



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
Magíster en Psicología Clínica de Adultos

**PROCESOS TERAPÉUTICOS CON PERSONAS AQUEJADAS CON
TRASTORNOS MENTALES SEVEROS: RECORRIDOS, ÚTILES,
PRÁCTICAS**

Tesis para obtener el grado de
Magister en Psicología Clínica de Adultos

Viviana Pereda Ruiz

PROFESORA PATROCINANTE

Svenska Arensburg

2014

INDICE

Introducción	4
1. Antecedentes de un proceso de atención a personas con trastorno psíquico severo.	5
1.1 Breve análisis de aspectos de la atención de personas con trastorno psíquico severo.	6
1.2. En el territorio	11
1.3. La desinstitucionalización: ya es historia	17
2. Historia de una experiencia: ir hacia el otro en su terreno	31
2.1. La ONG (1988-1997) se resiste por la vía comunitaria y humanitaria al tratamiento inhumano de los psicóticos.	31
2.2 Las prácticas en el territorio	35
2.3 Programa de rehabilitación psicosocial (1991-2010)	38
2.4 Tratamiento al interior de una Red de atención. Tratamiento psicosocial.	41
2.5 La Comunidad terapéutica: ambulatoria y cercana de la persona	42
2.6 La Comunidad inconfesable	45
3. Posición psicoanalítica	50
3.1 Proceso analítico como método de investigación de la mente.	51
3.2 Territorio Psicopatológico	55
3.3 En la perspectiva de los cuidados	58
3.4. En la perspectiva del sufrimiento psíquico	61
3.5 Comprender la psicosis.	66
3.6 El útil meta psicológico y la visualización del espacio mental	67
3.7 El modelo de posiciones psíquicas	71

4. Recorridos	76
4.1. Rafael	77
4.2. La comunidad va al encuentro de Elena	85
5. Reflexiones	100
Bibliografía	107

Introducción

En el trabajo que presento a continuación, intento elaborar una experiencia, a través de la descripción y discusión de una experiencia clínica relacionada con el tratamiento de pacientes psicóticos en el contexto de un programa ambulatorio de rehabilitación psiquiátrica y psicosocial. Esta experiencia me da la oportunidad de discutir aspectos relacionados con el cuidado de pacientes adultos crónicos, personas que sufren de graves afecciones psíquicas, integrando el trabajo de un equipo interdisciplinario en su vida cotidiana, así como elementos relacionados con las concepciones teóricas psicoanalíticas que me han resultado útiles para ello.

Un eje que atraviesa estas reflexiones apunta a considerar los aspectos de “proceso” que tal experiencia implica. Procesos que conciernen tanto a los pacientes, al trabajo en equipo en una institución no-asilar de tratamiento, a los aspectos psicopatológicos que se ponen en juego y al recorrido terapéutico que puedo describir concretamente.

Esta tesis consta de cuatro capítulos.

4

En el primero, introduzco algunos elementos del contexto social e histórico donde se ha desarrollado el trabajo psiquiátrico en el ámbito de la salud mental pública en Chile. Esta elaboración se hará centrada en el devenir de un diálogo entre medicina y ciencias sociales, que es el motor impulsor de modelos y herramienta de tratamiento en este caso de personas afectadas de trastornos psiquiátricos severos.

En el segundo, describo con más detalle algunos aspectos que han permitido en la actualidad integrar concretamente aspectos mentales en el trabajo con las personas afectadas de trastornos psiquiátricos severos.

En el tercero, describo algunas concepciones teóricas que me permiten darle forma psicoanalítica a la experiencia terapéutica que he desarrollado, poniendo énfasis en las nociones de proceso y transferencia.

En el cuarto, finalmente, describo dos casos donde los elementos señalados en los capítulos anteriores toman una forma en los recorridos y procesos que se llevan a cabo.

Antecedentes de un proceso de atención a personas con trastorno psíquico severo.

*“Podríamos decir que la forma cómo una sociedad afronta la
Desviación y la locura define su talante moral, sus valores cívicos.
La forma de atender a los pacientes más frágiles,
Más incapacitados es un indicador
que mide la equidad de los sistemas sanitarios”
M.Desviat¹*

Expondré a continuación algunos elementos que en parte constituyen las actuales condiciones que, según la argumentación de esta tesis, han sido antecedentes de un proceso. Un proceso de trabajo en rehabilitación y tratamiento de personas diagnosticadas con trastornos psiquiátricos severos. Un proceso particular que es también la historia de un grupo que crea un espacio clínico de trabajo con el psiquismo en dicho contexto. Estas condiciones se relacionan con los tradicionales modos de dar tratamiento a las personas con enfermedad mental, modo del que formamos parte y del que nos hemos ido diferenciando. Este proceso ha tenido diferentes momentos, en los que hemos tenido que resistir como profesionales y como institución, desacostumbrarnos a prácticas, cuestionando por momentos costumbres que finalmente tocan a la propia identidad de terapeutas, pacientes y las mismas concepciones psicopatológicas a la base del trabajo clínico. Elaboro una revisión de aspectos que fueron hasta hace algunos años esenciales para definir las prácticas de tratamiento en los espacios psiquiátricos, la psicosis y lo psicótico, algunas veces muy lejos de lo que estas personas requieren de nuestro trabajo profesional.

Orientada por la relación estrecha entre concepción psicopatológica y medio de tratamiento, se expondrá entonces primero en referencia a una evolución de periodos distinguidos en relación a modelos paradigmáticos y concepciones de la locura. Los apoyos de la literatura, y la óptica de las reformas psiquiátricas (Widlocher, 1994; Desviat, 1990), servirán también como un modo de diferenciar cómo estas concepciones han tenido también una traducción concreta en los modos de dar tratamiento.

¹ Uno de los líderes de la reforma psiquiátrica española, consultor de la OMS.

La evolución de estas prácticas y concepciones se centrará en un segundo momento, a partir de una experiencia clínica y los registros de un programa ambulatorio psiquiátrico (Comunidad Terapéutica de Peñalolén). Esta institución en la que trabajo hace más de 15 años, conserva materiales, notas. Ha “atravesado” ella misma, en estos acompañamientos, concepciones psiquiátricas, psicopatológicas y ha realizado prácticas terapéuticas, desde los años ochenta hasta hoy.

1.1 Breve análisis de aspectos de la atención de personas con trastorno psiquiátrico severo.

1.1.1 Las condiciones de la atención de personas con diagnóstico de psicosis, fuera de los muros del asilo psiquiátrico.

a. Programa Nacional de Salud Mental

En Chile, “no es fácil rastrear, antes de los años 60, hechos que reflejen un interés por parte del Estado por institucionalizar y regular los cuidados requeridos por las personas enfermas psiquiátricas. En 1966 se formula el primer Programa Nacional de Salud Mental, que correspondió “más a una declaración de intenciones que una realidad objetiva” (Díaz, 2008). Esta situación que, por lo demás, se repite con el Plan de atención psiquiátrica para Chile, redactado y publicado en 1992 (MINSAL, 1992) y posteriormente el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, sin mayores análisis muestra de qué modo las consideraciones del Ministerio de Salud en materia de salud mental no tienen sino la fuerza de ser un ideal, una sugerencia de parte de la autoridad. Si bien es posible apreciar la voluntad de implementar modelos y programas, coherentes con la reflexión intelectual y científica de los tiempos, estas orientaciones no se acompañan de herramientas concretas de cambio ni menos aún de financiamientos para su implementación a largo plazo. Un ejemplo es la Ley 19.937 de autoridad sanitaria, que aún no tiene fuerza de ser implementada prácticamente. Esta ley, que crea las subsecretarías y especialmente la subsecretaría de redes asistenciales proponiendo “al ministerio las políticas, normas, planes y programas, coordina su ejecución y vela por su cumplimiento”, en la práctica brilla por su ausencia; no hay una mínima articulación ni preocupación en estos años por la relación y estructuras abiertas de tratamiento ambulatorio de personas adultas enfermas mentales. De hecho, solo

conocemos los efectos de la Ley 19.966 de garantías explícitas, que evidentemente consumió todos los recursos de la debilitada autoridad de salud y conocemos también de los inconvenientes que ha tenido para hacerse respetar. Todo el esfuerzo se ha centrado en la salud general (evidentemente prioritaria desde alguna perspectiva), donde la salud mental sigue siendo considerada un anexo, una especialidad más. Una concepción que se centra en la cura somática que no integra aspectos psicológicos y sociales, más que a un nivel discursivo. Gran parte del esfuerzo se ha centrado en la implementación de un nuevo modelo de gestión sanitaria y en las prioridades y preocupaciones de la autoridad fiscalizadora, preocupaciones financieras y administrativas de FONASA (Gaete, 2012).

Si bien ha habido una intención de reformular el quehacer hacia un modelo clínico, que centre su análisis en la persona y en prácticas comunitarias, en la práctica no es posible recoger un continuo; se trata más bien de una preocupación exclusivamente centrada en aspectos financieros, que colapsa los espacios analíticos y reflexivos, indispensables para el quehacer clínico.

A partir de 1968, el Dr. Juan Marconi establece varios programas de atención bajo la perspectiva de la psiquiatría comunitaria, que junto a otros profesionales de la salud mental y actores comunitarios se plantean reemplazar el modelo asilar (Díaz, 2008). Existe registro de experiencias muy vanguardistas: en 1965 en Temuco, con un hospital de día; en el hospital Psiquiátrico de Santiago, en dos periodos, experiencias de hospitales de día, iniciados en los años 1972 y 1979, encabezados respectivamente por los médicos psiquiatras París y Olivos, y en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, de la Universidad de Chile, desde 1975. El resto, como lo señala Naranjo, debió esperar a 1990 (Naranjo, 2001).

Son múltiples los documentos que dan cuenta de una intensa atención a las personas desde una *perspectiva integral en salud*, entre los años 60 y 70, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. “Distintas experiencias que trataban de incorporar las ciencias sociales a la medicina y en las que intervinieron casi todos los participantes en 1966: Carlos Montoya genera en el área Oriente una experiencia con psicólogos mayoritariamente; Roberto Belmar incorpora sociólogos en el desarrollo de la medicina comunitaria; y Gustavo Molina lo hace igualmente, pero para exponer y extender la medicina preventiva integrada a la clínica” (Gaete, 2012). Estas perspectivas eran

sintónicas con los movimientos reformistas de la región y las diferentes experiencias tendientes a reformar los sistemas de tratamiento psiquiátrico que han ido demostrándose tanto en América como en Europa como violentos e inhumanos. En este periodo, “prolifera términos como ‘sistema’, ‘estructura’, ‘institución’, ‘relaciones’, ‘normas’, ‘actitudes’, todos ellos vinculados muchas veces a las ‘ciencias de la conducta’, aplicados a la medicina. Roberto Belmar, por ejemplo, sostiene que “en los ramos preclínicos se debe introducir al estudiante en el entendimiento de la medicina como un sistema, del hospital como una institución y de los principios de dinámica de grupo, aplicados al equipo de salud y su función”; y más adelante señala que se debería “estudiar sociológicamente al hospital y el consultorio, como un ‘ser orgánico’, para entenderlo, analizarlo y evaluarlo” (Belmar, 1966). Según estos médicos, *todo es social en la Medicina*: el diagnóstico, el tratamiento, el acto médico mismo (“si la medicina es ciencia social, biológica y psicológica, la atención médica es enteramente un hecho social”, dirá Carlos Montoya), pero sigue siendo medicina. Todo arranca en cierto modo de esa medicina integral, de esa consideración del hombre como ser bio-psico-social, así como de la importancia que tiene en ese tiempo el Servicio Nacional de Salud como estructura que define una acción de salud llevada a cabo por un equipo multidisciplinario (Gaete, 2012). Este tiempo está fuertemente marcado por una historia social y política, por las experiencias de la región, que traía no solamente un trabajo comunitario en salud, sino también en variados espacios de una cultura de participación democrática. Una tradición cultural y política que podríamos leer como de una rica tradición en la que también podemos encontrar una fructífera relación entre medicina y ciencias sociales (Gaete, 2012). En esta época, existía un diálogo interdisciplinario. “Entre hoy y 1970 hay también diferencias: en 1970 los tiempos auguraban mejores posibilidades a las ciencias sociales en la medicina; hoy, todo es más cuesta arriba”.

b. Luego del Golpe de 1973

Después del golpe de estado, la dictadura militar y la interrupción violenta del quehacer social y cultural, se interrumpió el diálogo e intercambio de las diferentes disciplinas humanísticas y las instituciones que habíamos creado como sociedad. Así también quedaron cuestionadas fuertemente las libertades y planteamientos socialistas, comunitarios o solidarios. Las ciencias sociales debieron “escondarse”. Muchos espacios de trabajo y grupos de profesionales, multidisciplinarios como era normal para el nivel de la reflexión de esos años, aportando en los ámbitos de la salud y la

educación, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeras, psicólogos, antropólogos, sociólogos, psicoanalistas, fueron cerrados y muchos servicios debieron exiliarse o silenciarse. Pero no solamente se trató de desaparición de personas y valores fuertemente marcada por el humanismo, sino que muchos de estos chilenos, sufrieron diferentes formas de persecución, abuso y dolor que marcó también el trabajo de generaciones y sus libertades para pensar. En un reciente artículo (Gaete, 2012), se puede leer:

“En 1970, un par de sociólogos jóvenes publicábamos en los Cuadernos Médicos Sociales, un artículo titulado “ciencias Sociales: una discusión acerca de su enfoque en Medicina” (Gaete, 1970). Un año después, aparecía otro trabajo nuestro en la Revista Médica de Chile: “Bases para un redefinición del enfoque de la medicina en la ciencia social” (Gaete, 1971). Leyendo este artículo, me pareció que retoma asuntos que por lo menos en mi perspectiva son importantes, y que se trata de un diálogo que públicamente es difícil de ubicar hoy en los debates. “Cierto es que eran años turbulentos, cierto es que éramos jóvenes y que nuestra juventud y la época hacían posibles y comprensibles. Nos percatábamos entonces de posibles desarrollos a que podían conducir las ciencias sociales en este ámbito. Y eso nos emocionaba. Tal vez por eso mismo la experiencia posterior fue tan traumática. Desde entonces, ha pasado bastante agua bajo los puentes y, espero, no en vano”.

c. La reforma de la atención de salud mental: Plan de Salud Mental y Psiquiatría.

Estas ideas reformistas, y diremos modernizadoras, de las formas de tratamiento de los enfermos mentales, las leemos, nuevamente, en la exposición del Dr. Minoletti³ y otros en la “Conferencia Regional para la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas”, celebrada en Brasilia, el año 2005; actividad patrocinada por Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de Brasil.

Una reforma sin fuerza (MINSAL, 1993), si pensamos que fueron momentos en lo que finalmente poco o nada se podía decir, porque las condiciones eran muy reducidas. Sabemos hoy que si bien la dictadura cayó, fue bajo un gran contrato social, llamado

³El Dr. Minoletti, fue encargado de salud mental al momento de la formulación del primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría impulsado por el ministerio de salud el año 1999.

transición a la democracia. En esta perspectiva, resulta interesante observar cómo se habló (en el ambiente de la salud mental), en la práctica, únicamente de los pacientes psiquiátricos y la necesidad de respetar los derechos humanos de las personas “enfermas mentales”.

En relación a estos temas, que son relevantes al contemplar la calidad de la atención de las personas vulnerables, como es el caso de las personas con esquizofrenia y otras psicosis, la situación es muy deficiente, y más deficiente aun cuando se trata de la calidad del trato hacia las personas en los servicios públicos. Basta revisar los documentos que están disponibles en relación a la revisión de lo que fueron las metas propuestas por el plan nacional y su evaluación luego de 10 y 20 años de su implementación y luego lo que son las macro-debilidades que las mismas autoridades del ministerio expusieron el año 2010, donde se muestra que hemos avanzado poco o nada, en lo que se refiere a calidad de la atención. Ejemplos, las “macro-debilidades”:

1. Demanda de mejor calidad por parte de los usuarios.
2. Inadecuada cantidad, distribución y formación/capacitación de RR.HH.
3. Insuficiente capacidad de respuesta frente a nuevas amenazas.
4. Insuficiente capacidad de respuesta de la autoridad sanitaria en área ambiental/alimentos y otras.
5. Desfase entre incorporación de GES y recursos humanos, infraestructura y equipamiento disponible.
6. Dificultades en cumplir compromisos que exceden ampliamente el sector salud.
7. Monitoreo requiere capacidades locales de mediación, análisis e inteligencia epidemiológica.

Metas de largo plazo más difíciles de evaluar, *tendencia al relajamiento*...”⁴

La pobreza de los materiales de salud mental, especialmente en lo relacionado con personas con trastorno mental severo, que requieren tratamiento de largo aliento, publicados por el Ministerio de Salud, en este periodo de más de 25 años, es muy preocupante, cuando esperaríamos que fuese el ente que reuniera un interés en estas materias; sin embargo, hoy en lo fundamental es una plataforma de regulación de negocios y licitación de insumos del mercado de la salud. Cuestión que por cierto es

⁴<http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS%20Presentacion%20Dr.Jimenez.pdf>, revisado 10/10/2013.

también un gran trabajo si consideramos que hoy esta actividad no tiene prácticamente ninguna regulación, desde el punto de vista de su calidad. En el año 1999, del total de los recursos asignados por el país a salud mental, el 57%, era asignado a camas psiquiátricas; el año 2008, recibía el 33% y la asignación de recursos ha pasado del 1,2% al 2,14, cuando según las promesas del ministerio y el Plan Nacional impulsado el año 2000, debíamos según las brechas alcanzar mínimamente el 5% el año 2010. Estas promesas no cumplidas han causado un desgaste considerable en muchos de los profesionales, que no solamente esperaban estos recursos, sino que han sido fuertemente abandonados por las autoridades, en lo que respecta a salud mental. La situación de salud mental es dramática, sobre todo cuando tomamos en cuenta que se trata de personas vulnerables, vulneradas en sus derechos, como son efectivamente las personas con trastornos mentales severos. Sin considerar la gravedad también del hecho que el servicio de salud público de Chile es el único servicio de salud que cuenta para la atención de salud mental especializada y de alta complejidad con una red de atención que cuenta con diferentes unidades de acuerdo a la necesidad de cuidados de las personas. Y este sistema en Chile atiende a más del 80 % de la población. Agreguemos que Chile es uno de los pocos países en el mundo que no cuenta con legislación en salud mental.

11

1.2 En el territorio

En lo que se relaciona más directamente con la situación de la atención de salud mental en Peñalolén, digamos que se trata de una comuna joven, creada en 1981 junto con otras comunas de la Región Metropolitana, y posee una gran extensión territorial, con una extensión de 54,9 km² (5.487,81 hás), lo que representa el 2,5% de la superficie de la provincia de Santiago, siendo una de las diez comunas de mayor extensión territorial de la provincia. Cuenta con una decena de camas psiquiátricas en el servicio psiquiátrico del Hospital Salvador, para las necesidades de hospitalización especializada del área oriente de Santiago. La comuna cuenta con dos hogares protegidos, con cupo de ocho personas cada uno, para las necesidades residenciales de personas con trastorno psiquiátrico severo que necesiten alternativa residencial.

Estos aspectos quedan solamente mencionados, ya que no constituyen aspectos que quiera desarrollar, los datos en salud mental son tan elocuentes que no es necesario

comentarlos, solo quiero partir del hecho duro de la precariedad de los recursos con que se cuenta. Y del dato que la reforma del año 1999 comprometió recursos, que no se obtuvieron ni cercanamente, sin embargo el trabajo se hace de igual modo.

1.2.1 Las prácticas que se desprenden de las políticas... las teorías que se alejan de las prácticas.

a. Herramientas del Plan Nacional de Salud Mental

El Plan Nacional, adopta la estrategia de la organización de una *red de rehabilitación psicosocial*, cuyo objetivo es “responder a las necesidades de fomento y promoción de salud mental de las personas y de la población, así como de otorgar atención oportuna y adecuada a los usuarios afectados por problemas de salud mental y enfermedades mentales, mediante actividades de mayor costo efectividad, mayor facilidad y equidad en el acceso a servicios, disminución de la utilización innecesaria de ellos y mayor satisfacción del usuario” (Silva, 2007).

En la práctica, si bien esta red existe, no necesariamente opera. Y realiza apoyo mediante la gestión de redes locales de salud mental y formulación de objetivos de rehabilitación e inclusión de personas con trastorno psiquiátrico severo, en los diferentes servicios, significa un trabajo paralelo para los diferentes representantes de programas en la red, ya que finalmente ese profesional responde a las exigencias de su institución particular y su presión asistencial y estadística particular que en nada pasa por actividades coordinadas y de mejor calidad de tratamiento para las personas, asunto que podría finalmente ser coordinado por la red pero que finalmente no puede serlo ya que atenta contra el sistema de trabajo de su institución particular de funcionario y de las metas de su equipo. Nuevamente tenemos que la lógica de metas, es incompatible con un trabajo clínico de calidad. Y si bien en su orientación contempla que las innovaciones incorporadas se adecuen a las realidades socioculturales y a los recursos de cada región del país, este aspecto también está pendiente, en la medida que no hay recursos para investigar estas diferentes realidades, ni recursos para dar un seguimiento adecuado a los diferentes procesos de estas comunidades.

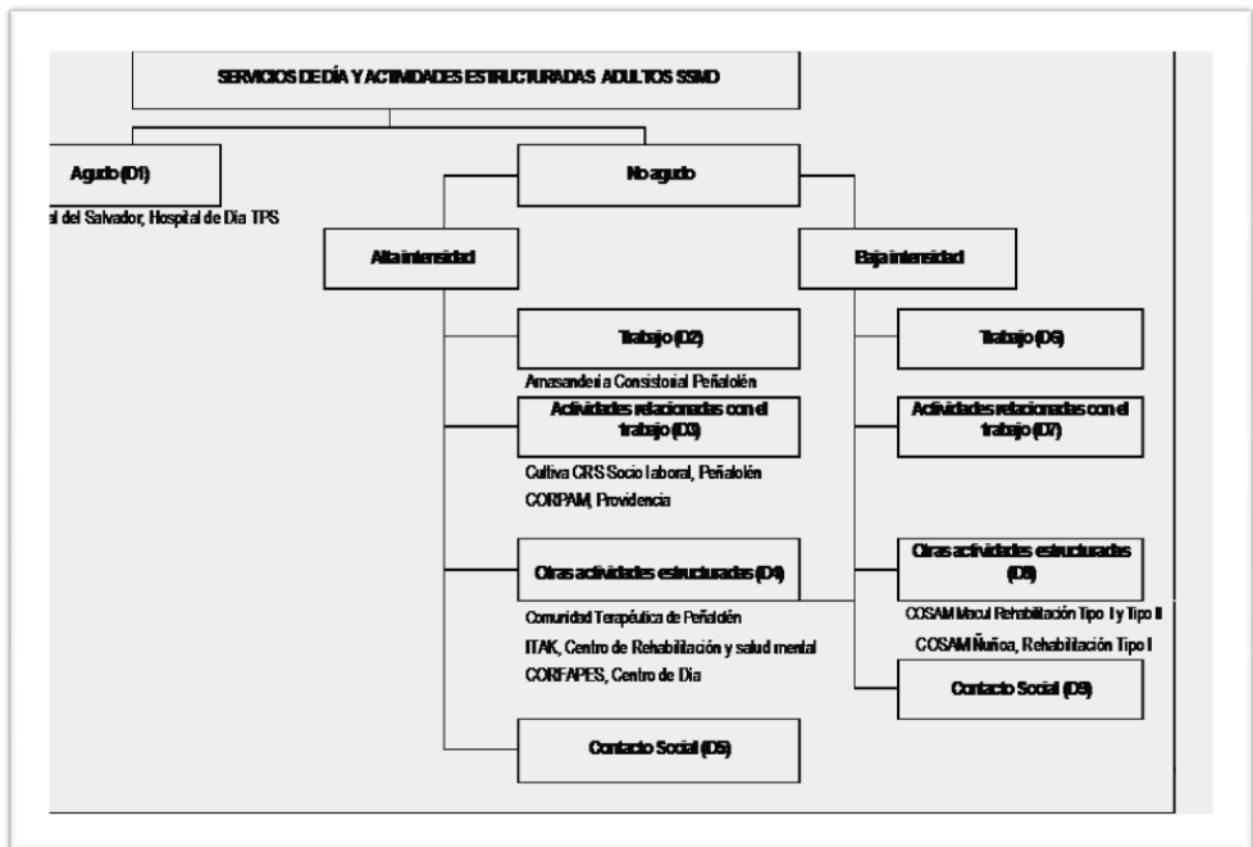
El modelo de atención de salud mental y psiquiatría se insertó en el sector público de salud chileno y pasó a formar parte de los objetivos sanitarios nacionales, y de las metas

del proceso de reforma del sector de la salud durante los periodos 2000-2010. A esto contribuyó la aplicación de mecanismos financieros adecuados, la puesta en marcha de un sistema de información específico para la salud mental, el aporte de los programas de salud mental de los 28 servicios de salud del país y cientos de equipos multidisciplinarios; sin embargo, este proceso se encuentra interrumpido. La consolidación de este modelo y su continuo desarrollo futuro aún están amenazados por la falta de respaldo legal específico, por la falta de recursos y por las contradicciones valóricas entre la administración del presupuesto de salud mental por parte de la autoridad y sus modelos de desarrollo.

La red de rehabilitación psicosocial, en la práctica es reunida cada dos meses y con los representantes del servicio, vela básicamente por aspectos económicos, siembra inquietud y provoca la competencia entre los equipos. Lo dramático es que esta súper vigilancia, la asignación de dineros y la eficiencia normalmente se viste de consultas técnicas, y considera el modelo de atención únicamente en su relación a cómo estas atenciones no pueden sobrepasar el número de atenciones asignadas de acuerdo al presupuesto. Estas confusiones y ambigüedades lamentables, que fueron observadas y debían ser abordadas por la reforma de la ley de autoridad sanitaria, que expresó específicamente la necesidad de separar esta función de juez y parte de los encargados de salud mental, a la fecha no ha sido considerada seriamente. Nuestra institución, por ejemplo, en estos más de 25 años de trabajo, no ha tenido nunca una colaboración, ni una visita, ni una consulta, ni una derivación asistida de parte de ningún profesional médico, ni paramédico del servicio psiquiátrico del Hospital Salvador, que además por lo general no participa de esta reunión de red. Evaluación que además se repite en muchas otras instituciones y profesionales con los que hemos trabajado en estos años.

b. Elaboración de estándares de modalidades de cuidados

Habría que trabajar en la elaboración de estándares de modalidades de cuidado a través de dispositivos que permitan comparar las intervenciones realizadas en los distintos lugares. De esta forma se podrían determinar los déficit en la calidad de la atención y normar un perfil de cuidado mínimo a cumplir por los servicios sanitarios en cada uno de los componentes de la red (Saldivia y Grandón, 2008).



14

Tomando en cuenta la fragilidad de muchos procesos sociales y sanitarios en América Latina y la experiencia de algunos países latinoamericanos que cuentan con leyes de salud mental, se recomienda redoblar los esfuerzos para lograr la promulgación en Chile de leyes que respalden las nuevas redes de salud mental y el apoyo necesario de las personas con enfermedades mentales.

Esta contribución se ha visto limitada, sin embargo, por la insuficiente formación en materia de salud mental y psiquiatría de los egresados de las universidades e institutos profesionales, particularmente en relación con el modelo comunitario. Esto provoca, por lo general, que los técnicos y profesionales que se incorporan al sector público de

salud, que desean seguir el modelo comunitario de atención sanitaria, deben adquirir las habilidades necesarias sobre la marcha del trabajo y no cuentan con la información y capacidad de respuesta necesaria a las necesidades de los enfermos. En este sentido, una de las debilidades principales del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría es no haber previsto la creación de una estructura dedicada al desarrollo de recursos humanos que contemple tanto la formación profesional especializada como incentivos por trabajar con el modelo comunitario de atención.

c. Acceso y calidad de la atención

El análisis de los indicadores demuestra que los beneficiarios del sector público de salud en Chile tienen ahora más acceso a los servicios de salud mental que antes del establecimiento del modelo de atención comunitaria, han ganado en cobertura sanitaria y reciben servicios de mayor calidad. Estas mejoras se caracterizan además por su carácter integral, tanto en los servicios de atención primaria como en los especializados. El modelo de atención utiliza intervenciones farmacológicas y psicosociales con enfoques preventivos, curativos y de rehabilitación, basados en el trabajo integrado de equipos multidisciplinarios. Otro resultado importante ha sido la cooperación establecida entre el sector de la salud y otros sectores de la sociedad. Sin embargo, lo logrado es frágil y la ambigüedad, la falta de recursos y la falta de orientación, en la práctica muchas veces consume a los equipos que únicamente se dedican a responder a la exigencia administrativa.

En el caso conocido, del Servicio de Salud Oriente de Santiago, las autoridades de salud mental en el área, en estos más de veinticinco años, expresa orientaciones y planes que no son más que orientaciones venidas desde el ministerio de salud, impuestas además como órdenes a los pequeños grupos y centros de atención. Exigencias numéricas de atención, muy ajenas a la realidad local de cada sector y las instituciones que constituyen la red de rehabilitación psiquiátrica y sobretodo muy ajenas a la colaboración que esta autoridad brinda a estas instituciones. Son además orientaciones que no tienen seguimiento ni consultan a la experiencia de nuestras instituciones. Si se revisan cuáles han sido los resultados de estos más de veinte años de trabajo en el área, es posible ver que no se ha producido ni una sola publicación, ni investigación, ni sistematización del trabajo. Ni un solo recurso, ni un ser humano ha pensado en lo que

en todos estos años se ha hecho en el área oriente en salud mental por parte de todos los equipos que hemos trabajado para la red de rehabilitación. Incluido el valioso trabajo de agrupaciones de familiares y pacientes que han trabajado sin descanso y sin remuneración para los llamados “laborales protegidos”, que sólo han perpetuado una nueva institucionalización y precariedad en el acceso y ejercicio del derecho al trabajo. Autoridades completamente ajenas a la realidad. Este hecho es muy doloroso.

d. No-relación entre modelo conceptual y modelo económico

Volvamos sobre la autoridad del ministerio de salud, que debiera unificar el accionar de toda la red asistencial de rehabilitación psiquiátrica. Es importante saber que siendo el servicio oriente el servicio con más recursos del país y teniendo presente que es el que cuenta con la red más diversa y contundente en lo que se refiere a atención de personas con patología psiquiátrica severa (Saldivia, 2008), como servicio de salud ha delegado parte importante de las tareas de rehabilitación y desinstitucionalización en un grupo de instituciones con o sin personalidad jurídica (en convenio) que realizan todas las tareas fuera de los hospitales. Estos grupos son muy diversos: tres corporaciones, una sociedad y un par agrupaciones de familiares constituidas en estos años, todas ellas antiguas colaboradoras en la red Oriente. El maltrato se ha dado también a estas instituciones, un maltrato que no dimensiona la complejidad de la labor, la evidente carga que todos los diferentes dispositivos de la red tienen, sino que se relaciona con el hecho de que los diferentes dispositivos de la red defienden su presupuesto de acuerdo a metas y estadísticas, frente a Fonasa (Fondo Nacional de Salud). Esto hace que en la práctica no sea posible realizar la colaboración de red y todas las tareas de coordinación necesarias en este trabajo. Bajo esta perspectiva, en la práctica se orientan los recursos en actividades poco solidarias, individualistas y asistencialistas, que nuevamente dependen enteramente del esquema médico jerarquizado y centrado en la autoridad médica.

En estos años el gobierno, FONASA o el Ministerio de Hacienda, responsables fundamentales de la asignación de recursos, han sido muy resistentes y prácticamente sordos a todo el vocabulario que tradicionalmente traían los profesionales, los funcionarios, las personas y las instituciones que venían trabajando en Salud Mental en las últimas décadas : “una psiquiatría que se miraba en las experiencias de salud mental del Chile de Allende, los centros comunitarios norteamericanos y la lucha anti-

institucional italiana”(Desviat, Op. Cit.).

La pregunta que queda entonces es cuál es la concepción de salud y de salud mental que esta autoridad realiza en su asignación presupuestaria, de qué forma la autoridad de salud vela, registra y orienta la defensa presupuestaria de las actividades que el modelo considera en su política. Es lamentablemente, el único tema del que podemos hablar en los equipos de salud, en los pequeños equipos comunitarios que trabajamos en rehabilitación psiquiátrica. La autoridad que nos financia nos pregunta cuántas personas vienen, cuantos días a la semana y cuántos de ellos trabajan o hemos logrado que trabajen.

1.3 La desinstitucionalización: ya es historia

Efectivamente, han pasado más de cuarenta años desde que se iniciara el cierre de los hospitales psiquiátricos. La lucha contra el modelo asilar fue llevada por algunos autores a posiciones extremas, tanto teóricas como prácticas. El movimiento antimanicomial con Bassaglia en Italia promulgó el cierre completo de los manicomios por considerarlos una forma de represión, con el hito histórico de la Ley 180, de 1978. Otros autores, como Laing y Szasz, coincidieron en negar la científicidad del diagnóstico psiquiátrico y particularmente de la esquizofrenia al no haberse hallado hasta el momento una alteración anatomopatológica que lo sustentara.

Muchos años de experiencia han permitido constatar, en efecto, los daños de las políticas de desinstitucionalización, los estudios se han multiplicado con el pasar de los años para demostrar los puntos débiles, incluso los fracasos. Los Estados Unidos de Norteamérica, han establecido que el 30% de las personas sin hogar presentan problemas psiquiátricos. Lo mismo que el 29% de la población carcelaria. Además también según estudios hechos sobre las políticas de salud y los cambios ambulatorios, los “casos psiquiátricos” y las personas ancianas constituyen una de las principales causas de sobrecarga en las salas de urgencia de los hospitales. De ahí el fenómeno de puertas giratorias que preocupa a los círculos de intervención hace ya un buen tiempo. En fin, las cifras nos muestran la casi-imposibilidad de regresar a trabajar luego de una

primera hospitalización psiquiátrica y los porcentajes de extrema pobreza en las personas marcadas de esta manera.

La situación de las personas psiquiatrizadas, estigmatizadas por sus diagnósticos psiquiátricos -desempleo masivo, pobreza, lazos afectivos frágiles o inexistentes, hostilidad manifiesta hacia el medio ambiente- muestra hasta qué punto los fenómenos relacionados con las enfermedades mentales son aún rechazados por la sociedad. En efecto, la experiencia de las últimas décadas de desinstitucionalización psiquiátrica tiende a dar la razón a Foucault cuando nos hace pensar que a través de todas las reformas de la psiquiatría en los últimos dos siglos, es el criterio de la exclusión el que ha persistido, cambiando de forma y de lugar. Desde este punto de vista entonces, las políticas de desinstitucionalización no son a priori o por sí mismas, portadoras de una relación fundamentalmente diferente frente a lo extraño de esto que llamamos hoy enfermedad mental. El rechazo, la represión hasta el límite, la fragilidad del vínculo social que va hasta la desafiliación que amenaza la ciudadanía, constituyen la materia bruta de las condiciones sociales de los psiquiatrizados de la generación de la desinstitucionalización psiquiátrica (Blais, 2002).

18

En el caso de América latina, La Declaración de Caracas marcó un hito en el desarrollo de los sistemas de salud mental en nuestro continente. Quizá reflejo de nuestro devenir histórico; tiene más bien la forma de un decreto, que si bien establece una marca, lo hace en base a normas que los estados dicen respetar, más que como el resultado de un proceso de maduración o reflexión venida de los grupos sociales o profesionales que generan material y con esto impulsan una reforma. En la práctica además, es evidente que el hecho de haber estado sujetos a regímenes militares por esos años, nos separó de integrar las experiencias que ya son historia de la desinstitucionalización en América del norte y Europa. Como planteaba, es más bien con Las Resoluciones sobre salud mental promulgadas por los Consejos Directivos de la OPS/OMS con posterioridad a la Declaración (1997 y 2001), las que finalmente se han traducido en importantes apoyos que vinieron a ratificar la voluntad de los Gobiernos de continuar en el camino de la reestructuración de los servicios de salud mental (Rodríguez, 2007).

Sin embargo, y aunque hay una variedad de iniciativas en marcha, durante la última

década estos procesos enfrentan una problemática nueva y que hoy afecta a muchos países por igual: el estado neoliberal. Este nuevo estado y sus políticas, impulsan una gestión pública que enfatiza aspectos financieros y de contención del gasto fiscal, y debe lidiar con demandas sociales de calidad de vida y necesidades que difícilmente hoy el estado pueda abordar sin políticas que frenen, por ejemplo, el excesivo aprovechamiento de sectores privados a costa de las necesidades de salud. Tal realidad plantea el desafío de demostrar tanto el costo-efectividad de los modelos alternativos implementados, como la capacidad de generar nuevas propuestas, capaces de ajustarse a esta nueva realidad sin renunciar al bienestar del conjunto de usuarios del sistema.

Nuestro país no ha estado exento de este proceso de cambios en la atención a la salud mental y a los problemas psiquiátricos de la población. Aun cuando no ha habido un proceso estructural de reforma de los servicios de salud, la variedad y cobertura de éstos ha aumentado en la última década, así como el número y diversidad de profesionales incorporados a la tarea (MINSAL, 2000); desarrollo que se ajusta a las necesidades de una población con prevalencias anuales de desórdenes mentales de 24.4% (Vicente y cols, 2002).

Por otra parte, los beneficios derivados de las nuevas respuestas institucionales continúan siendo tema de debate, dado que la planificación de los cambios no siempre ha permitido respuestas asistenciales adecuadas y la disminución del costo es una premisa que no parece concluirse tan fácilmente.

Becker y Thornicroft (1997) plantean como problemas asociados a la desinstitucionalización, la fragmentación de los espacios de cuidado de los pacientes en la comunidad, la presencia de vagabundos sin hogar, la existencia de admisiones repetidas en el fenómeno conocido como ‘puerta giratoria’, la emergencia de una población de ‘nuevos crónicos’ presionando por atención en pequeñas unidades de hospitalización, y la existencia de un conjunto de pacientes que escapan de la red de atención.

Tales situaciones son reflejo de la diversidad de patrones de uso de servicios, que la institución psiquiátrica tradicional tendía a homogeneizar, y frente a lo cual es

necesario responder con una mayor flexibilidad y mecanismos de coordinación adecuados, que aseguren la continuidad de los cuidados, reconozcan su complejidad, las múltiples fuentes de discapacidad de los usuarios y faciliten proporcionar refugio a aquellos más deteriorados.

Esta mayor complejidad del demandante y de los propios servicios, unido al interés por adecuar la oferta a las necesidades reales y cambiantes de los usuarios, requiere una evaluación, alejada ya de viejos patrones que la vinculaban únicamente al número de pacientes asistidos y a la disponibilidad de camas psiquiátricas por habitantes. A ello se une el interés y la necesidad de incluir parámetros más alejados de las tradicionales variables objetivas, incluyendo aspectos como la calidad de vida; la evaluación de necesidades; la accesibilidad a los servicios; la integración y coordinación de la asistencia; las necesidades de poblaciones determinadas; y la evaluación de costos de la atención (Häfner y Van der Heiden, 1996).

La amplitud y complejidad de los nuevos requerimientos limita la utilización de diseños de investigación clásicamente usados por la epidemiología y la salud pública, y obliga a una búsqueda acabada de nuevos modelos que permitan, con una flexibilidad adecuada pero sin renunciar a la rigurosidad, evaluar estos recientes fenómenos. De acuerdo a Becker y Thornicroft (1997), estas nuevas herramientas de evaluación deberían considerar, en el nivel de los servicios, la expansión de éstos a áreas diversas, el interés por recoger datos a través de instrumentos que puedan ser empleados en procesos de evaluación, una descripción de servicios que permita comparaciones posteriores e intervenciones registradas y evaluadas de manera detallada, tanto en el nivel cuantitativo como cualitativo.

En relación con los pacientes se requiere explorar dimensiones que incluyen variables sociodemográficas, psicopatológicas, de funcionamiento global, calidad de vida, necesidades y opiniones subjetivas con respecto a la enfermedad y a la intervención de los servicios (Saldivia, 2008).

Luego de la desinstitucionalización, se develan mecanismos complejos e inconscientes, que no era suficiente acordar el respeto por las personas humanas, era necesario

trabajar mucho por los variados efectos de la institucionalización, alienación y, lo más preocupante, el hecho que no basta con la declaración de buenas prácticas y la buena voluntad en las orientaciones técnicas. Estos mecanismos deben ser revisados, trabajados, analizados y vigilados concreta y cotidianamente. Decimos “inconscientes”, para indicar que no son visualizados ni abordados como provocadores de respuesta en los demás y en el ambiente.

1.3.1 Las experiencias internacionales y referentes de la autoridad de salud mental llaman a no caer en los mismos errores.

Una aproximación moderna de la psicopatología, debe inscribirse en una aproximación a la vida mental y considerar operaciones concretas que ocupa nuestro aparato psíquico. Una psicopatología moderna debe también desprenderse de toda presuposición nosológica y naturalista que reposaría sobre la distinción entre lo normal y lo patológico. Debemos ser cautos respecto de nociones de valor, tan a la orden del día en salud mental y otras ciencias del accionar humano, en una problemática de salud mental con las implicaciones sociales, y por tanto políticas que se tienen hoy. Finalmente una psicopatología moderna debe desmarcarse de toda explicación causal. El debate psicogénesis-organicidad no es tema. La confusión responsable del dualismo organogénesis-psicogénesis desconoce el hecho fundamental de que toda conducta implica un mecanismo psicológico de desencadenamiento y un mecanismo neurobiológico de realización. La psicopatología se interesa ciertamente en los mecanismos de desencadenamiento; sin embargo, una confrontación interdisciplinaria fecunda supone una confrontación con los estados de mecanismos de realización. El peligro consiste en superponer los dos órdenes de mecanismos. En función del progreso de la neurobiología del comportamiento, la psicopatología buscará desarrollar sistemas de acción simples que respondan a mecanismos de realización accesibles a nuestro conocimiento sin, evidentemente renunciar al estudio de sistemas de acción de los cuales el mecanismo de realización son considerablemente más complejos (Widlocher, D., 1994).

1.3.2 En una perspectiva más amplia, es posible identificar períodos, históricamente.

Tres periodos se describen. El primero, que se prolonga hasta los años 1860, toma como guía la noción de *alienación mental*: la locura concebida como una enfermedad única, radicalmente distinta de todas las otras enfermedades, como los desórdenes de la conducta que es necesario excluir de los hospicios, y debe ser tratada en instituciones especiales, asilares empleando un tratamiento único y original, el tratamiento moral de la locura.

Un segundo periodo, hasta la segunda guerra mundial, se ordena sobre la noción de *enfermedades mentales*, en plural: se rechaza la idea de una enfermedad única y considera que el campo de la psiquiatría está ocupada por un conjunto de trastornos bien diferentes, irreductibles los unos a los otros, constituido o por enfermos en un sentido estricto (Kraepelin), o por síndromes que pueden remitir a etiologías diversas (Jaspers). La variedad de trastornos arrastra una diversidad de terapéuticas y supone instituciones diferentes. Si el término social de “loco” y el término jurídico de “demencia” coinciden bastante bien con el de alienado, no ocurre lo mismo con el de enfermo mental, y una cierta armonía se disloca. Antes y después de la segunda guerra, el paradigma era de grandes estructuras, más diferenciadas que las de la alienación, pero más unitarias que la de los enfermos mentales. El dominio ya no se fragmenta en un gran número de especies mórbidas, organizándose a través de la oposición entre estructura neurótica y estructura psicótica, y se acomodan como pueden las demencias y las oligofrenias.

Esta periodización es un modelo que permite ordenar un gran número de observaciones. Widlocher comenta que es necesario no perder de vista que si bien los periodos aparecen como sucesivos, las nociones persisten y hay notorios representantes de nociones de alienación que persisten en todos los periodos. El vocabulario no sigue estos periodos de forma rigurosa, las palabras específicas usadas durante un periodo, en un paradigma, pueden persistir en el uso efectivo en el paradigma que sigue.

Los tiempos modernos ha llevado a formar y reformar básicamente leyes y han obligado así, a los estados, a considerar todos sus ciudadanos y derechos. Junto con esta voluntad colectiva de crear una sociedad más libre e igualitaria, se desarrollan las medicinas y

tratamientos que también incorporan el respeto por la dignidad humana. La introducción del pensamiento psicoanalítico y de la salud pública a la Psiquiatría, son propulsores de los distintos movimientos de reformas legislativas o intrincación de la responsabilidad por la salud mental de los miembros de sociedad. Las características sociopolíticas de cada país, el tipo de sistema sanitario, su forma de organización y grado de cobertura, condicionan el modelo de atención de salud, lo que junto al rol otorgado al manicomio y a los servicios de salud mental, van a diferenciar los movimientos de reforma y las "reformas" de los sistemas sanitarios⁵.

En una perspectiva latinoamericana, se considera como un hito que 1990 se celebrara en la Ciudad de Caracas la "Conferencia de Caracas" sobre la restructuración de la atención psiquiátrica en las Américas promulgándose la así llamada "Declaración de Caracas". Este evento y el documento de referencia representan todavía uno de los puntos más altos de elaboración teórico-práctica logrados en Latinoamérica. Todavía hoy el debate sobre las reformas de salud mental, la legislación y la reorganización de los servicios se inspira en la "Declaración de Caracas". Esta expresó el estado crítico en que se encontraban los servicios de salud mental en toda América, y que requería un cambio radical en el modelo asistencial, basado en el hospital psiquiátrico y su remplazo por alternativas comunitarias (1997 y 2001). Este hito constituye una voluntad, sin embargo, el camino reformista ha sido complejo.

El balance de esos años ofrece un panorama desigual, pues si bien es cierto que muchos pacientes se han librado del manicomio, pasan la mayor parte del tiempo en la comunidad, con eventuales periodos de hospitalización, pueden mantener una aceptable autonomía y, con menos frecuencia, han configurado su propio núcleo familiar o mantienen un trabajo; otra gran cantidad de personas con trastornos mentales más o menos graves y persistentes pasan su vida con poca autonomía y precaria calidad de vida, sin apenas amigos y muy a menudo también sin pareja, o malviven en las bolsas de marginación y exclusión (entre la calle –“sin hogar”– y la cárcel, como circunstancias de reclusión extrema); bolsas que en la mayor parte de los países occidentales supuestamente “desarrollados” están demasiado nutridas de personas que

⁵Los sistemas sanitarios en Europa Reforma y resistencia <http://www.vientosur.info/spip/spip.php?article5709>:7 de agosto de 2011, **Viento Sur**.

padecen algún trastorno mental crónico.

Estos procesos de reforma han sido un camino duro y una crisis que se encuentra en desarrollo. Sin embargo es muy importante recoger estas experiencias para no repetir los errores. El ensayo de nuevos modelos de gestión, la necesidad de flexibilizar y optimizar el sector sanitario, la autonomía de gestión, los consorcios, entidades públicas sanitarias, fundaciones, que ahora se están introduciendo en España; no significan necesariamente el abandono de lo público, no deben significar la pérdida de la equidad y la universalidad, ni una fragmentación de las prestaciones con abandono de la cronicidad y las patologías llamadas leves.

Para completar la situación de los servicios sanitarios, de las instituciones de la salud mental, queda algo no menos importante. A toda esta situación hay que añadir el desgano del personal sanitario. En los medios profesionales del hipernutrido primer mundo, se impone el síndrome del profesional “quemado”. Es un síndrome, como la anorexia y la bulimia, propio de sociedades opulentas. Que se introduce, en el mejor de los casos, ante las dificultades de cambiar las cosas. Pero sobre todo, al comprobar la dureza de la tarea psiquiátrica. Al comprobar que la actuación terapéutica es, cuando menos, incierta. Que buena parte de nuestros pacientes nos acompañan de por vida. Su cronicidad nos impregna. En muchos de ellos nos reconocemos. Sus pequeñas miserias, fobias, miedos, angustias, vicisitudes vitales son las nuestras: los que difícilmente sobrellevamos (con o sin análisis personal). La sociedad nos exige no solo controlar la locura, el acto psicótico imprevisible, sino remedios eficaces para el malestar cotidiano. Nos exige, una vez más, hacer frente a sus males: toxicomanía, delincuencia. psiquiatrizar el mal: violadores, torturadores, psicópatas.

Hay un retroceso en la opinión pública que se expresa claramente en la prensa: vuelve el fantasma de la peligrosidad, de la criminalización de la locura. El movimiento de reforma psiquiátrica, desinstitucionalizador y comunitario, vuelve a ser sospechoso en los forjadores de opinión: de nuevo la prensa culpa a los románticos y utópicos reformadores, de la violencia callejera, de las violaciones; los "sin techo" se convierten otra vez en enfermos peligrosos. De nuevo se camufla la marginación social, la

existencia de un paro estructural, los graves problemas del alcoholismo y del tráfico de drogas, en la supuesta peligrosidad del enfermo mental, en la política de puertas abiertas, en el cierre de los manicomios (Desviat, M., 2000).

Estas experiencias llaman a considerar el fenómeno psicosocial subyacente. Y diría que también alerta en relación a contemplar el hecho psíquico, la mente humana y los hechos colectivos que en la práctica repiten la exclusión y el tratamiento de segregar. La desinstitucionalización, la inclusión social, no puede significar la denegación de tratamiento especializado de salud mental y a su vez el tratamiento especializado de salud mental no debe ser considerado como excluido del campo social.

Estas nuevas prácticas incluyen o delegan en la sociedad, es decir, en todos los profesionales y las comunidades cercanas, el trabajo de rehabilitación. Estas tendencias, acercaron a los pacientes mentales a la comunidad, y ahí es donde ahora se manifiestan sus dificultades y, muy a menudo, sus necesidades son consideradas como especiales. En la práctica, nuestros pacientes una vez que se sienten en condiciones de responder al “mundo exterior”, desean y requieren lo mismo que todos y las dificultades son más bien el acceso a derechos y el respeto de derechos sociales, político, culturales, etc.

Entre los factores limitantes del despliegue efectivo de las alternativas comunitarias se han señalado:

- a) la escasa relevancia de los nuevos dispositivos comunitarios frente al peso (económico y asistencial) que han mantenido o recuperado, los hospitales.
- b) los frecuentes fenómenos de transinstitucionalización; los objetivos parciales de muchas de las nuevas alternativas (sólo para ciertos tipos de pacientes, o sin constituir una red global de servicios alternativos suficientemente bien conjuntados entre sí, o con difícil articulación entre los servicios sociales y los sanitarios).
- c) el desplazamiento del interés de muchos de estos nuevos servicios hacia pacientes menos graves, pero muy demandantes de servicios, quedando desplazados los pacientes

más graves, pero desinteresados de la atención ofertada en los nuevos centros.

d) la actitud “no intervencionista”, falta de “asertividad” de los nuevos servicios en el seguimiento de esos pacientes más graves, pero desinteresados, renunciando a toda intervención que no fuera solicitada activamente por el interesado.

e) el desinterés de muchos profesionales por la atención comunitaria a los pacientes más graves, prefiriendo dedicar el esfuerzo a pacientes menos disruptivos y clínicamente “más agradecidos”.

f) muy especialmente, la escasa dotación financiera de los nuevos servicios.

El Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica, mostró que un 36% de la población mayor de 15 años, había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que un 22,6% había tenido un desorden en los últimos 6 meses (Morales, 2012). Las prevalencias encontradas son generalizables al universo de personas mayores de 15 años que viven en un hogar, quedando excluidas las minorías que viven en la calle o en instituciones (hospitales, cárceles), con lo cual es posible suponer que las prevalencia reales son mayores puesto que estas minorías tienen una mayor frecuencia de enfermedades mentales. Estos estudios aludidos son del año 1999, fueron en parte importante los que permiten una serie de impulsos dados a la reforma de salud mental y psiquiatría impulsada el año 2000, sin embargo, es preocupante considerar la falta de estudios en estas temáticas de tanta relevancia social actualmente.

El principal riesgo para el desarrollo de una psiquiatría pública alternativa, como para la sanidad pública en su conjunto, proviene, por una parte, de las dificultades, de la crisis mundial de su soporte principal: la universalidad y la equidad de las prestaciones sanitarias, sociales y comunitarias del llamado Estado de bienestar. Y, por otra parte, de la evolución fármaco dependiente y rudimentariamente biológica de la psiquiatría. He comentado en otros escritos los riesgos para las reformas psiquiátricas y concretamente para la española, un riesgo que se incrementa mucho cuando hablamos de la atención a las patologías más graves y persistentes. El riesgo tiene que ver, en primer lugar, con los cambios que se están produciendo en las formas de gestión sanitaria (acordes con cambios en el conjunto de la gestión gerencial de la sociedad), en los cambios de modelo y en los cambios en la ideología de políticos sanitarios y profesionales de la

salud mental del Estado de bienestar, tan amenazado hoy por el barrido del mercado, pero aún resistente en Europa y Canadá, fundamentalmente, y que prevalece en el discurso de las organizaciones internacionales y en las declaraciones políticas de la UE. Declaraciones y acuerdos internacionales que muestran, en el caso de la salud mental, la magnitud del problema y marcan estrategias a los gobiernos.

Ahí están *Los acuerdos de Helsinki* (2005) sobre salud mental suscritos por los 52 Estados participantes; el *Libro verde* (promovido por la Unión Europea); *La Declaración de Caracas* (1990), asumida por los ministros de los países de América latina y el Caribe, luego ratificada en 2005 en la Conferencia de Brasilia; y en nuestro país, *La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, aprobada, en 2007, por el Consejo Interterritorial. Acuerdos que deberían fundamentar los planes de los gobiernos y que no pasan de ser, desgraciadamente, la mayor parte de las veces, declaraciones de principios, escasamente cumplidas, o en ocasiones inmediatamente contravenidas. Válidas, eso sí, para dar cuerpo a las demandas de los profesionales.

27

En el consenso eufórico y triunfalista sobre la economía de mercado, el **hospital-empresa** impone sus reglas: reducción de la media de estadía, normalización lo más rápido posible, terapias breves que no se enredan de una psicopatología fundada sobre la fenomenológica o el freudismo, separación de pacientes agudos y crónicos. La política de sector se encuentra amenazada en tanto último avatar de una psiquiatría global que toma a su cargo toda la patología mental, de forma continua, en su continuo.

Hoy, hablar de psiquiatría comunitaria es hablar de trabajo en red, de trabajo en el territorio. Es tratar de la continuidad de la atención y de cómo ésta puede ser organizada y llevada a la práctica, cómo organizar el territorio. Aquí surge un nuevo peligro: la administración empresarial de la salud no puede entender la necesidad de la distribución en el territorio de los servicios. Ni la necesidad de hacer estudios epidemiológicos, conocer las características socio - demográficas de la población, perfiles de demanda, morbilidad atendida, morbilidad real para planificar los recursos, para hacer los programas.

Frente a la desinstitucionalización anglosajona, el movimiento francés busca formas terapéuticas de institucionalización, a través de la reinención permanente del establecimiento psiquiátrico y de la creación de nuevas instituciones intermedias, extra hospitalarias, sectorizando el territorio.

1.3.3 Política de Sector que Francia ha implementado desde los años 40.

En este proceso de reforma francés se asume la territorialización de la asistencia en la organización sanitaria y se crean áreas de cobertura que dan paso a la política de sector.

En 1960, una Comisión de enfermedades mentales publica una circular, firmada por el Ministro de Salud, que plantea la necesidad de transformar los asilos en hospitales especializados en el tratamiento de las enfermedades mentales, considerando que la internación no es más que una etapa del tratamiento, el cual deberá continuar en centros de prevención y postura. Esta circular define las estructuras y el espíritu de la política de sector:

a) No se trata de responder a una demanda de tutela o de exclusión, sino que tratar de intervenir tanto en el entorno como en el sujeto.

b) El aparato tradicional de asistencia, el hospital psiquiátrico, debe sufrir un cambio profundo, dejando de ser el lugar único o preferente, para ser un elemento más en un complejo sistema de unidades y asistencia, que permitan un tratamiento lo más precoz posible, asegurar la postura, evitando recidivas, separar lo menos posible al enfermo de su familia, dando cobertura a toda la población de una región delimitada.

Esa circular de 1960 define al sector como un área geográfica bien determinada que incluye camas hospitalarias y recursos extra hospitalarios, tales como, hogares postura, talleres protegidos, clubes terapéuticos, etc.

En resumen: la circular ministerial de 1960 es el reconocimiento administrativo y la legitimación de un modelo, cuyos inicios se encuentran en tiempos de la ocupación nazi e impulsada en la postguerra. Asume los postulados de la psicoterapia institucional y la política de sector, que intentan romper el hospitalocentrismo, buscando una asistencia descentralizada en pequeñas zonas, en torno a una multiplicidad de servicios comunitarios y plasmando los siguientes principios:

- a) sectorización, delimitando áreas de 50 mil a 100 mil habitantes
- b) continuidad de cuidados terapéuticos; el mismo equipo asegura el tratamiento en los diferentes servicios y momentos.
- c) Desplazamiento del eje asistencial desde el hospital a los servicios extra hospitalarios.

En los 32 años transcurridos desde esa circular, en Francia, ha habido un desarrollo desigual de la implementación de las nuevas estructuras, encontrándose algunos problemas. Uno de ellos tiene relación con su organización sanitaria general, pues a pesar de poner a disposición de los pacientes un sistema de protección social no excluyente y de acceso universal, está centrado en un sistema pluralista, que asocia la medicina de ejercicio liberal con un fuerte sector hospitalario público, lo que junto a un sistema de seguros médicos que cubren a casi el 100% de la población, condicionan una asistencia fundamentalmente curativa, con una planificación a corto plazo y un gran predominio hospitalario.

En 1989, cuando el modelo de economía liberal domina la práctica psiquiátrica francesa, un grupo de 14 psiquiatras critica fuertemente los proyectos de cerrar los hospitales psiquiátricos que se amparan en una política de ahorro de los gobiernos. Sin embargo, esta protesta de los psiquiatras franceses parece la defensa de una forma de entender la atención psiquiátrica, con claros beneficios privados, que incluyen a las instituciones psiquiátricas, a pesar de que la realidad de los hospitales psiquiátricos es elocuente, cuyas condiciones materiales de existencia son inimaginables.

La pervivencia del hospital psiquiátrico quedó confirmada y reflejada en un informe gubernamental en 1992: el 70% de los 800 sectores de Psiquiatría y el 60% de los 300, de Psiquiatría infanto - juvenil, permanecen atados a los centros hospitalarios. Asimismo, señala el temor de que la Psiquiatría evolucione hacia un desarrollo escindido: una Psiquiatría de punta en el hospital general, medicalizada y biologicista y una Psiquiatría encargada de gestionar la cronicidad, en el hospital psiquiátrico (Brokering, 1999).

Historia de una experiencia: ir hacia el otro en su terreno

“No basta con entender la locura, se trata de sanarla”.
(Alanen, 2009)

Los aspectos reunidos en esta parte del argumento, son referentes de una forma de trabajo y antecedentes de la construcción de espacios concretos de tratamiento de lo psíquico para nuestros pacientes. Primero, un colectivo que resistió ideológicamente y muy concretamente junto a la institución ONG, a la homogenización de discursos, al discurso y el tratamiento psiquiátrico y de salud mental normalizado en esos tiempos. Un periodo que va desde la participación de estos profesionales en espacios vanguardistas en el hospital psiquiátrico de Santiago, se continua en experiencias de comunidad terapéutica para pacientes psicóticos fuera del hospital, y llega a comienzos de los años 90, momento en que el grupo, liderado por Tessy Hunneus (Hunneus, 2005) logra sensibilizar y dar continuidad a la Comunidad Terapéutica de Peñalolén. Esta ONG, suscribe el año 91 su primer convenio con el servicio de salud oriente. En un segundo momento, describo cómo este colectivo humano reúne y aporta su visión, experiencia y opinión, junto a los que fuerzan la rearticulación de una reflexión sobre la atención psiquiátrica en Chile, hasta la formulación de Plan de Salud Mental y Psiquiatría.

Me interesa subrayar que la posición de este colectivo ha sido crítico y reflexivo de las condiciones socio históricas para la comprensión que hacemos del hombre y con una mirada consciente de las condiciones que pueden participar de su enfermedad. Este es un colectivo psicosocial que practicó el modelo de tratamiento ambulatorio como el paso que había que dar.

2.1. La ONG (1988-1997) se resiste por la vía comunitaria y humanitaria, al tratamiento inhumano de los psicóticos.

Esta iniciativa se constituye en 1975, durante la dictadura militar en Chile, a partir de un grupo de profesionales y voluntarios que con apoyo de la Vicaría de la Solidaridad dan lugar a un policlínico Parroquial al alero de la Parroquia San Roque. La actividad está fuertemente vinculada al trabajo comunitario en salud y a la labor del voluntariado

parroquial, todos grupos realizan este trabajo con apoyo del extranjero. Para dar esta forma de tratamiento de salud a las personas, son las organizaciones no gubernamentales que hacen un trabajo diferente del de la política del estado en esos años. De este trabajo, y el aporte técnico y financiero de la Cooperación Italiana en Chile, el proyecto redefinió sus objetivos específicos hacia un “Programa de atención Primaria de Salud con énfasis en Salud Mental”. El trabajo mantendrá el acercamiento activo de los profesionales con la población, por ejemplo, a través del vínculo con las juntas de vecinos, con quienes se hace talleres de educación sobre salud y salud mental y grupos de salud, capacitando a sus integrantes en el conocimiento de problemas psiquiátricos diversos que pudieran aquejar a personas de la comunidad. Donde los vínculos entre las personas y la confianza en la comunidad son aspectos de mucha importancia a la hora de enfrentar la salud y sus problemáticas. Se realizaban visitas a las casas, para conocer la realidad de las familias y detectar personas con problemas de salud mental, específicamente psicóticos, que vivían en precarias condiciones (Hunneus, 2005).

A partir de este trabajo, de comunidades, de cercanía, así como el hacer juntos, una persona con otra o en grupos con personas con psicosis, el equipo fue estructurando una variedad de actividades. La idea de Tessy Hunneus, su primera directora, fue:

“Implementar una Comunidad Terapéutica para personas con psicosis, en sectores de extrema pobreza. (...) Los pacientes comenzaron a frecuentar el lugar y el equipo, primero conversando con un médico, que daba medicamentos y luego las terapeutas ocupacionales les fueron proporcionando materiales, para pintar, modelar, cortar (...), entre otras actividades.” Para lograrlo, se trabajó en las relaciones, en el barrio. La idea era apoyar a las personas con problemas y capacitar a los grupos. Se hicieron grupos y se los invitó a trabajar con su barrio haciendo diagnóstico de la salud de sus vecinos (...). A raíz del diagnóstico, se constituyó el grupo de mujeres que vivía en el pasaje 11 de la población El Estanque; se supo así de una mujer, cuñada de una participante, que sufría trastorno mental. Se supo que para cuidarla la mantenían encerrada en una pieza con candado, por años”. La Cooperación Italiana (ONG) apoyó activamente los procesos de recuperación de espacios democráticos, aportó mucho a la política y conformación del Atención Primaria de Salud (APS), como programa. Promoviendo la salud integral mediante la prevención y la asistencia, la educación y la participación comunitaria, fue receptiva con el proyecto: “Empezamos con tres pacientes, fuimos detectando más pacientes en sus casas, venciendo resistencias y desconfianzas, convenciendo a las vecinas y familiares (...). Poco a poco se logró que trajeran a Ema, la mujer encerrada, con lo que se logró un cambio muy grande. Sabido es que todo ser humano necesita su nicho ecológico: un espacio grato que sienta como propio” (Hunneus, 2004, pp).

Una mujer encerrada en su casa, movilizó al colectivo. Esta mujer adulta no recibía tratamiento médico y era tratada como una persona peligrosa. Se trabajó con la idea de estar juntos, educando y asumiendo estas dificultades encontradas por la comunidad; también como una investigación sobre los valores, los miedos que habían llevado a esta familia a encerrarla y darnos una oportunidad de reestablecer un nuevo orden, con ella y todos los miembros de la comunidad, el vecindario y los vecinos de esta familia. El proyecto inicial, se ponía como objetivo “prevenir el deterioro” que produce la reclusión institucional en los pacientes y promover un cambio en la actitud de los familiares y la comunidad hacia el paciente mental. Su orientación era estimular la mayor participación posible de los pacientes, sus familiares y la comunidad a la que pertenecen, en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones que se realizaran” (Doc.1991). Se trataba de una experiencia pionera, centrada en los derechos a la libertad y dignidad humana. Inspiraba en ideas innovadoras para esa época en nuestro medio, como el respeto de los derechos humanos, la resistencia a la segregación de las personas y los tratos humillantes o de encierro. Además de estos principios, el equipo se apoya del modelo de Comunidad Terapéutica de Maxwell Jones, psiquiatra inglés de los primeros en realizar asambleas en los pabellones al interior de los hospitales psiquiátricos en los años 60, en Inglaterra. Este modelo utiliza la metodología de responsabilidad compartida, democracia, permisividad, comunicación abierta y grupal. El proyecto inicial Comunidad Terapéutica, está referido además a las experiencias del Hospital Diurno anexo al Hospital Psiquiátrico de Santiago e incluye acciones en terreno con la comunidad, lo que le permite inscribir su trabajo en el contexto de las estrategias de Atención Primaria de Salud (Modelo Italiano de salud mental), un modelo fuertemente aportado por la cooperación Italiana al Ministerio de salud en Chile (Doc. Archivos CTP, 1989).

En los objetivos del proyecto inicial, se lee:

- 1) Estimular y recuperar las partes sanas de los pacientes mediante múltiples actividades rehabilitadoras.
- 2) Motivar la integración de la familia, parientes, amigos y vecinos en el proceso terapéutico.

3) Realizar acciones de educación que mejoren el conocimiento sobre alteraciones de la Salud Mental, buscando eliminar prejuicios existentes hacía los enfermos mentales.

4) Integrar a los equipos de los consultorios municipales en el proceso de captación y selección de los pacientes y en el conocimiento de la metodología y resultados obtenidos. Dentro de las metodologías centrales, la asamblea comunitaria es una actividad básica, “reunión en la que participan todos los miembros de la comunidad y en la que se discute, decide y programa su funcionamiento. En ella se estimula la participación de los pacientes en su propio tratamiento y se asigna las responsabilidades de cada cual.”

Tessy Hunneus, ya mencionaba el gran trabajo que significó enfrentar la incomprensión, la burocracia y el escaso reconocimiento e interés mostrado por los encargados de la salud mental en Chile. Marcadamente denunciaba el trato indiferente, renuente, exigiendo informes y cuentas, priorizando cantidades, un trabajo en absoluta soledad. Una soledad que también hemos sentido en estos años y que compartimos con los pioneros de ese tiempo. La exigencia desalentadora y desestabilizadora de re postular año a año por convenios en gran incertidumbre, sin derechos laborales. Sin tiempo ni recursos para investigar o publicar, estudiar y reflexionar. ”La psiquiatría institucional nos ha ignorado, no envían pacientes y no reconocen, salvo algunas excepciones, nuestra existencia (...). No hemos sentido y creo que eso corresponde a una realidad, bastante solas en este trabajo....” (Hunneus, 2005).

Los principios básicos de este proyecto fueron desarrollar una psiquiatría liberadora, que lucha por sacar a los enfermos mentales del encierro, por hacerlos participantes de su propio tratamiento, que sean sujetos y no objetos. Se procura que el tratamiento sea integral, comunitario, ambulatorio y territorial, intentando que la familia, la sociedad y el país asuman a sus enfermos mentales, los acepten y los integren. La comunidad terapéutica diurna, le da la libertad de tomar tratamiento y el asambleísmo les devuelve la palabra (Sotelo, 2012).

Específicamente, en relación a como este grupo inicial se relaciona con la psicosis y la esquizofrenia, el equipo la consideraba una enfermedad que debía recibir medicina y que esta enfermedad concernía a una parte de la persona. En la práctica parte importante del trabajo consistía en relacionarnos con los aspectos sanos conservados, que, en

palabras de Tessy, podían ubicarse ocultos, detrás de la enfermedad. Estos aspectos enfermos, eran recibidos y conducidos a recibir medicina, ya que no dejaban a las partes sanas desarrollarse. Era un trabajo muy exigente, si consideramos que todo este equipo, que para efectos de orden llamaré un primer equipo.

1. Contenía la variedad y complejidad de los casos, ya que el servicio psiquiátrico más cercano se encontraba a dos comunas de distancia, y no existía en esa época atención de salud mental de urgencia ni especializada, en la práctica la única contención de urgencia la hacía carabineros.
2. De forma no violenta, ya que solamente el diálogo y la actividad eran las herramientas.
3. No restrictiva, porque el lugar tiene sus puertas abiertas y las personas vienen por iniciativa personal
4. Pacífica, ya que no se contemplaba con medidas de restricción ni física ni química.
5. Dialogada y respetuosa de los derechos, ya que contemplábamos el derecho que cada uno de ellos en el límite tiene de actuar contra sí mismos o los demás. Apelando a sus partes sanas el equipo practica el contrato con esas partes de la personalidad y se apela constantemente a ellos y su deseo de mejorar.

35

2.2 Las prácticas en el territorio

En relación a los procesos, los informes anuales elaborados para la autoridad del servicio de salud, desde los años 80, muestran las dimensiones y criterios de la atención que traslucen el modelo que este colectivo fue desarrollando. Estos informes, hasta finales de los años 90, incluyeron el número total de pacientes recibidos en el periodo y el número de pacientes activos del programa. Luego una serie de tablas con análisis de la proporción de patologías psiquiátricas por diagnóstico médico, edad, sexo. Y relaciones simples entre estas variables. Las dimensiones contempladas son: Disminución de las hospitalizaciones -su indicador era número de hospitalizaciones en el año-; Adherencia a tratamientos farmacológicos -su indicador, era la consulta constante a los pacientes y sus familias sobre los medicamentos; de hecho no se acepta el ingreso de personas sin médico tratante; Desarrollo de mayor autonomía e

independencia, una observación de los terapeutas y monitores, en relación a la vida cotidiana, las actividades en la casa comunidad y la asamblea de pacientes; Desarrollo de habilidades sociales -su indicador era la participación en los grupos y otras instancias-; Integración a un trabajo semiprotegido -el indicador era cuántos pacientes se encuentran trabajando con sueldo-; Integración a un trabajo autónomo; Integración al núcleo familiar, siendo indicador la calidad de las relaciones familiares; Participación en la agrupación de familiares.

En relación a los procesos, el informe muestra bien cuáles eran los aspectos que el equipo incluye para evaluar el programa, aspectos que representan el criterio de la autoridad. Este informe, que es redactado para el servicio de salud, incluye el número total de pacientes recibidos en el periodo y de pacientes activos del programa. Luego una serie de tablas con análisis de la proporción de patologías psiquiátricas por diagnóstico, edad, sexo, y relaciones simples entre estas variables. En este documento de los 49 pacientes, 22 mujeres, 27 hombres y en un 65% se trataba de personas diagnosticadas y medicadas como esquizofrénicos.

36

Se analizaron para este informe ocho dimensiones y los logros se agruparon en cuatro categorías: completamente logrado, en gran parte logrado, en parte logrado y no se aplica.

Las dimensiones contempladas fueron:

Disminución de las hospitalizaciones; Adherencia a tratamientos farmacológicos; Desarrollo de mayor autonomía; Desarrollo de habilidades sociales; Integración a un trabajo semiprotegido; apresto laboral; Integración a un trabajo no protegido; Integración al núcleo familiar; Participación en la agrupación de familiares.

Se planteaba además que la poca integración laboral también se explica porque la orientación del programa “prioriza otros aspectos por sobre la capacitación laboral y reinserción laboral. El programa hasta esos años,” tendía a rehabilitar al sujeto en el ámbito biopsicosocial” y capacitar e integrar laboralmente a los pacientes.

Un informe de los pacientes activos del programa, informa de los ingresos y egresos del programa, y se mantienen los indicadores de proceso y se hacen comentarios sobre los egresos e ingresos. Que hablan de la necesidad de un perfil, dado que algunos no siguen viniendo, algunos son muy difíciles, algunos no llegan por problemas de traslado y apoyo familiar.

En relación a las hospitalizaciones, este documento se refiere a usuarios y dice que todos han estado al menos una vez hospitalizados por causa psiquiátrica y que más de la mitad ha estado hospitalizado entre dos y cuatro veces, antes de ingresar al programa y que luego del proceso de rehabilitación este indicador baja de un promedio de 2.3 a 0.4. Y las hospitalizaciones registradas en ese período se atribuyen en dos casos a que se trata de “los mismos usuarios, que se hospitalizaron en el periodo anterior”, es decir, la gravedad de sus cuadros y al hecho que “este aumento de las hospitalizaciones coincide con el periodo en que la Comunidad se encontró sin psiquiatra”.

En la discusión del documento, se analizan los resultados: un 75% de disminución en las hospitalizaciones; en relación a los tratamientos, se observó que un 63% mejoró su relación con sus tratamientos médicos y en general todos estos indicadores registran logros muy importantes. Las dimensiones más complejas son el desarrollo de autonomía y habilidades e integración a un trabajo, que es muy mala. El análisis de la época considera que por un lado es la patología la que en parte explica estas dificultades; se observan dificultades para generalizar aprendizajes por ejemplo, es decir, que si bien en el grupo en el espacio de comunidad están bien, salen y todo vuelve a estar mal. Se considera además como un factor que incide en sus recaídas, en “las condiciones adversas del medio social y laboral en el que se desenvuelven”.

El informe del año 1997, también de procesos, insiste en la necesidad de mantener esta perspectiva; ya que de no ser así, no es posible dar a la autoridad una visión de resultados positivos. En este caso, el informe contempla: una descripción de acuerdo a los diagnósticos psiquiátricos que indican que un 70% del grupo tiene diagnóstico y tratamiento médico por esquizofrenia.

Es posible observar en estos años que si bien ha habido experiencias importantes, éstas no tienen la difusión ni el apoyo correspondiente de la autoridad, quedan invisibles y

muchas se desgastan como experiencias aisladas, ya que en la práctica los servicios psiquiátricos siguen concentrando los recursos y las prácticas siguen siendo muy tradicionales, en tanto centradas en el tratamiento farmacológico, en la consulta médica, muy limitada en el tiempo, que en la práctica no permite a la familia y al propio paciente participar en su tratamiento. Finalmente, son prácticas que no han integrado tampoco, el tratamiento en red, y menos aún la indicación de rehabilitación psicosocial.

2.3 Programa de rehabilitación psicosocial (1991-2010)

En 1991, el programa “Rehabilitación psicosocial Comunidad Terapéutica de Peñalolén”, asentado en la Parroquia San Roque, formaliza un convenio con el servicio de salud, para trabajar, en el sector Villa Palena, de la comuna de Peñalolén en Santiago. Este convenio histórico, vincula tres instituciones volcadas a dar continuidad a un trabajo local de salud mental: la vicaría, el municipio y el Ministerio de Salud. Hasta esa fecha no se contaba con nominación formal para este tipo de programas, es decir, ni referencias técnicas, ni financieras para el tratamiento ambulatorio para personas adultas con psicosis, en su mayoría sin tratamiento y en la pobreza. Tuvieron que pasar muchos años e incluso hasta la actualidad estas actividades no tienen código, ni valoración en Fonasa.

Ese año la “Cooperación Italiana” en Chile finaliza como muchos otros organismos internacionales, el apoyo económico a este tipo de causa extra gubernamental. Era la democracia y el estado de Chile que debían a partir de ahora definir sus políticas públicas. Se inicia el retorno a la democracia, se re articula discurso público, de las autoridades del gobierno democrático, sobre salud mental en sintonía con lineamiento de organismos internacionales. Y la disposición legal con que cuenta el ministerio para financiar estos programas (inexistentes, considerando la estructura financiera en lo concerniente a salud mental), el DFL 36 de 1990, se establece únicamente como tratamiento en función de “camas psiquiátricas”.

De esta manera la institución se convierte en una de las pioneras a nivel nacional a la que por esta vía no sólo se le permite dar una continuidad a un trabajo emprendido con

estas familias, sino también en la ejecución de un programa ambulatorio, comunitario, psicosocial, no médico de acompañamiento de personas con psicosis, que ha realizado prácticas concretas de desinstitucionalización psiquiátrica (Díaz, 2008). La relación entre el ministerio de salud, por intermedio de su servicio, el municipio y la ONG se mantuvo hasta el año 2001. El aporte local intersectorial no sobrepasa el 7% del programa en la actualidad, porque efectivamente toda la concepción actual apunta a considerar este un problema de estricta responsabilidad del sector de salud. Esta reducción de la participación local es contemporánea con la definición de las prestaciones de salud en FONASA (Ministerio de Salud, 2001) y la lógica de la privatización de la salud.

En 1991, participamos como ONG en la conferencia nacional “Desafíos en Salud Mental y atención psiquiátrica: Accesibilidad, Equidad, Participación” (Acuerdo de Santiago, 1991), que socializó y debatió en torno de las ideas y conclusiones de la Declaración de Caracas. Meses antes que la Declaración de Caracas fuera proclamada, el país había iniciado el proceso de retorno a la democracia, después de 17 años de dictadura, y se encontraba especialmente receptivo a nuevas ideas y a procesos participativos (Silva, 2012). A partir de esa reunión se retomaron prácticas, valores y experiencias sostenidas por décadas previas al golpe de estado, que arrasó con el estado democrático y gran parte de las prácticas de salud mental comunitaria. Los profesionales más cercanos al modelo comunitario, tanto en el nivel local como en el Ministerio de Salud, intercambiaron ideas en torno a valores y principios colectivos, comunitarios y buscaron caminos de acción para ponerlos en práctica (Minoletti, 2007). Fue en este ambiente, desde el año 1993, que el grupo de personas cercanas a la Comunidad Terapéutica encuentra sus formas de incluirse y re incluirse a las reflexiones que se formalizan en una reforma y en señales u orientaciones de una incipiente voluntad de pronunciar una deseada política pública, plasmada en un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría – PNSM (MINSAL, 2000). De esta manera, el Ministerio de Salud y esta ONG coinciden en el trabajo y abordaje de necesidades de interés público.

A partir de estos años, profesionales cercanos al modelo comunitario, tanto a nivel local como del Ministerio de Salud, impulsan en 1993 (MINSAL, 1993), el Plan

Nacional de Salud Mental⁶. Un documento marcado por el interés de retomar un trabajo colectivo y un vocabulario familiar (Rodríguez, 2007) que conllevaba un diálogo antiguo y sostenido entre ciencias médicas y sociales. Los modelos psicosocial, comunitario y de Red, finalmente, no son una novedad para el ya clásico diálogo entre ciencias sociales y médicas. El año 1998, la institución participa como ONG de la declaración pública por parte de las autoridades de una llamada Reforma de la atención de Salud Mental y Psiquiatría.

A partir de esta reforma, el nuevo vocabulario, concepciones psicológicas y sociales han debido ser traducidas en herramientas concretas de intervención por los diferentes equipos que únicamente contaron con los llamados tratamientos psicosociales y de rehabilitación, enunciados. En Chile, bajo el modelo biopsicosocial, implementado a sugerencia de la OMS se realizaron transformaciones estructurales y de financiamiento por parte del ministerio de salud a la salud mental, para la creación de una red de atención de Salud mental y rehabilitación psiquiátrica. Coincidimos con la política de programa de tratamiento ambulatorio y debimos comenzar a integrar el vocabulario epidemiológico obligado, para la nueva política. Hablamos entonces de Peñalolén, una comuna joven del sector oriente de Santiago, en la que más del 90% de las personas es atendida por el sistema nacional de salud. Esta realidad y el hecho conocido de que las personas con psicosis no acceden o no se hallan incluidas en los sistemas formales de trabajo, constituyen en la práctica una necesidad de atención de salud mental. Las condiciones económicas de los habitantes de Peñalolén, así como del 80% de la población chilena, no tiene medios económicos para acceder a otro seguro de salud que no sea el nacional, vía Servicio Nacional de Salud. Debimos integrar en estos años, un gran número de servicios, ya que finalmente eran las actividades que se contemplaba eran el tratamiento de los enfermos psiquiátricos severos, en un discurso científicamente avalado como costo eficiente en salud mental.

40

⁶ www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b5e8460e04001011f01239d.pdf

2.4 Tratamiento al interior de una Red de atención. Tratamiento psicosocial

Integradas como programa de rehabilitación psiquiátrico, pasamos a ser parte de una red de servicios de salud mental. Estrategia tomada de la experiencia y la tendencia señalada por algunos profesionales de la OMS Y OPS. La organización de servicios en salud mental, que enfatiza la desinstitucionalización de los pacientes y promueve su permanencia dentro de la comunidad, responde a un conjunto de factores y críticas, situándose en el contexto de procesos y realidades sociales más amplias. En el ámbito estrictamente de la salud, estos procesos encuentran fundamento tanto en factores epidemiológicos como en los cambios en las políticas más globales de salud, que centran su acción en superar problemas de accesibilidad, cobertura, equidad, participación social y eficiencia de los servicios, incentivan estrategias de atención primaria y favorecen aspectos de promoción y prevención (Desviat, 2000).

Además se plantea el requerimiento de “equipos de profesionales y técnicos altamente motivados, competentes técnicamente y comprometidos con la salud mental de las personas y las comunidades, las cuales tiene responsabilidades directas en el cuidado de las personas con enfermedades mentales de mayor severidad, tanto en el establecimiento en el que trabajan como siguiendo y apoyándolos a través de su paso por otros dispositivos de la red” (Silva, G., 2007). Esta continuidad en el seguimiento, en la práctica, se realiza con gran dificultad, ya que requiere el desarrollo de acciones coordinadas, tanto dentro del sector salud, como en el intersector. Se requiere intensificar el seguimiento, considerando las características de los procesos de rehabilitación y las amenazas del entorno tras el egreso o “alta” que no contemplan la perspectiva de procesos en los que periodos de atención pueden constituir progreso (Saldivia, 2008). El programa de Comunidad Terapéutica de Peñalolén corresponde en la red a un Programa de alta intensidad y actividad estructuradas. La Comunidad Terapéutica de Peñalolén corresponde en la red a Programas de Rehabilitación, de acuerdo a las Orientaciones Técnicas para la Rehabilitación Psicosocial (Minsal, 2006).

La red de Salud Mental y Psiquiatría en el área Oriente está integrada por equipos comunales e intercomunales. Equipos de salud mental y psiquiatría de consulta

ambulatoria y atención de lunes a viernes son los COSAM de Peñalolén, de Ñuñoa, de Macul y Providencia, representantes del equipo de salud mental del CRS Cordillera, encargado de Agrupación de Familiares de Personas con Discapacidad Psíquica de Peñalolén, encargados actualmente en el ámbito de la administración de dos hogares protegidos y una panadería subvencionada, representantes de Hospital de Día, Servicio de Psiquiatría Hospital Salvador, Consultorios APS (Lo Hermida, San Luis, La Faena y Carol Urzúa), y representantes de 5 instituciones privadas que en estos años han colaborado con esta red. El total de cupos que estas instituciones se disputan anualmente, es de no más de 50. Este número de cupos ha sido el mismo en más de treinta años. Los cupos de camas entre hogares protegidos y residencia no alcanzan los 40. Dos hogares protegidos (para ocho personas de sexo masculino cada uno) con domicilio en Peñalolén, uno en Ñuñoa (para ocho personas de sexo femenino) y una residencia con domicilio en Providencia (para 12 personas).

2.5 La Comunidad terapéutica: ambulatoria y cercana de la persona

Inicialmente, para este grupo fueron las ideas del psiquiatra Maxwell Jones y la psiquiatría Social las llamadas a escena; un modelo que, a juicio de algunos, pasó muy rápido a segundo plano por la fuerza que alcanzó en Europa el movimiento italiano, la ley 180 de 1978 y el cierre de hospitales psiquiátricos. La psiquiatría inglesa, por esos años -Laing, Cooper y Esterson- quedó reunida, junto a la italiana, bajo el término “anti psiquiatría” (Gentis, R., 2005). Los italianos se apoyaron en la experiencia inglesa, que antes de Laing, Cooper, Esterson, desarrollaron el movimiento de comunidades terapéuticas, de Maxwell Jones, que había ocupado un rol muy importante en el movimiento de las ideas, no solamente en el Reino Unido sino en todo el continente. El movimiento de comunidades terapéuticas fue, en opinión de Gentis, de algún modo escamoteado por lo que vino luego. Este autor comenta que el movimiento de comunidad terapéutica era mucho más generalizable en prácticas concretas y aplicables también a las necesidades que masivamente consultan los servicios públicos. El movimiento anti psiquiátrico iniciado por Laing y Cooper no podía dar lugar sino a experiencias puntuales. Fuertes, certeras, pero puntuales. Los italianos, piensa Gentis, atacaron el problema de modo diferente, a nivel socio-económico más general. Cuestiones todas que hoy al menos en nuestra realidad son vigentes y no excluyentes.

Efectivamente, los italianos tenían por objetivo principal cerrar los hospitales psiquiátricos. Basaglia lo dice y lo repite permanentemente, es su primer objetivo: “no podemos sanar a nadie en el marco de un hospital psiquiátrico”. Él consideraba (retomando los análisis de Goffman) que era una institución totalitaria que se encontraba únicamente ocupada por el ejercicio del poder.

“... lo que me interesaba en esto, era el aspecto existencial o humanista, que ya había sido planteado por Tosquelles, por Lacan, es decir, que el psicótico, incluso completamente escarchado, es un hombre, y que los estudios de la psicosis venidos de la antropología no son un dominio aparte. Había de esto en Laing, en Cooper y en lo que sabíamos de la experiencia de Kingsley Hall. Como estábamos obligados de algún modo a retenernos a lo que ellos contaban (que era probablemente cierto) era de hecho muy seductor y probaba que en condiciones particulares (algunas excepcionales...pero bueno) que podían reunir, había una forma nueva de hacerse cargo de los psicóticos. El problema, era: ¿qué de eso podía hacerse en psiquiatría pública? Eso sí que no era fácil.... Quizá es por esto que Maud Mannoni fue más seducida que nosotros, en la medida que ella no estaba ligada a la institución pública (Faugeras, 2005).

El modelo de comunidad terapéutica equipara el centro psiquiátrico a una comunidad social en que todos sus componentes: personal y comunidad hospitalaria, deben intervenir para modificar el trastorno del paciente, para que éste sea capaz de organizarse de un modo más constructivo. Jones señala como distintivo esencial de la comunidad terapéutica el hecho de hacer consciente al paciente del efecto de su conducta sobre otras personas y ayudarlo a entender las motivaciones que se ocultan detrás de sus actos. Para ello, el esquema terapéutico del hospital se organiza a través de múltiples grupos de trabajo, y también lúdicos, organizativos, etc. Dichos grupos están al cargo del personal cuidador. Se otorga una gran capacidad de decisión al paciente en los aspectos organizativos. Quedando a cargo del personal terapéutico (médicos y psicólogos) la supervisión de todo el trabajo grupal.

Este periodo, integra todas las contradicciones tanto del grupo, un segundo equipo, que a esa altura ya traía la experiencia de acompañamiento ambulatorio a más de 200 pacientes, durante más de 10 años, tenía varias asambleas constituidas con directiva y algunos pacientes habían iniciado junto al equipo sistemáticas laborales. Este segundo equipo, por otro lado había apoyado al área en la implementación de un hogar protegido y un laboral protegido, se encontraba apoyando el área sur en la implementación de nuevos hogares y al Hospital el Peral en sacar pacientes internados

por años a vivir en casas en la comunidad fuera del hospital, había por años acompañado procesos individuales y colectivos de trabajo protegido y no protegido, había acompañado y abierto una decena de Hogares Protegidos, tanto en el área oriente como sur de Santiago. Un periodo muy marcado en trabajo en el exterior, fuera de la casa, en parte porque en el ambiente psiquiátricos (la autoridad) evaluaba que este espacio era una burbuja, fuera de la realidad y el lineamiento de ese periodo estaba marcado por el acceso al trabajo.

Lo psicopatológico era suspendido, mal visto en miras a alcanzar una serie de objetivos que se encontraban totalmente integrados a la vida social. Este grupo de pacientes efectivamente había hecho un proceso junto al equipo que en parte les permitía a ellos tomar lugar de varias experiencias de las que fueron muy protagonistas, ya que en lo esencial no se imponía la psicosis, sino su deseo junto al nuestro. Y en esta experiencia podemos hablar de procesos de cura en varios casos.

La paradoja en otro plano consistía en que en la medida que el grupo, los grupos de pacientes y lo patológico ya no era el centro, no era lo central, las autoridades psiquiátricas, el servicio y nuestro principal sostenedor, la unidad de salud mental, comienzan a decir que este no es el trabajo que ellos están encomendados a garantizar; debemos salir a buscar nuestro sostén financiero en el intersector o directamente en el sector privado y financiero. Crear empresa por ejemplo, buscar créditos, porque ellos ya no necesitan del servicio psiquiátrico. Este fue un periodo muy enloquecedor para el equipo, y todos los grupos que se constituyeron no sólo en torno a nosotras sino en todo el país, en torno a las alentadas agrupaciones de familiares y otros grupos no profesionales y profesionales que se agruparon fuera del hospital psiquiátrico.

La Comunidad Terapéutica de Peñalolén se organiza en torno a una Asamblea. Con los años esta asamblea no sólo fue ampliándose en participación (Sotelo, 2010), sino que en demandas y en un diálogo cada vez más autónomo con el equipo de tratamiento. Fueron necesarias más y más formas de dialogar con dichas demandas dirigidas al equipo por un número creciente de necesidades y derechos: a la vivienda, al trabajo, a la sexualidad, a la autonomía. La participación de familiares se constituyó en los años

en una *Agrupación de familiares*, también en parte como efecto de la enorme cantidad de demandas postergadas, que nos eran planteadas. Se constituyeron con los años diferentes instituciones en torno a la comunidad. Así, frente la necesidad de vivienda para algunos pacientes que requerían más cuidados por períodos, se abrió, con recursos del FOSIS, el primer *Hogar protegido* del área oriente. Frente las necesidades de trabajar en condiciones protegidas, surgió también el primer *Taller laboral protegido* (Pazza Pizza) del país.

Este periodo de gran desarrollo ha implicado nuevos grupos más diferenciados. En este proceso que se visualiza desde las asambleas y que deriva en la autonomía y separación de grupos de pacientes, así como en la necesidad de volver a la institución con grupos de enfermos más dependientes.

2.6 La Comunidad inconfesable⁷

La vida cotidiana de estos años es difícil de expresar. En parte porque es muy simple y en parte porque es muy variada y tiene la cualidad de todas las personas que estos años hemos hecho la experiencia. Son muchas las personas, así como han sido varios los equipos. El espacio de encuentro es una casa, similar a las casas del barrio; es un espacio doméstico, en el sentido que se puede comer, descansar, pintar, leer; se puede colaborar con el aseo, se puede cuidar al grupo. Es también un lugar de apoyo, donde nadie va a encerrar a nadie, no se va a hospitalizar, no se va a medicar. Al ingreso, en la recepción, el equipo es muy claro en decir que no se realizan diagnósticos médicos, el pronóstico que entregamos a las familias es la experiencia que hemos tenido en casos similares; no esperamos normalizar, estamos ahí dispuestas a recibir personas heridas, que sufren de no poder ser como los otros, o de no querer vivir, estudiar o trabajar. Sufren porque sus mentes no los dejan descansar, tienen miedo – junto a quienes los acompañan-,llegan a menudo muy desorientados, expulsados de muchos lugares ya. Conocemos especialmente familias con sus hijos jóvenes, o hermanos o vecinos que consultan por ellos.

⁷Expresión de Maurice Blanchot

Estos años, este último equipo de un proceso de comunidad de conocimientos, ha ido adoptando los antiguos útiles e integrando nuevos. Es un equipo que ilustra bien el pluralismo metodológico que necesariamente necesitamos mantener cuando tratamos con personas con psicosis. Por un lado, conceptualizando tres dimensiones simultáneas: *El ambiente*, *El lazo social* y *El mundo interno*. Cada una tiene su propia dinámica y se relacionan entre sí, anudadas por la asamblea y el equipo. Todas las personas de la institución transitan por estos espacios-conceptos. Cada uno de estos ámbitos tiene espacios concretos de reunión, que pueden ser grupales o duales, en el espacio físico de la comunidad terapéutica o fuera de ella, con los pacientes de forma directa o con sus equipos de tratamiento, otros referentes comunitarios o las familias y vecinos.

El grupo lo constituimos quienes estamos ahí, con los pacientes, fuera de la consulta médica, que al menos en nuestra realidad normalmente da indicaciones sin tiempo para las explicaciones. Somos terapeutas ocupacionales, psicólogas, monitores, talleristas, técnicos de rehabilitación, psicopedagogos. El equipo a diario recibe la complejidad de la psicosis, con familias y personas jóvenes o adultas a las que la vida normal les resulta difícil, que tienen un diagnóstico psiquiátrico y un tratamiento médico. Lo que llamamos Tratamiento ambulatorio, significa que el equipo trabaja todos los días de la semana, durante todo el día, en función de facilitar el paso por una serie de espacios e intercambios que constituyen el tratamiento de la comunidad terapéutica.

La psicosis toma forma en diferentes momentos de la convivencia, en ellos particularmente, en el ambiente o en el lazo social. Para darnos el espacio necesario, para los casos hemos ido adoptado diferentes modelos:

Útil 1

El *ambiente*, es el tratamiento del ambiente, y de la *cotidianeidad*, concepciones tomadas del análisis institucional, lo conforman los espacios en los que se transita y comparte regularmente el colectivo y cada cual proyecta ahí su psiquismo. El jardín, la mesa de ping-pong, las zonas de fumadores, el aseo, las salas y horarios en que se ocupan por cada actividad, el desayuno, el almuerzo. Los espacios que se gestionan para el tiempo libre y el ocio, la radio, etc. La grilla es una herramienta útil de este modelo desarrollado por la escuela de análisis institucional (Oury, 2003). La psicosis no deja de

ser considerada, y es contemplada en su dificultad existencial. Este ambiente y la grilla, significa que cada uno de los que trabajamos estamos constantemente atentos a la diferencia entre el rol y la función, así como lo que puede desfallecer todo el tiempo en el estar juntos. Este equipo de forma diaria se centra en el grupo sin dejar de contemplar la complejidad. No es para nosotros novedad, lo que pasa y sabemos que vienen, afectados, psíquicamente afectados, con delirios, por ideas delirantes y sensaciones o alucinaciones. Son vistos así. Se trata de no caer en el desconocimiento, o pretender una cura. Esta contención en este sentido no es espontánea, conocemos ya desde la reunión semanal del equipo cual es la situación de cada uno de los pacientes que constituyen el grupo. Hemos integrado algunos métodos de la *psicoterapia institucional* (Ayme, 2003). Esta necesidad surgió en parte de la dificultad práctica de incluirnos en la cotidianidad, sin caer en la odiosa segregación disciplinaria y dejar la oportunidad a los terapeutas de hacer también lo que quisieran hacer, y no anular la función terapéutica por normativas disciplinarias o profesionales. Se hizo necesario incluir lo que cada una de nosotras supiera hacer mejor. Nos permitió analizar diferentes mecanismos de huida y las dinámicas de los procesos grupales que hasta ese momento no habían sido interpretadas. Integramos procesos dinámicos y pudimos analizar actos y decisiones que nos condujesen a nosotras a actuaciones de separación, ya que en parte pudimos notar que las necesidades del grupo en parte pueden arrastrar al equipo a buscar oportunidades y soluciones en el exterior y caer en el asistencialismo.

La psicoterapia institucional aporta útiles para dinamizar el trabajo asistencial terapéutico (Ayme, 2003). Nacido a mediados de los años 1930, este movimiento se alimenta fundamentalmente de dos fuentes: del pensamiento psicoanalítico y del análisis marxista de los fenómenos sociales. Su función es transformar constantemente la institución en un instrumento terapéutico en sí mismo. Para ello el paciente no debe ser considerado sólo un objeto de cura, sino un sujeto enlazado en los recursos relacionales. En esta institución la terapéutica se realiza mediante el análisis del inconsciente de todos los que constituimos los colectivos, tanto “enfermos” como terapeutas. Debe renovarse a cada paso, combatir todo aquello que promueve el aislamiento del paciente, con la finalidad de abrirlo a la heterogeneidad, mediante la constitución de lugares donde pueda establecer un contacto con los otros, y que de esa manera, se produzcan intercambios (Ayme, 2003; Oury, 2003). Para que esta heterogeneidad persista, debe trabajarse constantemente tanto la patología del enfermo

como la derivada del medio, con el fin de modificar la tendencia espontánea a reproducir los esquemas de alienación masiva (Oury, 2004).

Útil 2

El *lazo social* es la instancia apelada para los espacios creados con objeto de mirar a las comunidades o el intercambio con otros grupos. Actividades que se orientan hacia el mundo exterior a la institución y la relación con otros. Estos espacios son variados, ha tenido diferente nombre, arte, bazar, reciclaje. Por ejemplo, el reciclaje, que estos años abre a lo menos tres espacios semanales en los que de modo muy estructurado y un sentido muy preciso establece compromisos con el vecindario, con la asamblea, con la comunidad. En este caso lo que se intercambia es el dinero. Por la recolección, clasificación y venta de botellas, diarios, cartón.

Útil 3

El *mundo interno* es la referencia a una instancia individual, que será abordada en la reunión de equipo, la supervisión y los espacios de atención individual. En el caso de los espacios de atención individual de los pacientes, está contemplado que si el paciente lo quiere, puede encontrarse con una psicoterapeuta. Los psicoterapeutas, damos lugar así a un diálogo, al interior de un espacio seguro, salas que están únicamente destinadas a esta tarea. Esto significa, que como psicoterapeutas no se espera de nosotras que actuemos en la realidad, se espera que estemos ahí disponibles y centradas en la tarea de atender a nuestra labor de psicoterapeutas. Los psicoterapeutas cuentan con una pareja terapéutica y supervisión clínica. La pareja terapéutica del psicoterapeuta, han sido terapeutas ocupacionales que se encuentran muy centradas en aspectos de la organización de la cotidianidad y proyecto de vida digno. Esta pareja terapéutica a su vez se encuentra contenida por el equipo que se reúne semanalmente. Este grupo reciben las demandas y presiones que pueden ser de diferente orden dependiendo del compromiso psicopatológico. Los psicoterapeutas, podemos quedarnos ahí con ellos y su espacio interior en la sala. Estar en sala, en algunos casos es ya la dificultad, no siempre es posible hablar, menos hablar de algo. Este espacio es a construir, toma tiempo y requiere al psicoterapeuta.

Nuestro trabajo se realiza en un territorio inestable y de difícil interpretación, donde por momentos caemos en la confusión y la desesperanza. Es un espacio laberíntico de incertidumbres (Resnik, 1994). Todo esto para dar cabida a la experiencia de la psicosis. Esta concepción psicopatológica, busca en ese espacio el despliegue del miedo, el imposible estar, la persecución, lo negativo en el sentido de la no-relación aparente, lo regresivo, lo amenazante, lo que provoca es parte del trabajo, su comprensibilidad. En estos momentos es cuando lo psíquico es la hipótesis más importante, quedamos a la espera y en esa espera activa surgen los objetos psíquicos, historias, sensaciones, visiones, ilusiones, voces y espacios interiores.

Posición Psicoanalítica

*La angustia no tiene ni forma, ni
color, ni sonido*

W. Bion (1970)

Cuando hablamos de inconsciente, hablamos de un concepto abstracto de difícil interpretación. Desde el plano de la neurosis y su investigación deriva toda la técnica psicoanalítica en un primer tiempo. Y esta técnica define una metodología que justamente resguarda el trabajo sobre el inconsciente. Por largo tiempo se planteó que la misma técnica resultó inaplicable para las psicosis. La psicosis significó conocer de qué tipo era la relación establecida por el sujeto psicótico con lo real (Racamier, 1985).

El psicoanálisis aporta un método de investigación de la mente humana, y la “mente” constituye su principal foco de interés (Meltzer, 1996). Este método es en parte la historia del psicoanálisis y sus variaciones constituyen territorios de gran debate y disputas por lo que el psicoanálisis finalmente significa.

Esta sección de nuestro trabajo descansa en un sistema de referencia potencialmente útil a la clínica que aborda aspectos psicopatológicos. Una psicopatología contemplada y contenida en el proceso analítico. Se trata de considerar la potencia del encuentro entre dos personas, dos vidas que toman relación, bajo un marco bien específico y exigente. Todo esto manteniendo un interés por la nosología, especialmente porque este vocabulario nos permite mantener una comunicación con los diferentes equipos intervinientes, el médico y diferentes aspectos y momentos del tratamiento de la persona y su situación.

Claramente no hay aquí intenciones de monopolizar el tratamiento, ni la comprensión de la patología. Más bien se trata en este caso de dar por un lado curso a la transferencia, el proceso psíquico bajo el encuadre adecuado para la contención de esta relación y, por otro, incluirse, aportar en los procesos más amplios que se elaboran interdisciplinariamente.

3.1 Proceso analítico como método de investigación de la mente.

La obra escrita de Meltzer abarcó cuatro décadas; fue un escritor prolífico, inspirado, y también por momentos irreverente. Si bien a lo largo de su vida, escribió acerca de muy diversos temas que abarcan la teoría y la técnica psicoanalítica, hay algunos ejes que atraviesan su obra y se desarrollan desde sus primeros trabajos psicoanalíticos. El primer eje es: “geografía de la fantasía inconsciente”, que parte del descubrimiento clínico de la identificación proyectiva en objetos internos. Podemos seguir el derrotero de esta idea a partir del artículo “La relación entre la masturbación anal y la identificación proyectiva” de 1965, continuando con el capítulo sobre “Esclarecimiento de las confusiones geográficas” del libro *El proceso psicoanalítico* (1967) y que culmina en 1992, con la publicación del libro *El Claustro, Una investigación sobre los fenómenos claustrofóbicos*. (Nemas, C. s/f).

En su libro, *Proceso Psicoanalítico*, plantea la “historia natural” del proceso, cuya evolución puede verse a través de las modificaciones en la transferencia en una secuencia de fases, de profundización al mundo mental. El oficio del analista consiste en poder mantener este flujo al interior de la relación y que este analizar permita o facilite la elaboración. Estas fases pueden ser comparadas con el desarrollo de las primeras relaciones de objeto, desde una dependencia no tolerada y proyectada, hasta una dependencia introyectiva con reconocimiento de la importancia del objeto tanto como de su libertad” (meltzer.com.ar/meltzer.html). Meltzer advierte que el proceso evoluciona en etapas que llama: “La recolección de la transferencia”, “La discriminación de las confusiones geográficas”, “La discriminación de las confusiones zonales”, “El umbral de la posición depresiva” y “El proceso del destete”. Si bien describe el proceso predominantemente con ejemplos de análisis de niños, también se refiere al mismo en pacientes adultos, y a sus posibles ciclos en una sesión. En este libro considera el psicoanálisis como una “actividad humana” que tiende a desarrollar la capacidad del autoanálisis, la integración del self y la responsabilidad por las propias motivaciones.⁸

En este documento me referiré de un modo más específico a aspectos descritos sobre la

⁸<http://www.meltzer.com.ar/meltzer.html>, 20 agosto 2013

dependencia y las ansiedades de separación. La fases: una primera fase, la *acumulación de los procesos transferenciales* en el tratamiento, una segunda: *La discriminación de las confusiones geográficas*, de la *diferenciación del self y objeto surgida de la investigación sistemática*, de la identificación proyectiva masiva, tal como se intensifica en la transferencia en relación con la separación. Dado que la identificación proyectiva masiva puede funcionar para oponerse a cualquier configuración que produzca dolor psíquico a nivel infantil. Esta fase no se podrá elaborar realmente hasta que este mecanismo haya sido, en gran parte, abandonado. Constituye un logro de primer orden esta fase en pacientes psicóticos. El autor lo llama *paso crucial para el establecimiento de las bases de la salud fundamental, y la eliminación del peligro del deterioro psicótico*. “El abandono de este mecanismo para salir del dilema de desazón infantil, posibilita el esclarecimiento de un tipo limitado de dependencia. La hemos llamado “pecho-inodoro” para designar su finalidad puramente expulsiva, y la experiencia de objeto parcial.

Meltzer nos advierte que “la renuncia a la identificación proyectiva masiva como defensa de elección acentúa la distinción entre el interior y el exterior de los objetos, la diferencia entre la realidad externa y realidad psíquica dista mucho aun de haberse logrado y la mayor parte de la tarea en esta tercera fase del proceso analítico tiene lugar en medio de una constante confusión y oscilación entre estos dos mundos de relaciones objetales” (Meltzer, 1996, p.63). “Se confunde el soñar y la vigilia y la relación masturbatoria con objetos interno se da asimismo con objetos externos. Sólo más adelante, cuando se lucha para establecer la relación nutricia con el pecho, en el umbral de la posición depresiva, se impone la tarea económica de diferenciar lo interno de lo externo, y es el momento en el cual el problema de la reparación ocupa el centro de la escena” (Meltzer, 1996, p. 63).

Nos detendremos un poco más en esta tercera fase, que es descrita por Meltzer como: “*La discriminación de las confusiones zonales*”, “un movimiento a través de este caos de zonas y modos mediante el cual crearemos el orden suficiente como para hacer posible la experiencia de la dependencia introyectiva del pecho nutricional y del concomitante complejo edípico genital”, con los acompañantes esfuerzos hacia la integración de la bisexualidad y de las partes escindidas.

Se describe una estructura general de la transferencia para esta tercera fase: a) el período de trabajo central de cada sesión, semana y año, queda relativamente libre del obstáculo de la identificación proyectiva masiva y su fenomenológica, continúa en grados variables, dominando las separaciones; b) la relación proyectiva “pecho-inodoro” forma el trasfondo de dependencia de la tarea analítica y todos los excesos de desasosiego psíquico, ya sea persecutorio, depresivo o confusional, son expelidos dentro del analista a través de medios característicos; c) la relación transferencial resulta inundada por una excitación en la cual se confunden las zonas y los modos; d) el espectro introyectivo de la dependencia infantil es progresivamente mantenido en una posición escindida fuera de la situación analítica, a medida que la relación introyectiva oral con el pecho se diferencia con mayor claridad de las otras zonas y modos de la transferencia infantil; e) la identificación proyectiva como mecanismo funciona ahora en forma menos masiva, en relación con las zonas selectivas, para borrar la diferenciación entre la adultez y la infancia. De modo que ya no sirve para obviar las experiencias de desamparo infantil, sino que es usada para erradicar las barreras contra las anheladas gratificaciones en los conflictos edípicos genital y pre genital (Meltzer, 1996). Esta fase está dominada por *deseos y celos, con las ansiedades concomitantes*.

Si bien sus ideas están apoyadas en los tres pilares de la teoría kleiniana: la teoría de las posiciones, el splitting e identificación proyectiva y lo concreto de la realidad psíquica, estos conceptos adquieren una impronta meltzeriana que los expande y extiende. A la idea kleiniana de mundo interno, en el que habitamos de modo tan concreto como en el mundo externo, Meltzer agrega un tercer mundo, un sub-espacio del mundo interno ubicado en el interior del cuerpo de la madre. Esta idea permitió ensanchar el horizonte del estudio del carácter en la pseudo-madurez, la formación de símbolos y el desarrollo cognitivo. En su constante interés por clarificar términos y discriminar con precisión el significado de los conceptos, Meltzer diferencia dos aspectos de la identificación proyectiva: el identificatorio y el proyectivo. Resalta el aspecto de intrusividad en el objeto, para diferenciarlo de la motivación comunicativa que había sido descrita por Bion e introduce un nuevo término - identificación intrusiva - para describir esta forma de identificación narcisista.

Los aspectos proyectivos y sus consecuencias claustrofóbicas habían sido ya señalados

por Melanie Klein, en cambio, las perturbaciones en la identidad producidas por efecto de este mecanismo habían sido menos estudiadas. Meltzer resalta particularmente el sentimiento de grandiosidad inducido por la intrusión en el objeto, ya que considera que constituye la fuente más importante de resistencia para abandonar el uso de este mecanismo omnipotente y tolerar la dependencia infantil con el objeto. Sólo cuando la grandiosidad disminuye en el trabajo analítico (y éste es un aporte a la técnica) se vislumbra la claustrofobia, que aparece como la sensación de estar encerrado en la prisión de un estado mental sin saber cómo salir. Meltzer afirma que hasta entonces no conocemos a nuestro paciente y que recién ahí, en contacto con el aspecto infantil angustiado que emerge, comenzamos a presidir un análisis en el que se puede poner en juego la transferencia y las vicisitudes de la relación con el objeto bueno. En el artículo acerca de la masturbación anal y la identificación proyectiva, Meltzer describe la fantasía de apoderamiento omnipotente del pecho inducida por la masturbación y un desarrollo que elude las diferencias generacionales y la conflictiva edípica; a este grave trastorno del carácter lo denominó pseudo –madurez.

La exploración de las confusiones geográficas en el proceso psicoanalítico permite abordar la ansiedad persecutoria, que aparece agravada por la envidia y los celos delirantes que erosionan la confianza en el objeto al que se intenta entonces controlar de modo omnipotente y obstaculizan la separación entre sujeto y objeto. Más de veinte años más tarde, a partir de la experiencia clínica y de la incorporación del pensamiento de Bion a su modelo de la mente, las descripciones muestran un panorama más complejo.

El valor del proceso psicoanalítico, nos plantea Meltzer, deriva del grado a que esté determinado por la estructura de la mente. “Esta investigación psicoanalítica tiene por tanto como principal interés dar lugar a tal relación, a la transferencia y cuidar la estabilidad del paciente” (Meltzer, 1996.pp). La perspectiva de proceso, se aplica a la forma en que se desarrolla un modo específico de vivir la experiencia creada por el marco y reglas de la técnica psicoanalítica (Widlöcher, 1996), cuando estamos expectantes de cambio psíquico en los procesos de cura.

La perspectiva procesual de Meltzer nos ha invitado a reconsiderar el progreso del trabajo realizado con nuestros pacientes, ya que en la práctica el valor de esta

experiencia es en parte trabajar sumergidos en sus mentalidades, escuchando atentos, tomando los resguardos que hemos aprendido a hacer en estos años. Justamente ha sido la concepción de realidad la que ha sido complejizada muy concretamente a través de los espacios creados para contener en la institución.

3.2 Territorio Psicopatológico

“Es interesante ver como en el discurso corriente, inclusive en los escritos de psicoanalistas y de los psicólogos aquello que se designa con la palabra sujeto, designa la mayor parte del tiempo al objeto de la observación. ¿De dónde viene ese divorcio en la noción de sujeto? Quizás ese divorcio venga del lugar que puede ser dado a la locura.” (Davoine, 1998)

A mediados del siglo XX, se concibe en la idea de un origen común, una identidad entre procesos normales y patológicos, las posibilidades de comparación. Hasta ahí, la locura era concebida como una entidad extranjera a la persona, que alteraba su naturaleza y trastornaba su razón (Widlocher, 1994). La enfermedad y la enfermedad mental son consideradas una variación, en mayor o menor medida, de propiedades naturales. Se concibe una no diferencia entre la naturaleza de fenómenos fisiológicos y... “Todos estos fenómenos derivan de leyes que, siendo propias de la materia viva, son idénticas en su esencia, y no varían que por condiciones diversas en las cuales los fenómenos se manifiestan. Todo fenómeno patológico es por tanto la exageración o la insuficiencia, la separación o la combinación excepcional de procesos elementales que se presentan ordinariamente bajo otro aspecto” (Widlocher, 1994).

La psicopatología o psicología patológica se inscribe en el marco de los métodos comparativos de la psicología. Sin embargo este método dado la naturaleza de su objeto constituye un aspecto fundamental de la psicopatología.

Widlocher comenta que es así como Auguste Comte reprochaba a la psicología de su tiempo el no observar sino al hombre “adulto y sano”, que los psicólogos cometen un error al considerar únicamente al hombre, adulto, blanco y civilizado. Ribot, considerado como el fundador de la psicología patológica, pone entre paréntesis el estudio de los mecanismos que determinan un hecho mórbido, por el estudio de la

manera como este afecta el funcionamiento del espíritu. Este método comparativo toma forma de verdadero método experimental. Se funda sobre la diferencia entre normal y patológico, pero al mismo tiempo se resta de definir las condiciones de lo patológico. Le basta con constatar su existencia y medir los efectos para dejar a otros el cuidado de precisar la naturaleza y el origen. Así, la psicología patológica se define a partir de un objeto que tiene lugar de método, de útil conceptual, más que ofrecerse a ser cuestionada en su naturaleza.

El término psicopatología sustituyó al de psicología patológica, y conlleva un cambio de sentido. De hecho, psicopatología significa a la vez el trastorno mental estudiado y la ciencia que lo estudia. Este doble sentido en el tiempo se entiende dado que la ciencia psicopatología ha buscado no solamente describir las diferencias, sino también definir la naturaleza del trastorno, sus mecanismos y sus orígenes. Al principio, no se planteaban preguntas acerca del carácter psíquico de la patología, en la medida que la idea de patológico estaba ligada a la de trastorno orgánico del sistema nervioso. La psicología patológica comparaba conductas sin preocuparse de la causa de sus diferencias, pero admitiendo que ellas eran necesariamente una alteración cerebral. Pero, desde el principio del siglo XX, dos grandes corrientes de pensamiento vienen a modificar esta hecho: el psicoanálisis y el conductismo. Ambas por vías muy diferentes, demuestran que conductas con reputación de mórbidas se relacionan a “factores psicológicos”, es decir, que ellas constituyen respuestas a eventos externos o experiencias “subjetivas” sin ninguna anomalía cerebral. Por tanto, el estudio comparativo de conductas normales y patológicas no podía limitarse solamente al estudio de las variaciones del comportamiento. Había que incluir en la variación la etiología y estudiar su génesis.

La clínica, por otro lado, no se deja definir fácilmente. Esta actividad, reposa por un lado, dado su interés nosológico, sobre la observación, es decir, el estudio de los *eventos mentales* accesibles a la conciencia del sujeto o se extrae de comportamientos de una duración suficiente para ser accesibles a la conciencia del observador. Ella secundariamente tiene que ver con experiencias individuales, pero pretende una forma generalizable. E integra una tercera dimensión muy relevante: la finalidad práctica de su modo de hacer. El modo de hacer clínico no puede ser dissociado del objetivo que se da, diagnóstico para identificar una anomalía de la actividad mental, pronóstico con objeto de prevenir su destino, terapéutico, para tratar de corregir el curso. No hay clínica sin

definición de una práctica. El conjunto de los datos que el clínico recoge sobre el estado mórbido de su paciente no es homogéneo. No resultan de un cuadro conceptual único.

Si nos atenemos al dominio de la psicopatología adulta, los psicólogos clínicos están a partir del siglo veinte fuertemente involucrados en el seno de instituciones psiquiátricas (Roussillon, 2007). Ellos forman parte de equipos que desarrollan prácticas, modalidades de acogida, cuidado y teorizan en relación al hecho psicopatológico.

Los psicólogos no son los únicos que se dedican en la psicopatología clínica. Numerosos profesionales comparten este tipo de aproximación (enfermeras, psicomotricistas, médicos, educadores, etc.) y se esfuerzan por reencontrar al sujeto que sufre más allá de sus síntomas más espectaculares (Roussillon, 2007). Esta aproximación clínica de la psicopatología está atenta a la vida psíquica y es consciente de los efectos recíprocos de estas relaciones humanas. En esta perspectiva, los clínicos interrogamos los dispositivos en los que trabajamos y buscamos espacios nuevos. Sin embargo, es necesario seguir teorizando sobre lo que hacemos; en esta perspectiva se desarrolla un amplio campo rico de potencialidades prácticas sobre dispositivos de cuidado (Roussillon, 2007).

Una aproximación moderna de la psicopatología es definida por una relación a la vida mental y la consideración de operaciones concretas que ocupan nuestro aparato psíquico. Libre de todo vitalismo, y también de todo reduccionismo conductual. Libre de todo presupuesto nomológico naturalista que descansaría sobre una distinción entre normal y patológico.

Esta psicopatología, llamada moderna, debe desmarcarse de toda explicación causal. La confusión, responsable del dualismo organogénesis-psicogénesis, desconoce el hecho fundamental de que toda conducta implica un mecanismo psicológico de desencadenamiento y un mecanismo neurobiológico de realización. La psicopatología se interesa ciertamente en los mecanismos de desencadenamiento, pero una confrontación interdisciplinaria fecunda supone una confrontación con los estados de mecanismos de realización. El peligro consiste en superponer los dos órdenes de mecanismos (Roussillon, 2007).

En la perspectiva de Roussillon, las prácticas son múltiples, inventivas, adaptadas a los

avatares de los terrenos. Ellas testimonian de la creatividad efectiva necesariamente acorde a las necesidades locales de las prácticas. Se puede ser auténticamente un clínico y apoyarse sobre la teoría psicoanalítica inventando dispositivos algunos de ellos muy diferentes de los clásicos diván-sillón o de cara a cara. Una entrevista clínica puede muy bien desarrollarse en una oficina o en la calle, una sala de espera o al interior de una sala en un centro de acogida. No es la realidad del lugar la que está en juego -aunque este no debe subestimarse- sino el dispositivo interno del clínico, su apertura y sus capacidades receptivas.

Volviendo a la experiencia de la que surge esta tesis, diremos que precisamente formamos parte de equipos que desarrollan prácticas, modalidades de acogida y teorizan en relación al hecho psicopatológico.

3.3 En la perspectiva de los cuidados

Es válido preguntarse qué cuidamos cuando contemplamos el espacio psíquico.

Generaciones de terapeutas han considerado la esquizofrenia “desde afuera”, estudiando el pensamiento, el comportamiento del enfermo, sus situaciones familiares, sus dificultades, sus incapacidades, su relación con la sociedad, etc. Por su parte, Benedetti aborda la esquizofrenia “de adentro”. Su aproximación consiste en un verdadero sumergirse, metafóricamente, en el mundo de la psicosis (Faugeras, 2001)⁹.

Desde una perspectiva psicodinámica, no es posible decir de forma definitiva qué es un enfermo mental. Las concepciones que tenemos son siempre interpretaciones de síntomas de los pacientes -como símbolos de sus símbolos- útiles lógicamente a nuestro propio trabajo, sin embargo siempre susceptibles de ser sobrepasados por el pensamiento de las generaciones siguientes.

Más que pensar las prácticas en términos de su aplicación más o menos acrobáticas de una forma de psicoanálisis, los clínicos interrogan los dispositivos en la institución o

⁹Otros, durante los años setenta, lo hicieron buscando por la vía literal de las sustancias, el trastornarse para poder saber de dicha experiencia.

fuera de ella. Desde hace algunos años, se desarrollan de más en más investigaciones centradas sobre las prácticas efectivas de los clínicos. De este modo, más que interrogarse sobre lo que conviene hacer apelando al ideal, lo que conviene idealmente, se opta por teorizar sobre lo que se hace. En esta perspectiva se desarrolla un campo inmensamente rico de potencialidades prácticas sobre los dispositivos de tratamiento y cuidados. Y la relación o ubicación de lo mental, finalmente.

El método terapéutico del psicoanálisis se basa en la capacidad del paciente para experimentar una relación de transferencia y tolerar, aunque no activamente, participar en la descripción y la investigación que su analista hace de esta relación transferencial¹⁰.

Habiendo revisado su libro *Proceso analítico*, y su revisión realizada veinte años después, que aborda la naturaleza fundamental de la práctica psicoanalítica y la naturaleza del proceso psicoanalítico, recojo su planteamiento sobre nuestro rol como terapeutas, cuando dice que “la principal tarea del analista es la creación de un encuadre en el que podrán expresarse los procesos de transferencias infantiles del paciente con las ansiedades moduladas por el terapeuta en una activa búsqueda de la verdad “ (Meltzer,D., 2007).

59

Meltzer considera que “el proceso analítico es cíclico y las fases que bosqueja pueden aparecer en secuencias en cada sesión, cada semana, cada período, cada año, en las cuatro unidades temporales cíclicas del proceso analítico” (Meltzer, 1997, p.47). Meltzer propone que esta secuencia de fases recopila - de ahí la propuesta de historia natural - el desarrollo de las primitivas relaciones de objeto. El hilo conductor es un proceso que va desde una dependencia no tolerada y proyectada maníacamente en el pecho, hasta el reconocimiento de la importancia del objeto y de la dependencia del mismo, aún a costa de tener que tolerar con dolor su libertad.

El modo en que Meltzer piensa la evolución del proceso en fases, no se modifica a lo largo de los años, pero se enriquece al articularse con los desarrollos posteriores de su teoría. Por ejemplo, gradualmente se percata de que los obstáculos que aparecen en el desarrollo y resolución de cada etapa expresan el tipo y grado de patología de la personalidad en juego, o quizás podríamos decir de las personalidades en juego en

paciente y analista. Nos dispone además de un modelo que es calificado de fractal, en el sentido que se caracteriza por una similitud de escalas. “Es decir, que independiente de cual sea la escala a la que uno observe un fenómeno, descubrimos una evolución similar” (Houzel, 2009). Meltzer describe la sesión de análisis, la semana, el año, el análisis entero obedeciendo a una evolución similar, pero con una ganancia constante en estabilidad hasta el fin del análisis. Las cinco etapas de este proceso, cualquiera sea la escala a la que la miremos, son:

La recolección de los elementos de la transferencia, un proceso considerado más bien pasivo, que con el tiempo consideró como mucho más activa por parte del analista, que lo que suponía al comienzo, requiere del esclarecimiento y la disipación de las transferencias preformadas, modo en el que Meltzer denomina a un tipo de transferencia no infantil originada en el carácter a la que le da una creciente importancia en la medida que los trastornos de identidad y caracterológicos, así como las ideas de Bion, van ocupando un lugar más importante en su teoría.

La fase de esclarecimiento de las confusiones geográficas, que consiste en el análisis e interpretación entrenada del proceso de identificación proyectiva que tiende a la confusión entre los diferentes espacios de vida del sujeto: su mundo interno, el mundo exterior, el espacio interior de sus objetos externos, el espacio interior de sus objetos internos, y el espacio posteriormente sumado que él nomina “ningún lugar”, del sistema delirante (Houzel, 2009). Esta etapa adquiere otra dimensión a la luz de sus desarrollos sobre la identificación intrusiva en objetos internos, y la considera como un momento de impasse a veces irreductible.

La confusión de zonas y los modos correspondientes de su análisis y la interpretación de confusiones hecha por el sujeto entre sus zonas erógenas y los modos de relación de objeto que se suceden, constituye el territorio de esta fase.

El umbral de la posición depresiva y el destete constituyen una cuarta etapa, está marcada por angustias de haber dañado los objetos externos e internos y un deseo de reparación inaugura, aparece sobre el pensamiento simbólico. El proceso de destete es el fin de esta cura.

El modo en que Meltzer piensa la evolución del proceso en fases no se modifica a lo largo de los años, pero se enriquece al articularse con los desarrollos posteriores de su teoría. Por ejemplo, gradualmente se percata de que los obstáculos que aparecen en el desarrollo y resolución de cada etapa expresan el tipo y grado de patología de la personalidad en juego, o de las personalidades en juego en paciente y analista.

Lo que llamamos proceso psicoanalítico es la creación de una “realidad segunda”, nacida de una mirada sobre los intercambios al hilo de las sesiones, que se interroga sobre la evaluación del modo de desarrollo de relaciones entre la conjunción, en perpetuo acomodo, sobre lo que será conocido y sobre aquello, que en revancha, volvería la interpretación susceptible de desencadenar efectos perturbadores que debe ser conjugada (Green, A.2001).

Modalidad psicótica del funcionamiento mental

Y la modalidad psicótica de organización psíquica gira en torno de la inaccesibilidad de la posición depresiva (Roussillon, 2007). Esta inaccesibilidad es entendida como una inestabilidad.

3.4 En la perspectiva del sufrimiento psíquico

La existencia del ser humano es indisociable de un cierto sufrimiento. Vivir no es solamente buscar la felicidad, sino también enfrentar toda suerte de sufrimientos vinculados a las pérdidas, desilusiones, separaciones, sacrificios y renunciaciones. Una cierta dosis de sufrimiento acompaña toda existencia humana. El problema es saber a partir de qué momento este sufrimiento se vuelve intolerable u orientar tan radicalmente la existencia en un sentido que ya no autorice una suficiente alegría. La psicopatología se sostiene esencialmente sobre esta última eventualidad, cuando el sufrimiento invade o desborda la capacidad de tratamiento y transformación propia a un sujeto. Pero el sufrimiento implica también una suerte de teoría de su fuente y sus efectos.

Desde un punto de vista global, el sufrimiento psíquico está ligado a todo lo que escapa a los procesos de simbolización subjetivante, que está en espera de simbolización y está de un cierto modo bloqueado, inmovilizado y sin dirección. El sufrimiento está ligado a

una suerte de estasis de lo que habitualmente está sujeto a un proceso de transformación. Este bloqueo procesual es en sí mismo fuente de sufrimiento, en el sentido clásico del término. Sufrimos de lo que está bloqueado psíquicamente o a la espera de inscripción psíquica. El ser humano no sufre solamente a causa de un evento, o a causa de ciertos pensamientos, sino porque algunos procesos en sí no han encontrado espejo, eco, escucha, recepción, receptáculo y están de este modo errantes. Sufrimos de lo que erra en nosotros sin asignación, es decir, sin subjetivación.

a. Sanar/mejorar

No nos sorprenderá que esta definición de psicopatología como “aproximación que apunta a una comprensión razonada del sufrimiento psíquico” (Roussillon, R.), sea indisociable de una perspectiva de cuidados. Si lo que hace sufrir al ser humano es la consecuencia ineluctable de lo que ha quedado fuera de su capacidad representativa y simbólica, es imaginable proponer, para ayudarlo y cuidar de él, poner nuevamente a trabajar lo que ha quedado inmovilizado.

Los cuidados en psicopatología cubren una gama extensa de dispositivos. Del trabajo terapéutico individual a ser tomado por un equipo institucionalmente, pasando por prescripciones medicamentosas de corto o largo plazo y diversas formas de contención psiquiátrica, las elecciones son muchas. El trabajo psicoanalítico en el diván-sillón, cara a cara o en el marco de un psicodrama no es más que una posibilidad entre otras. Un paciente puede ser ayudado de forma sostenida por terapéuticas cognitivas-comportamentales o sistémicas que en su situación son abordajes eficaces de cuidado. No hay en nuestra perspectiva, exclusividad del psicoanálisis en materia de cuidados. Por otro lado, la comprensión de lo que se pone en juego, la elaboración del diagnóstico y del pronóstico no puede realizarse sino a partir de una posición que se interese primero en el sentido de la sintomatología. Es conveniente por tanto precisar si se hace necesario, que nos situamos en una perspectiva radicalmente diferente de las que presiden las elaboraciones del DSM. No nos quedamos acartonados en el marco de la psicopatología descriptiva, siendo ella minuciosa, pero buscamos, más allá de las apariencias y manifestaciones, la vida psíquica.

b. Curarse

La perspectiva de los cuidados, en psicopatología, se encuentra inevitablemente con la cuestión de la cura. Estamos confrontados al modelo médico de cura, en el sentido común del término, que supone que la cura se manifiesta una vez que el cuerpo y su funcionamiento retoma un curso “normal”, es decir sin dolor. Una de las ilusiones que la psicopatología clínica se esfuerza en combatir consiste en imaginar que podemos vivir sin sufrimiento. Hemos subrayado cuánto el sufrimiento, es inevitablemente inherente a la vida humana. A partir de estos principios, podemos proponer que la cura en el dominio psicopatológico es una suerte de asíntota. Curarse es construir las condiciones de un sufrimiento tolerable y aceptable, es escapar al principio de repetición. Del mismo modo que una medicina de la cura no evita la muerte, lugar común de toda existencia, los cuidados psíquicos no evitan el sufrimiento: ellos proponen posibilidades de arreglos y transformación.

c. Etiología

La etiología designa el estudio de las causas. En psicopatología la cuestión de las causas conlleva grandísimos problemas. En efecto, contrariamente al dominio somático, donde encontramos a los enfermos donde justamente la causa es clara o al menos un asunto central, el dominio de la patología mental ofrece causas múltiples dialectizadas las unas con las otras. En particular, podemos encontrar muchas veces causas que son a la vez psíquicas y neurofisiológicas -la esquizofrenia o la psicosis maniaco-depresiva, por ejemplo- imbricadas. Conviene por tanto ser prudentes en la determinación de causas y en el asumir posiciones perentorias. En este dominio, las afirmaciones taxativas corren el riesgo de transformarse en posiciones ideológicas. Se puede demostrar todo *a posteriori*, luego de ocurridas las cosas; a través de una serie de encadenamientos lógicos que parten de los resultados para remontar triunfalmente a las causas.

d. Síntoma

Los síntomas designan en medicina un fenómeno observable ligado a un estado. El síntoma, en psicopatología, es no solamente una manifestación producida por un sujeto,

sino también, y fundamentalmente, un esfuerzo de curación. La noción de síntoma se remonta a dos acepciones complementarias, una descriptiva, la otra dinámica, centrada sobre el *proceso psíquico*.

- Desde un punto de vista *descriptivo*, el síntoma es un signo específico (delirio, alucinación, ritual, comportamiento) que constituye uno de los elementos necesarios para formular un diagnóstico. El síntoma es observado desde afuera, referido como tal, y asociado a otros elementos. Es el tipo de clasificación desarrollado en el DSM-IV y el CIE-10 (Clasificaciones internacionales de enfermedades).

- Desde un punto de vista *dinámico*, los síntomas tienen un sentido para el sujeto. No son aislables y deben ser considerados en el seno de un conjunto. Freud, en “Estudios sobre la histeria” (1895b), pone el acento sobre el hecho que el síntoma es ante todo un intento de cura, una solución de compromiso, dirá, entre dos mociones psíquicas, una marcada por el deseo y la otra por la defensa. El síntoma conjuga entonces un conflicto psíquico al mismo tiempo que trata de construir una solución. Desde este punto de vista, el síntoma es siempre específico a un sujeto. Y él no puede ser tomado sino en función de una historia singular, y poseedor de un conjunto de significaciones que el clínico debe esforzarse por aclarar.

Desde esta perspectiva, el trabajo del clínico es menos observar la sintomatología desde fuera que de darse el modo de penetrar el mundo del sujeto con el fin de comprender los lazos de sentido que sostienen la “creación” del síntoma. Es precisamente aquí que se sitúa la línea de división entre una psicopatología descriptiva, centrada sobre el DSM, y una psicopatología dinámica, apoyada sobre la especificidad de la historia de un sujeto que sufre.

Debemos destacar entonces que en esta perspectiva de una aproximación singular de la sintomatología, los elementos referenciales de la observación son esenciales. Dado que las leyes del funcionamiento de la psique y las modalidades del sufrimiento psíquico no son infinitas. Debe haber un compromiso necesario entre observación objetiva de síntomas y su compromiso dinámico. Por otro lado, la pura observación de síntomas es siempre insuficiente para proponer un diagnóstico. Otros elementos deben ser tomados en cuenta. Otros factores, propuestos por Roussillon, son la naturaleza de las angustias

y los modos de defensa prevalecientes.

e. Diagnóstico

El diagnóstico es la determinación de un trastorno a través de sus síntomas, modalidades defensivas y angustias. En principio, la pregunta sobre el diagnóstico revela a lo menos dos asuntos:

- el primero tiene que ver con las modalidades de construcción del diagnóstico. No podemos fundar el diagnóstico únicamente sobre la lectura de los síntomas. Otros elementos deben ser buscados en la manera en que el sujeto construye su sistema defensivo y el tipo de angustias que lo ponen en juego.

- el segundo consiste en preguntarse si un sujeto se reduce a su diagnóstico.

La pregunta contempla una concepción de la psicopatología

El tiempo y momentos de construcción del aparato mental y la subjetividad no se suceden al azar. Partimos de la hipótesis de que hay una o varias lógicas de su encadenamiento y articulación.

Las herramientas aportadas por la metapsicología dan los medios para abordar la complejidad del hecho psíquico, ya sea de forma individual o grupal. Según Widlocher (2005), el clínico va al encuentro del sujeto al interior de la complejidad vital, por ejemplo en un servicio de cáncer y cuidados paliativos, en el que la persona está sometida a diferentes preguntas sobre su dolor, para tomar una decisión sobre su tratamiento junto a su médico, momento en el que inevitablemente se siente solo. Es en el fondo de esta soledad, en este espacio específico inconmensurable por lo cuantitativo o por la curva estadística, que el clínico puede tratar de reencontrarlo.

3.5 Comprender la psicosis

El empuje del psicoanálisis se ha desplazado de forma inexorable desde una hipótesis explicativa simplificadora, asociada a una aspiración optimista de curar la enfermedad mental, hacia un estado de enredada descripción de los fenómenos mentales. (D. Meltzer, 1994)

Hablar de la dimensión humana de la locura es algo muy antiguo. Aparece en el vocabulario de la psiquiatría en dos términos muy importantes. El primero data del griego, ellos llamaban a toda forma de locura *manía*, y se traduce en el delirio. Lo que es un contrasentido ya que “delirio” significa “salir del surco”, que no tiene nada que ver con el sentido de manía. Platón hizo una exposición en el Fedro, donde distingue cuatro formas de delirio: el delirio amoroso, el delirio poético, el delirio profético, y el delirio existencial.

La comprensión busca lo que se le escapa, avanza hacia el momento en que comprender ya no es posible, cuando el hecho, en su realidad absoluta concreta y particular, se convierte en lo oscuro e impenetrable. La mirada que ha podido captar algo no pretende haber visto claro en el origen, sólo ha captado bajo qué perspectiva debe ser afrontado el acontecimiento para que sea preservado lo que de auténtico y extremo tiene (Blanchot, M.1995).

El término de “comprensión” nos remite a dos campos complementarios e indisolubles en el dominio de la psicopatología.

- Comprender **es primero contener**, tomar un conjunto de elementos al interior de un espacio dado, en el sentido que uno habla de un espacio que está incluido en otro espacio o de una casa que contiene varias piezas. En esta perspectiva, la psicopatología aparece como un sistema, es decir, un conjunto suficientemente coherente. La coherencia de este conjunto no excluye que modificaciones transformen una u otra zona del sistema.

- Comprender es igualmente mostrar una suficiente identificación al sufrimiento del otro. Comprender al otro, no es excusarlo, ni ponerse en su lugar, ni juzgarlo. **Es ser**

capaz de sentir, resentir mínimamente las vicisitudes, comportamientos y fantasmas ligados con la naturaleza del sufrimiento.

Los autores que han lanzado esta idea de la enfermedad mental ligada a un proceso, son muy variados. Históricamente esta idea, de un “proceso enfermedad mental”, la orientación de pensar la condición humana y el proceso humano que constituye la locura, puede ubicarse en la psiquiatría alemana del siglo diecinueve. Y el primero que llevara esta ideas muy lejos es Jaspers, autor de un célebre manual de psicopatología. Una de las mejores cosas escritas no solamente sobre la locura como proceso, sino como estudio de casos, como por ejemplo el estudio sobre”Strindberg y Van Gogh”. A través de un estudio de caso, desarrolla esta hipótesis de la locura como proceso. “Cuando la historia y la filosofía corren el riesgo de pensar la locura y de atravesar su peligro, no salen nunca indemnes, y su identidad se ve radicalmente alterada” (Canestri, J.2004).

La concepción del desarrollo mental que sostiene nuestra práctica implica cambios en la atmósfera del consultorio, podemos concretamente ver el ambiente en que nos relacionamos, donde todos aportamos. Es una conceptualización del desarrollo mental que acepta múltiples niveles de funcionamiento más o menos integrados. La primera modificación se manifiesta en la disminución del énfasis de la interpretación correcta. El foco se dirige hacia la interacción, a la relación de la cual emerge la idea interpretativa. El continente no es sólo la mente del analista; si el proceso se pone en marcha, el continente lo forman una particular conjunción entre aspectos de la mente del analista y aspectos de la mente del paciente en un grupo de trabajo de a dos. La necesidad de entender va cediendo espacio a conjeturas imaginativas que sirven como modelos, y el paciente va adquiriendo un mayor interés en el método psicoanalítico como instrumento para observarse propiamente.

3.7 El útil meta psicológico y la visualización del espacio mental

Proponemos entender por metapsicología, “el resultado de un movimiento que trata de dar cuenta de la experiencia clínica del descubrimiento del inconsciente” (Widlocher, D.1994). Un método complejo, donde nada es excluido a priori de su campo de estudio,

todo fenómeno psíquico, todo proceso, todo movimiento psíquico, toda experiencia vivida debe poder ser descrita meta psicológicamente.(Roussillon,2007, p.1383).

La característica principal de la concepción metapsicológica, es que ella debe efectuarse diferencialmente a partir de cada uno de los tres puntos de vista que la constituyen. Será completa si puede entrecruzar a la vez una descripción tópica, dinámica y económica; es en este quiasma de esta triple perspectiva, de la simultaneidad de tres abordajes de calados unos de otros, no superpuestos, que el hecho psíquico recibe un estatuto metapsicológico. Esto describe un campo de trabajo en constante tensión permanente, inestable.

“Este dispositivo teórico es necesario, para el mantenimiento de la posición intermediaria de la metapsicología”. “La metapsicología de procesos mantiene esencia en un trabajo permanente de retomar y de construir de sus propios fundamentos”. (Roussillon, 2010.p.1383).

Los modelos psicoanalíticos o metapsicológicos referidos a la psicosis se plantean desde diferentes perspectivas. Una, toma como referencia de base al “yo”, la unidad de la persona y viene a marcar una especie de derrotero desde el punto de vista del yo y sus relaciones con lo real. Estas interpretaciones que toman como referencia al yo y su carácter unitario, han tenido una enorme influencia sobre la psiquiatría. En una segunda perspectiva, que podría nombrarse “estructuralista”, la psicosis es interpretada en virtud de “fenómenos esenciales de estructura”. Es más bien un accidente que sobreviene a las personas, bajo la forma de una especie de mecanismo de descomposición, de degradación y bajo el signo de lo negativo, finalmente. Es un asunto esencial, esta vez ligado a la estructura, a la distribución de posición, de situaciones y de relaciones en una estructura, donde ronda la idea de lo automático, algo que emerge de forma independiente y enigmática finalmente. Hay una tercera perspectiva, que concibe la enfermedad – y, específicamente, para lo que nos interesa aquí, la psicosis- como proceso, donde los alcances terapéuticos implican un continuo trabajo de elaboración. Para esta perspectiva, que es la que me resulta más próxima al trabajo que realizo, la psicosis, puede implicar el desarrollo de transferencia e interpretación por parte del analista, siendo Abraham uno de los primeros en sostener esta posición: “La constitución de la transferencia, dice, se vuelve difícil con estos pacientes que dan vuelta a todos. Es por esto que el psicoanálisis, me ha permitido sobreponerme a esta

dificultad, me parece la única terapia relacional de la psicosis maniaco-depresiva” (Widlocher, 1994, p. 410).

Esperamos mantenernos en esta perspectiva, que expresa las torsiones y avatares que podemos tener y que pueden ser pensadas en el marco del trabajo con sujetos psicóticos... se trata de una perspectiva que nos permite figurar los diferentes planos de las dificultades comunicacionales y, a través de la técnica psicoanalítica, ir en busca de la transferencia, como nos propone Donald Meltzer (Meltzer, 1987). Una perspectiva que nos permite describir cómo nos mantenemos en la corriente interpretativa cuando nos disponemos a la psicoterapia de personas psicóticas. “No es por lo tanto la ausencia de transferencia que impide el análisis, es el análisis que permite a la transferencia instalarse. Una concepción moderna de la transferencia y del proceso analítico” (Widlocher, 1994).

Luego de Abraham, hemos debido esperar más de 30 años para encontrar novedades en relación al tratamiento psicoanalítico de la psicosis por medio del análisis de su transferencia y la elucidación de su relación de objeto (Widlocher, 1994). André Green plantea que luego de 1920, orientados por los obstáculos que se encuentran durante la tarea del análisis y las experiencias, los analistas van desplazando el centro de gravedad del análisis. La compulsión de repetición, la reacción terapéutica negativa, la renuncia al levantamiento completo de la amnesia infantil, cuando los traumas son anteriores a la instancia del lenguaje, resulta en cambios técnicos como la renuncia al levantamiento de la represión (Green, 2001), así como el acento puesto en adelante sobre la vulnerabilidad del yo en la psicosis. “Toda persona normal no lo es más que medianamente, su yo se aproxima al del psicótico en esta u otra parte, en gran medida.” De más en más, se tiende a ir remplazando el paradigma de la oposición perversión-neurosis por la de neurosis-psicosis (Green, 2001, p. 62). Esta postura da lugar a dos novedades; una, que siguiendo el camino del clivaje, la consideración de este mecanismo muestra que, lejos de restringirse a una sola operación, puede el mismo, de modo procesual, perseguir el despedazamiento y su adhesión a la meta del masoquismo originario, que contradice el motor del desarrollo. Estos descubrimientos, implican modificaciones a la técnica clásica, y una vuelta sobre una concepción global de la organización del psiquismo, cómo se constituye y de la forma en que su estado puede ser modificado. Se da según el autor inicio a las variaciones técnicas que van tomando

en cuenta los diferentes tipos de estructura entrando en el campo analítico y de su reactividad a la transferencia (Green, 2001, pág. 63).

La preocupación principal del analista es, escuchando el material, plantearse la pregunta de cómo pasa (cómo esto funciona o no) por donde pasa en el discurso del paciente, de qué modo el pasaje concierne al destinatario analista y por donde puede pasar su palabra, movilizándolo la comunicación según una u otra orientación, por mucho que el resultado sea previsible.

Donde el síntoma, es una formación que podemos generalmente revelar por intermedio de una psicopatología descriptiva pero que posee en cada caso un carácter singular, donde la comprensión escapa completamente a aquel que sufre y disuade habitualmente las tentativas del otro para aliviarlo (Widlöcher, 2005). El síntoma es, como el sueño, un “producto psíquico completamente asocial”, incomprensible directamente a cualquiera, incluido el interesado. Esta posición, implica, también, “la auto-observación, es un proceso en el que los límites entre lo de adentro y lo de afuera son mucho menos rígidos que en otras actividades. Durante el desarrollo de una sesión, no se limita a observar lo que pasa fuera de sí en su analizado, sino que escucha lo que surge de su espacio íntimo y la resonancia emocional reveladora de la significación de la relación con el paciente. Es la relación la que permite desarrollar un proceso de “conocimiento” y “crecimiento” en la situación psicoanalítica. La vivencia del analista, su espacio íntimo, con imágenes que contiene y las resonancias que la situación analítica hacen surgir en él, son útiles y serán utilizadas como índices de lo que la persona analizada está entrando a vivir. Esta reflexión constituye el fundamento de una epistemología psicoanalítica de la observación: una observación en la que el observador participa íntimamente en el proceso y sobre todo, no se escinde del objeto de su observación” (Sandri, 1991).

“Lo que llamamos proceso psicoanalítico es la creación de una “realidad segunda”, nacida de una mirada sobre los intercambios a lo largo de las sesiones, que se interroga sobre la evaluación del modo de desarrollo de relaciones entre la conjetura, en perpetuo acomodo, sobre lo que será conocido y sobre aquello, que en cambio, volvería la interpretación susceptible de desencadenar efectos perturbadores que debe ser conjugados” (Green, 2001, p. 72).

No es posible abordar el territorio psicopatológico sin describir, incluso de forma

rudimentaria, las principales entidades psicopatológicas. Es conveniente además, intentar una comprensión de enclaves dinámicos de cada modalidad de funcionamiento psíquico. Sabemos que un cierto número de trastornos implican un componente de origen genético, pero ¿los clínicos deben por lo tanto, abdicar su interés por la vida psíquica y reubicarse, sin mayores interrogantes a los medicamentos? Incluso si los elementos de tipo neurofisiológicos y genéticos ocupan algunas veces una extensa zona del cuadro, estamos primero confrontados a un ser humano enfermo y no a una enfermedad. Hay siempre en juego, podamos referirnos explícitamente o no, un sujeto. Este sujeto es el interlocutor privilegiado del clínico.

La noción de espacio mental, está referido a Melanie Klein, ella habla también de mundo interior, de geografía del cuerpo materno y nos permite incluir una concepción de un psiquismo extendido, como una superficie que se extiende sobre estos puntos de referencia. Esta forma de pensar, retoma el método de incluir la relación que se establece entre el psiquismo y las condiciones concretas que estas mentalidades van transformando esta perspectiva de proceso y su naturaleza son tomadas como la técnica psicoanalítica, por Meltzer. La naturaleza del proceso de transformación que Meltzer denomina psicoanálisis.

3.7 El modelo de posiciones psíquicas

Esta óptica está centrada en procesos de construcción y de crecimiento psíquico del sujeto, a través del empleo de su función continente, en sus diferentes declinaciones. Este modelo se distingue de los modelos psicosexual o estructural. Este desarrollo se da bajo formas de organizaciones pulsionales, que presiden el desarrollo de la subjetivación en conformidad con la evolución del pensamiento de Freud. Esta noción de *posición*, fue introducida por Melanie Klein y designa una constelación psíquica coherente que agrupa angustias, mecanismos de defensa y la relación de objeto que de ello resulta. Estas organizaciones, esencialmente defensivas, comienzan a aparecer en los primeros estadios del desarrollo, y reaparecen después a través de todo el desarrollo, complejizándose, y organizándose de forma patológica en ciertos contextos. Es posible precisar los momentos y las modalidades de funcionamiento maternal y parental en el ejercicio de la parentalidad, por ejemplo. Es un modelo donde “el trabajo psíquico

impone al niño interiorizar la alteridad, la simbolización de la experiencia, así como también, el lugar y la función de la intersubjetividad en el nacimiento y desarrollo de la vida psíquica. La intersubjetividad es el lugar de la emergencia de la subjetividad del sujeto” (Roussillon, R., 2007, p.285). Esta perspectiva privilegia el conjunto de conflictos que organizan los diferentes contextos psicopatológicos y los efectos del fracaso de estas experiencias de trabajo psíquico y lazo a los objetos que crean las condiciones del desarrollo y situaciones psicopatológicas.

El desarrollo no es un proceso lineal de etapas, sino que se piensa más bien como una *oscilación* de la psyché, al interior de cada organización, que podemos ver como un espacio, o entre varias organizaciones, varias posiciones donde una será preponderante. Y lo mismo ocurre para cada estado psicopatológico. La psyché no está fija en un estado exclusivo, en una estructura; ella oscila, arrastrada por tendencias más o menos opuestas o antagónicas; ella ocupa y experimenta, en cada fase del desarrollo y en cada estado mental psicopatológico, varias posiciones, algunas más narcisistas, otras más objetales. Estos modelos consideran la coexistencia en el seno de una misma personalidad de partes sanas y partes enfermas, partes psicóticas, autísticas y partes neuróticas, etc. (Roussillon, R., 2007).

El modelo de posiciones permite pensar el desarrollo como oscilaciones de la psique al interior de cada etapa o fase, entre varias organizaciones, varias posiciones donde una predomina. De acuerdo a Roussillon, estas son compatibles con las que ha elaborado Bion y sus sucesores: F. Tustin, S. Resnik, D. Rosenfeld, considerando en el seno de una misma personalidad partes sanas y partes enfermas, de pacientes psicóticos, autistas y neuróticos. Podemos describir tres posiciones principales (Ciccone et Lhopital, 2001).

1. Posición autosensual o adhesiva o autística
2. Posición paranoide-esquizoide o simbiótica
3. Posición depresiva.
4. Otras dos posiciones defensivas, se describen: la maniaca y la melancólica.

1. Posición autosensual o adhesiva, desmantelamiento e identificación adhesiva.

Margaret Mahler (1968), había hablado de “fase autística normal” durante el desarrollo del bebé. Frances Tustin (1972) describió un “autismo primario normal”, que luego nombra “fase de autosensualidad”, considerando que el término “autismo” y “autístico” están demasiado asociados a estados patológicos (1981,1991). Daniel Marcelli (1983,1986) habla de “posiciones autísticas”, Thomas Ogden (1989) de “posiciones contigua-autística”, Esther Bick proponía una “posición adhesiva” (Haag, 1984). Retendremos “posición autosensual” o “posición adhesiva”, para describir esta posición anterior a la posición paranoide-esquizoide y depresiva que describió M.Klein.

La autosensualidad concierne a las sensaciones investidas de forma defensiva para mantener un sentimiento de continuidad, una continuidad en ser. La actividad tiene por función tomarse de sensaciones orales para sentirse ser. La autosensualidad se presenta desde el origen y, como lo sostiene F.Tustin (1986), se diferencia poco a poco, en el curso del desarrollo, en autoerotismo y auto sadismo.

Tipo de angustia

Al principio de la vida psíquica, M.Klein habló de angustias primarias de aniquilación. Winnicott de anulación y agonía primitiva (desintegración, caída incesante, pérdida de la “colusión psicósomática”, falla de la “residencia en el cuerpo”. Bick habla de angustias claustrofóbicas y agorafobia (Haag, 1989), angustia de nidificación, caída sin fin, terror primordial del bebe, caer en pedazos, de repartirse en el espacio (Bick, 1986); Tustin (1981,1986) evoca el terror primitivo en términos de inundación, de erupción, etc. Estas angustias primitivas, angustias postnatales normales, se disminuyen, se alivian a través de una “tenencia” adecuada del bebe, por el ambiente maternante, físico y psíquico. Estas son los mismos tipos de angustia que amenazan a sujetos en estados autísticos.

Identificación adhesiva y desmantelamiento

Se trata de los mecanismos de defensa principales que protege al Self de estas angustias primitivas.

La *Identificación adhesiva*, es una noción introducida por Ester Bick. Donald Meltzer (1975) y sus colaboradores desarrollaron esta noción. La defensa por adhesividad consiste en “tomarse” para evitar la amenaza inherente a la separación, que produce o reproduce terrores primitivos.

La *identificación adhesiva* produce un tipo de dependencia en la que la existencia separada del objeto no es reconocida. Suprime todo espacio, toda distancia entre el sujeto y el objeto. Esta conduce a la imitación de la apariencia, del comportamiento de la superficie del objeto, mucho más que a sus estados mentales. Los niños autistas sienten la necesidad imperiosa que la superficie de las cosas, su apariencia, sea inmutable. Uno y otro se confunden: mundo plano, bidimensional sin interioridad, sin pensamiento, sin contenido emocional, afectivo, fantástico.

El *desmantelamiento*, constituye el segundo mecanismo descrito por Meltzer, en estados mentales autísticos y podemos considerarlo como defensa fundamental de la posición autosensual. Corresponde a una suspensión de la atención que conduce al sentido a, partir cada uno, hacia su objeto más atractivo del instante (Roussillon, R., 2007). Esta dispersión se produce de forma muy pasiva, como si el aparato psíquico cayera en pedazos. Cada sentido interno o externo, se prende (en el sentido de tomarse) al objeto más estimulante, la atención suspendida se comporta o es portada sobre objetos variados, porque sería una muy extraordinario coincidencia si el mismo objeto fuera en un instante dado fuente de sensaciones muy cautivadoras para cada modalidad sensorial y sensitiva. El desmantelamiento desparrama los objetos en una multiplicidad de pequeños pedazos, cada uno portador de una cualidad sensorial particular. Reduce al objeto a una multiplicidad de eventos unisensoriales, en la que animados e inanimados se tornan indistinguibles, y a partir de los cuales es imposible formar pensamientos. El desmantelamiento desparrama a la vez el objeto y el self, que se haya desintegrado en capacidades perceptivas separadas (la voz, el escuchar, el tocar, el sentir, etc.). Es un proceso pasivo, no cargado de angustia persecutoria ni de dolor y desesperación. Es por lo que los niños autistas habitualmente no presentan angustias de despersonalización. El desmantelamiento del self y sus componentes sensoriales se realizan por una suspensión de la función yoica de atención. Este estado de desmantelamiento, todo yo coherente cesa temporalmente de existir; este estado primitivo es también esencialmente sin actividad mental.

El proceso activo corresponde a la capacidad de atención que permite religar y coordinar las percepciones sensoriales. Con la desintegración del yo por intermedio del desmantelamiento que se produce de forma pasiva y según un “clivaje natural” por suspensión de la atención, la reintegración se hará muy fácilmente sin dolor depresivo.

El estado autístico propiamente dicho es así esencialmente eminentemente reversible, de un modo instantáneo, y es considerado por Meltzer como “no constituye una enfermedad sino más bien el equivalente de un estupor inducido” (Roussillon, R.2007, p.290).

El empleo de este mecanismo priva al niño de muchas experiencias de maduración y puede retardar el desarrollo del yo de una forma muy perjudicial.

4

Recorridos

En este capítulo retomo algunos aspectos del proceso de trabajo que he descrito hasta aquí, a partir del recorrido de dos personas que atendí como psicoterapeuta en la Comunidad Terapéutica. A mi entender son ilustrativos de las complejidades del trabajo realizado y de las vicisitudes de tales recorridos. Es importante subrayar que se trata de pacientes difíciles, que la literatura nombra como grandes locuras o pacientes crónicos, donde la cuestión de la orientación del tratamiento y sus objetivos deben ser también conscientes de las condiciones que implican la psicosis.

En el primer caso, se trata de un joven que la institución recibe en sus primeros años de trabajo, que nos hizo parte como grupo de un proceso antiguo, que cursa en una gran confusión y dolor. Ha implicado muchas horas de acompañamiento, interpretación e intervenciones que se orientan a darle un espacio de protección y seguridad. Se trata de un joven que me permite exponer la realidad y la dificultad que implica, la consideración de su dolor mental, expresada en sus alucinaciones y autismo, y simultáneamente los sufrimientos y dolores de su familia. Se trata de un dolor extremo que requiere un tratamiento complejo. Exponemos una forma de acoger los diferentes ámbitos sin anular las necesidades diferenciadas de tratamiento. Poniendo en práctica los útiles que el modelo nos acerca, en este primer caso, los útiles serán: La coordinación sistemática con todos los involucrados en el tratamiento, la atención individual del joven.

En el segundo caso se trata de una mujer, que elijo primero porque ella tenía un hijo y de algún modo lo cría junto a nosotras, y lo tomo también porque lo difícil en este caso es recordar lo difícil que es torcer el destino. En este caso se trata de mostrar un camino de severas dificultades para vivir y dejar vivir a su filiación y como una gran fuerza nos arrastra también a nosotros mismos en el mismo destino, de no ser por un gran trabajo de resistencia, que en estos casos involucra necesariamente diferentes personas y diferentes tiempos.

4.1. Rafael

La institución conoció a Rafael cuando tenía 19 años, y ya había estado internado dos veces en el Instituto Psiquiátrico Horwitz. La primera vez que fue internado, cursaba primero medio. Su madre nos dice que Rafael había sido cambiado de colegio, que “se encerró en sí mismo, perdió todos los vínculos con sus amigos, veía televisión y leía mucho, comenzó a sacarse las cejas y pestañas, se puso agresivo, escuchaba voces, hablaba idiomas, decía ser alemán, italiano”, tenía además muchas pesadillas con su abuelo muerto. Estuvo más de un mes internado y el tratamiento fue de electroshock. Lo dieron de alta con Haldol, Diazepam y Meleril, su madre no entendió nada de los medicamentos que debía utilizar. Al salir de la hospitalización, se encontraban en shock. Su diagnóstico médico fue de esquizofrenia hebefrénica-paranoide. Fue egresado con fármacos orales a seguir con sus controles en el área oriente.

El equipo describe que no lo ve bien: muy inadecuado, exige atención permanente, pide cosas todo el tiempo, como un mendigo. Llega tarde, pide dinero, su situación es lamentable. Con el tiempo asiste de forma más regular y participa de actividades grupales de manera más adecuada; como un adolescente, llega tarde, no se relaciona y no tiene interés en los grupos. El equipo intentaba “que comprendiera que venir a la Comunidad es un tratamiento, no sólo a pasarlo bien y obtener ‘cosas.’” Lo describen como inteligente y afectuoso. Se espera que participe en las actividades y que se relacione con el resto del grupo de pacientes.

En su ficha se consignan los objetivos, según áreas:

Comportamiento social

- Favorecer la integración con el resto de los pacientes
- Disminuir la autoreferencia
- Proporcionarle una visión más realista de lo que los terapeutas podemos ofrecerle
- Disminuir sus exigencias. Ir mostrándole su propia responsabilidad dentro de su tratamiento y dentro de la comunidad.

Experiencia corporal

- Se ha integrado a la actividad y participa con cierta regularidad e interés.
- No tiene problemas para el movimiento, más en la expresión emocional, donde tiende a tomarla de manera liviana y superficial.

Intereses y habilidades

- Sigue las instrucciones correctamente en pintura en cajas, en greda, tiene habilidades manuales pero aún su concentración es escasa.

Participación de la familia

- La madre no viene mucho, porque dice que tiene cinco hijos, y su situación económica es muy mala. Al papá no lo conocemos.

Como es posible leer en los documentos de la época, las referencias conciernen a su modo de estar en el espacio. No se hacen referencias psicopatológicas ni farmacológicas, ni históricas mayormente. En esos años, el equipo trabajaba con un médico psiquiatra, que por su parte hacía una lectura clásica, con un vocabulario que se orientaba hacia su cuerpo y toda una serie de movimientos anormales. El médico toma notas sobre su historia bajo la forma de una anamnesis y en cada encuentro comenta sobre el curso anormal de su pensamiento. Lo describe como infantil, inquieto y no comprendiendo la gravedad de su situación.

Un informe redactado el año 1995, recoge una mirada realizada del joven por parte de este equipo entre los años 1991-1994, que lo describe como activo del programa. En esos años el equipo se encontraba, junto a él, pensando en que retomara su educación secundaria; él pensaba en el colegio y el equipo en una escuela nocturna. Rafael añora los tiempos del colegio, sus compañeros y la seguridad de estar en ese lugar.

Rafael era un joven que vivía junto a su madre y tres hermanos, en una casa modesta en la población Lo Hermida. Había estado hospitalizado varias veces en el Hospital Psiquiátrico y recibía atención en el servicio de psiquiatría del Hospital Salvador. El y su madre vivían todo esto con intensa desesperación, desorganización y angustia, se los veía deambular juntos.

Cuando lo conocí, esta familia se encontraba muy desilusionada, cansada y sin esperanza. El, por su parte, se mostraba siempre perplejo, se sentía confuso, aterrado,

alucinado y agitado por momentos. La madre también: perpleja, triste y preocupada por su hijo. El resto de la familia se mostraba indiferente y atacaba con violencia física y verbal a ambos. Rechazaban a Rafael y a su madre; a esta última por su cercanía con él. Los hermanos y el padre lo tratan de loco, lo insultan, consideraban que Rafael “se hacía el loco, porque era muy inteligente”, se reían constantemente de su aspecto y rechazaban lo que pensaba, hablaba, sentía y hacía. Los conflictos familiares muchas veces tienen que ver con él y derivan en que Rafael se va de la casa y deambula por la calle.

El manejo de Rafael por parte de la familia se hace muy difícil y su control médico cada vez más lleno de medicamentos; el esquema farmacológico al alta del hospital no fue considerado y rápidamente lo vuelven al Modcate con dos inyecciones mensuales, además de Clorpromazina, Tonaril, Diazepam en cantidades importantes, Haldol, Meleril y Sulpiride. Sin mayores análisis, se observa la dificultad de manejar esta cantidad de medicamentos en un joven que, además, no estaba de acuerdo en nada, no quería tomarlos y con una madre totalmente sobrepasada. Su producción psíquica y psicótica no bajaba en nada.

Uno de los aspectos difíciles para el equipo era la gran discordancia que había entre lo que Rafael y su madre vivían y el rechazo del padre y los hermanos. Estos últimos rechazaban todo lo que tuviese que ver con Rafael y rechazaban todo diálogo con el equipo. Había en la casa continuas escenas de agresividad y luego desinterés y abandono. La madre, por su parte, vivía esto con un intenso sufrimiento. Con el tiempo, fuimos notando que si bien Rafael tenía una inquietud muy grande - que impedía considerar otros aspectos - un poco más allá de él, su familia experimentaba una vida llena de dificultades. Cada miembro de algún modo no tenía ninguna forma de dar espacio para pensar lo que ocurría con este hermano. Rafael, por su parte, hablaba siempre de ellos: de la enuresis de los gemelos, del mal carácter de la hermana, de un padre ideal que iba y venía en la casa y que, cuando estaba, todo tenía que ser perfecto. De la madre no decía nada, solo lloraba. Hablaba de su sufrimiento, de todo lo que recordaba, del pasado y del pavor de volver a ser internado y pasar por el electroshock.

Es difícil señalar el hilo que condujo este proceso; en parte porque está constituido por una serie de pequeños momentos, muchos de ellos dedicados a dar a Rafael algo de

tranquilidad. Él llegaba de la calle huyendo, muchas veces golpeado por sus hermanos o por personas en la calle. Era también “el loco del barrio”, entonces le robaban y jugaban a desorientarlo. Pero llegaba y en la Comunidad se sentía feliz; para el equipo era una situación algunas veces muy difícil, porque Rafael pedía siempre más de los terapeutas, buscaba cercanía y se mostraba cariñoso.

Fue tomando lugar un niño, confuso y lleno de regresiones, visiones, alucinaciones y necesidades de contacto físico. Vivimos muchos momentos con él en los que perdía toda noción, veía cosas y luego volvía y se sentía agradecido de no haber sido castigado. Normalmente las personas con las que trabajamos se encuentran así, pasan por momentos en los que ven, escuchan o sienten cosas que nadie percibe. Sabemos que ellos en estos momentos requieren más que nunca la simplicidad de estar y retomar un lugar seguro. Una seguridad que prácticamente no tiene preguntas; es normal en nuestro espacio y el resto también lo sabe. Los otros pacientes son muy delicados cuando alguien comienza a tener miedo de lo que le ocurre. En estos momentos lo difícil es que no pierdan la confianza, ni ellos ni nosotros y “ese tiempo permite pensar el paso en un sentido u otro, las idas y venidas entre deseo y realidad”. La perspectiva de proceso nos permite saber que “Sí, hubo una confrontación violenta con la muerte”. (Davoine, F., 2013, p. 353).

A Rafael le costaba mantenerse atento o tranquilo en los espacios, en estos años muchos movimientos, movimientos repetitivos e incomprensibles, lo calmaban. Lo calmaban de miedos, y luego, se fueron expresando temerosamente miedo, movimientos y sensaciones que fueron interpretados como siendo ubicados, al interior de sí. Supimos que muchas de las cosas que hacía en el espacio, eran respuesta a órdenes y amenazas de castigo, muchas veces por la masturbación.

Como decía más arriba, lo más difícil no es lo que le ocurría a Rafael, que si bien por un lado requiere del equipo todo un trabajo de contención - de él, de los demás miembros del grupo y de los terapeutas que también se cansan muchísimo cada vez que estos momentos demandan contención- , lo realmente difícil es objetivar la denegación, e integrar al proceso, el rechazo que todo esto provoca en el exterior.

Útil n° 1

Necesitamos un cuerpo constituido de muchos cuerpos, para contener estas situaciones de intenso dolor.

Son estos sufrimientos en los diferentes niveles, lo que hace que en algunos casos salgamos a buscar apoyo, más cuerpos y coordinación en nuestros colegas, de la red asistencial psiquiátrica y de salud mental. Algunas veces porque tememos por la integridad y la vida de los pacientes, otras porque nos sentimos débiles para sostenerlos y distraerlos respecto de lo que están viviendo y otras veces por las situaciones que viven en sus casas, donde lo difícil es que todo lo que se habla pareciera no tener ninguna relación con lo que realmente ocurre en torno a ellos. Los pacientes muestran lo que no se dice y este hecho es muy angustiante. Porque finalmente nosotros sabemos y vemos lo que ellos ven y que, en cierto modo, no saben que ven.

Útil n° 2

Es un espacio fuera del tiempo, ya que una vez que nos reunimos con su familia nadie habla de lo que pasa, de las tensiones entre los hermanos, de la agresividad extrema de la madre para separar a los hijos de su cuerpo. Nadie habla de la depresión de la madre, porque ella es la “otra mujer” de este hombre que tiene una familia oficial. Por años, ella lo espera y acepta esta condición. Son situaciones de gran angustia de la madre que Rafael no entiende, al no poder integrar lo que están viviendo. Estos momentos son siempre álgidos, son momentos en los que sabemos que algo está pasando en casa, pero ocurre subterráneamente; todos guardan los secretos, excepto Rafael. En estos momentos estamos en el límite de la comprensión o requerimos la alternancia de los cuidados, también para tener la fuerza necesaria para detener este conjunto y realizar algunos cortes, separaciones, porque cada miembro finalmente exige atención exclusiva.

También estaba el hecho de que los medicamentos a Rafael no le gustan para nada; el Haldol le hace muy mal; lo mismo el meleril, que le duerme la lengua, le da sueño, lo marea; la Clorpromazina la acepta. Estos aspectos, que tienen que ver con sus opiniones

sobre los medicamentos, no tienen ninguna recepción en el tratamiento médico, no es escuchado, no se le explica casi nada.

Respecto a la colaboración médica, nos encontramos mucho más a menudo de lo que quisiéramos con una respuesta impactante, que algunas veces incluso nos toma semanas o meses para sobreponernos como equipo y que hemos analizado, es decir hemos podido pensar. Son respuestas que nos exigen instalar algo completamente nuevo, en relación a discursos que están reificados, que son rígidos, impenetrables, que no dicen nada. Así por ejemplo, a propósito de Rafael, me encuentro sin palabras frente a un tipo de respuesta extraña e inesperada a nuestros llamados y consultas sobre este joven: *“ah sí... Rafael, tu regalón”*; *“ah..., ustedes siguen tratando... con él... le tienen fe”*; *“bueno....por tratarse de ustedes veremos a este chico”*; *“le buscaremos un sobrecurso, a ver qué médico me hace el favor de verlo”*; *“uff, de nuevo, no lo malacostumbren, ustedes lo regalonean demasiado”*.

En esos años y con poca experiencia, este tipo de respuesta, de parte de los colegas que junto a nosotras se ocupan de estos jóvenes, nos dejaba sin aire y curiosamente, en mi caso, tenían un efecto de paralizarme y recogerme. Me encontraba rogándoles a los colegas que me hagan el favor de atenderlo, a mí por mi “regaloncito”. Surgían, a lo menos para mí, algunas preguntas: ¿Cuál es el trabajo entonces?; porque evidentemente estos problemas que yo presentaba se resolvían como un favor hacia mi persona, y era algo que se estaba haciendo por el lado, que no tenía ni un curso claro, ni un nombre claro, ni un procedimiento claro, ni un destinatario claro y lo central era que no constituía parte del trabajo. Lo que yo y mi equipo solicitamos, era una pregunta por, ¿quién hace este trabajo?, el trabajo solicitado era saber quién podía conocer a Rafael, cuál era el tratamiento pensado para él o quién veía a este joven, cómo interpretaban ellos que el joven pierda sus horas médicas, abandone su tratamiento neuroléptico, y se encuentre aterrado, escapando de todo lugar, sudoroso, que no duerma, que no coma, porque pensamos que está en peligro. Las preguntas hechas en estos términos resultaban molestas, o imposibles de contestar porque el único que sabía era el médico, que por lo general estaba ocupado atendiendo o no estaba, o no tenía la ficha a mano, etc.

Pensábamos también - y finalmente eso nos detenía- que quizá este caso era menos complejo que “los casos” de los que el servicio psiquiátrico se ocupa. Estas

preocupaciones, nuestras preocupaciones eran subestimadas totalmente, por los colegas y la autoridad del servicio de salud (a la que en muchas situaciones recurrimos). Para los equipos psiquiátricos (al menos los que he conocido) siempre hay antecedentes de algo peor y aquello que nos atormenta hoy, ya está superado; critican entonces la falta de experiencia, que, en estos casos, equivale a sentir, afectarse.

Con los años, estos momentos vuelven, y son estos los verdaderos momentos difíciles para un equipo psiquiátrico, tanto porque las diferentes situaciones a todas luces evidentes, iluminadas estas escenas por nuestros consultantes, nos impulsan a solicitar un tratamiento colectivo, como porque cada vez más las necesidades y respeto por los derechos de las personas se va imponiendo y en la práctica en muchos momentos nos vemos llevadas a asistirlos de diversa forma en el acceso a sus derechos en la realidad.

Este es claramente parte importante del trabajo: analizar cuándo tomamos lugar en la realidad, porque efectivamente son muchos los momentos en que nos sentimos muy impulsadas a actuar; sin embargo, tampoco debemos pasar al acto a cada momento, nuestro trabajo es con la dependencia y es muy importante que no salgamos de este espacio, cada uno debe cumplir una función diferente si no se colapsa el sujeto que requiere lo que antes mencioné como “un lugar seguro”.

En el caso de este joven, la reunión clínica expuso a un gran auditorio todo el drama de esta familia, incluidas situaciones tan dolorosas como abusos sexuales y agresiones entre los hermanos. Rafael asistió atento, pero confuso. Y si bien la reunión mostró un gran interés por conocer todos los detalles de estas situaciones difíciles, sus antecedentes familiares en términos de las relaciones y dificultades estaban asociadas todas a la “enfermedad”. Estos aspectos finalmente no fueron retomados, como elementos a ser integrados a un tratamiento concordante con los aspectos analizados. Y si bien el padre y los hermanos no asistieron, en la ficha sólo se consignó: “padre ausente”. Para finalmente orientar y pensar el tratamiento se imponen signos psicopatológicos neurológicos y psiquiátricos de la CIE 10 y respuestas médicas, en un vocabulario que deja ajenos a gran parte del auditorio. La exposición de todo el dolor de la familia, sirve para justificar la invasión farmacológica y la idea de que, compensando al joven, quizá puedan estar todos mejor y volver a la normalidad. Nuestra intervención fue considerada como “linda”. No nos fue posible conocer quien

daba seguimiento de los acuerdos de esta reunión, nunca nos comunicamos y frente a nuestras consultas, la respuesta era: ¿por qué nos interesábamos tanto en él?

Su tratamiento ambulatorio nos parecía inaplicable; sin embargo, su internación no era considerada necesaria, porque finalmente su situación era comprensible. Sus alucinaciones y estados alucinatorios, así como todo lo que podía ocurrirle en la calle y en su casa estando así y siendo rechazado de la forma que lo era. Buscábamos que el servicio psiquiátrico nos ayudara a cuidarlo y dar a esta familia un respiro para pensar en lo que les estaba pasando.

El volvió días después, igual de confuso y esta vez más molesto. No entendía qué hacíamos con él, ni como trabajamos. Aun no podemos dar lugar a un proceso, porque no hemos sido capaces de entender su situación. Creemos que la comprensión de su psicopatología, tenía que integrar aspectos médicos, psíquicos y familiares, sin embargo no contamos con los recursos necesarios.

Rafael recupera en parte sus estudios, se capacita en labores de amasandería. Y finalmente ingresa a un hogar protegido, con la intención de evitar que los problemas familiares lo afecten tanto. Vive en ese hogar por más de tres años, pero lo egresan porque es muy difícil para las cuidadoras. Estos hogares (son dos para el área), acogen a 8 pacientes, hombres con diagnóstico de psicosis crónica y son asistidos por personas en sistemas de turno las 24 horas; sin embargo, este personal no recibe ninguna preparación especial para su labor.

Volvió a ser internado el año 1998 y fue egresado con la misma medicación que le dieran al egreso el año 1991. Por un periodo le inyectan haldol, modcate y piportyl. Estos fueron tiempos muy duros, fuera del hecho de que cada vez que pedíamos conversar, la respuesta era muy mala también. Nos exigíamos que tomara y respetara la indicación de medicamentos, de formas cada vez más violentas. Rafael no puede tomar todos estos medicamentos, la madre no puede dárselos, no tienen dinero para ir a inyectarse. Finalmente, como hace años, él deambula por las calles en total abandono y viene a estar con nosotros, totalmente loco, algunas veces golpeado, algunas veces famélico y cada vez más agresivo. Su situación cada vez más difícil termina con una nueva internación, de la que se escapa y llega desnudo a la Comunidad. Dice que no

quiere volver al hospital, que tiene miedo que allá lo vuelvan loco, que él está bien. Conversamos y vuelve voluntariamente al hospital. Estuvo dos meses internado, lo egresaron con Haldol, tonaril y CPZ, fuera del modcate inyectable.

Vuelve igual, completamente desorganizado, incomprendible y cada vez más ajeno y vuelve a ser internado, lo egresan esta vez con diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica-catatónica. Durante la internación, se observa que Rafael no resiste bien el tratamiento con haldol, que le han dado por ocho años y se le administra 10 series de electroshock. Al alta con piportyl inyectable, CPZ y Clonazepan de 2mg por tres veces al día.

Es internado en los años 2000, su diagnóstico al alta es esquizofrenia indiferenciada compensada en tratamiento y le indican Clozapina. Este es un medicamento oral y se lo dan con una administración diaria de no menos de 8 pastillas.

Útil n°3

85

Los pacientes que requieren cuidados especiales.

Este joven, que ya no lo es tanto, ha sobrevivido a la calle, al tratamiento psiquiátrico y actualmente vive en una residencia, de la que no sabemos nada. Y seguimos preguntando. La respuesta de los encargados del servicio de salud es la misma: ¿por qué nos preocupamos por él?

4.2. La comunidad va al encuentro de Elena

El equipo conoció a Elena cuando tenía 37 años, había sido hospitalizada unas doce veces desde sus quince años por causa de sus estados de agitación. En ese momento vivía con su mamá y una tía. Tenía un hijo de diez años, al cuidado de la tía paterna. Se encontraba sin tratamiento psiquiátrico, no creía necesitarlos, había intentado suicidarse en varias oportunidades con medicamentos y su última hospitalización había sido de un año.

Fue traída por su madre a sugerencia de la asistente social de un consultorio local. Bajo diagnóstico de esquizofrenia paranoide, los informes de la época dicen que se mostraba suspicaz y prepotente. La describían además como abatida, enflaquecida, agresiva, descalificadora e insistente en torno de algunas ideas, decía: “los buitres me quieren prostituir en venganza”, “le quité C.F... a su mujer”. Nos la derivan porque es una situación muy difícil para su madre y el hijo de Elena que está teniendo graves dificultades escolares. Ella por su parte no reconoce nada anormal en ella, más bien considera que quieren prostituirla, encerrarla y abandonarla.

Al poco tiempo, hace un intento de suicidio con cloro, fue hospitalizada, por crisis psicóticas y desajuste conductual, golpea a su tía y es muy agresiva con su madre, la hospitalizan por dos meses. Ese primer año, el hijo de Elena vuelve a vivir con ellas. El chico tiene graves dificultades en el colegio y sufre además de encopresis. Elena va lentamente integrando e integrándose el apoyo del equipo ambulatorio y del médico. Mucho del apoyo se centra en la ambivalencia que tiene con los cuidados de su hijo, que oscilan entre preocupación/sobreprotección al abandono del niño por parte de Elena. Durante esos años, el equipo deja notas de un seguimiento cercano y preocupado por Elena. Con periodos marcados por sus agitaciones que provoca miedo y desconfianza en el equipo, que sale incluso por momentos concretamente en busca de cosas que pudieran aliviarla, sus estados preocupan, sus demandas de alivio movilizan variadas consultas médicas y psicosociales, así como variadas estrategias tendientes a que permanezca más tiempo junto al equipo, en las actividades que se le propone. En forma paralela, el registro es abrumador desde el punto de vista médico, recibe tratamiento de neurolépticos inyectable, oral, antidepresivo, tranquilizante, y toda una gama de otros medicamentos para problemas médicos. En síntesis, una gran cantidad de medicamentos, cambio de médicos y estrategias farmacológicas, junto a un cada vez más cansado relato del equipo referido a las insistentes demandas y llanto por las dificultades que Elena tiene.

Transcribo algunas de las notas:

Asiste con mayor regularidad y habla incansablemente de "el Señor X, que la viene a buscar". Pero ella dice no ser digna, no estar atenta, no darse cuenta sino hasta que lo perdió de nuevo... Dice además que cree estar embarazada. Se describen preocupaciones excesivas por la limpieza, enuresis y estados de gran inquietud.

Se ha logrado que cumpla parcialmente sus compromisos con el tratamiento en la comunidad terapéutica.

Los días que asiste, llega temprano y participa activamente, cosa que antes no hacía. En esas ocasiones disminuye su ansiedad y auto referencia, logra estar activa y concentrada en la tarea. Trabaja de forma adecuada e inteligente.

Se enfrentó su problema de salud en el Hospital salvador: padece un hipotiroidismo oftálmico.

Ella se manifiesta contenta por esto ya que se sentía muy mal y las dificultades visuales perturbaban sus posibilidades de funcionamiento.

Apoyo a los cuidados del hijo, que sean más adecuados. Cae en la sobreprotección.

Está afectivamente conectada - modula sus afectos de mejor forma apareciendo por momentos cálida.

Presenta cuadro reactivo psicótico a dificultades familiares y su mayor dificultad es su ceguera progresiva.

Útil n° 1

El proceso cursa en etapas

Recolección de la transferencia: fase inicial del proceso

Conozco a Elena cuando su hijo tiene 18 años y ella requiere nuevamente un apoyo más cercano, ella dice comenzar a volverse loca nuevamente. Elena en estos años ha frecuentado de más en más este espacio, ha desarrollado una relación amorosa, ha estudiado, ha cuidado niños, y ha pasado periodos largos de calma. Su carácter es más cálido. Aferrada a este espacio ha recibido el tratamiento médico de neuroléptico inyectable y varios otros tratamientos. La persecución y alucinaciones han sido más benévolas en estos años.

Acordamos encontrarnos dos veces por semana en un horario fijo. Ella asiste puntualmente a todas nuestras citas. Por un largo tiempo me habla de lo que yo ya conocía y había leído en su ficha; ella, ciega a mi presencia, realiza de forma ritual una suerte de confesionario para pasar luego a pedir perdón y una nueva oportunidad. Esta forma de solicitar atención, es descontrolada y siempre provoca algo de miedo. En la sala, hablaba infatigablemente sobre un amor imposible, amor frustrado o ilusión perdida. Su desesperación consistía en la certeza de perderlo, él para Elena por momentos es un dolor insoportable. Debe buscarlo, pensar en él todo el tiempo, debe hacer todo lo que las voces le ordenan que debe hacer para agradarlo, el pavor se hace presa de ella cuando se asoma la posibilidad de perderlo nuevamente y no ser calificada.

Un hablar infatigable, por momentos abrumador, en los que no se permite dudar, ni pensar, ni preguntar; ella está ciega y se resiste a dejar de hablar de él. Durante este tiempo mi trabajo está orientado a poder desatarme de esta especie de pasional atadura y enfrentar la erotización sin dejarla ir hacia las actuaciones.

Sin embargo, un hilo fino y delicado va tomado forma en el horizonte, no es solamente este hablar loco, obsesivo, pueril, es también el relato de una mujer admirable que había tenido una perspectiva lúcida y aterradora de su vida. Una vida muy dura, de mucho abandono y frialdad de parte de sus padres y cuidadores, que no tenía testigo alguno de sus dolores y espantos.

Elena nació ciega y la operaron tardíamente a los dos años; antes nadie notó su falta de visión. La madre de Elena trabajó como auxiliar de enfermería. El padre, descrito como un niño irresponsable, se mantuvo siempre muy al margen y su hermana lo representaba en los apoyos a la crianza de Elena. Él se suicidó cuando ella tenía cinco años, en el extranjero y no pudieron traer su cuerpo por problemas económicos. La madre decía: “no me di cuenta de que él era enfermo”, y tuvo que escapar de él porque la tenía amenazada de muerte. La madre parecía distante y desapegada, en alguna entrevista llegó a decir: “Mi felicidad más grande que he tenido en mi vida es estar inconsciente”. Su vida le resultaba agobiante.

Elena cursó enseñanza media completa y realizó cursos de dactilografía y auxiliar de enfermería, pese a todos los miedos y gravísimos problemas económicos que vivía. En su recuerdo se suceden historias y personajes algunos crueles o malvados, otros buenos y salvadores. A sus 22 años conoce un hombre que le da trabajo, la ayuda y que pasa a ser un amor platónico. Conoce en este mismo periodo al hombre con que se casa y tiene a su único hijo. Son todos años muy difíciles, de hecho es hospitalizada dos meses después del nacimiento del niño y la madre de ella toma la tutela del niño. Son muchos años de intenso sufrimiento y extrema locura. A los veintiocho años arrojó a su hijo a un canal, fue juzgada por parricidio y declarada inimputable; ella recuerda que esto lo hace porque no quería que se convirtiera en un delincuente y si lo mataba se iría al cielo (el niño tenía dos años). Esta época coincide con los peores años de la vida del hermano, que finalmente muere asesinado: “lo mataron de una puñalada en el corazón, mi hermano sólo vino a sufrir al mundo”.

Primeros pensamientos: Transferencia erotizada (Meltzer, D., 1997)

La tenaz resistencia de Elena a dejar de hablar de Él da forma a la erotización del vínculo transferencial que capturaba la dinámica y hacía difícil la posibilidad de pensar. Le digo -y lo hago cada vez que es necesario- que estoy preparada para escuchar sus fantasías sexuales sin castigarla. Este tiempo requirió la apelación a palabras maternas, la construcción de un espacio “resistente a su formidable seducción” (Sandri, R.) bajo un imperio paranoide, erotizado y ansioso. Pasando de la erotización y la alucinación a su cuerpo poseído de calores, fríos y hielos terroríficos; un dolor frío que recorre su espalda, junto a una melancólica queja de abandonos. Su hijo, su madre y los graves problemas económicos son evocados de forma dispersa y tímida continuamente, en torno a su central erotización del vínculo. Por momentos pierde la distancia, se agita y masturba compulsivamente.

Ella cada vez más interesada en escucharse. De a poco, en el tiempo y en este espacio fue dejando ir esta obligación de hablar de Él, para hablar de ella. Por mi parte, fui interpretando sus ansiedades de separación cada sesión, cada fin de semana, cada vacación o ausencia. Dar lugar a lo infantil, respondiendo sin abandonar, castigar, amenazar o desconocer, aceptando la dependencia.

Las confusiones geográficas

Lentamente las temáticas de su vida diaria y de su historia, toman más lugar en la sala, para dar luego paso a la erotización masiva. Dificultades de la vida que ella difícilmente puede abordar y que fácilmente pasan a ser interpretadas como un ataque a su persona o presionan a su prostitución a cambio de ayuda económica. Por momentos también se vuelve hacia su mundo interior y escucha, teme estar siendo vigilada, escuchada, se encuentra amenazada, ruega y llora porque se sabe enloquecida y abandonada. En muchos momentos la atmósfera de la sala se torna difícil, y toman lugar en mí palabras y afectos similares a los cuidados que damos a quien hierve de temperatura y delira.

Ella viene a hablar aquí, ella puede hablar acá, no solamente con su terapeuta, sino que a este lugar que ha probado ser un espacio seguro. Transferida, regresiva, le habla a Él, le da nuevos lugares de encuentro, nuevos horarios. Ella pide una nueva oportunidad, pide, ruega y teme ser descalificada, no estar a la altura de lo que él/yo queremos de ella. Ideas delirantes de contenido erotomanía hilan un ámbito extenso de su vida, desde sus recuerdos infantiles. Que la internan a sus quince años por una excitación incontenible por una profesora del colegio, que “tenía miedo al viento”, que “tenía ideas de ser violada y perseguida por hombres”.

Estos dos procesos, **el alivio** que le viene de la comprensión de lo que me dice y la adecuada **interpretación de sus ansiedades de separación** ponen en movimiento el ritmo, la forma ondulante del proceso analítico; que vuelven con frecuencia variables, de sesión en sesión, de semana en semana, de período en período y de año en año. Así se desenvuelve el trabajo psicoterapéutico, que establece las condiciones para que estos procesos transferenciales se expresen ahí cuando sus ansiedades han sido aliviadas. Elena es interpretada en su dependencia. Y un trabajo muy constante de interpretación de la masturbación, alivió ansiedades, dio paso a dinámicas de orden afectivo, muy superiores a los estados que se actualizaban hasta ese tiempo. Le expliqué en diferentes momentos, asociados a diferentes estados de ansiedad, que no iba a juzgarla por la masturbación, que su excitación en parte derivaba de esta actividad compulsiva que, si

bien la aliviaba, también podía confundir su mente. Analizamos sueños, analizamos pensamientos automáticos, pensamientos mágicos, etc. Sin embargo, este primer tiempo, evidentemente positivo, “explota como una burbuja ante la primera interpretación que llega más profundo”, como dirá Meltzer (Meltzer, D., 1996). En este caso, el encuadre fue importante. Le expliqué a Elena que lo que ella decía en la sala no saldría de ahí y que yo estaba ahí para ayudarla a pensar. Algo así como que ella podía pensar y asociar sin miedo. Se circunscribe el encuadre, se define de modo que las ansiedades queden contenidas dentro del mismo (Meltzer, D., 1996).

Confusión de zonas

Lo verdaderamente difícil vino con el tiempo y la profundización de la respuesta transferencial a la separación y límites impuestos por el encuadre. Por ejemplo, ella insistía en hablar, en todo momento, en cualquier lugar, traía regalos, podía gritar, etc. *La modulación de la ansiedad y reducir al mínimo la intrusión de la realidad externa en el encuadre.* La dependencia la respeté, con un horario y un tiempo fijo. Avisando con tiempo en caso de ausencia, evitando crear incertidumbre o duda. “Esta modulación de la ansiedad, se da a través de la reiterada vivencia que tiene el paciente en análisis de que hay un lugar donde la expresión de sus procesos transferenciales no será satisfecha mediante la actividad-contratransferencia, sino solamente mediante la actividad analítica, es decir, una búsqueda de la verdad” (Meltzer, D., 1996).

Con el ingreso de afectos interpreto su excitación y damos lugar a la masturbación y su función defensiva, así como los múltiples rituales que la calman de pensamientos catastróficos, miedos y una excitación que la atemorizan de volverse loca.

Se trata de narcisismo, ya que desde debajo de la transferencia erótica, saldrán a la luz la violencia de los celos edípicos y la crueldad de la vanidad herida. Pasiones o una gama de conductas, pensamientos, figuras, sensaciones, emociones de gran intensidad y poca huella.

La duración de esta fase, dominada por cualquier organización transferencial particular, no es realmente predecible, ya que los factores que gobiernan la movilidad de las defensas, la intensidad del impulso hacia la integración, la capacidad para aceptar la dependencia, etc., están oscuros por el momento y se los suele agrupar bajo la rúbrica de “constitucionales”, lo cual a pesar de la referencia biológica, en la práctica probablemente signifique que sólo los podemos evaluar retrospectivamente pero no por anticipado.

Útil n° 2

Sus impulsos de resolver problemas, salir a buscar medicamentos, horas médicas, dinero, trabajo, consejo para su hijo, serán vistos fuera del espacio de trabajo mental. Y en los casos de ser incontenible, dejaremos de lado la sala para realizar esta actividad con un terapeuta ocupacional. Esta es una herramienta que siempre utilizamos, hemos visto que efectivamente hay asuntos que requieren ser abordados, por ejemplo problemas de salud (infecciones dentales u otros órganos), problemas económicos graves como persecuciones bancarias o de préstamos irregulares, situaciones de insalubridad en sus hogares o caso de pacientes aislados sin tratamiento. En muchos casos, los pacientes solicitan el espacio de trabajo mental, luego de ocurrida la intervención con el terapeuta. En nuestro modelo de trabajo, cada paciente dispone de un terapeuta para su mundo interno y terapeutas ocupacionales centrados en aspectos centrales de la cotidianidad y su dignidad. Esto permite no subestimar los aspectos de problemas concretos que si bien no son la causa coparticipan de estados de confusión y miedo.

”El secreto reside en la estabilidad, y la clave para la estabilidad es la simplicidad” (Meltzer, D.1996).

Útil n° 3

En este caso consistió en un trabajo sutil y constante con la madre de Elena, con objeto de interrumpir las actividades que ella realizaba con su hija de lavados intestinales de forma doméstica, cada vez que Elena tenía problemas para defecar.

“He estado con un pánico atroz, por favor ayúdame, pienso que van a empezar a presionar con mi guagüita, para que esos hombres me hagan cosas a mí, un vejamen sexual, pienso que me andan persiguiendo esos hombres y que presionan con mi guagüita. (Me presionan es concreto).

Mi consuegra, la abuelita dijo por la niña dijo... esta va a ser una pata mala y yo lo interpreto, si yo no dejo hacerme cosas por esos hombres van a hacerle cosas a mi guagüita, quiero morir, porque no me pueden dejar tranquila, si nadie más me persiguiera, me da pánico porque me tienen que elegir a mí y el señor X. Donde está. Tengo pánico atroz como adentro del pecho y el corazón. Me da pánico.

Ella me quiere y yo la amo. Yo quisiera paz y no sentirme perseguida por nadie. Por qué dijo eso, la tienen que haber presionado y a mí me dan miedo los hombres, me dan pánico, pero el señor X, no sé nada. Pienso que me quieren prostituir en venganza, el papa de F. y el señor X donde está.

Le compramos una bacínica a la A. Hacen días y días y días que no puedo hacer la digestión. No pido nada, solo paz”.

Hay que señalar, en este punto, que la madre – y esto tiene relación con su trabajo como auxiliar de enfermería-, ha realizado desde siempre muchas intervenciones corporales a su hija. Saber por ejemplo que ha practicado hasta no hace muchos años lavados rectales a esta hija por lo que considera problemas de estreñimiento. A partir de este tipo de detalles, evocados luego de un largo recorrido, he podido pensar el desplazamiento de ansiedades a través de mecanismos bien arcaicos por parte de la madre; y que estos mecanismos se proyectan hacia modalidades mentales que entiendo como gozosas, en el sentido de que para contener requieren fantasía, fantasma, imagen, sensación, confusión, omnipotencia, cuerpo, cuerpos. Un mundo mente-cuerpo indiferenciado.

Útil n° 4

La constelación.

Tomamos esta herramienta del análisis institucional; consiste en que un grupo de personas cercanas, interesadas o que se encuentran a cargo del caso, se reúnen a conversar e intercambiar puntos de vista en relación a un paciente, con él presente, de lo posible. En este caso, para poner en común las demandas de ingreso a hogar de los dos primos que azarosamente coinciden en el tiempo. Entrevistas, visitas, venidas, preguntas, todo este material invade la atmósfera de la comunidad, todos hablamos y

nos interesamos por la situación familiar. Si bien conocemos a estos pacientes desde hace años, nunca los habíamos visto como una familia.

Cumplidos un año en casa de la tía Erna, Elena y su madre vuelven a casa; el hijo se separa durante este periodo también. Nuevos planos desplegados: ella sale y entra de estos espacios. Sin embargo, poco tiempo después la angustia aparece bajo la forma de crisis insoportables, con necesidad de hospitalizarse, dice ella. Pide ayuda y, como antes, se encuentra sorprendida de sí misma. De lo que puede llegar a ser o mejor dicho desear. Deja primero los medicamentos, pide ayuda para esta tía, pide cambio de médico, pide ser hospitalizaba, el miedo es muy intenso, se siente muy perseguida.

Los estragos de lo maternal en Elena

Hay un amor a la madre sin padre y sin madre. En todos estos años jamás ella me ha hablado de nadie o de nada que la haga pensar o saber algo sobre sus abuelos, del lado que sea. Esta madre es total y tan total que los dichos de Elena la muestran así: “totalmente omnipotente”, “a mi mamá no le gusta que le digan abuela”.

La ceguera hasta los dos años, así como el hecho de que estrictamente ella nunca ha visto bien, ha marcado especialmente este caso. Si bien esto puede parecer evidente, ella no puede ver la realidad, no ha podido apoyarse. Ella sufre el hecho de no ver, y vivir en la penumbra (sótano), no ser capaz de distinguir al otro, saber de quién se trata, y consecuentemente qué trato darle. Dice tener pavor al hecho de que al equivocarse pueda ser tomada por una mujer que se ofrece sexualmente. El hecho de acercarse a un hombre y con su interés preguntarle quién es, se le vuelve como: “quiero algo contigo”. Para Elena el problema es el amor; ella mostraba bien que lo imposible era entender al otro, estrictamente hablando ella no se relaciona con nadie excepto con esta idea del otro siempre difusa, que finalmente es solo una ilusión. Una ilusión que al desilusionarse la presenta frente a sí misma deseando, cosa que ella rechaza violentamente. Así todas las relaciones significativas son lo mismo, intercambiables e indiferenciables. Todo amor contiene la ilusión de ser el mismo amor, la ilusión de su propio reflejo, sin integrar diferencias, menos aún sexuales.

En este periodo, hemos estado perturbadas por el ruido de la madre; está llena de crítica, toda criticada. Mamá está cada vez más cansada y ha resultado dañada, pienso yo. Toca una pequeña guitarra en la casa, Elena odia este ruido, un ruido espantoso, molesto, absurdo, me dice. Se pregunta, ¿qué hace?, “cómo se le ocurre”, además que no sabe tocar, me dice. Lo interesante para mí de esta anécdota, es que venga a sesión como tal, como una escansión, un ritmo, un registro, un traslado una pausa. Una novedad de hecho, nada había sido dicho de este modo hasta ahora. Su molestia, junto a pensamientos sobre la madre cada vez más críticos y últimamente llegar a decir, “la odio, no puedo amarla, no puedo perdonarla”. Primero, lo pronuncia y lo piensa –ella, cuestión imposible hace un tiempo atrás- y, segundo, estos dichos no se vuelven contra ella.

El hecho de que su hijo sea padre, que aparezca una pareja del hijo, el crecimiento de su nieta, el hecho de que su hijo le encargue a Elena su nieta, instalan el orden de la filiación. El control de esfínter a los tres años de la niña, los problemas de la pareja y la salida de la casa de familiar, hacia la casa de una tía enferma, inauguran las reuniones familiares jamás tenidas hasta entonces. La integración familiar se esboza en un grupo, un colectivo en “La casa de J.”, la hermana menor, devota católica.

Este año, la vida transcurre bajo muchísimas presiones; sin embargo, en una gran unión en torno a los cuidados de su nieta. Este año también se agrava la condición de un “hombre en la familia”, un primo de Elena, loco hijo de una tía, que se suicida también en Argentina. Los hombres en la familia...: el padre se suicida, el hermano es asesinado, un tío se enferma gravemente. La infancia de Elena en parte transcurre en casa de una tía que tiene una pareja, que además tiene el mismo nombre del hombre del que ella ha hablado todos estos años (Señor X). La identificación del campo significativo en estas fórmulas discursivas, en este caso los nombres, resulta ser una oportunidad interpretativa.

Actualmente, Elena tiene relaciones sexuales. Este hombre es real, es un hombre que conoce por azar, en sus rutinarios recorridos; este hombre de edad, la invita un té, ella

acepta la invitación. Comienza a aceptar varias cosas en verdad. Acepta por ejemplo vivir en un hogar protegido del Área y es como si siempre hubiese estado ahí.

Poco antes de partir, Elena me dice que desea dejar su tratamiento farmacológico. Ya el año anterior yo había observado -y ella evidentemente lo había notado- gran cantidad de efectos colaterales neurológicos, movimientos anormales, tic y espasmos asociados al Leponex. El equipo intentó por más de dos años de consultar seriamente a su médico tratante; sin embargo, nunca recibimos respuesta seria.

El hilo conductor del relato de este caso es mi parcial interpretación; sin embargo, esta lectura la he ido permanentemente reflejando tanto con ella como con su madre y tía.

Las cualidades de la realidad en ella

Digo bien: la cualidad de realidad; algo así como más cerca de la realidad, más real o a lo menos en el tiempo real, en el discurso, donde yo puedo saber más, decir o preguntar. En este proceder me he ganado más de un enemigo, en este caso la madre, que siempre agredió bajo tierra, venía con los años a redactar un nuevo contrato, por decirlo de algún modo. En muchos casos amenazando directamente a Elena, con guardar silencio. Cuestión que de hecho resulta particularmente difícil para ellos. Es así como hemos ido tejiendo una historia de recuerdos asociados.

El control omnipotente poco a poco va dando paso a su hablar de contenidos nuevos, pensamientos de ser una buena mamá para su hijo. Este proceso se va dando paso en medio de afectos intensos de envidia y celos hacia su hijo que ella va entregando en sesiones sin miedo a represalias; puede escucharse y las consecuencias puede esperarlas con más confianza. También aparece una fuerte dependencia con el espacio psicoterapéutico, ya que intensas olas de afectos negativos, autoreproches intensos y culpa la adhieren algunas veces rabiosamente al espacio que se resiste a dejar. Los ataques fuera del espacio psicoterapéutico también se distancian en intensidad y ritmo, y va estabilizando el trabajo psicoterapéutico.

A Elena le gusta escribir, quiere escribir cuentos infantiles; y de algún modo lo hace, pero a través de un texto que me recuerda el texto sobre Lo ominoso, de Freud, donde lo infantil aparece vinculado a los modos de trabajo superados del aparato anímico y su relación con la dificultad de poner límite entre fantasía y realidad. En el texto, ello aparece emparentado con la omnipotencia de los pensamientos, con una particular estética asociada a la idea de creencias infantiles, donde no interviene para nada la angustia.

Le gustaba escribir cuentos, pero incluso en ellos la contaminación era grande, hablando, escribiendo, pensando, la obligación de referirse a Él. Destaca, en los textos de Elena, que el tiempo de la narración va desapareciendo, para dejar o tomar lugar al tiempo vivido, donde los acontecimientos quedan en un segundo plano y va dando cada vez más cabida a la relación con el amado; se instala así un no-tiempo, un espacio al parecer siempre presente y no mediado por el paso del tiempo, un espacio actual y eterno que la contiene, ciertamente.

Me decía, por ejemplo:

“... mi hermano empezó a sufrir mucho, mi mamá lo tuvo que mandar a criar donde una vieja que se emborrachaba, ningún familiar la quiso ayudar. Después, la mamá de mi mamá se ofreció para cuidar a Pedro y mi mamá me llevaba a verlo y me acuerdo que lo andaban trayendo con un mameluco verde del cual le colgaban las cositas. Pobre mi hermano. Una vez yo le guardé un sandwich, y ese día no lo pude ir a ver, y se me pudrió y se me echó a perder en el abrigo. Yo quería mucho a mi hermanito y sentía compasión por él. Siguió transcurriendo el tiempo y mi mamá decidió llevarnos a vivir con ella a los dos, pues le asignaron un sitio con una mejora, así es que nos llevó con ella, pero empezó mi mayor drama, el miedo al viento, pues las piececitas de madera sonaban mucho con los temporales que había en aquellos terribles inviernos”, “yo lo quise mucho mientras fue chiquitito, pero cuando comenzó a crecer y a tomar alguna que otra característica masculina, yo lo empecé a odiar y a la vez, empecé a sentir o creer que era el predilecto de mi mamá y eso me dio envidia y me transformé en la peor de las madrastras. Empecé a maltratarlo física, psicológicamente y además a disminuirle la parte alimenticia, le daba poquita comida y le pegaba mucho...”.

Este relato y casi todo lo que parecía recordar, me hacía pensar que no estaba recordando, tampoco me parecía que estaba fantaseando; estaba regresiva, reviviendo en el presente su mundo interior. En ese periodo, si bien me inquietaba por la cualidad de este relato y sobre el sentido que podía tener escucharla, sin embargo, su puntualidad y su uso del espacio así como mi interés creciente en escuchar todo lo que iba trayendo

me tranquilizaron. Pienso entonces que este relato aparece como un testimonio delirante.

Ha aceptado vivir en un hogar, al que decía no poder ir porque el Sr. X no podría visitarla. Un acto suicida, una internación hospitalaria por este motivo y junto a ellos un acto sexual. Suicidio, acto sexual a primera vista como descarga de un llamado por ella exceso de energía.

Por lo menos puedo decir que desde que le quitan a la niña, remontada a finales del año 2005, un nuevo movimiento brusco, arbitrario sin explicaciones aleja a la nieta por motivos de ruptura de la pareja; ella sufre muchísimo, sin embargo, nadie parece entenderlo ni menos aceptarlo, de hecho su hijo la ataca violentamente cada vez que ella pide tomar lugar como un miembro más de la familia o como abuela o como lo que sea, siempre esta familia expulsa todo lo que Elena pide que contengan. Ellos siempre argumentan estar cansados, ya que ella es demasiado demandante, y no soporta no ser el centro de todo.... Elena comienza a llorar, se inicia el tiempo del llanto, nunca desde el tiempo que la conozco había llorado y sus dichos nunca habían podido afectarla. Todo se decía en esta condición de sin puntuación, de hecho sus relatos incluyendo aquellos más impactantes lo eran en parte por el no-sentimiento con el que fueron expresados, primero disociados, luego perplejos, angustiados. Ahora llora por motivos que me resultan del todo comprensibles, llorar después de todo lo que me ha dicho me parece muy lógico, llorar de hecho le dan una presencia nueva, no solamente por el hecho de llorar, la fuerza del llanto sino que para mi gusto la voz, el volumen son nuevos. Algo así como que nuevos registros de la experiencia vienen al lugar, toman lugar en este espacio, a tiempo.

Estar ciega, me parece se juntaron con ser ciega, haber sido ciega siempre, vivir vuelta hacia el interior, la inminencia de la ceguera, no ver, no verlo, y el otro.

El Sr. X, significó muchas cosas para Elena.

Significó:

- Un hombre de su infancia, que la cuidó y la quiso, del que tiene recuerdos de que la habría tocado.

- Lo que ella veía o sentía, colores intensos, en los tiempos de la ceguera, ella no veía sino colores y sentía el viento...
- Todo su dolor y la soledad de momentos en que no supo qué hacer, se sentía sola y siempre al borde de la locura en un derrotero de vida.
- El miedo del ambiente, del equipo, constantemente amenazado, por esos años. El único lugar que finalmente la había acogido, había acogido toda su historia familiar y su persona.
- Un hombre que ella encontró durante su juventud, el primer hombre del que se enamoró, que deseó, más allá del miedo al viento y que la abandonó, la respetó.
- Su miedo, pero también su esperanza en el otro, en la vida que por un lado le provocaba intenso miedo, pero también un impulso, un motivo, la razón de salir a buscarlo, a buscar una salida, una esperanza para su hijo.

La noción de proceso me permitió saber que el Sr. X significaba toda su vida y que venía con algo y se dirigía a otra parte,; significaba entonces el duelo de la pérdida que la dejaba nuevamente cada vez a ella frente al mundo, con un miedo feroz.

Reflexiones

En el desarrollo de este documento he buscado poder describir del modo más concreto posible cómo tratamos a nuestros pacientes. Esto porque requerimos poder decir y transmitir este modelo de modo que crezca y mejore con renovados conocimientos y dialogue con otras experiencias.

En un primer encuentro nos fue necesario distinguir que los pacientes con los que trabajamos son personas adultas que requieren por motivos de su psicosis ser vistos por un equipo de salud mental orientado específicamente a sus necesidades. Esto porque efectivamente, tratándose de personas incurables, dado que han estabilizado sus episodios agudos, sin embargo la psicosis es su estructuración mental, se espera mejorar y prevenir situaciones de deterioro mayor, de su discapacidad. Aclara mejor la inquietud que resulta de las expectativas de curas, así que la noción de proceso es una idea que reúne muchos aspectos positivos para la orientación progresiva y positiva de estos tratamientos.

He pretendido además plantear que este modo actual está estrechamente relacionado con el devenir de este grupo en estos años. Me ha interesado hacerlo, porque pienso que hoy hemos alcanzado a tratar con aspectos mentales propiamente y que esto constituye una complejidad difícil de alcanzar, es el resultado de una comprensión compleja y una experiencia.

De qué modo a diario usamos los diferentes espacios del lugar que nos sirven para dar a cada paciente la oportunidad de compartir y desarrollar algo diferente de lo que viven a diario. Vemos que en su vida diaria muchas veces son tratados de forma muy estereotipada por motivo de sus condiciones mentales. El equipo está preparado y contempla que pueden estar delirantes o alucinados y en esos casos el equipo puede intervenir.

Estas intervenciones comparten una visión del ser humano que estamos recibiendo y comparten una visión de la mente humana. He hablado de varios espacios, que dejarse llevar por unos y por otros es en parte el tratamiento. Uno de estos espacios es la

atención psicoterapéutica, que en lo esencial la entendemos como orientada al mundo interno.

Finalmente, me ha interesado dar cuenta de los progresos, porque si bien no es el objetivo, claramente nos interesa que esta relación sea posible, y sea posible una buena relación, constructiva, por momentos difícil, porque implica límites. Es además una relación dinámica, ya que esperamos de forma no pasiva una transformación que a la larga se agota, agota lo que podemos aportar. Esta es una reconstrucción de todo lo que ha ocurrido en una relación que ha durado años. Y quizá lo más difícil, se trata de un diálogo, particularísimo, que toma un tiempo en cada sesión, que es más que la colección o recolección de información. Es un espacio analítico, en el sentido que interpreta espacios mentales proyectados en este espacio particular de encuentro. Para encontrar la forma y los contenidos; porque si bien las notas están, finalmente mucho del trabajo psicoterapéutico no es “científico”, no es posible tomar nota literal de las intervenciones tenidas, ni durante las sesiones, ni menos el hilo de procesos que han durado años. Fue la lectura del libro de Donald Meltzer, el proceso psicoanalítico, el que finalmente coincidió en varios aspectos y etapas por las que en estos años me he sentido transitar con los pacientes.

101

Practicar el cuidado y aportar la psicoterapia como un útil más disponible a las personas con psicosis, pone de entrada la dificultad de que su ser mismo se relaciona negativamente; son ellos los imposibles, los intratables, los incomprensibles. Y lo que se piensa, lo que se dice, lo que se ve, todo lo que no ocurre, implica un espacio terapéutico complejo, donde no es posible trabajar si no ponemos mucho de nuestra parte. El tratamiento psicoterapéutico psicoanalítico aporta una noción/visión psicopatológica progresiva y de proceso que en lo esencial contempla la dinámica inconsciente. Esta representa de un modo práctico la metapsicología psicoanalítica y con ella un respeto real por la mente y sus espacios diferenciados a partir de los que puede hacer la interpretación del mundo. Los síntomas nos informan acerca del estado cotidiano de alguien y por sobre todo en este contexto solicitan una disposición psíquica.

Los discursos reformistas y todo lo que hemos descrito, han implicado aperturas, necesarias para proponer una reflexión sobre lo que hacemos cuando tratamos de dar tratamiento a la psicosis. Estos discursos pueden contener finalmente también objetos

de análisis muy disímiles e incluso antagónicos. El grupo de personas que han formado parte de comunidad terapéutica representa muy bien esta realidad. De hecho, podemos ver cómo la inicial inspiración de la comunidad terapéutica, que puede ser identificada a una etapa de la psiquiatría inglesa, coincide también con el desarrollo de la psiquiatría social en América Latina, como previa a todos los movimientos antipsiquiátricos; y, en este sentido, el grupo no ha “militado” en la antipsiquiatría, más bien se ha orientado en la idea de una psiquiatría social, territorial y cercana, con las personas incluidas y no aisladas en grandes hospitales. En el grupo inicial participaban también médicos, y se consideraba la psicopatología como parte de una experticia médica muy importante. Esta actividad médica, así como la importancia de las medicinas, hizo que por años, incluso como ONG, se adquirieran medicamentos para los casos de personas que quedaban sin su medicina por falta en la farmacia del hospital. Junto a la concepción del enfermo mental, estaba el modelo de derechos humanos, de participación comunitaria y la idea de que podíamos dar una oportunidad de inclusión a personas que no la habían tenido o que por su condición de enfermos psiquiátricos no la tenían o perdían por este hecho todos sus derechos. Este modelo aporta métodos, como el de la *asamblea comunitaria*, concebida y analizada como el centro de la comunidad, siendo su corazón y desde la cual puede reconocerse su ritmo.

102

El síntoma tal como analistas lo observamos, no es el síntoma descrito por los tratados de psiquiatría. Primero porque se ha modificado ya en la transferencia, y luego porque su condensación y su capacidad de desplazamiento significan que “las formas plásticas” que toma prestadas incluso del lenguaje, remiten a las capacidades de deformación y a las condiciones de figurabilidad en la palabra asociativa de la transferencia, en la relación psicoterapéutica. Iniciada esta conversación con el terapeuta, no es posible que esta relación no nos afecte.

Hacer el esfuerzo *meta* sobre las concepciones *psicopatológicas* nos permite anteponer una dimensión igualmente importante, previo acto clasificatorio o explicativo, un interés específico por el *cuidado* que solicita una persona que sufre de dolor mental. Y saber cómo disponemos nuestro trabajo cuando nuestro campo de interés es lo psíquico, su deterioro y su riesgo en la muerte de aspectos mentales. Qué hacer con la psicosis, intervenir en su deterioro mental y caer en la cronicidad. Ambos procesos que implican el olvido de sus necesidades vitales.

Lo *metapsicológico*, cómo una herramienta metodológica útil para contemplar la complejidad de aspectos que se dan simultáneos en el tiempo que operan en el encuentro de mentalidades durante los procesos de tratamiento, que además conciernen a todos los involucrados sean estos “pacientes”, “terapeutas” e instituciones.

Y en lo que respecta a procesos psicoanalíticos significa que este encuentro no es reservado a los terapeutas “psicoanalistas”, sino que es una fuente que inspira a todos los interesados en los fenómenos mentales y psíquicos.

Este documento espera acompañar a todos lo que cotidianamente trabajan y se ocupan de las personas durante sus internaciones psiquiátricas o en las diferentes actividades de programas ambulatorios. Que desarrollan procesos con los pacientes y que normalmente no se integran a las reuniones clínicas. Donde las disquisiciones conceptuales y abstractas, donde los modelos conceptuales suelen ser disjuntos y en la práctica es muy poco lo que pueden hacer. Basta observar la canasta de prestaciones consideradas para programa de rehabilitación; estas son actividades que no contemplan una coordinación clínica o un mínimo dialogo entre los que entregan concretamente la actividad al paciente y los que ordenan teóricamente lo que debe hacerse.

103

Este tipo de soluciones definitivas, que pretenden terminar con la enfermedad o pretenden ser más eficientes en relación a los costos, implican autoritarismo y no contemplan la complejidad de los procesos individuales, que en algún caso requieren la comunión, la reunión de múltiples y diferentes actores y por sobre todo el respeto por procesos que son mucho más complejos de lo que podemos entender.

Me parece importante reflexionar sobre la reunión clínica. Esta actividad nos permite conocer el centro de la institución psiquiátrica, y al menos en nuestra experiencia ella está muy lejos de anidar la orientación de la cura, qué hacer con los casos complejos, los casos que hacen trabajar e interesan al servicio de psiquiatría. Nos dimos cuenta que efectivamente nuestros casos, los “favores”, resultaban ser los mismos casos que se revisan en estas reuniones clínicas. Entonces, ¿cuál era el trabajo, que tipo de atención recibían los casos complejos? ¿Qué pasaba entonces? En parte, tal y como lo he planteado, las reuniones clínicas (que hemos conocido en estos años), siguen la misma lógica autoritaria, orquestada por un único ser que monologa y atrapa toda la atención del auditorio, que finalmente dicta ordenes médicas y estaban en la misma serie del

“favor”, porque luego de realizados los ejercicios de catarsis colectiva y a veces muy acaloradas y excitantes discusiones, nadie da continuidad a las cuestiones acordadas ahí. Nos enfrentábamos y nos golpeamos con un muro aún más grueso y desconcertante.

Lo que muestran estas actividades y el objetivo de ellas, normalmente académico, ya que los asistentes suelen ser mayoritariamente alumnos, es que la concepción de salud no ha cambiado. Una concepción que se centra en la cura somática que no integra aspectos psicológicos y sociales, más que a un nivel discursivo.

Me parece también que fue difícil y sigue siendo hasta la actualidad, intervenir los que eran y siguen siendo “enclaves autoritarios”, mentalidades autoritarias, en este caso representadas por grupos aún vigentes en los hospitales psiquiátricos. Los hospitales psiquiátricos, los asilos y todas las instituciones médicas que rodean un tipo de actividad altamente jerarquizada y violenta. Que rechazan pensar, rechazan la actividad creadora e investigativa de nuevas prácticas y formas respetuosas de complementarización y democratización finalmente de las relaciones por parte de los equipos y hacia las personas que consultan.

Practicar el cuidado y aportar la psicoterapia como un útil más disponible a las personas con psicosis, pone de entrada la dificultad de que su ser mismo se relaciona negativamente; son ellos los imposibles, los intratables, los incomprensibles. Y lo que se piensa, lo que se dice, lo que se ve, todo lo que no ocurre, implica un espacio terapéutico complejo, donde no es posible trabajar si no ponemos mucho de nuestra parte. El tratamiento psicoterapéutico psicoanalítico aporta una noción/visión psicopatológica progresiva y de proceso que en lo esencial contempla la dinámica inconsciente. Esta representa de un modo práctico la metapsicología psicoanalítica y con ella un respeto real por la mente y sus espacios diferenciados a partir de los que puede hacer la interpretación del mundo. Los síntomas, nos informan acerca del estado cotidiano de alguien y por sobre todo en este contexto solicitan una disposición psíquica.

Que de “protegidos” no han tenido nada. Autoridades completamente ajenas a la realidad. Este hecho es muy doloroso.

Las dimensiones contempladas son: Disminución de las hospitalizaciones -su indicador era número de hospitalizaciones en el año-; Adherencia a tratamientos farmacológicos -su indicador, era la consulta constante a los pacientes y sus familias sobre los medicamentos; de hecho no se acepta el ingreso de personas sin médico tratante; Desarrollo de mayor autonomía e independencia, una observación de los terapeutas y monitores, en relación a la vida cotidiana, las actividades en la casa comunidad y la asamblea de pacientes; Desarrollo de habilidades sociales -su indicador era la participación en los grupos y otras instancias-; Integración a un trabajo

En la actualidad, los programas de rehabilitación reciben los recursos que el encargado decide arbitrariamente asignar a cada institución “en convenio”, en función de las “prestaciones” que realiza. El valor que Fonasa tiene para estas actividades, es referencial y la asignación de recursos, por parte del área, ha impedido completamente conocer el valor real de estas actividades ya que las reglas se imponen centralmente. Es importante comentar en este punto, que las actividades que estas instituciones realizan - taller laboral protegido, programa diurno de rehabilitación, programas de inclusión laboral, hogares protegidos de pacientes psiquiátricos, residencias protegidas-, son labores que nadie puede pagar, ninguna persona (hablando del 80% de la población) podría cancelar, ya que además ningún seguro de salud las cubre.

Como lo he planteado, es fundamentalmente a través de las prácticas y experiencias que hemos hecho esta lectura del proceso que, en mi opinión, contiene una transformación en la concepción psicopatológica. Esta transformación de la concepción ha ido de la mano de los procesos formales, discursivos, político-administrativo, como de cuestiones ideológicas y prácticas de esta institución en estos años. Lo que me interesa mostrar, cómo este proceso de acompañamiento, cercano y respetuoso de lo que nuestros pacientes piensan y sienten, ha iluminado y empujado la conceptualización.

Esta experiencia clínica va de hecho procesando y elaborando concepciones psicopatológicas, que llamaremos de acuerdo a la literatura, más modernas. En el caso de Chile, hemos expuesto algunos puntos que muestran el camino difícil y finalmente nos parece que muchas de la intenciones expresadas en el Plan nacional se materializan recién en la ley AUGE que “Formalmente, se la dividió en cinco proyectos de ley, -

financiamiento, ISAPRES, autoridad sanitaria, derechos de los pacientes y, como no, AUGE- los cuales han sido modificados a repetición por indicaciones sucesivas del Ejecutivo, única fuente con autoridad para modificar el texto de un proyecto” (Sepúlveda y Álvarez, 2004). Este es evidentemente un proceso que se interrumpió con la priorización de la Ley AUGE. Requerimos continuar hacia la modernización de los tratamientos de las personas y de todos los que trabajamos en salud mental. Así como muy especialmente la calidad humana y dignidad de estos tratamientos.

Bibliografía

Acuerdo de Santiago, Conferencia chilena “Desafíos en salud mental y atención psiquiátrica: Accesibilidad, Equidad, Participación”. Santiago-Chile, 13, 14,15 y 16 de Noviembre 1991. Ministerio de Salud, Cooperazione Italiana, Oficina Sanitaria Panamericana. Archivos Comunidad Terapéutica de Peñalolén.

Alanen, Y. (comp) (2009) *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses*, ed. Routledge, USA.

Alanen, Y. (2003) *Esquizofrenia*. Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, para el IX Curso Anual de Esquizofrenia dedicado a Psicoterapias combinadas en la Esquizofrenia y otras Psicosis. Madrid.

Aulagnier, P. (2009) *La pensée interdite*. Ed. PUF, Paris.

Ayme, J. (2009) Essai sur l’histoire de la psychothérapie institutionnelle. *Rev Institutions, Rev de la Fédération Inter- Association sur la psychotérapie institutionnelle*, n°44.

Bion, W. (1996), *Volviendo a pensar*. Ed Hormés, Buenos Aires.

Blanchot, M. (1995) *La locura por excelencia*. *Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq*, vol.XV n° 54.pp.463-476.

Bollas, C. (2011), *Le Moment freudien*. Ed. Ithaque, Paris.

Botella, C (1995) Apropos du processuel (automate ou sexuel infantile). *Rev.francaise de psychanalyse* (Paris), pág. 1609-1615.

Brokering, W. (1999) Apuntes Docentes: Análisis crítico de los procesos de Reforma Psiquiátrica Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Médicas, Dirección de Graduados Curso. Gestión en Psiquiatría y Salud Mental.

Canestri, J. (2004) *Le concept de processus analytique et le travail de Transformation*. *Rev. franç. Psychanal*, n°5.

Davoine, F. (2012), *Don Quijote, para combatir la melancolía*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

Delion, P (2001) *Nathanaël, sapsychose et ses institutions*, *Rev. de psychothérapie psychanalytique de groupe*, no 36, p. 7-17. DOI: 10.3917/rppg.036.0007

Delion, P. (2001) *La relation de compréhension dans la psychose*. <http://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-grupe-2001-1-page-19.htm>

De Mezzano A. (2008). *Psicólogos Institucionales Trabajando*. Ed.Eudeba, Univ.de Buenos Aires, Argentina.

Desviat, M. (2000) Del Hospital Psiquiátrico a la Atención en la Comunidad: El Plan de Reforma de Leganés (1986). I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: *]; Conferencia 43-CI-C: [19 pantallas]. Dis.en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa43/conferencias/43_ci_c.htm

Desviat, M. (1990) *Epistemología y práctica psiquiátrica*. Apuntes Docentes: análisis críticos de los procesos de reforma Psiquiátrica, Curso “Gestión en psiquiatría y Salud Mental. U.de Chile.

Desviat, M. (2000) La asistencia psiquiátrica en el marco de la Salud Mental actual. *I Congreso Virtual de Psiquiatría*; Conferencia 43-CI-Introducción: [20 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa43/conferencias/43_ci_intro.htm.

Díaz, F.Erazo, J (2008) Actuales Políticas para la desinstitutionalización y rehabilitación de personas psicóticas en Chile. Experiencia de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén”, vol.XVII, N°1: Pág. 9-37.

Dozza de Mendonga, L. “Lo social es un lugar que no existe: reflexiones desde el acompañamiento terapéutico de pacientes psicóticos”. Rev.Infocop <http://www.cop.es/infocop72/info72-56.htm>, consultada 20 enero 2012.

Egenau, P. (2005), *Enfermedad Mental, Derechos Humanos y exclusión Social*, Santiago.

Faugeras, P. (2005) *Un psychiatre dans le siècle. Rencontre avec Roger Gentis*. Ed.Érès

Faugeras, P. (2003) *L'expérience de la psychose. Rencontre avec Gaetano Benedetti*. Ed.Érès, Paris.

Fedida, P. (1998), Importancia de la psicopatología en las indicaciones psicoterapéuticas hoy en día. Conferencia presentada en *II Congreso Europeo de la asociación Europea de sicopatología del niño y del Adolescente (A.E.P.E.A)* <http://www.seypna.com/articulos/importancia-psicopatologia-indicaciones-psicoterapeuticas/>

Figuerola, C. (2005), *Nuevas Experiencias de Gestión Pública ciudadana*. Ed. Lom. Santiago, 2005.

Gaete, J. (2012). *Ciencias Sociales y Medicina: 40 años después*. Rev.Chilena de Salud Pública 2012. Vol. 16(1): 47-57. Chile. *Ciencias Sociales y Medicina: 40 años después*. Rev Chilena de Salud Pública 2012; Vol. 16 (2): 163-169

Gentis, R. (1977). *Psychanalyse et psychoses. Traité de psychiatre provisoire*. Ed Maspero, Paris.

Gentis, R. (1973) *La psychiatrie doit être faite/défaite par tous*. Ed.Francois Maspero, Paris.

Green, A. (2001) "Mythes et réalités sur le processus psychanalytique" Le modèle de L'interprétation des rêves, *Revue Française de psychosomatique*, no 19, p.57-88. DOI : 10.3917/rfps.019.0057

Guignard, F.(2001) "Le Clastrum. Une exploration des phénomènes claustrophobiques" de Donald Meltzer, *Revue française de psychanalyse*, Vol. 65, p. 289-294. DOI : 10.3917/rfp.651.0289

Hunneus, T. (2001) *La Esquizofrenia: visión integradora*. Ed. Consejo Superior de Investigación, Santiago.

Meltzer, D. (1998) *Adolescentes*. Ed. Spatia, Buenos Aires.

Meltzer, D. (1996) *El proceso psicoanalítico*. Ed. Hormé, Buenos Aires.

Meltzer, D. (1994) *Clastrum*. Ed. Spatia, Buenos Aires.

Meltzer, D. (1987) *Vida onírica*. Ed. Julián Yébenes, Madrid.

Meltzer, D. (1974), *Los estados sexuales de la mente*. Ed. Kargieman, Buenos Aires.

MINSAL (2005) Encuentro realizado en Santiago, "ENFERMEDAD MENTAL, DERECHOS HUMANOS Y EXCLUSIÓN SOCIAL". *Ministerio de Salud, Chile, Hogar de Cristo, Facultad de Ciencias Sociales Universidad Central*.

MINSAL (1999). CONFERENCIA NACIONAL PLAN DE ATENCION PSIQUIATRICA PARA CHILE <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b698460e04001011f01239d.pdf>, revisado 26/10/2013.

109

Morales, M. : Situación de la Salud Mental en Chile, www.Situacion-Salud-Mental-en-Chile-x-Minsal.pdf, 2010.

Nemas Clara leyendo a Meltzer, un derrotero personal, www.meltzer.com.ar/biblioteca01.html

Minoletti, A. Ministerio de Salud de Chile: Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile, OMS y Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2006.

MINSAL Chile, Cooperación Italiana y OPS (1992). *Desafíos en Salud Mental y Atención Psiquiátrica: Accesibilidad, Equidad, Participación*. Santiago, Chile: Centro de Recursos para la Atención Primaria en Salud, CRAPS.

MINSAL (2006) Norma Técnica: Rehabilitación Psicosocial para Personas con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad, 2006. Departamento de Salud Mental.

MINSAL (1993). *Políticas y Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago: Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud.

MINSAL (2006) Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile, OMS.Santiago, Chile.

MINSAL (2010) Situación de Salud Mental en Chile

psicologia.udd.cl/files/.../situación-Salud-Mental-en-Chile-x-Minsal.pdf

http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fpsicologia.udd.cl%2Ffiles%2F2010%2F06%2FSituacion-Salud-Mental-en-Chile-x-Minsal.pdf&ei=LqrVUqrxMKqnsQTGnIDIDA&usg=AFQjCNHugdvJL0viCX-FKDUBMdWB9zh4Zg&sig2=yByvX5Z3_omi6xk9naeiRg

Morales, M. (2010) Situación de Salud Mental en Chile, [situación-Salud-Mental-en-Chile-x-Minsal.pdf](#)

Naranjo, C. (2001) *Hospital de Día en Psiquiatría*. Evolución de la Experiencia Mundial y Estado de la Situación en Chile. Monografía Diploma Gestión en salud, Univ. De Chile.

Ortiz A, (2010) Cuatro años de urgencia psiquiátrica. Hacia una evaluación del modelo comunitario de salud mental, *Rev. Chilena de Salud Pública*, Vol.14, 2010.

Oury J. (1989) *Création et schizophrénie*, Galilée, Paris.

Pankow G. (1969) *L'Homme est sa psychose*. Aubier-Montaigne, Paris.

Rojas, H (2008) *Concepciones psicopatológicas de Sigmund Freud*. Ed. ICHPA

Rosella, S. (1991) *La maman et son bébé: un regard*. Ed. Césura, Lyon.

Rodriguez, J. (2007) *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de Caracas*. Washington, D.C: OPS, © 2007.

Resnik, S. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 36, 2001/1. Ed. [eres](#) I.S.B.N. 2-86586-896-6

Roulot, D. Schizofrénie articles en ligne <http://www.revue-institutions.com/articles.html>

Roussillon (2007), *Manuel de psychologie et de psicopatología clínica générale*. Ed. Masson

(2012) *Manuel de pratique clinique*. Ed. Masson

Roussillon, R. Trois repères pour penser les rapports psychanalyse/psychothérapie <http://www.psychanalyse.be/revue/page.php?article=36c>

Roussillon, R. (1995) Réponse aux interventions. *Rev. Française de psychanalyse* (Paris), pág. 1705-1718.

Roussillon, R. (1995) La Métapsychologie des processus et la Transitionnalité. *Rev. française de psychanalyse* (Paris), pág. 1351-1516.

Saldivia, S (2008), *Estudio de Servicios de Salud Mental en el Sistema Público de salud de Chile*.

Sandri, R (2009) Du cris du bebe a la capacite de rever, exposición realizada en coloquio sobre gaetano Benedetti a Clinique de Saumery.

Clínicas de Chile A.G. (2012). Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile. Actualización a cifras del año 2010. Disponible en http://www.clinicasdechile.cl/Dimensionamiento_2010.pdf.

Saraceno, B. (1999) *Psiquiatría Pública*. Vol. 11, Núm.5-6, Septiembre-Diciembre

Silva, G (2007) Tesis de Magíster: Una aproximación cualitativa a los significados de la exclusión social de un grupo de personas con discapacidad de causa psíquica. UNAB, Santiago, Chile.

Torres, R., *Monografía: experiencias de psiquiatría comunitaria en Chile, curso gestión en psiquiatría y salud mental*, 2001. Universidad de Chile.

Vaccari, P. (2012) Desinstitucionalización de la Salud Mental Pública en Chile: Nuevos desafíos y algunos ejemplos sobre las experiencias del centro comunitario de salud mental (COSAM) y del Hospital de Día (HD) en la comuna de Concepción. Revista Pequeña Escuela de Psicología Vol.2, n°1, p. 83 – 107. Universidad del Biobío. Pamela Vaccari Jiménez, Marco Astete Cereceda y Paola Ojeda.

Vicente, B. (2010) Mapa epidemiológico de [SALUD MENTAL](#) Para [Chile](#) www.redgesam.cl/.../Benjamin%20Vicente%20Mapa%20Epidemiologico...

Widlöcher, D. (2005) *Traité de psychopathologie*. Ed. Quadrige, Paris.

Widlöcher, D. (1995) Présentation du rapport, Rev. Francaise de psychanalyse (Paris). Tome LIX, numéro special congrèsPuf.

Artículos de Revista

(1995) Métapsychologie: écoute et transitionnalité Rev.Francaise de psychanalyse 55 CONGRÈS DES PSYCHANALYSTES DE LANGUE FRANÇAISE DES PAYS ROMANS, PARIS, 1995.

Documentos

Derrida,
http://www.jacquesderrida.com.ar/comentarios/foucault_goldschmit.htm#_edn3.
Consultado 20/10/2013.

Doc.Diagnóstico de Necesidades Asistenciales y de Apoyo Social No Cubiertas por la Red de Salud Mental.2011

<http://espanol.free-ebooks.net/ebook/Manual-de-Psiquiatria-para-residentes/html/1428,consultado> 14/8/2013 9:00 am

Pereda V. Sandoval C (2006). “Cuestiones preliminares a todo tratamiento, en esto nos hemos tomado unos años” Texto inédito presentado en las “Jornadas Universidad de Chile. Clínica y Política. Experiencias clínicas”. Santiago de Chile.

<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b698460e04001011f01239d.pdf>,
[revisado](#) 26/10/2013.

<http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS%20Presentacion%20Dr.Jimenez.pdf>,
Revisado 10/10/2013.

Plan Nacional de Salud mental en Chile: 10 años después
www.eutimia.com/ops/Plan-de-salud-Mental-en-Chile.pdf