libro-persona”, sin contexto, sin pregunta. Entonces esa exclusión, ese “sociatra” sigue. Esa formación médica que tiene asco a lo social, asco a lo comunitario, horror a lo comu-

nitario social, sigue generando también, entre otras producciones, una psiquiatría tabicada, atrincherada en sus muros biológicos, para intentar no dejarse atravesar por todas las preguntas de esta sociedad llena de alaridos. En ese contexto también pienso, en qué contexto se da nuestra psiquiatría asuncena, para no decir paraguaya (la psiquiatría paraguaya es eminentemente asuncena). Una sociedad que no ha tenido permiso para historizarse, pero lo hace. Hay conversaciones, hay grietas para eso, pero oficialmente no hay permiso. No se estudia historia contemporánea. El Ministerio de Educación y Ciencias está trancado, bloqueando una serie de discusiones. Pasado reciente... esas cuestiones no entran. Una sociedad que no tiene permiso para reconocer sus diferencias, pero las tiene. Una sociedad que no tiene permiso para reconocer sus sentires, pero igual siente: si sentís “sos maricón”, si sentís “sos demasiado sensible”, si sentís, “es una pérdida de tiempo, en vez de ganar plata”. En medio de eso navega nuestra psiquiatría, atravesada por esas contextualidades y mandamientos. Entonces me parece tan interpelante la conversación que estamos comenzando a tener.

R. Corvalán: En este punto sale una cuestión (y ahí volvemos a la primera conversación) donde uno de los nudos era la clínica porque se plantea como una necesidad, como un revoque, al tratar estos temas, de apostar a una reconceptualización de qué es lo clínico. Hay un libro de Deleuze: *Crítica y clínica*. Allí, él usa la palabra clínica, pero en un sentido de aquello que desata, que abre las potencialidades del ser. Un acto, una forma de escribir, tiene efectos clínicos, en el sentido de que expande el ser. No toda literatura puede hacer eso. En la misma línea, Deleuze hablaba del escritor que hace delirar las palabras. Palabras de uso

habitual que de repente ubicadas en un texto adquieren nuevos significados y logran un efecto en el lector que no tenía antes.

Se plantea aquí, entonces, traer de vuelta la clínica que estaba inicialmente atrapada en una mirada más médica hegemónica, atada a lo fisiológico; sin embargo, otros autores han articulado la mirada clínica con otras dimensiones. Por ejemplo, en muchos textos de Pichon, de Ulloa, no está lo clínico capturado por el discurso médico. Al contrario, lo clínico implica la historización, implica asumir la cultura, no como una cosa homogénea, sino con tensiones internas y contradicciones que pueden modificarse en el tiempo. Hay colectivos que interpelan de repente a su propia cultura, a su propio modo de ser. Entonces eso está circulando también cuando uno hace esa conexión entre salud mental, institución y locura: las palabras habituales ligadas al modo de hacer también entran en el proceso de reconceptualización. Los modelos epistemológicos entran en cuestión.

128

C. Rodas: Me parece bien en ese sentido lo que trae Agustín. Creo que esto es, de hecho, un ping-pong entre la clínica como espacio más médico, más institucional y la producción de lo que nosotros vemos en la clínica que viene de otro lado. Y por lo tanto viene de la sociedad en su conjunto. Creo que eso es importante. Y claro que hay “clínicas” también. La clínica del psiquiatra es la mirada, es la clasificación. La clínica del psicoanálisis es la de la palabra, la de la historia. Y quizás la clínica más social es la que, según Agustín, provoca al médico cierta aversión. Creo que el médico le tiene aversión a todo lo psicosocial. El médico no le tiene aversión a lo social sólo. El médico le tiene aversión a lo psicosocial...

C. Arestivo: No es luego “miedo”, es “aversión”...

C. Rodas: Aversión.

A.Barúa: Yo digo asco. Internamente miedo y recubierto con un desprecio que en realidad encubre...

C. Rodas: Es un rechazo, un desprecio, pero porque va contra el centro de su identidad médica. Va contra el centro de su identidad veterinaria, animal; no aparece la persona, y por lo tanto no aparece la gestación de lo cultural en la concepción médica. Entonces yo sí creo que la clínica psiquiátrica es una clínica muy estatizada, muy rígida, como una foto del momento. La clínica psicoanalítica puede ser más móvil, pero finalmente aparece como un constructo más relacionado a la persona que le interpreta al otro. En cambio, la clínica más de tipo psicosocial aparece más como un constructo social, como algo que construís con el otro, en donde vos también dejás de ubicarte en ese lugar que dicen los psicoanalistas lacanianos, el lugar del supuesto saber, que no es fácil. Porque vos podés desubicarte del lugar del supuesto saber, pero tu paciente te puede reubicar constantemente en el lugar del supuesto saber. Y le cuesta a él, o a ellos, participar en la construcción de su propio saber. En ese sentido, ese tema es muy complejo.

R. Corvalán: Y ahí creo que aparece también ese tema de la vida cotidiana. No es casual que cuando Pichon formula el concepto de que la psicología social es crítica a la vida cotidiana, trae un poco esa idea de Freud. Freud escribe Psicopatología de la vida cotidiana donde muestra que lo inconsciente no es algo profundo y extraño sino que está en la superficie de lo que uno vive. Por eso cuando uno tiene cierta mirada o cierto modo de escuchar, aparece, se hace visible. Y Pichon trae eso, como que la vida cotidiana es el plano de la vida social, del vivir juntos, en el que hay

rutinas, formas de convivir que habitualmente no cuestionamos y por eso funcionamos allí. Al mismo tiempo, Pichón nos propone una herramienta conceptual/metodológica, la crítica de la vida cotidiana, como un dispositivo para abordar los malestares que surgen en la superficie de la vida cotidiana. Es, por ejemplo, la propuesta del Grupo Operativo desarrollado por Pichón. Es con otros y juntos que se piensa aquello que molesta. Y uno empieza a descubrir otra clínica porque los conceptos de “chivo”, del “portavoz” forman parte de un proceso grupal, de una trama vincular que al mismo tiempo está trabajada por procesos histórico-culturales más amplios. Entonces es otra clínica la que se juega ahí y otro modo también de hacer entrar lo cultural y lo histórico en un dispositivo de trabajo, de operación sobre lo real, y este modo no está para nada considerado en el modelo médico; sin embargo, para pensar en términos de una política de salud mental, la idea de una crítica de la vida cotidiana nos puede ofrecer más opciones porque una política de salud mental supone intervenciones políticas en lo cotidiano.

C. Arestivo: Por eso yo preguntaba –porque no sé–, qué relación hay entre la cultura, o lo cultural, y el manejo de la locura o de la salud mental. ¿Cómo la cultura interviene en nuestro manejo? En nosotros mismos, como psiquiatras críticos o como el psiquiatra biológico. ¿Cómo interviene la cultura en nosotros, incluyéndolos a ellos? En todos nosotros, ¿cómo interviene la cultura en el manejo de cómo cada uno manejamos al loco o si queremos al revés, la salud mental? Esa es la pregunta clave.

A. Barúa: Me tiro con esta triada. Y obviamente siempre nosotros cuando hablamos, hablamos incluyéndonos en procesos manicomializados también. Nos atraviesa. Creo que nuestra psiquiatría

manicomial tiene, por lo menos, tres lugares, que hacen que sostengan un statu quo de cosas:

Un lugar tranquilizador que me habilita a la hipersedación y que niega la conflictiva. Pretende borrar, pretende tapiar, pretende sepultar. O sea, la imposibilidad de darle al conflicto un lugar válido, dinamizador, a partir de un paisaje...

C. Arestivo: Darle validez al conflicto...

A. Barúa: ...Darle validez, reconocerlo. Los conflictos son el motor de la historia, de la transformación. Tranquilizar, que la gente esté tranquila, eso es hipersedados, babeantes, embrutecidos. Por otro lado, normalizar. Mantener funcionales a la persona a partir de un esquema de cosas. Entonces, por ejemplo, trabajás, te vas 8 horas, metés tu camisa dentro de tu cinto...

C. Arestivo: ...producís...

A. Barúa: ...producís guita, no discutís nada de la guita, no discutís tus sueños. Entonces hay una funcionalidad en esa normalización que hace que la vida esté codificada de una única manera. Y la tercera: Homogeneizar. Nadie puede ser particular.

Productivismo, homogeneización y tranquilización, me parece una triada de la mirada latente de sociedad...

C. Arestivo:... ser diferente...

A. Barúa: ...Tranquilizar, normalizar, homogeneizar. Porque sobre esto es que nosotros construimos un statu quo de cosas nefastísimo.

C. Rodas: Estoy de acuerdo con lo que plantea Agustín, me parece que es así. Y tanto es así... de vuelta, porque la identidad del médico es así. En la identidad del médico no existe el conflicto, en

el sentido de la patología. La patología no es campo del conflicto. El conflicto es un problema social o personal.

A. Barúa: ...que no tiene que ver con nosotros.

C. Rodas: Que no tiene que ver con el cuerpo. En el cuerpo no hay conflicto. Hay causas y hay efectos. Entonces, dentro de la lógica médica, y médica psiquiátrica, estoy de acuerdo contigo en que la conflictividad no existe. Entonces, por supuesto, doparle al paciente y ponerlo dócil es su estrategia. El otro tema era la normalización dijiste...

A. Barúa: El productivismo en un sentido capitalista de reproducción, de consumo, con un techo de producción, eso sería producir y no más.

C. Rodas: Creo que en eso no se diferencia la psiquiatría de nosotros, lo psicosocial o la psiquiatría crítica, porque los dos vamos a tender a eso. Lo que es diferente es la recuperación. En el uno, se va a normalizar sin saber de su conflicto, en el otro se va a normalizar sabiendo de su conflicto. Y entonces sí puede tener una posición más en la concepción de Pichon Riviere de salud mental; que es una acción activa de transformación de la realidad personal y vincular. Entonces se puede transformar en un sujeto activo, no simplemente en un domesticado que se inserta a la línea de producción. Y la tercera...

A. Barúa: Homogeneizar. Todos ser de la misma forma.

C. Rodas: Eso es categórico. De vuelta entro en la línea de la ideología médica, para la que existen individuos, no existen personas. Las personas somos diferentes; los individuos, por norma corporal, tenemos más o menos el mismo funcionamiento.

C. Arestivo: Una pregunta. Esto que vos planteas, esos tres elementos, que estoy totalmente de acuerdo, ¿eso ha sido así en el tiempo? ¿Siempre ha sido así o de repente hubo un momento en la historia en que eso se aumentó o se disminuyó? ¿Cómo lo ves vos?

A. Barúa: Es icónica la Revolución Francesa y Philippe Pinel, y lo que ellos comenzaron a hacer con la psiquiatría moderna. Creo que de alguna manera comenzó con un tinte clasificador más benevolente, pero después, con los procesos de homogeneización social, con la modernidad, con las institucionalizaciones, cada vez más se necesitaron dispositivos que normalicen a la gente. Y la psiquiatría entró por un tubo con esa cuestión. Ahí fue absolutamente funcional...

C. Arestivo: O sea que la psiquiatría encontró sus herramientas fundamentales en los psicofármacos, en el electroshock, todos esos elementos que impedían que el individuo sea persona, que el individuo sea diferente y que el individuo haga lo que crea conveniente.

A. Barúa: A mí siempre me es tan fuerte pensar cómo el lugar nuestro como psiquiatras es un pacto en el que perdemos tanto porque en realidad a cambio de los privilegios de médico, de status, de cierto poder económico, perdemos lo sensible. Aparte de ser como ortopedistas del embrutecimiento social. Nosotros todo el tiempo estamos vigilando que nadie sea diferente. Pero no nos damos cuenta cómo esa vigilancia nos controla a nosotros. A mí me encantaría que podamos decir cómo está nuestra salud mental como psiquiatras en términos de nuestras fragilidades, de nuestros miedos, de nuestras iras, de nuestros sinsentidos. A ver hasta qué punto estamos dañados por este lugar asignado social-

mente que reproducimos, a veces, con tanta alegría. De reproducir lo brutal.

C. Rodas: ¿Cuál es el lugar asignado para vos?

A. Barúa: El lugar es que nosotros tenemos que vigilar el disciplinamiento psíquico de la gente para mantener un statu quo.

C. Rodas: Creo que hay que pensar cuándo aparece las “Psi”. Las “Psi” no aparecen en cualquier momento. Aparecen a inicios del siglo XVIII y se consolidan a inicios del siglo XIX. Aparecen en el siglo XVIII con Pinel, y todo el mito de que los rescata de las cadenas y los vuelve libres... ¿Pero para qué los vuelve libres? Para secuestrarlos en la enfermedad. ¿Para qué los vuelve libres? Para transformarlos de piltrafas humanas, amorales, vagabundos, perversos a patologías que tenían un correlato biológico según la disciplina oficial.

134

Después aparece la Psicología. Porque la primera que aparece es la Psiquiatría, por eso es la más poderosa. Porque está ligada a la casta médica, a la universidad y al poder. Después aparece la Psicología, a mitad del XVIII, 1850, 1845. Con Wundt, con la primera psicología experimental. Y después aparece el psicoanálisis, último, ya casi en las postrimerías del siglo XIX entrando en el XX.

¿Por qué aparece la “Psi”? Mi hipótesis es que la “Psi” aparece como parte de un proceso histórico. Como parte del proceso de evolución del capitalismo. En la época de la producción precapitalista se libera la gente de su ligadura a la tierra, anda suelta, empieza a creer menos en la religión. En la época feudal, cuando el campesino estaba muy ligado a la tierra, al señor feudal y a la iglesia, entonces su patrón de transacción, de normatividad, era

la religiosa. Cuando se rompe el sistema feudal, se libera, empieza a emerger los burgos, se tiene que crear algún otro tipo de conciencia. Ahí aparece la conciencia, descubren ahí la conciencia y aparece la normatividad laica. Y ahí aparecemos nosotros. Y estoy de acuerdo que nosotros en la Psi tenemos un encargo social de normalización. Eso es claro. Si nosotros no asumimos que tenemos un encargo social de normalización y que debemos desvincularnos de ese encargo social para ayudar al individuo, al grupo a que no entre a esa normalidad de proceso, en donde no pueda pensar, ni pueda cuestionar...

A. Barúa: Cuento un par de experiencias que a mí se me tensionan. Cuando la discusión es cotidiana también para nuestra práctica. Si nuestros actos cotidianos como psiquiatras contribuyen cuánto a lo emancipatorio, cuánto a la dominación (al estado de cosas, su desigualdad y privilegios). Dos experiencias:

Me acuerdo en el barrio San Blas, del Bañado Sur, viene un agente comunitario y me dice: "Fulana quiere que le veas a su hermano". ¿Y quién es su hermano? Su hermano es Zultano que acaba de salir de Tacumbú y es el segundo de la principal banda vendedora de crack del barrio. Y yo dije: Ndee... me va a rayar el auto si no le doy bola; me va a pedir receta para todos lados... No, no, no. Primera respuesta. Mi segunda respuesta fue: Agustín, ¿tenés miedo, verdad? No estás pensando, te estás defendiendo. O sea, inmediatamente, ni le conocés a la persona y ya armás toda una muralla. Y mi tercera reflexión fue... nosotros le decíamos a la gente que iba a trabajar en clinitaria como voluntariado: en el Bañado hasta que no tengas miedos nuevos, no entraste. Vos entrás al Bañado ya con tu prejuicio de clase media, de son tal y tal cosa; miedo hay, pero miedos nuevos son miedos con nombre

y apellido. Me pasa algo con esta persona. Entonces, decíamos, ahí entraste. ¿Por qué traigo estos ejemplos? ¿Cuáles son los límites de hacer psiquiatría? ¿Cuándo uno está entrando en una experiencia de vida y cuándo te quedás por fuera? ¿Cuánto hay que entrar para tener un nivel de acercamiento conmovedor? Carlos Sicca, no decía “distancia óptima”, sino “cercanía óptima” para poder.

Un segundo ejemplo. Me acuerdo el jueves del juicio político a Fernando Lugo, en el Parlamento, 2012. Me desperté, hice mi ritual de primero prendés la compu y después te vas al baño y cuando me senté en la computadora lloré, lloré compulsivamente. Y yo no soy luguista, ¿qué es lo que estaba llorando? Decía: todas las construcciones que hay detrás de esto y hoy ya perdimos, no hay posibilidad... Me fui a la Unidad de APS que trabajaba ese día, llegué y la jefa del servicio de APS me agarra del brazo sonriendo, en la sala de espera llena de gente, y sonriendo para la gente, pero hablando entre dientes y de costado me dice: “Nosotras ya nos reunimos y decidimos que hoy trabajamos”. Yo dije: no puedo entender, vos sos de APS, vos entendés que lo que se está jugando es el derecho a la salud en un sentido macro, salud no solamente como medicina... y yo sentí que ella me bajó una norma. Inmediatamente después me llama la médica de residentes de psiquiatría que estaba haciendo pasantía por Salud Comunitaria, residentes de psiquiatría de Clínicas, y me dice: “¿qué vamos a hacer?” Y le digo: Para mí hoy el trabajo de salud mental es en la plaza. Me llama después la jefa de residentes y me dice que yo era un autoritario porque le forzaba a la residente a ir a la plaza. Y yo decía: ¿Qué es lo autoritario? En un día como hoy, en un día donde se corta la historia de una manera tan... no? Me vienen todas estas tensiones...

C. Rodas: Pero... Agustín y Carlos ¿Por qué ustedes tienen una identidad de psiquiatras tan fuerte? Si ustedes tienen experiencias que ponen patas para abajo la psiquiatría como formación, como experiencia. Ustedes siempre cuando hablan se plantean como psiquiatras. A pesar de que vos, en algún lugar te cuestionaste, Agustín, y dijiste que eras anti-psiquiatra. Pero, porqué si ustedes tienen esa experiencia rica en comunidad terapéutica, comunidad en general, la inclusión de la política dentro de la comunidad, los grupos, el psicodrama, la antropología...

Y lo mismo me pregunto con la identidad psicoanalítica. Que yo le decía a los compañeros de la Federación Psicoanalítica: pero sucede entonces que ustedes no son psicólogos o no son psiquiatras, porque bajo la identidad del psicoanalista, o en principio es "la base de"; primero fuimos psicólogos, o primero fuimos médicos, o médicos psiquiatras. Pero por qué la identidad psicoanalítica es supuestamente tan grande que borra las otras dos identidades. En el mismo sentido que me ponía a pensar en el campo del psicoanálisis, me pongo a pensar para ustedes; porque a veces les escucho y siento que está muy fuerte... ¿Y por qué pregunto eso? Porque en mi trayectoria de vida personal, para mí ha sido importante ese distanciarme de la posición psiquiátrica tradicional. Claro que eso puede ser una cuestión subjetiva pero me siento más un psicoterapeuta que un médico psiquiatra. O me siento un "psi" preventivo más que un "psi" curativo directamente. Pero les pregunto amistosamente...

C. Arestivo: Es muy interesante. El psicoanalista como que deja más fácilmente de ser psiquiatra, de ser médico. Pero el psicoanalista se ha tratado. Casi, casi, si yo quiero ser psicoanalista tengo que acostarme en el sillón y, entre comillas, prácticamente

como un enfermo. O sea, mi ser médico es ser enfermo. Por eso que el psicoanálisis como que de repente me trata esa situación y me aleja de la psiquiatría. Pero yo no soy psiquiatra. Y yo te voy a decir que la psiquiatría donde yo me formé no fue la psiquiatría hegemónica, sin negar la influencia que la psiquiatría hegemónica ejerce sobre mí. Y ahí entran los medicamentos, los visitantes médicos, etc., etc. Esa es la influencia que ejerce la psiquiatría sobre mí y sigo ejerciendo la psiquiatría, pero con un criterio diferente, un criterio en el cual, como explicamos veinte veces en la psiquiatría crítica, que no es apagar el síntoma, normalizar o hegemonizar, como dijo Agustín. Creo que un verdadero psiquiatra es un investigador porque cada persona, el sujeto, el sujeto es la persona en la cual él investiga su sufrimiento en la convicción de que no es el psicofármaco el que le va a curar. No es el hierro el que le va a curar al anémico. Sino el comprender las dificultades que está teniendo, las contradicciones que está teniendo y cuáles son los aspectos de la vida que no ha podido digerir por eso que se transforma en síntoma. Para mí la psiquiatría tiene validez en ese sentido. Porque o si no, en el otro sentido, decimos la psiquiatría es esto y punto. No, para mí la psiquiatría es crítica. Es lo que estamos queriendo hacer. Yo me siento psiquiatra en lo que hago. He dicho.

A.Barúa: Me parece que tenemos que hacer una colección de preguntas para agudizar las crisis. Esta es una. A mí me vienen varias cosas, por un lado creo que me la tengo que llevar a la pregunta porque creo que tiene rincones oscuros a los que no le llego todavía, estaría bueno darle más vueltas. Tomo mucho el “y” deleuziano. No ser disyuntivo con las cuestiones, sino agregarle “y”. Soy tal cosa “y” también tal otra. Yo soy “y” psiquiatra también. Cuando viene una persona, a una placera, generalmente

una de las cuestiones es que caracterizo mi lugar, le digo: “vamos a pensar juntos lo que vos me quieras compartir desde un lugar sensible, vamos a intentar encontrar ahí”. Entonces yo voy a ser un copensante sensible. O sea, mi rol, mi lugar. Cuando pienso, pienso desde el cine, pienso desde la música; escucho canciones con la persona que acompaño. Por decir ejemplos de que me atraviesan muchos “y”, y eso me repara. Me repara un poco la historia, porque como hablábamos al principio, a mí me costó mucho terminar medicina, me desenamoré, ya no quería. Cuando entré a psiquiatría me expulsaron, me tuve que ir de acá. Cuando terminé psiquiatría también volví acá, me desarraigué de allá. Volví como psiquiatra comunitario, o sea, asqueante, porque otra vez lo comunitario era como la peste bubónica, ahora sería el covid, la lepra. Es como que de alguna manera me quedé como en una especie de limbo disciplinar, limbo profesional, sin pares. De hecho, cuando me fui a Uruguay recién encontré un grupo de médicos pares, que sabían cosas que yo no sabía, que me confrontaban y me traían otras tradiciones súperinteresantes. Después les encontré a ustedes acá, por eso para mí es muy importante este espacio, porque me da pares, no es menor. Creo que soy el menos respetado profesionalmente entre los tres. Y no sólo por ser más joven, porque acá somos una sociedad gerontocrática y las canas validan una cantidad de cosas. Sino por heterodoxias, por disrupciones y por elecciones, también por miserias mías. Pero por otro lado eso hace que haya una vocecita: “Yo quiero ser psiquiatra”. Como una vocecita fina que dice: ¿me pueden dejar jugar a la psiquiatría con ustedes? Como un niño que le dice a los otros amiguitos para que le inviten a jugar pelota con ellos. Pero sí, el texto mío de esta colección cierra con una idea, de que de alguna manera yo estoy despidiéndome de un tiempo de mi vida,

sin saber bien cuál es el siguiente. Yo hablo del vy'a –palabra que vos me propusiste Ramón– y de alguna manera siento que me falta en mi vida. Y yo ya no quiero más una vida sin vy'a. Quiero avanzar hacia ahí. No sé si me va a volver menos psiquiatra, pero sé que me va a volver menos este Agustín. Habrá que ver qué pasará

R. Corvalán: Creo que tu pregunta, Charles, trae también el gran tema de la cultura y la cuestión de la identidad. Si a cada uno de nosotros nos preguntaran porqué decimos que somos paraguayos, seguramente habría como mínimo cuatro respuestas. Y que tiene que ver con lo que somos realmente. Hay un texto muy breve de Eduardo Galeano: dicen que los seres humanos estamos formados por células y moléculas, pero un pajarito me dijo que en realidad los seres humanos estamos hechos de relatos.

140 Creo que ese es un punto clave, el tema de la identidad cultural, que desde que la antropología empezó por lo menos a circular, giró ahí el gran debate, algunos le dicen el gran mito de Occidente que es caer en la trampa de la identidad. Quizás uno de los aportes del psicoanálisis es haber intentado reemplazar eso por los procesos identificatorios, en la línea de esto que dice Agustín. A veces uno se aventura a dejar algo sin saber muy bien qué hay del otro lado.

Y en nuestro caso, si nosotros hacemos el corte de la posguerra de la Triple Alianza para adelante, como sociedad, por ejemplo, fue un momento en que la élite que estaba en ese momento en Asunción (muchos de ellos volvieron de Buenos Aires), se apropiaron de lo que en ese momento circulaba como ideas liberales en esta zona del Río de la Plata. Y hay un debate de qué se le va a dar de herencia a las nuevas generaciones. ¿Le vamos a

contar el relato de la derrota? Evidentemente se optó por un relato histórico que exaltaba el heroísmo. Entonces, detrás de ese relato quedaban fuera un montón de personajes. Uno de ellos, lo rescata Rafael Barrett en un texto muy corto que hablaba del loco que andaba por el barrio, y que es un soldado con lo que, en código actual, diríamos que estaba en shock postraumático. Ese personaje no entraba dentro del relato heroico. Cómo va entrar un loco que volvió de la guerra y vio lo que vio; la única manera de integrarse era siendo un loco. Ese no entraba en el relato heroico y muchas otras cosas más seguramente. Pero durante muchísimo tiempo ese relato nos relató. Muchas de las personas que nacieron y vivieron acá se pegaron seguramente a ese relato. Ser paraguayo era identificarse con esa herencia, la figura de López, las guerras... Ser paraguayo era recordar guerras y lo heroicas que fueron, y ciertas batallas otra vez en sus detalles. Creo que muy recientemente, del 2000 para adelante es que aparecen, y esto solamente en el plano de los profesionales de historia en Paraguay, la nueva generación, que empieza a producir un relato diferente. Entonces aparecen voces como Milda Rivarola que te cuenta la historia del movimiento obrero. Habla de que hubo un esfuerzo del Estado, de don Carlos Antonio López para adelante de disciplinar a cierta población para que asuma la identidad obrera y la resistencia que había a eso. Tiene mucho que ver también en su momento, durante gobiernos liberales, se intentó suprimir la siesta. Porque se quería exaltar el trabajo como valor. Pero digamos que ese era un relato que se empieza seguramente en nuestra sociedad, en nuestra cultura, a usarse como recurso identitario y que estaba, a su vez, muy vinculado a lo militar, a lo autoritario, al nacionalismo. Y ahí se formaron muchas generaciones. Es muy reciente el proceso de perturbar esos relatos.

Ahora tenemos grupos de jóvenes, mujeres, identidades sexuales diversas, que se hacen visibles. Está un poco más variado el panorama.

Me acuerdo de una entrevista que le hicieron juntos a Deleuze y Guattari, preguntándole el periodista cómo es que ellos coincidieron. Y de alguna manera los dos decían: nosotros no aparecimos así por una formación intelectual muy especial, sino seguramente porque estábamos muy conectados con los movimientos que empezaron a producirse en Europa (en Francia, Italia) de los 60 para adelante, las cuestiones obreras, estudiantiles, el movimiento en las universidades, había mucha diversidad, colectivos que se salían de las identidades habituales. Y ellos estaban como que más conectados a esos modos de pensar. Por eso Deleuze, a pesar de que fue invitado por Lacan, le dice no. Deleuze lo veía a Lacan todavía trabado en esa institución más de discurso. Como que la práctica y su modo de pensar, y lo que propone también como forma de entender la locura, estaba muy en conexión con esta diversidad de identidades. La idea de identidad tiene una cuestión que en antropología hoy está muy tensionada también. Por eso se habla de “procesos identitarios” y “configuraciones culturales”. Y hay tensiones, modos de ser que en una misma cultura cuestionan un modo de ser que se consideraba como fijo. Y yo creo, ya desde una mirada más personal, que hoy en Paraguay estamos en un punto muy alto de esa tensión. Por eso que los discursos también son muy violentos.

C. Rodas: Hay un nivel personal. Entiendo esto que vos hablás y comparto. La identidad como un condensado. La identidad no es una sino un condensado. Atrás de que uno se presenta “yo soy tal” hay una multiplicidad de personajes que hacen a ese conden-

sado. Quería ir al plano de lo más práctico, en el sentido de la identidad nuestra, profesional. Por darte un ejemplo, Federación Psicoanalítica del Paraguay. La gente de la Federación que son psicólogos e hicieron psicoanálisis, cambiaron su identidad de psicólogos por la de psicoanalistas. Desaparece la identidad de psicólogo. Los psiquiatras que hicimos psicoanálisis, para ellos seguimos siendo psiquiatras. Hay como un reconocimiento desde el otro lado de que hay una identidad más fuerte, y que cuando hay una identidad como la del psiquiatra, no es tan fácil... Es más, muchos psiquiatras brillantes, Armando Bauleo, Marie Langer, Néstor Braunstein, todos los que pusieron en crisis su identidad psicoanalítica, no como identidad personal, sino su identidad con la estructura institucional, con la que pone el sello de quién es analista y quién no. Ellos entraron en crisis con esa institución. A nosotros nos pasa al revés, la gente nos reconoce y nos fuerza, como que no podemos entrar en otra dimensión de otras características de nuestra práctica que incluya a la psiquiatría y otras cosas, porque hay como un forzamiento, una identidad muy fuerte, visto desde el otro. A eso me refería, Ramón. Y eso me pasa a mí constantemente con mis colegas psicoanalistas, que son psicólogos en esencia y después se hicieron psicoanalistas. A Carlos no se le ha de sentir tanto porque no se identifica como analista, yo tampoco me identifico como psicoanalista, pero mi formación es psicoanalítica.

Cuando hay un intercambio con ellos, te dicen: te voy a pasar un paciente para que le mediques. Hay una identidad de que nosotros somos medicadores, que no tenemos otra visión en el abordaje del paciente. Y eso que contaba Agustín, el proceso que él contaba como persona y como profesional, nada tiene que ver con la psiquiatría oficial, nada. Absolutamente nada.

R. Corvalán: Eñedesencuadráite...

A. Barúa: Me acuerdo que en una reunión clínica, en la cátedra de Psiquiatría en Clínicas, estaba hablando de esta mirada que estamos compartiendo y se levanta un psiquiatra, particularmente alto, tenía más de 1,90, y me dice: “vos no me vas a decir a mí policía”. Yo le digo: “no te estoy diciendo a vos policía, estoy diciendo que la sociedad nos asigna un lugar de control que nosotros no nos damos cuenta y reproducimos acríticamente”. Respiró profundamente y se fue. Cuando terminó la reunión, su amigo me dijo: “¿ves esta cicatriz?, me la hizo en el colegio, fulano”.

El lugar asignado carcelario es tan fuerte, está tan delimitado, tan rígidamente enmarcado... Por eso los psiquiatras no se confunden con nada porque nosotros somos responsables directos de la tutela más dura, ese lugar represivo. Por eso yo creo que es incambiable.

144

A mí me gusta mucho, hay un filósofo húngaro que está hace mucho tiempo en San Pablo, Peter Pál Pelbart y él dice que “la identidad es un concepto fascista”. Porque dice: quiebra una lanza por la singularidad y por la mutación. Nosotros estamos constantemente... no es solamente ahora que está tan en controversia y en presencia la cuestión trans, sino que en general somos seres trans, somos seres dinámicos y en movimiento. Me parece que eso es particularmente duro en nuestro país porque tenemos heridas históricas tan fuertes que uno de los sostenes son estas cuestiones identitarias de lo nacional. Y lo digo en el libro en un momento, parte del gran éxito hegemónico del Partido Colorado (no sólo electoral, sino hegemónico) es que es uno de los pocos parches para los dolores históricos identitarios, que son: la conquista española que hace pelota, la Triple Alianza que hace pe-

lota, la dictadura stronista que después hace pelota otra vez, por citar algunos nomás. Por eso me parece demasiado reivindicador para reparar, no es que necesitamos volver a esa identidad como cierto discurso dice: la raza guaraní, la foto congelada. Sino que deberíamos acunar los dolores viejos para que no necesitemos congelarnos en aquella mueca histórica y nos permitamos lo presente, el dinamismo de lo presente.

Me gusta mucho una frase deleuziana: “Soy un huracán que avanza alegremente”. En esta cosa, de este físico Ilya Prigogine que hablaba de las estructuras disipativas, que son estructuras que para ser tienen que moverse y si no se mueven, no son. Y si no está en movimiento no hay huracán. Pero él decía: “yo soy un huracán que no soy destructivo”, por eso decía que era un huracán que avanzaba alegre. La potencia de lo vital, pero basado en esta idea que más que una identidad fija, lo que dice Raúl Seixas, rockero brasilero de los 80, que tiene una canción que se llama “Metamorfosis ambulante”, y él dice: “Prefiero ser lo contrario de lo que dije antes, a tener esa vieja afición de tener razón en todo”. Una apuesta.

R. Corvalán: “Religión civil”, afirmó Nicanor Duarte Frutos sobre el Partido Colorado. Y es una expresión interesante cuando define al Partido Colorado como la única religión civil. Y que uno vuelve a encontrar esa idea en la investigación que hizo Lachi que se titula “Correligionario”, y muestra cómo lo que une a los partidos oficiales son las creencias. Quizá en el siglo XIX hubo debates ideológicos de la élite liberal. Pero de Stroessner en adelante lo que son debates ideológicos, no sólo en los partidos, sino en los colectivos, no hubo más. Entonces ¿qué es lo que une? Las creencias. Porque te dan una identidad y para eso se recurre

a figuras históricas, a ciertos relatos, la importancia de la familia, la paraguayidad, ese oscuro objeto del deseo que nunca te explican en qué consiste. Y a propósito recuerdo una clase de epistemología con Adriano Irala Burgos: ustedes tienen que saber –nos decía– que “estrella” y “botella” no son sinónimos, aunque suenen parecido porque vivimos en una sociedad donde la gran mayoría se vincula con el nivel cacofónico de las palabras, el significado no importa demasiado sino que suene bien. Pero para construir significado es clave confrontarte con otro, discutir, poner en juego lo que sentís, lo que sabés, dejarte interpelar por el otro, y esas son prácticas culturales no habituales, por ejemplo, en los espacios de la escuela, la universidad, los partidos políticos. Ese tipo de conversaciones aún no se constituye como una práctica cotidiana culturalmente. Y es así que podemos recorrer toda la trayectoria de formación escolar y universitaria sin vivir las controversias, sin experimentar modos de pensar clínicos, como diría Deleuze.

A. Barúa: Qué controversial ha sido nuestra construcción. No sé si vos, Ramón, tenés experiencia de que la gente se tense tanto como nosotros nos tensionamos en este proceso. Me parece que tiene que ver también con la legitimación que traemos cada quien a este espacio, de la idea de que mi diferencia no te mata, ni me mata. O sea, yo puedo transitar la diferencia contigo. Y eso me parece también muy valioso de resaltar. Resaltar qué mal que la pasamos, por un lado, pero también qué necesario que la pasemos mal si hay diferencias para poder producir otra cosa. Justamente que va, es leal, está en congruencia con esta idea de correrse de lo manicomial. Que es la repetición del mismo eco, el mismo retumbo siempre. Y acá, hemos ido, venido, un río de

montaña y tres calles atravesando; nos pienso vos timoneándonos, Ramón, diciendo: eehh...

R. Corvalán: Cuando uno trabaja con las mujeres campesinas aprende a reconocer el modo que tienen ellas de confrontar las tensiones y los conflictos. Ellas son muy concientes del desafío y por eso lo equiparan al jati'i. El jati'i está ahí, duele pero llega el momento en que sí o sí vas a tener que reventarlo y ese es un momento de mucho dolor. Pero después, como dicen: i gusto, javy'a, ñande mbo piro'y. Para ellas si no se asume el pa'ã, el obstáculo, se pierde la oportunidad de aprender. Y por otro lado está el afecto que se tienen, es decir, les gusta estar con su par, su grupo, las otras mujeres, en ese espacio, en el cuerpo a cuerpo del compartir. Algo de eso hay en este espacio.

A. Barúa: ¿Algún comentario final?

R. Corvalán: El tema es que en los textos que salen puedan mostrarse los nudos, las tensiones que uno va a abordar cuando se mete en estos temas de esta manera. Y que no son dudas que tienen una respuesta definitiva. No existe como un vademécum con respuestas precisas, sino que es un proceso y que cada persona, grupo o colectivo que opta por transitar este sendero, en algún momento va a tocar y encontrar su modo de resolverlo.

Bibliografía consultada

Arestivo Carlos – Saua Ángel: *Del Manicomio a la Comunidad Terapéutica* 2019

Basaglia Franco. *Che cos'è la psichiatria?*, 1967, L'istituzione negata 1968.

Daniel Carlat. Trabajos publicados en internet.

Foucault Michel. *Historia de la locura*, 1961, *El poder psiquiátrico* 1973 -74

López-Silva Pablo. Revista. *Latínçoaam. Psicopat.* (internet)

Riera Hunter Genaro. *Surcos del malestar contemporáneo* 2011

Riviere Pichón. *Del Psicoanálisis a la psicología social*, 1972 – *El proceso grupal*, 1999.

Rotelli Franco: *Vivir sin manicomios*, 2014

Se terminó de imprimir en enero de 2021.

Arandurã Editorial

Tte. Fariña 1028

Asunción - Paraguay

Teléfono: (595 21) 214 295

e-mail: arandura@hotmail.com

www.arandura.com